

ADESÃO TERAPÊUTICA NA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA



Ana Catarina Rodrigues da Silva Reis

Porto, 2007

TM
LEN/ADE

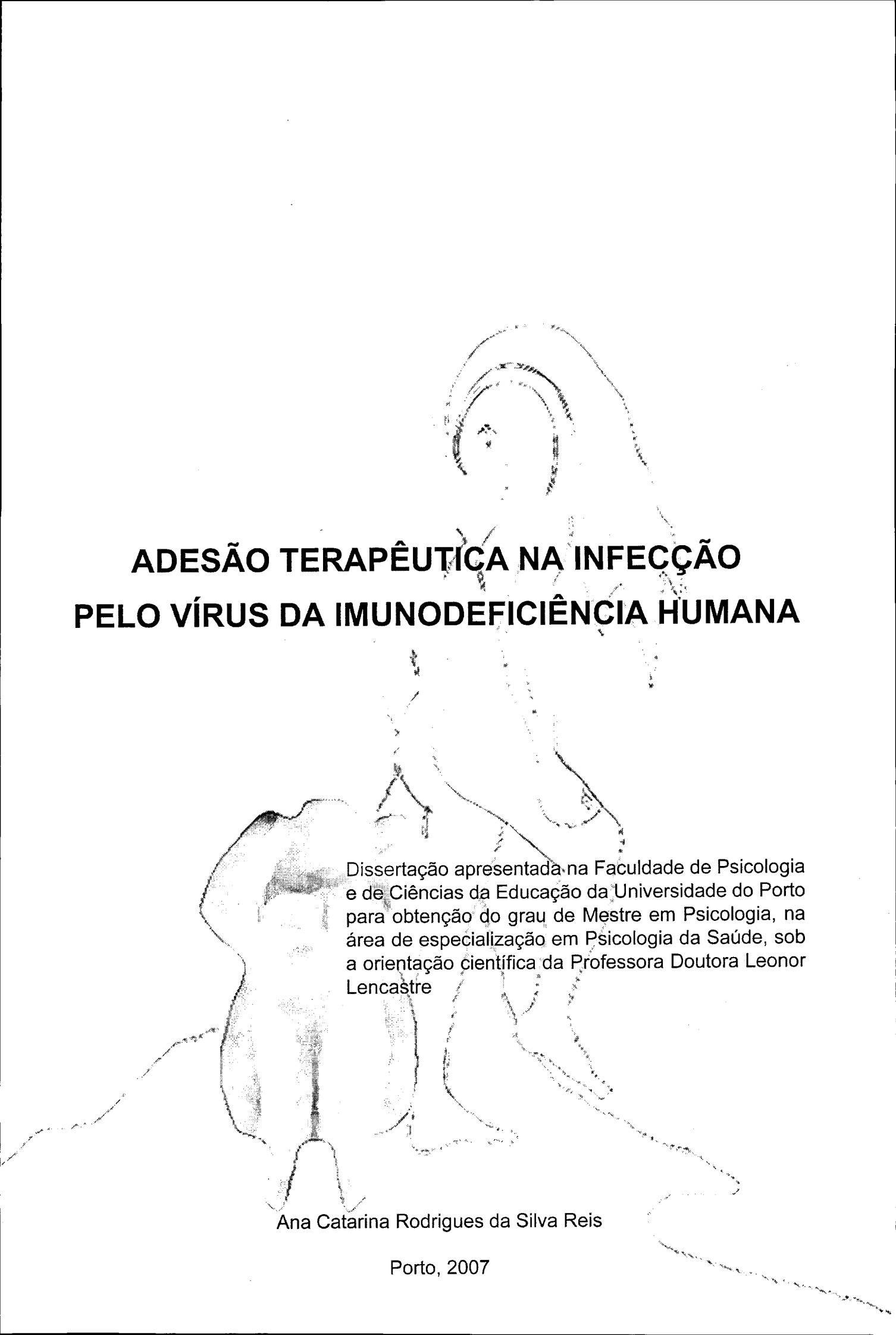


ADESÃO TERAPÊUTICA NA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação
N.º de Entrada 26935
Data 9 / 1 / 2008

Ana Catarina Rodrigues da Silva Reis

Porto, 2007



ADESÃO TERAPÊUTICA NA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de especialização em Psicologia da Saúde, sob a orientação científica da Professora Doutora Leonor Lencastre

Ana Catarina Rodrigues da Silva Reis

Porto, 2007

À Rita e à Mariana, pela dedicação incondicional

RESUMO

O principal objectivo deste estudo prende-se com a investigação dos factores subjacentes ao fenómeno da adesão terapêutica na infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Pretendeu-se conhecer e compreender os factores que influenciam os comportamentos de adesão dos sujeitos portadores de VIH, uma vez que a adesão tem um papel fundamental no controlo da evolução da doença.

Para a concretização do objectivo proposto, em primeiro lugar, foi realizada a tradução e a adaptação do "*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*" (CEAT-VIH) para português, devido à escassez de instrumentos específicos de avaliação da adesão nesta área e em segundo, procurou-se compreender a relação existente entre a adesão terapêutica e características sociodemográficas, variáveis clínicas, indicadores de perturbação emocional e a percepção de qualidade de vida, propondo-se um modelo preditor da adesão neste contexto.

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido no Hospital de Joaquim Urbano (Porto) com uma amostra de 125 utentes com diagnóstico de Infecção VIH/SIDA, que frequentam a consulta externa de Infecciologia e com prescrição anti-retrovírica há pelo menos 3 meses.

Os resultados obtidos sugerem boas características psicométricas do CEAT-VIH na população estudada, revelando-se um instrumento útil para a avaliação do grau de adesão.

Foram encontradas diferenças de adesão nas variáveis sociodemográficas (género e idade, ocupação e classe social) e nas variáveis clínicas (efeitos secundários do tratamento, grau de adesão aos levantamentos da medicação na Farmácia do hospital e medicação psiquiátrica). Verificou-se a existência de correlações importantes entre a medida de adesão, a sintomatologia emocional e a qualidade de vida. O modelo preditor de adesão à terapêutica anti-retrovírica contempla variáveis da qualidade de vida, de sintomatologia emocional e o comportamento de adesão relacionado com o levantamento da terapêutica anti-retrovírica na Farmácia do hospital que, em conjunto, explicam 32,8% da variância total.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão; VIH/SIDA; Terapêutica anti-retrovírica; Auto-relato; CEAT-VIH.

ABSTRACT

The main goal of this study is the investigation of the factors involved in the adherence to the treatment in the Human Immunodeficiency Virus Infection (VIH). It is meant to know and understand the factors which influence adherence behaviours of the individuals carrying VIH, since the adherence has an essential role in the disease's evolution control.

In order to achieve the goal proposed, in first place, it was made a translation and an adaptation of the "*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*" (CEAT-VIH) to Portuguese, due to the lack of specific instruments for the adherence evaluation in this field, and secondly we tried to understand the relationship between therapeutics' adherence and the sociodemographic features, clinical variables, emotional disturbance indicators and the life quality's perception, proposing a predictor model to adherence in this context.

This is a transversal study developed at Joaquim Urbano's Hospital (in Oporto) with a 125 patients' sample diagnosed with VIH/AIDS who frequent the external Infectiology consultation and with antiretroviral prescription for at least 3 months. The results obtained suggest good CEAT- VIH psychometrical features in the studied population, revealing themselves an useful tool to evaluate the adherence's degree.

There were found differences in adherence between the sociodemographical variables (gender, age, occupation, social status) and in the clinical variables (secondary effects in the treatment, adherence degree to the lift of medication in the hospital's pharmacy and psychiatric medication). It was verified the existence of important relations between the adherence measure, the emotional symptoms and the quality of life. The predictor model of adherence to the antiretroviral therapeutics considers the variables of quality of life, emotional symptoms and the adherence behaviour related to the antiretroviral therapeutics' lift in the Hospital's pharmacy, which together, explain 32,8% of the total variation.

KEY WORDS: Adherence, HIV/ AIDS, antiretroviral therapeutics, self report; CEAT-VIH.

RÉSUMÉ

Le principal objectif de cet étude se prendre avec l'investigation inhérents au phénomène de l'adhésion thérapeutique dans l'infection par le virus d'immunodéfaut humaine (VIH). Il sy a prétendu connaître et comprendre les facteurs qui influencent les conduites de l'adhésion des sujets porteurs de VIH, une fois que l'adhésion a un role fondamental dans le controle de l'évólution de la maladie.

Pour la concrétisation de l'objectif propose, en premier lieu, a était réalisé la traduction et adaptation de "*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*" (CEAT-VIH) pour portugais, dû à la manque d'instruments spécifiques de l'avaliation de l'adhésion dans cet aire et en seconde, il sy a cherché comprendre la rélation existente entre l'adhésion thérapeutique et caractéristiques sociodemografiques, variables cliniques, indicateurs de perturbation émotionnel et la perception de qualité de vie, en se proposant un modele predicteur de l'adhésion en ce contexte.

Il se traite d'un étude transversal developpé dans l'hôpital Joaquim Urbano (Porto) avec une montre de 125 patients avec un diagnostique d'infection VIH/SIDA, qui frequente la consultation externe d'infectiologie et avec prescription antirétroviral il y a par moins trois mois.

Les résultats obtenu suggèrent boune caractéristiques psycométriques de CEAT-VIH dans la population étudié, en se révélant un instrument utile pour l'avaliation du niveau de l'adhésion.

Ont étaient trouvé differences de l'adhésion dans les variables sociodemografiques (genre et âge, occupation et classe social) et dans les variables cliniques (effects secondaires du traitement, niveau de l'adhésion aux soulèvements de la medication dans la pharmacie de l'hôpital et medication psyquiatrique).

Il sy a vérifié l'existence des correlations important entre la mesure de l'adhésion, la symptômatologie émotionnel et la qualité de vie. Le modele predicteur de l'adhésion à la thérapeutique antirétroviral contemple dès variables de qualité de vie, de symptômatologie émotionnel et du conduite de l'adhésion rapporté avec les soulèvements de la thérapeutique antirétroviral de la pharmacie de l'hôpital, qui en ensemble, explique 32,8% de la variance total.

MOT-CLÉ: Adhésion; VIH/SIDA; Thérapeutique antirétroviral; auto-rapport; CEAT-VIH

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão para todos aqueles que me têm acompanhado no percurso da minha vida e que me apoiaram nos momentos decisivos.

Em primeiro lugar, o meu reconhecimento à Professora Doutora Leonor Lencastre, orientadora desta tese, pela dedicação, sabedoria partilhada e, sobretudo pela amizade.

À Professora Doutora Marina Guerra e ao Professor Patrício Costa, o meu agradecimento especial pela constante disponibilidade e apoio.

Ao Hospital de Joaquim Urbano, nomeadamente à Dr. ^a Josefina Mendez, Dr. ^a Eva Gonzalez, Dr. ^a Eugénia Reiriz e Dr. ^a Cristina Recalde pela ajuda incondicional na adaptação do questionário e na recolha da amostra. À Bibliotecária, Dr. ^a Maria João, pelo incessante apoio na recolha bibliográfica. Aos utentes que participaram no estudo, pois sem eles não teria sido possível a concretização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Eduardo Remor e à Professora Doutora Cristina Canavarro pela disponibilização do material necessário, que constituiu uma ajuda valiosa.

Ao Professor Doutor João Paulo Pereira pela amizade e partilha de ideias.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, Dr. Nuno Pires e Dr. João Faria, pela amizade e carinho sempre presentes.

Às minhas amigas, em particular à Sandra, à Daniela, à Rita, à Nídia e à Sandra pelos momentos de alegria, de angústia e de incertezas partilhados.

Ao Ricardo, meu namorado, pelo apoio e paciência que demonstrou nesta fase.

Ao meu pai, de quem tanto me orgulho, pelos valores que sempre me transmitiu.

À minha mãe, pelo afecto e amizade.

Às minhas irmãs, em particular à Rita e à Mariana pela constante dedicação, pelas "horas roubadas" e por me mostrarem o valor de uma amizade incomensurável.

Por fim, a todos aqueles que não referi o nome, mas que tanto contribuíram para que fosse possível ter chegado até aqui, o meu especial e profundo obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

ARV	- Anti-retrovíricos
HAART	- Highly Active Antiretroviral Therapy
IF	- Inibidores de Fusão
INTR	- Inibidores Nucleósidos da Transcriptase Reversa
INNTR	- Inibidores Não Nucleósidos da Transcriptase Reversa
IP	- Inibidores da Protease
SIDA	- Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
TARV	- Terapêutica Anti-retrovírica
VIH	- Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	16
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO I – INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA	20
1. Contextualização histórica da infecção VIH/SIDA	21
2. A infecção VIH/SIDA	25
2.1. Critérios de diagnóstico	28
2.2. Tratamento	32
3. VIH/SIDA e doença crónica	33
4. Impacto psicológico e social do VIH/SIDA	35
CAPÍTULO II – ADESÃO TERAPÊUTICA NA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA	38
1. Definição do conceito de adesão	39
2. Factores associados à adesão	42
2.1. Características dos indivíduos	42
2.2. Características da doença e tratamento	44
2.3. Factores interpessoais e contexto social	45
3. Modelos e teorias de adesão terapêutica	47
3.1. Modelo de crenças da saúde	47
3.2. Teoria da acção racional	49
3.3. Locus de controlo de saúde	50
3.4. Modelo de auto-regulação de Leventhal	50
3.5. Modelo da hipótese cognitiva de adesão de Ley	51
3.6. Modelo de adesão (adherence) de Stanton	52
4. Preditores de adesão na infecção VIH/SIDA	53
5. As terapêuticas anti-retrovíricas	57
6. Avaliação da adesão na infecção VIH/SIDA	61
II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	
CAPÍTULO III – OBJECTIVOS E METODOLOGIA DO ESTUDO	65
1. Objectivos do estudo e questões de investigação	66
2. Método	69
2.1. Participantes	69
2.1.1. Caracterização dos participantes em função das características sociodemográficas	69
2.1.2. Caracterização dos participantes em função das variáveis clínicas	71
2.2. Instrumentos	75
2.2.1. Entrevista para a caracterização da amostra	75
2.2.2. Classificação social de Graffar	76
2.2.3. CEAT-VIH	76
2.2.4. BSI	78

2.2.5. WHOQOL-Bref	82
2.3. Procedimentos	84
2.3.1. Recolha de dados	84
2.3.2. Análise dos dados	85
CAPÍTULO IV – ADAPTAÇÃO DO “CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL”	
CEAT-VIH	86
1. O objectivo do questionário	87
2. As dimensões do questionário	87
3. Processo de adaptação do CEAT-VIH para o contexto português	88
4. Estudo métrico do CEAT-VIH	90
4.1. Fidelidade	90
4.2. Validade de critério externo	91
4.3. Sensibilidade e especificidade	92
4.3.1. Identificação do ponto de corte óptimo do CEAT-VIH	93
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	95
1. Resultados e características psicométricas dos instrumentos de avaliação na amostra estudada.....	96
1.1. BSI	96
1.2. WHOQOL-Bref	100
1.3. Relação entre medidas de adesão, de sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida.....	102
2. Estudo das diferenças de adesão em função das características sociodemográficas e das variáveis clínicas	104
3. Análises correlacionais da adesão e variáveis clínicas	115
4. Modelo Preditor de Adesão Terapêutica na Infecção pelo VIH/SIDA	116
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO	118
CONCLUSÃO	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 – Instrumentos de recolha de dados	143
Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética do Hospital de Joaquim Urbano, Autorização para a realização do estudo e Consentimento Informado	155

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Curso natural da Infecção pelo vírus VIH	29
Figura 2 – Ciclo vital do VIH na célula humana	60
Figura 3 – Modelo conceptual das relações entre as variáveis estudadas no estudo empírico	67
Figura 4 – Curvas ROC obtidas para o CEAT-VIH e indicadores de sensibilidade e especificidade	93
Figura 5 – Representação gráfica do efeito de interacção entre as variáveis “género” e “idade” na <i>Adesão</i>	107

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Definição de casos de SIDA para efeitos de vigilância epidemiológica	31
Quadro 2 – Caracterização dos participantes em função das características sociodemográficas	70
Quadro 3 – Caracterização dos participantes em função das variáveis clínicas	72
Quadro 4 – Caracterização dos participantes em função das variáveis clínicas (continuação)	74
Quadro 5 – Efeitos secundários do tratamento	74
Quadro 6 – Grau de adesão aos levantamentos da TARV na Farmácia do Hospital	75
Quadro 7 – Estatística descritiva para as pontuações do CEAT-VIH	90
Quadro 8 – Sensibilidade e especificidade do CEAT-VIH	94
Quadro 9 – Análise factorial exploratória do BSI	97
Quadro 10 – Consistência interna: valores globais para as nove dimensões do BSI	98
Quadro 11 – Matriz de correlação de <i>Pearson</i> para o BSI	99
Quadro 12 – Comparação das dimensões de sintomatologia e índices globais do BSI entre os sujeitos portadores de VIH/SIDA e a população geral	100
Quadro 13 – WHOQOL-Bref: Coeficientes de <i>Cronbach</i> dos domínios, dos 26 itens e dos 4 domínios individualmente considerados	101
Quadro 14 – WHOQOL-Bref: Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre os diferentes domínios	101
Quadro 15 – Comparação dos domínios do WHOQOL-Bref entre os sujeitos portadores de VIH/SIDA e a população geral	102
Quadro 16 – Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre o BSI e WHOQOL-Bref	103
Quadro 17 – Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre o CEAT-VIH e o BSI	104
Quadro 18 – Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre o CEAT-VIH e WHOQOL-Bref	104
Quadro 19 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Escolaridade”	105
Quadro 20 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Estado Civil”	105
Quadro 21 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “História de Toxicodependência”	106
Quadro 22 – Efeito de interacção das variáveis “Género e Idade” na “Adesão” ..	107
Quadro 23 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Género e Idade”	108
Quadro 24 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Ocupação”	109
Quadro 25 – Estudo das diferenças de “Adesão” função da variável “Classe social”	110
Quadro 26 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Via de Infecção”	110
Quadro 27 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Estadio de Infecção”	111

Quadro 28 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Contagem de linfócitos T CD4”	111
Quadro 29 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Interrupção do tratamento anti-retrovírico”	112
Quadro 30 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Acompanhamento actual em consulta de Psicologia”	112
Quadro 31 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Medicação Psiquiátrica”	113
Quadro 32 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Efeitos secundários do tratamento: vómitos e náuseas”	113
Quadro 33 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Efeitos secundários do tratamento: diarreias”	114
Quadro 34 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Efeitos secundários do tratamento: dores”	114
Quadro 35 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Efeitos secundários do tratamento: problemas dermatológicos” ..	114
Quadro 36 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Efeitos secundários do tratamento: Fadiga e cansaço”	115
Quadro 37 – Correlações de Pearson entre a “Adesão” e as variáveis “Tempo de diagnóstico” e “Início da TARV”	115
Quadro 38 – Modelo preditor de adesão terapêutica na infecção VIH/SIDA.....	117

INTRODUÇÃO

Após a década de 70, quando se julgavam controladas as maiores doenças infecciosas, o mundo foi assolado em 1980 por uma nova doença – a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Esta doença, pelas suas características particulares de transmissão, atinge proporções preocupantes para a Organização Mundial de Saúde. A comunidade científica tem vindo, assim, a focalizar a sua atenção na procura de tratamentos cada vez mais eficazes e que proporcionem uma melhoria da qualidade e da esperança de vida.

Quando, em 1996, surgiu uma nova família de anti-retrovíricos (ARV) (Inibidores da Protease), nasceu uma nova esperança para os portadores da doença. A HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) promoveu esta enfermidade ao estatuto de doença crónica (maior esperança de vida), controlável a longo prazo (diminuição de episódios mórbidos e frequência de internamentos) e com consequente melhoria da qualidade de vida. Para atingir estes benefícios é essencial um nível de adesão à terapêutica de cerca de 95%, sendo por isso necessária uma intervenção criteriosa.

A relevância da adesão terapêutica na infecção pelo VIH é indiscutível, facto que justificou a realização do presente estudo. Deste modo, esta investigação teve como objectivos específicos a tradução e a adaptação do “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” (CEAT-VIH) para português, devido à escassez de instrumentos de avaliação específicos da adesão na infecção VIH/SIDA, e a caracterização e compreensão das variáveis envolvidas no processo de adesão descritas na literatura (características sociodemográficas, variáveis clínicas, indicadores de sintomatologia emocional e percepção de qualidade de vida).

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro partes: a *Introdução* e o *Enquadramento Teórico* (I Parte), o *Estudo Empírico* (II Parte) e a *Discussão* e a *Conclusão*.

Do enquadramento teórico fazem parte o Capítulo I – *A Infecção VIH pelo Vírus da Imunodeficiência Humana* e o Capítulo II – *A Adesão Terapêutica na Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana*.

No Capítulo I é apresentada uma contextualização histórica do VIH/SIDA. Destacam-se as características clínicas associadas à doença, à sua evolução, ao tratamento, bem como a reflexão do VIH/SIDA enquanto doença crónica e o seu impacto psicológico e social.

No Capítulo II é apresentada uma exposição teórica do conceito de adesão com o recurso à explicação dos factores associados à adesão e aos modelos de mudanças de comportamentos, nos quais se inscreve o conceito. Destacam-se os preditores de adesão na infecção pelo VIH/SIDA descritos na literatura e alvo de outras investigações na área e as terapêuticas combinadas actuais para o tratamento da doença.

Do estudo empírico constam o Capítulo III – *Objectivos e Metodologia do Estudo*, o Capítulo IV – *Adaptação do “Cuestionario de Adhesión al Tratamiento Antiretroviral – CEAT-VIH”*, o Capítulo V – *Apresentação dos Resultados* e o Capítulo VI – *Discussão*.

No Capítulo III é apresentada a metodologia da investigação, com a indicação dos objectivos, das questões de investigação, dos instrumentos de recolha de dados e a respectiva caracterização e os procedimentos utilizados.

O Capítulo IV é dedicado à descrição do processo de tradução e de adaptação do CEAT-VIH para português.

No Capítulo V é apresentado o estudo empírico realizado, tendo em conta os objectivos inicialmente definidos, com referência aos procedimentos estatísticos utilizados na apresentação dos resultados.

No Capítulo VI procede-se a uma análise crítica dos resultados obtidos.

Por fim, na *Conclusão* é apresentada uma síntese das principais ideias resultantes da investigação realizada e linhas orientadoras para o futuro.



I PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

**INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA**

1. Contextualização histórica da infecção VIH/SIDA

As doenças são companheiras da humanidade e de todos os organismos. Em termos gerais, doença é a “incapacidade de responder adaptativamente aos desafios ambientais resultando disto a perturbação do sistema” (Brody & Sobel, 1979, p. 93. cit. Ribeiro, 2005). É considerada por alguns autores como “crise ou ponto de viragem na vida do indivíduo” (Moos & Schafer, 1984, cit. Ogden, 1999, p.71).

A forma de lidar com as doenças constitui rituais complexos em todas as culturas e em todos os tempos, mesmo nos países desenvolvidos (Ribeiro, 2005).

Segundo Sontag (1998), todas as sociedades têm necessidade de escolher uma doença que possa ser identificada como *mal* e que torne as suas vítimas alvo de reprovação pública, relativa a acções condenáveis. No entanto, verifica-se uma dificuldade em canalizar tal processo para todas as doenças. Ao longo do tempo, fomos assistindo a este facto com diversas patologias como lepra, cólera, sífilis e cancro.

A infecção pelo VIH tem-se configurado como a mais importante epidemia contemporânea. A partir da identificação dos primeiros casos, no início da década de 80 do século passado, observou-se uma franca disseminação pelo mundo, representando assim a epidemia da actualidade. Desde então, tornou-se uma das condições clínicas mais estudadas em todo o mundo, gerando grandes desafios à humanidade (Victorino, 2003).

Em 1969, cerca de 10 anos antes do início da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA), o Director Geral da Saúde norte-americano da altura, William Stewart, anunciava perante o Congresso que se podia finalmente fechar o livro das doenças infecciosas (Crawford, 2000, cit. Victorino, 2003). Curiosamente, nesse tempo a afirmação não suscitou polémica. A confiança e optimismo contidos nesta declaração correspondiam ao espírito da época. Não deixa de ser curioso que a epidemia da SIDA tenha surgido no auge deste período, no qual era comum a vacinação e o recurso à antibioterapia face à mínima suspeita de infecção. Com estes cuidados clínicos surgiu a ideia de que qualquer doença transmissível era curável e/ou potencialmente erradicável a nível mundial. Quando surgiu esta

doença, a comunidade em geral assistiu perplexa a uma nova situação de imprevisibilidade (*Ibidem*).

Com uma história de cerca vinte e cinco anos, a SIDA teve um impacto na sociedade que ultrapassa o de qualquer outra doença da actualidade. Assim, as referências à “SIDA”, como a “peste dos tempos modernos”, não podem ser consideradas sensacionalistas quando nos confrontamos com esta doença, que infectou num curto espaço de tempo 50 milhões de pessoas, das quais 22 milhões já faleceram (UNAIDS, 2006).

Pelo facto da epidemia em Portugal ter começado com aproximadamente cinco anos de atraso em relação aos Estados Unidos da América e a alguns países europeus, levou a que as três “eras” da “descoberta”, da “expansão” e da “normalização” do VIH/SIDA fossem vividas de forma diferente (Victorino, 2003).

Esta condição causou no nosso país a ideia de que a sua gravidade não era comparável em escala ao que acontecia noutros países ocidentais. Contrariamente às expectativas, quando a SIDA foi pela primeira vez identificada, a epidemia adquiriu os mais variados contornos em diferentes partes do mundo, exigindo assim diferentes meios de a encarar e defrontar (*Ibidem*).

Em 1981, os “Centres for Disease Control and Prevention” (CDC) publicaram um pequeno artigo sobre a ocorrência em Los Angeles de 5 casos de pneumonia por *pneumocystis carinii* associada a outras manifestações clínicas, seguido de outros relatos em S. Francisco e Nova Iorque (Lecour, 2004). Todos os doentes tinham em comum serem homens homossexuais, previamente saudáveis, mas com marcada debilidade imunitária.

A partir daqui a infecção pelo VIH/SIDA rapidamente se disseminou, surgindo casos em consumidores de heroína por via endovenosa, em hemofílicos e imigrantes haitianos, levando a que se identificasse a transmissão por via sanguínea, sendo nesta altura denominada por “Doença dos 4H” – homossexuais, hemofílicos, heroínomanos e haitianos. Começam a surgir casos registados em mulheres e também de transmissão maternal. Conheciam-se agora as formas de infecção de um agente desconhecido que atingia primordialmente o sistema imunitário (Caetano, 2001; Frumklin & Leonard, 1997; Lecour, 2004).

Em 1983, o VIH-1 foi isolado em indivíduos com SIDA pelos pesquisadores Luc Montaigner, em França, e Robert Gallo, nos EUA, recebendo os nomes de LAV (Lymphadenopathy Associated Virus ou Vírus Associado à Linfadenopatia) e HTLV-III (Human T-Lymphotropic Virus ou Vírus T-Linfotrópico Humano tipo III) respectivamente nos dois países. Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, com características semelhantes ao VIH-1, denominado VIH-2. Nesse mesmo ano, o comité internacional recomendou o termo VIH (Human Immunodeficiency Vírus ou Vírus da Imunodeficiência Humana) para o denominar, reconhecendo-o como capaz de infectar os seres humanos (Caetano, 2001; Mansinho, 2005; Paixão, 2004).

Em Portugal, no dia 25 de Janeiro de 2005, foi publicada a Portaria n.º103/2005 que integra a Infecção pelo VIH na lista de doenças de declaração obrigatória (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis – CVEDT, 2005).

Inicia-se assim uma nova fase no sistema de vigilância epidemiológica da infecção VIH/SIDA, em que a notificação dos casos constitui um dos aspectos principais. O novo sistema permite que a notificação seja realizada por todos os que efectuarem o diagnóstico em qualquer estadio da doença. A recolha da informação epidemiológica torna-se assim mais completa, enviada com maior rapidez, permitindo uma melhor caracterização da situação e avaliação das tendências temporais da epidemia no nosso país (CVEDT, 2005).

De acordo com os dados disponíveis do CVEDT (2007) encontram-se notificados **30.366** casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estadios da doença, incluindo os casos de SIDA por VIH-1 e VIH-2, casos de infecção de portadores assintomáticos (PA) e de sintomáticos não-SIDA (“Complexo Relacionado com a SIDA”, na designação clássica), em Portugal.

Como denominador comum a todos os estadios, verifica-se que o maior número de casos notificados (“casos acumulados”) corresponde a infecção em utilizadores de drogas por via endovenosa ou “toxicodependentes”, constituindo 45% (13 684 / 30 366) de todas as notificações reflectindo a tendência inicial da epidemia no nosso país (*Ibidem*).

O número de casos associados à infecção por transmissão sexual (heterossexual) representa o segundo grupo com 37,5 % dos registos e a transmissão sexual (homossexual masculina) apresenta 11,9% dos casos. As restantes formas de infecção correspondem a 5,6% do total. Os casos notificados de infecção VIH/SIDA, que referem como via provável de infecção a transmissão sexual (heterossexual), apresentam uma tendência evolutiva crescente. No segundo semestre de 2006, a categoria “heterossexual” registava 51,5% dos casos notificados (PA, sintomáticos não-SIDA e SIDA) (*Ibidem*).

O total acumulado de casos de SIDA em 31 de Dezembro de 2006 era de **13.515**, dos quais 449 causados pelo VIH-2 e 189 casos que referem infecção associada ao VIH-1 e VIH-2. As infecções oportunistas são as patologias associadas a um maior número de mortes, destacando-se os óbitos diagnosticados com *Tuberculose* (41%) (*Ibidem*).

O efeito das terapêuticas anti-retrovíricas (TARV) na diminuição do número de mortes nos indivíduos infectados pelo VIH, associados aos novos casos de infecção (incidência), levou no entanto a um aumento do número total de indivíduos infectados na população (prevalência). Este facto determinou a alteração nos sistemas de notificação, de forma a incluir o registo de casos de “portadores assintomáticos” (PA) diagnosticados (CVEDT, 2006; CVEDT, 2007).

Os PA são predominantemente indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos, constituindo o maior número de casos notificados neste grupo (72,5%). De registar, também, o elevado número de casos de infecção VIH assintomáticos, associados principalmente a duas categorias de transmissão: “toxicodependentes” (43,7%) e “heterossexuais” (40,6%).

Os casos sintomáticos não-SIDA constituem um grupo com menor número de casos, cujas características epidemiológicas seguem o padrão epidemiológico anterior. Neste grupo, 39% correspondem a indivíduos “toxicodependentes” e 39,6% a casos de transmissão heterossexual. A tendência evolutiva anual apresenta valores proporcionais crescentes nesta última categoria (CVEDT, 2006; CVEDT, 2007).

Embora se verifique um decréscimo no número de novos diagnósticos desde 2000, só no segundo semestre do ano de 2006 foram notificados **994** casos de infecção pelo VIH (CVDET, 2007).

Torna-se evidente o dever do Estado na promoção e envolvimento da sociedade portuguesa na luta contra a SIDA criando condições para que este combate se faça com sucesso no nosso País. Mas, para além da vontade política, é ainda crucial um envolvimento global, com repercussões na sensibilização e consciencialização da população portuguesa para a problemática da infecção.

2. A Infecção VIH/SIDA

Passadas mais de duas décadas de acompanhamento de pessoas infectadas pelo VIH, o estigma, o preconceito e a discriminação social associados a esta doença continuam a ser o principal obstáculo às estratégias de prevenção que se vêm desenvolvendo (Mansinho, 2005; UNAIDS, 2006). As pessoas ignoram os riscos, recusam os testes de diagnóstico e procuram tardiamente os cuidados médicos e os tratamentos disponíveis actualmente (Mansinho, 2005).

Como qualquer doença transmissível e mortal, a SIDA continua a desencadear medos infundados de contágio, muitas vezes, baseados em crenças erróneas e desconhecimento por parte das pessoas. Naturalmente, estas crenças provocam consequências devastadoras na vida das pessoas infectadas pelo VIH, que são tratadas como “pessoas à parte”, perdendo os seus empregos, as relações familiares e os amigos (*Ibidem*).

Ao mesmo tempo, assiste-se nos países desenvolvidos, aos benefícios da TARV (terapêutica anti-retrovírica). Esta nova possibilidade de tratamento gerou optimismos excessivos contribuindo, por um lado, para uma mudança da percepção do risco de infecção e, por outro, gerou sentimentos ilusórios de segurança, o que leva as pessoas a desprezarem as medidas de prevenção da transmissão do VIH (*Ibidem*).

Esta epidemia continua a evoluir em meios socioculturais diversificados e complexos. A interacção dos factores relacionados com o hospedeiro e com o

ambiente pode facilitar a transmissão de VIH numa comunidade (por exemplo, as situações de pobreza, o consumo de drogas, as desigualdades entre homem e mulher, que em certas circunstâncias podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de risco que favorecem a transmissão) (Frumklin & Leonard, 1997; Mansinho, 2005).

O nome *SIDA* foi assim atribuído devido às características da doença, ou seja, *síndrome* é o termo utilizado para referir um conjunto de sinais e sintomas que podem ser produzidos por mais de uma causa. No caso concreto, diversas doenças aproveitam a debilidade do sistema imunitário, dando lugar a uma condição clínica de SIDA; *imunodeficiência* refere-se à debilidade do sistema imunitário do organismo, traduzindo-se na incapacidade do organismo para se defender dos diversos agentes causadores de doenças e *adquirida* significa que não se trata de uma condição hereditária, mas sim que se adquire em determinado período da vida.

A SIDA é, portanto, uma condição na qual se manifesta um conjunto de doenças, devido à incapacidade do organismo se defender (Blalock & Campos, 2003; Caetano, 2001; Frumklin & Leonard, 1997; Moreno, 2004).

O VIH é um retrovírus com genoma ARN (Ácido Ribonucleico), da família *Retroviridae* (retrovírus) e subfamília *Lentivirinae* (Caetano, 2001; Haigwood, 2004). Pertence ao grupo dos lentivírus (vírus com período longo de incubação) e dos retrovírus que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada *transcriptase reversa*, responsável pela transcrição do ARN viral para uma cópia DNA (Ácido Desoxirribonucleico), que pode, então, integrar-se no genoma do hospedeiro (Carneiro, 2001; Moreno, 2004; Otero, 2004).

Admite-se que o VIH tenha sido originado a partir de retrovírus de macacos africanos, os quais albergavam vírus relacionados que parecem ter-se re combinado com outros vírus de símios para originar o VIH no ser humano (Caetano, 2001; Haigwood, 2004; Otero, 2004). Admite-se ainda que os caçadores, ao desmembrar os chimpanzés com ferramentas primitivas ou os consumidores desta carne, se tenham exposto a *Zoonoses*, que posteriormente levou à recombinação do vírus no ser humano (Haigwood, 2004; Otero, 2004).

Uma das propriedades mais incríveis do VIH é a sua diversidade genética, ou seja, a capacidade para modificar a configuração das estruturas que se localizam ao nível da superfície das células receptoras. Esta capacidade faz com que o vírus consiga escapar aos mecanismos de defesa do organismo, que facilmente se torne resistente aos medicamentos para combater a infecção, e que seja extremamente difícil criar uma vacina capaz de controlar a doença ou impedir que uma pessoa seja infectada (Mansinho, 2005; Turner & Wainberg, 2006).

Apesar do VIH ter sido isolado em praticamente todos os fluidos corporais, como sangue, sémen, secreções vaginais, leite materno, líquido cefalorraquidiano, saliva, lágrimas, urina, etc., na sua transmissão apenas estão implicados o sangue, as secreções genitais do homem e da mulher e em menor grau, o leite materno (Blalock & Campos, 2003).

Temos, portanto, três vias principais de infecção: sexual, sanguínea e materno-infantil (Blalock & Campos, 2003; Mansinho, 2005):

VIA SEXUAL

A principal forma de exposição em todo o mundo é a sexualidade, sendo a transmissão heterossexual, nas relações sem o uso do preservativo, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a mais frequente. Nos países desenvolvidos, a exposição ao VIH por relações homossexuais ainda é responsável por um número elevado de casos, embora as primeiras estejam a aumentar proporcionalmente como uma tendência na dinâmica da epidemia (CVDET, 2007; Otero, 2004).

Os factores que aumentam o risco de transmissão do VIH numa relação sexual são: alta viremia (valores da carga vírica do VIH no sangue), imunodeficiência avançada, relação anal receptiva, relação sexual durante a menstruação e presença de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), principalmente as ulcerativas como a Sífilis e Herpes genital (Mansinho, 2005; Otero, 2004).

VIA SANGUÍNEA

A transmissão sanguínea associada ao uso de drogas por *via endovenosa* constitui um meio bastante eficaz de transmissão do VIH, devido ao uso compartilhado de seringas, agulhas e outros materiais de injeção, sendo uma forma artificial de infecção (Caetano, 2001). Dados que confirmam esta afirmação mostram uma alta prevalência do VIH em consumidores de drogas injectáveis (CVEDT, 2007; Otero, 2004).

A transmissão por *via parentérica* pode também ocorrer durante uma picada accidental ou ferida provocada com material perfurante e/ou cortante contaminado, como acontece nos acidentes de serviço (aos quais médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório podem estar expostos), nas situações de assalto ou de agressão com seringa e agulha potencialmente contaminadas. Pode ocorrer ainda através da transfusão de sangue e derivados quando o sangue não é testado, como acontece nos países em vias de desenvolvimento que não dispõem de recursos económicos para adquirirem tecnologia necessária à testagem (Mansinho, 2005; Otero, 2004).

VIA MATERNO-INFANTIL

Sabe-se que o VIH pode transmitir-se ao feto durante a gravidez, embora o risco seja acrescido durante o trabalho de parto, e nos países onde não é possível substituir a amamentação do recém-nascido por leite artificial. Actualmente já é possível diminuir o risco de transmissão vertical para valores inferiores a 5% quando a gestante infectada é acompanhada medicamente e cumpre a TARV durante a gravidez. O parto por cesariana é também indicado para evitar o risco de contágio (Mansinho, 2005; Otero, 2004).

2.1. Critérios de diagnóstico

Contrair a doença não significa ter SIDA, isto é, a pessoa infectada pode permanecer em média 15 anos sem sintomas (desconhecendo que é portadora), e pode transmitir o VIH nas suas diversas formas de transmissão referidas anteriormente (Mansinho, 2005).

Existem dois parâmetros específicos relacionados com o VIH (testes laboratoriais) utilizados para classificar o estadio da doença e a sua progressão.

Primeiro, a *contagem de linfócitos T CD4* constitui um parâmetro de imunossupressão. O CD4 é um tipo de linfócito do sistema imunitário destruído pelo VIH. Numa pessoa seronegativa para o VIH, uma contagem entre 700 a 1200 CD4 é considerada normal, e num portador do vírus, a contagem inferior a 200 é considerada fase de SIDA devido à imunodepressão grave (Blalock & Campos, 2003).

Segundo, o *valor da carga vírica* é um parâmetro de concentração do vírus no sangue ou no líquido cefalorraquidiano. Actualmente, os exames laboratoriais permitem detectar valores de carga vírica desde “indetectáveis” (<50) até 750.000 cópias de ARN do vírus no sangue (Blalock & Campos, 2003; Herbeuval & Shearer, 2006).

É fundamental, tanto para os doentes como para os seus cuidadores que, a carga vírica se mantenha a um nível “indetectável”, embora isto não signifique ausência do vírus. Significa que existe uma concentração muito baixa em determinado período de tempo (Blalock & Campos, 2003).

O tempo que decorre entre a fase inicial e a fase avançada é variável de indivíduo para indivíduo. Para a maioria das pessoas o processo é lento (Cohen, 1998, cit. Blalock & Campos, 2003).

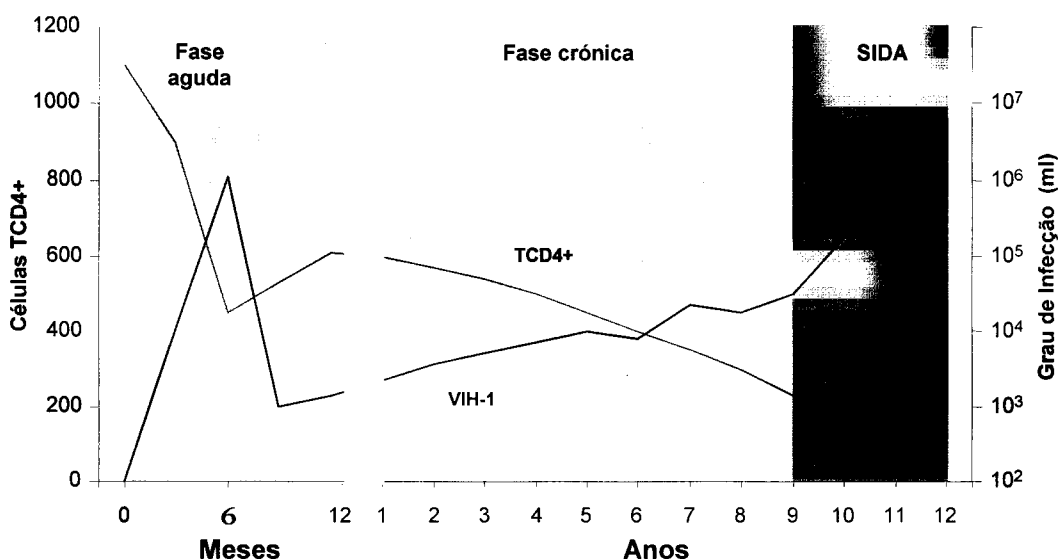


Figura 1 – Curso natural da infecção pelo vírus VIH (adaptado de Moreno, 2004)

Assim, quando o VIH entra em contacto com o organismo humano desenvolve-se, após o “período de incubação”¹, em três etapas ou estadios diferentes ao longo do tempo (Blalock & Campos, 2003; Castro e Melo, 2004; Mansinho, 2005) representados na Figura 1 com as seguintes características:

1. **Primo – infecção ou Fase aguda:** corresponde ao primeiro estadio da doença que normalmente se apresenta como um quadro clínico agudo. Pode durar cerca de duas a quatro semanas sendo caracterizado por virémia elevada e resposta imune intensa, com consequente diminuição dos linfócitos T CD4+, que posteriormente aumentam, mas geralmente não retornam aos níveis prévios à infecção. Os principais sinais e sintomas associados à infecção aguda pelo VIH são diversos desde febre, fadiga, cefaleias, linfadenopatia, faringite, mialgia e/ou artalgia, náuseas, vômitos, diarreia, suores nocturnos, meningite asséptica, úlceras orais, úlceras genitais, elevação dos níveis séricos de enzimas hepáticas. Geralmente revertem ao fim de duas semanas sem deixar qualquer sequela (Cohen, 1998 cit. Blalock & Campos, 2003; Castro e Melo, 2004).
2. **Infecção crónica assintomática ou Fase crónica:** após a seroconversão (quando o organismo produz anticorpos para o VIH) ocorre um período que pode estender-se até 7 a 10 anos com viremia menor do que na fase inicial, diminuição lenta dos linfócitos T CD4+ e replicação activa do vírus. Na evolução para as fases seguintes agravam-se progressivamente as manifestações clínicas e laboratoriais da imunodeficiência. Nesta fase da infecção é muito importante o acompanhamento médico regular, para se avaliar os efeitos que o VIH exerce sobre as células que são responsáveis pelas defesas do organismo humano e a intensidade com que se multiplica através da quantificação da carga vírica no sangue (Blalock & Campos, 2003; Castro e Melo, 2004). À medida que a doença evolui, as células CD4 diminuem e a carga vírica aumenta, o que desencadeia sintomas como febres prolongadas, aumento dos gânglios linfáticos no pescoço, nas axilas e nas virilhas, suores nocturnos, perda de peso sem razão aparente, cansaço, diarreia arrastada (Castro e Melo, 2004).

¹ Intervalo de três semanas a três ou seis meses que medeia o contacto do organismo com o VIH, e o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas suspeitos de infecção aguda ou primária pelo vírus.

3. **Fase sintomática e terminal ou SIDA:** corresponde ao estadio mais avançado da infecção pelo VIH, que se caracteriza pelo aparecimento de infecções ditas “oportunistas”. As infecções oportunistas são assim designadas porque aproveitam a debilidade do sistema imunitário para se desenvolverem no organismo. Podem ser infecções ou tumores, por exemplo, tuberculose pulmonar ou noutra região do corpo, pneumonia por um agente designado *pneumocystis carinii*, lesões provocadas por espécies de fungos como a *candida*, atingimento do sistema nervoso central, como a *toxoplasmose* ou a *meningite*, sarcoma de kaposi (cancro da pele), linfomas, cancro do colo do útero nas mulheres. Numa fase mais avançada, podem surgir lesões nos olhos, provocadas pelo *citomegalovírus* que pode causar cegueira se não for tratado, pode ainda ocorrer demência associada à SIDA provocando esquecimentos, perturbações do comportamento, apatia, descoordenação motora, entre outros (Blalock & Campos, 2003; Castro e Melo, 2004).

Os Centros de Controlo das Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América propuseram uma tipologia da infecção VIH que foi aceite pelas restantes comunidades científicas (Sánchez, Sebastián & Carrillo, 2003). Esta tipologia inclui três categorias clínicas (A, B e C). A categoria A refere-se aos portadores assintomáticos, a B aos indivíduos que apresentem sintomas relacionados com a infecção pelo VIH e a C àqueles que manifestem uma das doenças que definem a fase de SIDA (*Ibidem*). A combinação da contagem de linfócitos T CD4 $\leq 200/\mu\text{l}$ e a presença de infecção oportunista constituem os critérios do diagnóstico, definindo assim nove estadios da doença, em que as categorias A3, B3, C1, C2 e C3 correspondem a fase de SIDA, como podemos observar no quadro seguinte:

Quadro 1 – Definição de casos de SIDA para efeitos de vigilância epidemiológica (Sarmiento e Castro, 2004a; Sánchez et al., 2003)

CD4	Categorias clínicas		
	A	B	C
	Assintomático ou LPG ou infecção aguda	Sintomático não-A, não-C	Condição indicadora de SIDA
$>500/\text{mm}^3$ ($>29\%$)	A1	B1	C1
$200-499/\text{mm}^3$ (14-28%)	A2	B2	C2
$<200/\text{mm}^3$ ($<14\%$)	A3	B3	C3

2.2. Tratamento da infecção pelo VIH

A utilização da TARV tem vindo a demonstrar resultados positivos nos países em que os indivíduos infectados pelo VIH têm acesso aos medicamentos. Os benefícios prendem-se com a redução significativa dos óbitos secundários à SIDA e com a ocorrência de infecções oportunistas (Antunes, 2004). Além disso, a TARV tem proporcionado ao indivíduo seropositivo uma maior sobrevida, um aumento na sua qualidade de vida, relacionado directamente com uma melhor condição física e emocional (Volderbing, 2004; Sarmento e Castro, 2004b). Outros aspectos a considerar, e não menos importantes, prendem-se com o facto dos indivíduos em idade economicamente activa poderem permanecer produtivos, não desgastando os recursos da Segurança Social. Por outro lado, a redução da morbilidade e mortalidade da infecção pelo VIH em crianças e a redução substancial da transmissão vertical (principal via de transmissão relacionada à SIDA em crianças) e ainda a possível diminuição pela transmissão sexual, em consequência da redução da carga vírica no sêmen e nas secreções vaginais, apresenta um impacto sobre a dinâmica da epidemia de forma alguma negligenciável (Volberding, 2004).

Não está bem definido o momento exacto do início da TARV. A favor da sua precocidade estão a supressão vírica máxima precoce, a preservação da imunidade, o potencial aumento da sobrevivência e o menor risco de desenvolvimento de resistências. Contra esta estratégia contribui o desconhecimento da duração dos seus benefícios, a inconveniência dos complexos esquemas terapêuticos e sua influência na qualidade de vida, os efeitos adversos, que incluem a toxicidade a longo prazo, o eventual risco da ocorrência de resistências, as limitações de opções futuras e a possibilidade de transmissão de vírus resistentes (Mansinho, 2005; Sarmento e Castro, 2004b).

Em Portugal, a TARV está indicada para indivíduos seropositivos sintomáticos ou assintomáticos que apresentem contagem do número de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 células/mm³, ou quando o portador assintomático apresenta contagem de linfócitos T CD4+ entre 200 e 350 células/mm³. Neste caso, o início da TARV pode ser considerado atendendo também a outras características do sujeito, como motivação, capacidade de adesão, outras comorbilidades (Volberding, 2004).

A erradicação do VIH ainda não é possível pelo que os sujeitos são submetidos a tratamentos de longa duração. No entanto, os sucessos alcançados pela TARV são notáveis, esperando-se no futuro vir a dispor de esquemas terapêuticos mais simples, facilitando a adesão terapêutica dos sujeitos (Sarmiento e Castro, 2004b).

A questão da adesão terapêutica na infecção pelo VIH/SIDA será discutida no capítulo II, uma vez que constitui o foco central desta investigação.

Como o número e as combinações disponíveis são limitados, o uso inadequado e irregular desses anti-retrovíricos (ARV) pode criar situações nas quais serão necessárias combinações com mais de quatro fármacos, o que acaba por comprometer ainda mais a adesão ao tratamento (Sarmiento e Castro, 2004b).

3. VIH/SIDA e doença crónica

O diagnóstico de uma doença crónica provoca mudanças e desafios gerando, numa fase inicial, reacções de negação da doença por parte dos sujeitos (Bishop, 1994). Pode ser vivido como se se tratasse de um “corte” na linha da vida gerando sentimentos de incapacidade e perda.

Entenda-se por doença crónica qualquer estado patológico que apresente uma ou mais das seguintes características (Bishop, 1994; Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005):

- Doença a longo termo para a qual não existe cura
- Tende a prolongar-se pela vida toda do doente
- Tem na sua causalidade múltiplos factores de risco
- Evidencia um curso prolongado e degenerativo
- Provoca alterações funcionais e mudanças no estilo de vida
- Obriga o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas
- Necessita de controlo periódico, de observação e tratamento regular

A forma como cada indivíduo vivência e se organiza perante o diagnóstico de doença crónica depende de diversos parâmetros como idade, género, estatuto socioeconómico, inteligência, maturidade emocional.

Giovannini et al. (cit. Ribeiro, 1998, p.185) explicam que para além da dimensão temporal associado à cronicidade, se trata de uma “condição autónoma de doença que mistura problemas de ordem estritamente sanitária, exigências e reacções psicológicas, e necessidades ou preocupações de ordem social que fazem da doença crónica uma doença específica diferente das doenças agudas”.

A SIDA, enquanto doença crónica, constitui um acontecimento não-normativo gerador de stress (Ribeiro, 1998), evocando no sujeito pensamentos de morte, o que pode comprometer o processo de *coping* na doença, que se apresenta como o maior desafio para os sujeitos com infecção VIH/SIDA (Bishop, 1994).

Para a adaptação à doença contribuem factores psicológicos (emocionais e cognitivos), sociais (relacionamento interpessoal e familiar) e factores relacionados com o apoio que se pode disponibilizar a estes sujeitos (Bishop, 1994).

Na infecção VIH/SIDA observa-se a existência das mesmas áreas problemáticas que caracterizam a experiência subjectiva da doença crónica, como o risco de crise, a gestão da terapia e o estilo de vida renovado, a reestruturação do tempo, o isolamento social e o contexto familiar (Giovannini et al. cit. Ribeiro, 1998, p.186).

Apesar da infecção VIH/SIDA ser incurável, os avanços científicos referentes ao tratamento medicamentoso, com o recurso à TARV e das infecções oportunistas, proporcionaram um significativo aumento na esperança média de vida e também na qualidade de vida dos portadores de VIH. Aos poucos a realidade dos que vivem e convivem com a doença foi sendo alterada, e trouxe novos desafios para a sua compreensão. No início da epidemia, os casos que chegavam aos serviços de saúde eram de pessoas em fase de SIDA com presença de infecções oportunistas graves. Antes dos avanços da TARV, os indivíduos necessitavam de longos períodos de internamento, facto que agora não ocorre com a mesma frequência. Verificou-se, nos países onde se começou a utilizar a HAART, uma descida drástica do número de mortes e de doenças relacionadas com a SIDA (Santos, 2003).

Não havendo uma vacina ou cura para a doença, a aposta nas estratégias de prevenção da transmissão deve constituir um aspecto fundamental, nomeadamente, o incentivo ao uso do preservativo e programas de trocas de seringas e material de injeção entre os utilizadores de drogas por via endovenosa (*Ibidem*).

Como qualquer outra doença crónica com diferentes especificidades, também a infecção pelo VIH/SIDA exige ao sujeito a capacidade para continuar a viver apesar da doença, a promover alterações comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, mais ou menos complexas, no sentido de manter um nível de qualidade de vida desejável (Ribeiro, 1998). No decurso do processo de adaptação à doença crónica, devemos atender aos objectivos psicoterapêuticos primordiais na infecção VIH/SIDA como a promoção da adesão à terapêutica, de estratégias de coping, (re) definição do conceito de qualidade de vida e consequente ajuste comportamental através de significados adaptativos (Pires, 2006).

4. Impacto psicológico e social do VIH/SIDA

Desde o início da epidemia da SIDA que assistimos a um enorme esforço por parte dos investigadores e clínicos em compreender o impacto psicológico e social da infecção pelo VIH naqueles que são portadores (Ulla & Remor, 2002, cit. Remor, 2002a).

A forma como surgiu a doença, os significados que socialmente lhe foram atribuídos, a discriminação e o estigma originados definiu as representações pessoais que cada um tem da doença, enquanto ser individual potencialmente capaz de assumir comportamentos de risco, deixando de se atribuir o risco de infecção aos designados “grupos de risco” como os toxicodependentes ou homossexuais (Guerra, 1998; Pimentel, 2004).

A infecção pelo VIH/SIDA é “uma doença que combina três conceitos de elevada carga emocional: doença incurável, morte prematura e práticas sexuais diversas” (Douce, 1993; Teixeira, 1993, cit. Grilo, 2001, p.101). Não possui intrinsecamente nenhum componente que justifique alterações psicológicas nas pessoas portadoras, excepto naquelas em que já se verifique comprometimento cerebral. Contudo, observamos a ocorrência de alterações emocionais, em maior ou

menor grau nos sujeitos portadores do VIH, tanto no momento em que têm conhecimento do diagnóstico, como quando se suspeita estar infectado e também durante a evolução da doença (Remor, 1999; Villa & Vinaccia, 2006).

O conhecimento da seropositividade constitui um acontecimento significativo de vida, indutor de elevados níveis de *stress*, de diversas implicações na personalidade e de profundas transformações no seio familiar dos sujeitos (ao nível das rotinas, regras, papéis e rituais familiares). Todas estas mudanças requerem uma adaptação e reorganização quer do próprio sujeito quer, idealmente, do seu sistema familiar (Carrobles et al., 2003; Colle, 2001; Guerra, 1998). O desvendar da sua situação ao parceiro/a, familiares e amigos reveste-se muitas vezes de um dramatismo profundo. Revelar a seropositividade significa dar a conhecer os comportamentos de risco assumidos, podendo desencadear nos outros reacções negativas e, portanto, a adaptação à doença não vai depender apenas do próprio sujeito (Grilo, 2001; Guerra, 1998).

As manifestações psicológicas mais comuns que surgem perante um diagnóstico positivo ao VIH são unânimes na literatura: ansiedade, depressão e pensamentos suicidas (Alleaume, 1998; Beckett & Shenson, 1993; Blaney & Piccola, 1997; Cohen & Weisman, 1986; Dilley et al., 1985; Goldmeier, 1987; Holland & Tross, 1985; Miller, 1988; Tross & Hirsch, 1988; Whiteford & Csernansky, 1986, cit. Guerra, 1998; Grilo, 2001; Remor, 1999). Inicialmente o choque é a reacção mais comum, pela dificuldade em aceitar o estatuto de seropositividade (Guerra, 1998).

Durante a evolução da doença as manifestações psicológicas mais frequentes continuam a ser a ansiedade e a depressão (Remor, 1999). Ambas com função adaptativa de avisar o organismo de uma perturbação no sistema e equilíbrio emocional. No caso das pessoas infectadas pelo VIH as “ameaças” são reais, provocando medo de perder a autonomia, medo das mudanças corporais, medo do afastamento de familiares e amigos, sentimentos de culpa, luto face à doença, medo de contagiar os outros, dificuldades ao nível profissional e mudanças nos estilos e projectos de vida (Guerra, 1998; Remor, 1997; Remor, 1999).

Assim, os indivíduos portadores do vírus VIH vêm-se confrontados com dúvidas sobre a quem revelar a condição de seropositividade, com o medo da discriminação, do isolamento social, da perda da autonomia, do confronto com as

mudanças no dia-a-dia, ao nível da vivência da sexualidade, necessidade de cuidados médicos, alterações da imagem corporal, planos para o futuro e confronto com a morte (Caetano, 2001; Grilo, 2001; Villa & Vinaccia, 2006).

As diferentes respostas individuais vão depender de diversos factores como as expectativas prévias de um resultado positivo, o grau de conhecimento sobre a doença, a preparação prévia frente à doença e à morte, o estado de saúde, a personalidade do sujeito, valores éticos do indivíduo, suporte familiar e social (Remor, 1997). Embora a infecção VIH/SIDA seja semelhante a outras doenças “fatais”, torna-se única se tivermos dois importantes aspectos em conta, por um lado, o seu carácter debilitante e por outro, a via de contágio, sobretudo a sexual desencadeando sentimentos de isolamento e medo de discriminação (Guerra, 1998).

CAPÍTULO II

ADESÃO TERAPÊUTICA NA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

1. Definição de Adesão

A problemática que se prende em torno da adesão terapêutica tem constituído alvo de atenção por parte da comunidade científica, nomeadamente daqueles que se confrontam de perto com esta realidade, como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outros.

O comportamento e os estilos de “*coping*” das pessoas com doença crónica podem desempenhar um importante papel no curso da doença, e neste contexto, a forma como cada um cumpre as prescrições médicas constitui um papel primordial (Alfonso & Abalo, 2004).

De acordo com alguns autores, a adesão representa a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde (Berlant & Pruitt, 2003; Brannon & Feist, 1997; Fogarty et al., 2002; Haynes, 1979, cit. Silva & Pereira, 1999; Remor, 2002a; Remor, 2002b; Vázquez, Rodríguez & Alvarez, 2003; Villa & Vinaccia, 2006). É na sua essência um comportamento humano complexo influenciado por componentes subjectivos (Alfonso & Abalo, 2004; Vázquez et al., 2003).

Um dos termos mais utilizados e associados à adesão é o termo *compliance*, que significa obediência (Ribeiro, 2005). Este conceito prevê uma relação em que o médico assume o papel de decidir o que é ou não adequado, dando instruções ao utente que apenas as vai cumprir. Assim, o termo *adesão* surge como um conceito alternativo, em que o indivíduo tem a liberdade de decidir se adere ou não e caso não o faça, não será necessariamente culpado (Horne, 2000; Turk & Meicheibaum, 1991).

Uma definição mais contemporânea do termo considera a adesão como “um comportamento humano complexo afectado pela personalidade e carácter do indivíduo – que pode facilitar ou dificultar a relação com os profissionais de saúde – pelo relacionamento com profissionais de saúde, pelas experiências culturais, pela comunidade e pelos familiares” (Guimarães & Raxach, 2002, p.4), ou seja, a adesão “is not static, one-dimensional behavior... but rather is dynamic and influenced by changing internal and external variables” (Remien et al., 2003, p.70).

Kristteller e Rodin (1984, cit. Ribeiro, 2005, p.240) sugeriram um modelo desenvolvimental de adesão ao tratamento que integra várias teorias sobre o conceito, contemplando três estádios no processo de participação dos indivíduos nos seus cuidados:

Estádio 1 – Concordância (compliance): grau em que o indivíduo inicialmente concorda com o tratamento, seguindo as recomendações médicas. A característica essencial deste estádio é a confiança do indivíduo relativamente ao diagnóstico e tratamento que o profissional de saúde fez e instituiu.

Estádio 2 – Adesão (adherence): representa uma fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o auto-cuidado, em que já com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, mesmo quando confrontado com situações conflituosas, o que implica uma grande participação e controlo da sua parte.

Estádio 3 – Manutenção (maintenance): representa a fase em que o utente integra o tratamento no seu estilo de vida, sem vigilância do técnico de saúde. É um estádio que se caracteriza por competências de auto-regulação, isto é, o indivíduo deverá possuir um determinado nível de auto-controlo sobre os novos comportamentos, tentando que estes se transformem em hábitos.

A evolução através destes estádios desenvolve-se ao nível do controlo que os indivíduos exercem sobre os seus tratamentos. Deste modo, a intervenção deve incidir sobre a estabilização do comportamento no último estádio (Ribeiro, 2005). Nesta perspectiva, a adesão implica um papel activo e colaborativo do indivíduo no planeamento e implementação do seu regime de tratamento (Myers & Midence, 1998).

A adesão terapêutica continua a ser um problema e por isso se mantém alvo de investigação. Estima-se que na generalidade das doenças 40% dos indivíduos não cumprem as recomendações médicas (Alfonso & Abalo, 2004; Brannon & Feist, 1997). No caso das doenças agudas, estima-se uma taxa de 20% de não adesão, sendo que nas doenças crónicas esta pode atingir os 45% (Alfonso & Abalo, 2004). Quando os regimes terapêuticos exigem grandes alterações nos hábitos e no estilo

de vida, de que é exemplo a infecção pelo VIH, prevê-se que as taxas de não adesão sejam ainda mais elevadas (Alfonso & Abalo, 2004; Bishop, 1994).

Se considerarmos que cada prescrição médica ou tratamento representa a melhor intervenção para cada doença num sujeito particular, então a não adesão poderá constituir uma perda de oportunidade de saúde, assim como um desperdício potencial de recursos para o sistema de saúde (Horne, 2000; WHO, 2001). Os custos da não adesão, para além dos problemas relacionados com o prolongamento do sofrimento inerente à doença, implicam visitas mais frequentes aos serviços de saúde, tempo de recuperação mais prolongado, absentismo e hospitalizações evitáveis (Ley, 1997).

Relativamente à infecção pelo VIH, a introdução das novas terapêuticas anti-retrovíricas em 1996 (HAART) reduziu de forma importante e significativa a morbilidade e mortalidade associada à infecção (CDC, 1997; Palella et al., 1998; Ventura et al., cit. Chesney et al., 2000; Gir, Vaichulonis & Oliveira, 2005; Remor, 2002b; Sarmiento e Castro, 2004b; Villa & Vinaccia, 2006).

No entanto, estes tratamentos podem implicar a toma simultânea de vários fármacos durante períodos de tempo indefinidos e de acordo com rigorosas condições de administração, o que faz aumentar a probabilidade de abandono dos tratamentos ou uma adesão insuficiente (Remor, 2002a).

Os estudos levados a cabo sobre o grau de adesão em indivíduos infectados pelo VIH estimam que a percentagem de doses tomadas relativamente à prescrição oscile entre 50 a 75% e que apenas 30% das doses prescritas sejam tomadas com a frequência indicada e na dose necessária (Chesney, 1997; Hammer et al., 1996; cit. Remor, 2002a).

Num estudo comparativo realizado por Ortiz et al. (2000, cit. Remor, 2002a) observou-se que cerca de metade dos indivíduos infectados pelo VIH apresentavam níveis inadequados de adesão às terapêuticas, tanto no que se refere ao número de doses prescritas, como ao horário das tomas, sendo maior a adesão junto dos sujeitos que apresentavam patologias associadas à infecção. A explicação deste facto, na opinião dos autores, prende-se com o grau elevado de apoio social, sanitário e económico que estes recebiam.

A adesão terapêutica é um processo com expressão comportamental, ou seja, um imperativo para uma melhor condição de saúde. Enquanto processo é naturalmente influenciado por diversas determinantes como o sistema de conhecimentos e crenças, a motivação para o tratamento ou para a adaptação adequada à condição de “doente”.

2. Factores associados à Adesão

Os factores preditores ou determinantes da adesão mais comumente descritos na literatura são os factores psicológicos e sociais. São eles as características do indivíduo, as características da doença e tratamento e os factores interpessoais e contexto social (Berlant & Pruitt, 2003; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997; Remien et al., 2003; Villa & Vinaccia, 2006).

2.1. Características do indivíduo

Os factores relacionados com o indivíduo incluem as crenças individuais sobre a saúde, o conhecimento equacionado dos riscos e benefícios dos tratamentos, a confiança no profissional, as características sociodemográficas e as características de personalidade.

Diversos modelos socio-cognitivos (Rosenstock, 1974; Bandura, 1977, cit. Remor, 2002a) explicam que a adesão terapêutica advém de uma decisão racional que a pessoa assume e que depende das suas crenças sobre as consequências de cumprir ou não as terapêuticas, da sua vulnerabilidade a essas mesmas consequências ou da relação custo-benefício que supõe seguir o tratamento (Amigo, Fernández & Pérez, 1998, cit. Remor, 2002a). Do mesmo modo, a adesão pode ser afectada por crenças normativas ou crenças transmitidas pela família, amigos ou outros, ou ainda crenças que o próprio possui sobre a relação com a natureza, duração, causas, consequências ou controlo da infecção (Tuldrá et al., 1999; Ortiz et al., 2000, cit. Remor, 2002a). Imediatamente após o diagnóstico de doença desencadeia-se uma diferenciação subjectiva entre a caracterização da doença (etiologia, prognóstico e tratamento) e o significado que a mesma assume. Pode ser

entendida como uma perda, uma ameaça, um castigo, um benefício ou um alívio. Deste modo, a percepção individual da doença assume diferentes repercussões no processo de tratamento (Alfonso & Abalo, 2004).

As pessoas são mais propensas a aderir aos regimes de tratamento quando acreditam ter responsabilidade na sua saúde, que existe uma real necessidade de tratamento e que os seus comportamentos lhe poderão trazer benefícios (Brannon & Feist, 1997; Horne & Weinman, 1999). As crenças ou cognições têm sido bastante estudadas e parecem ser possíveis preditores na adesão ao tratamento. Elas espelham o conhecimento individual, se considerarmos que reflectem a capacidade do indivíduo para lidar com a realidade, e são ainda necessárias para estabelecer o equilíbrio entre o meio ambiente e as imposições do meio interno (Ogden, 1999).

A adesão ao tratamento indicado pelo profissional de saúde pode também ser influenciada por factores cognitivos e emocionais. Os indivíduos têm necessidade de receber informação adequada para aderirem ao tratamento, possibilitando a sua recordação e a existência de condições para fazer (Roberts & Volderbing, 1999).

Relativamente às características sociodemográficas, a literatura corrente não tem encontrado resultados consistentes na associação entre a adesão e os factores de idade, género, estado civil e classe social. O estudo desenvolvido por Gordillo, Amo, Soriano e González-Lahoz (1999) encontrou diferenças significativas na adesão tendo em conta as variáveis de idade, género e nível de escolaridade. Os indivíduos mais velhos, do género masculino e com nível de escolaridade superior apresentavam níveis de adesão mais elevados comparativamente aos mais novos e com nível escolar inferior.

Um outro estudo da autoria de Berg et al. (2004) aponta para diferenças significativas também relativamente ao género. Mas neste caso, os níveis de adesão inferiores nas mulheres eram devidos a comportamentos de uso e abuso de álcool. Ainda o estudo realizado por Israelski, Gore-Felton, Power, Wood e Koopman (2001) também encontrou diferenças da adesão tendo em conta a idade, mas não em relação ao género ou ao nível de escolaridade. Estas diferenças parecem evidenciar-se em função de outras variáveis relacionadas com o tipo de doença, duração e complexidade do tratamento, ausência de apoio afectivo ou isolamento

social (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch & McAuliffe, 2000; Vázquez et al., 2003; Murphy, Marelich, Hoffman & Steers, 2004).

Relativamente às características de personalidade a literatura também não parece evidenciar uma relação directa entre estas e a adesão, o que parece dever-se a problemas da investigação das variáveis de personalidade. Em concreto, a forma como se mede e se interpreta o resultado (Vázquez et al., 2003).

2.2. Características da doença e tratamento

As características da doença incluem a severidade da doença, a duração, complexidade e efeitos secundários do tratamento (Berlant & Pruitt, 2003; Brannon & Feist, 1997).

As características da doença que mais parecem estar associadas à adesão são a gravidade da doença e a visibilidade dos sintomas. Alguns estudos referem que os sujeitos com doenças crónicas assintomáticas, frequentemente não aderem ao tratamento (Miller, 1997, cit. Marks, Murray, Evans & Willing, 2000). Assim parece justificar-se que se verifiquem maiores taxas de adesão nas doenças agudas do que nas crónicas (Horne, 2000; Vázquez et al., 2003).

A gravidade e os custos/benefícios percebidos são dois factores psicossociais importantes. Doentes que se sintam ameaçados pela sua doença e que acreditem nos benefícios do tratamento recomendado, mais facilmente ultrapassarão as barreiras e aderirão aos conselhos médicos. Porém, se as pessoas não se sentem ameaçadas pela sua doença e percebem barreiras ao tratamento, as suas hipóteses de adesão serão consideravelmente mais baixas (Sarafino, 2002).

A duração e a complexidade do tratamento devem ser consideradas, uma vez que quanto mais longo e complexo for o tratamento maior será a probabilidade de abandono do mesmo (Brannon & Feist, 1997). De facto, os indivíduos parecem aderir mais facilmente a tratamentos curtos e simples, que impliquem poucas mudanças nos seus hábitos de vida (Bennett, 2002; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997; Ley, 1997; Vázquez et al., 2003).

Outro aspecto importante na adesão está relacionado com os sentimentos da pessoa perante um determinado tratamento. A existência de efeitos secundários severos pode influenciar negativamente a adesão ao tratamento. Vários estudos demonstraram que o sujeito tende a aderir ao tratamento quando este se revela eficaz no controlo dos sintomas, apresenta um custo relativamente baixo e os seus efeitos colaterais são reduzidos (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997; Sarafino, 2002).

Por fim, é também importante atender ao tipo de interferência que o tratamento tem no dia-a-dia da pessoa. Quando esta intrusão é significativa, o indivíduo tem tendência a controlá-la, podendo conduzir a uma adesão insuficiente. Esta é uma importante característica a ter em conta na infecção pelo VIH, uma vez que, os regimes terapêuticos são complexos e exigem um nível elevado de adesão (acima de 95%) para se alcançar os efeitos desejados.

2.3. Factores interpessoais e contexto social

Grande parte da pesquisa realizada sobre a adesão terapêutica está centrada nas características da comunicação entre o profissional de saúde e o utente, pois a evidência aponta para que os vários estilos de interacção médica estejam relacionados com a adesão (Bishop, 1994).

Os médicos desempenham um importante papel na adesão dos utentes, uma vez que, prescrevem e aconselham o melhor tratamento para cada caso. Num estudo realizado por Stewart (1996, cit. Berllant & Pruitt, 2003) verificou-se que quando a informação é partilhada com o utente, quando se constrói uma relação terapêutica entre ambos e quando se verifica a existência de apoio emocional, o sujeito compreende e adere de forma adequada aos tratamentos necessários.

Neste contexto, o médico deverá realizar perguntas específicas acerca dos comportamentos de adesão dos utentes, devendo estar atento à percepção de auto-eficácia que o sujeito considera ter para implementar aquilo que lhe é aconselhado (Bishop, 1994). Por exemplo, a “American Medical Association” reconheceu a importância da influência dos sistemas de saúde na alteração de comportamentos relativamente ao consumo do tabaco. Desenvolveram assim um

modelo que consiste em quatro vertentes: “ask”, “advise”, “assist” e “arrange”. Este modelo pode ser aplicado a outras situações que impliquem a mudança de comportamentos para uma melhor condição de saúde (Berllant & Pruitt, 2003). Deste modo, o médico deverá questionar sobre o comportamento do utente, aconselhar, assistir e prever a continuidade dos cuidados, marcando consultas de seguimento.

Na comunicação em saúde, a qualidade da informação, bem como a sua adequação ao estilo cognitivo, crenças de saúde e nível cultural são de extrema importância (Bishop, 1994). Muitos doentes abandonam os serviços de saúde sem compreenderem o tratamento que lhes foi aconselhado ou esquecem as instruções fornecidas (Bennett, 2002). Assim, a informação deve ser personalizada e não deve ser excessiva (para não aumentar a probabilidade do esquecimento).

Turk e Meichenbaum (1991, cit. Ribeiro, 2005, p.242) apontam algumas estratégias para melhorar a capacidade de adesão dos doentes como: escuta activa, prescrições simples, instruções por escrito, formas de contar os comprimidos, telefonar se faltar a uma consulta, programar as consultas atendendo, tanto quanto possível, aos horários do indivíduo, reforço positivo dos esforços do sujeito para aderir aos tratamentos e envolver o cônjuge ou pessoa significativa no tratamento.

Deste modo, a responsabilidade pelos comportamentos de adesão não cabe apenas ao utente, mas também ao profissional de saúde, resultando da interacção entre ambos a adopção dos novos comportamentos promotores de saúde (Brannon & Feist, 1997).

O *suporte social* dos familiares, amigos e estruturas de saúde assume grande importância para a compreensão do fenómeno da adesão. Em geral, sujeitos isolados são mais propensos a não aderirem às prescrições médicas, ao contrário daqueles que têm relações interpessoais próximas (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997). De um modo geral, um menor apoio social e um maior isolamento social associa-se a uma menor capacidade de adesão. Os estudos realizados por Gordillo et al. (1999) e Remor (2002a) referem que a existência de suporte social nos sujeitos com VIH constitui um preditor de níveis de adesão satisfatórios.

O contacto entre o profissional de saúde e utente tem lugar num contexto social, mas também é importante a relação com a família e com os amigos. A importância da família nos comportamentos de adesão reflecte-se nas várias etapas do ciclo de vida. Sherwood (1983, cit. Brannon & Feist, 1997) verificou que a adesão de doentes hemodialisados era tanto mais elevada quanto mais a família se mostrava compreensiva com as exigências do tratamento e com as consequências emocionais deste. Por outro lado, tem sido sugerido que a presença e apoio do (a) companheiro (a) do doente perante a medicação prescrita é o mais importante factor explicativo da adesão. A literatura sugere ainda que as pessoas que possuem uma vasta rede de relações interpessoais demonstram maiores níveis de envolvimento nos seus regimes terapêuticos (Brannon & Feist, 1997).

3. Modelos e Teorias de Adesão Terapêutica

Uma vez que o problema da não adesão se constitui como um problema de mudança de comportamentos, iremos inscrever as teorias da adesão nas teorias de mudança de comportamentos. Entre estes modelos podemos encontrar os modelos socio-cognitivos, entre os quais destacamos o Modelo de Crenças de Saúde, a Teoria da Acção Racional, Locus de Controlo da Saúde, o Modelo de Auto-regulação de Leventhal e modelos de adesão terapêutica propriamente ditos.

3.1. Modelo de Crenças de Saúde

Este modelo foi desenvolvido por Rosenstock em 1966 (cit. Ogden, 1999) e posteriormente aferido, na década de 1970/80, por Becker e colaboradores (*Ibidem*). O autor referia que a probabilidade de uma pessoa ter um determinado comportamento saudável estava relacionado com as suas crenças pessoais acerca da ameaça percebida da doença e da percepção do risco/benefício de praticar o comportamento recomendado. As crenças básicas propostas pelo modelo são: crenças acerca da gravidade da doença, a susceptibilidade percebida do indivíduo, os custos e esforços envolvidos para realizar um comportamento, tendo em conta as barreiras percebidas (por exemplo, o facto de fazer um rastreio poderá levar à

detecção de problemas numa fase inicial, sendo, contudo difícil disponibilizar tempo para o fazer).

Becker e Maiman (cit. Vázquez et al., 2003) defendem que as condutas de saúde estão mais ou menos determinadas pela vulnerabilidade percebida pelo sujeito. Os autores incluíram no modelo uma componente que refere que, um estímulo deve ocorrer de modo a desencadear um comportamento específico (Becker & Maiman, 1975, cit. por Horne & Weinman, 1998). Estes estímulos podem ser internos (sintomas), ou externos (informação), e estão sujeitos à influência das características sociodemográficas, como género, idade, classe social e das características psicológicas, como personalidade, existência de relação afectiva, pressão do grupo, originando um determinado comportamento de adesão (Sheeran & Abraham, 1996, cit. Horne & Weinman, 1998). Assim, o modelo prevê que a probabilidade de uma acção aumente se a percepção de necessidade de tratamento é elevada e se os benefícios do comportamento esperado ultrapassam as barreiras.

Mais tarde, o conceito de auto-eficácia também foi incluído nas variáveis-chave deste modelo. De acordo com Rosenstock (1990, cit. Ribeiro, 2005), as principais variáveis que compõem este modelo agrupam-se em três categorias: *Ameaça* (percepção de susceptibilidade e da gravidade da condição), *Expectativa de resultado* (percepção dos benefícios de uma determinada acção e das barreiras a essa acção) e *Expectativa de eficácia* (convicção sobre a capacidade pessoal para realizar a acção recomendada).

Este modelo parece funcionar melhor quando é utilizado como modelo para comportamentos preventivos, uma vez que, a compreensão da adesão passa por identificar as crenças que os sujeitos têm acerca da sua doença e do tratamento, sugerindo que as variáveis cognitivas expressas no modelo podem ser em alguns casos, pré-requisitos da adesão (Janz & Becker, 1984, cit. Horne & Weinman, 1998).

Como quase todos os modelos também este foi alvo de críticas. Horne e Weinman (1998, cit. Ogden, 1999) manifestaram-se sobre alguns aspectos. Por exemplo, quanto à simplicidade dos conhecimentos relacionados com a saúde que podem constituir-se como barreiras ou benefícios, sem especificar as crenças que estão subjacentes a esses mesmos construtos. Outras referem-se à não inclusão de uma fase que contemple a intenção, entre as crenças e o comportamento e a não

especificação da relação entre os factores sociais, como o desejo de ter a aprovação dos outros, e o comportamento de saúde. E ainda, que este modelo supõe que os comportamentos de saúde derivam de uma análise racional baseada nos custos/benefícios percebidos pelas pessoas. Apesar das críticas, Alfonso e Abalo (2004) referem que este é o modelo mais utilizado pela Psicologia da Saúde na investigação da adesão terapêutica, apesar de não conseguir explicar todos os motivos subjacentes aos comportamentos de não adesão.

3.2. Teoria da Acção Racional

Contrariamente ao modelo anterior, este procura compreender as relações existentes entre as atitudes e os comportamentos. Nesta teoria (Ajzen & Fishbein, 1980, cit. Brannon & Feist, 1997), a intenção de assumir um comportamento é o factor determinante para a sua prática. Essas intenções derivam das atitudes (crenças) da própria pessoa relativamente ao comportamento esperado e atendendo às normas sociais. Estas últimas estão relacionadas com a avaliação feita por outras pessoas (como amigos ou outros considerados significativos) sobre esse comportamento e a motivação que o próprio possui para cumprir essas expectativas. A percepção do controlo do comportamento permite incluir no modelo os comportamentos não motivados, ou seja, aqueles que não dependem da vontade do próprio, constituindo um factor preditivo do comportamento. Esta teoria pressupõe outros aspectos como as aptidões do sujeito, recursos e oportunidades para levar a cabo o comportamento (Bennett, 2002; Horne & Weinman, 1998). Alguns estudos sobre esta teoria parecem demonstrar que ela possui algum valor preditivo na adesão a recomendações médicas (Brannon & Feist, 1997). De acordo com Ajzen (1987, cit. Horne & Weinman, 1998) a maioria dos comportamentos está situado entre dois extremos opostos do *continuum* que representa a percepção do controlo do comportamento, ou seja, entre a facilidade e a dificuldade em realizar o comportamento. Assim se compreende que assumir comportamentos considerados pelo sujeito como desagradáveis, para os quais o controlo é difícil, leva a que se abandonem recomendações necessárias (por exemplo, deixar de fumar, praticar exercício físico, aderir a recomendações que interferem com os hábitos de vida).

3.3. Locus de Controlo da Saúde

O locus de controlo de saúde é um conceito relacionado com as teorias anteriores. Refere-se ao grau de controlo sobre a saúde percebido pelo indivíduo, tendo tido origem na teoria da aprendizagem social de Rotter (1966, cit. Ogden, 1999). Com base nesta teoria referem-se três dimensões do controlo que influenciam o comportamento das pessoas. Por um lado, se as pessoas acreditam que a sua saúde é determinada em grande parte pelo seu controlo, então têm altas pontuações na dimensão interna. Inversamente, quando atribuem a sua saúde ao acaso, independentemente do seu comportamento, a dimensão externa apresenta pontuações mais altas. Aquelas que acreditam que a sua saúde está dependente de profissionais de saúde ou outras pessoas valorizam mais a dimensão das figuras de autoridade (Ogden, 1999).

A ideia principal presente neste modelo é que, aqueles que apresentam *locus de controlo interno* terão mais possibilidades de aderir a comportamentos de saúde comparativamente àqueles que percebem um baixo controlo. Por outro lado, aqueles que atribuem maior importância ao médico, podem mais facilmente aderir a comportamentos de promoção de saúde. No entanto, a crença sobre a capacidade dos serviços médicos poderem curar a sua patologia, pode levar a um distanciamento dos comportamentos saudáveis (*Ibidem*).

Globalmente, os modelos socio-cognitivos apresentam uma limitação que se relaciona com a ausência de explicação dos comportamentos de saúde aparentemente irracionais (por exemplo, uma pessoa perante um *cancro* em evolução opta por não procurar cuidados médicos). Por outro lado, as investigações sobre os comportamentos de saúde verificaram que o comportamento futuro se prevê mais facilmente com base nos comportamentos passados do que nas cognições (*Ibidem*).

3.4. Modelo de Auto-regulação de Leventhal

Este modelo debruçou inicialmente a sua atenção pela investigação do impacto das mensagens de medo sobre o comportamento preventivo. Concluiu que, embora a mensagem de medo seja, por vezes, necessária para motivar as pessoas

para comportamentos preventivos (ex. vacinação), a ameaça por si só não é suficiente, sendo necessário adicionar um plano de acção. Isto é, fornecer instruções claras para acções de sucesso ajudando o indivíduo a incorporá-las nos seus hábitos diários. Deste modo, esta abordagem pode mais facilmente permitir que o comportamento desejável se mantenha (Ogden, 1999).

Neste modelo, o pilar é o facto do sujeito ser visto como um agente activo na resolução dos seus problemas, adoptando comportamentos de saúde que lhe permitam reduzir a distância percebida entre o seu estado de saúde actual e o estado por ele desejado. Foca especialmente a importância da percepção real dos sintomas na formulação de mudanças emocionais e na orientação da eficácia nas estratégias de *coping*. Tem por base a representação cognitiva da ameaça para o indivíduo como factor determinante na variação de um comportamento e considera as crenças como guias fundamentais (*Ibidem*).

Os modelos apresentados são frequentemente referenciados na investigação sobre a adesão, não dando, porém explicações últimas e completas de comportamentos específicos de adesão, nem sendo nenhum deles universalmente válido. Os modelos socio-cognitivos parecem ser mais aplicáveis em decisões pontuais acerca de recomendações para manter a saúde do que para explicar a adesão em contexto de doenças crónicas (Conner & Norman, 1996, cit. Horne & Weinman, 1998).

3.5. Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley

Este modelo preconiza a previsibilidade da adesão, através da combinação do factor de satisfação do doente em relação à consulta, com os factores de compreensão da informação dada na consulta e memorização da mesma. Foi alvo de diversos estudos (1988, cit. Ogden, 1999).

A *satisfação do doente* foi analisada em estudos efectuados por Haynes e colaboradores (1979) e por Ley (1988), que indicaram que os níveis de satisfação dos doentes estavam relacionados com várias vertentes da consulta, especificamente com a valência afectiva (apoio emocional, compreensão), aspectos

comportamentais (prescrições e explicações adequadas) e aspectos ligados à competência do próprio técnico (cit. Ogden, 1999).

Um outro factor que também foi referido como importante para a satisfação do doente, relaciona-se com a *não omissão de informação*. Os utentes compreendem melhor as necessidades de tratamento quando a informação não lhes é omitida. Ley alertou ainda para a associação que se estabelece entre a capacidade de recordar informações sobre o que é indicado na consulta e a adesão. Assim, alguns aspectos como o nível intelectual, os conhecimentos médicos, o efeito da primazia (o que é dito em primeiro lugar), a importância da afirmação feita pelo médico, assim como o número de afirmações, aumentavam a capacidade de recordação pelo doente (Ogden, 1999).

3.6. Modelo da Adesão (adherence) de Stanton

O modelo da adesão de Stanton modificou a terminologia de *obediência* (compliance) para o de *adesão* (adherence), afastando-se da visão tradicional da figura do médico que debita conselhos a um doente condescendente e submisso, de forma a melhorar a compreensão da comunicação neste contexto. O modelo, semelhante ao de Ley, sugere assim que a comunicação do técnico de saúde aumenta o conhecimento do indivíduo, a sua satisfação e a adesão ao regime recomendado (Ogden, 1999).

Diferencia-se do modelo anterior pelo facto de enfatizar aspectos do próprio doente (as crenças sobre as mudanças do estilo de vida devido à adesão, locus de controlo e apoio social) e a sua interacção com o profissional de saúde, considerando que o utente é leigo e que necessita de informações objectivas e profissionais (*Ibidem*).

Neste capítulo foram abordadas algumas teorias que nos permitem compreender os aspectos psicológicos inerentes ao processo de tomada de decisão, no entanto, nenhuma apresenta uma explicação global de todos os aspectos subjacentes ao fenómeno de adesão. Debrucemos agora a nossa atenção sobre os preditores de adesão na Infecção VIH/SIDA.

4. Preditores de adesão terapêutica na infecção VIH/SIDA

Tal como em outras doenças agudas e crónicas, a adesão terapêutica constitui uma questão prioritária na investigação actual sobre a infecção pelo VIH (Remor, 2002a).

Segundo alguns autores, a adesão terapêutica na infecção VIH/SIDA é entendida como “prevenção” porque permite evitar o aparecimento de formas do vírus resistente à TARV e a progressão para a fase de SIDA (Gordillo et al., 1999; Mota-Miranda et al., 2005; Remor, 2002b; Roberts & Volderbing, 1999).

Ao abordarmos a problemática da adesão terapêutica no contexto da infecção VIH/SIDA devemos ter consciência da sua verdadeira amplitude. A estas pessoas é exigida uma rápida adaptação a um diagnóstico que promove grandes alterações no estilo de vida, ao nível dos comportamentos sociais, alimentares, hábitos, dependências, situação profissional, e a introduzir no seu plano de vida, consultas e tomas diárias de medicamentos (Carrobles et al., 2003; Ceccato, Acurcio, Bonolo, Rocha & Guimarães, 2004; Jesus et al., 2001; Vasconcellos, Picard & Ichaï, 2003).

Segundo Marques (1999, cit. Jesus et al., 2001) face à necessidade de mudança de comportamentos enraizados, verifica-se por parte destes indivíduos a existência de resistências e/ou dificuldades, manifestando-se através da negação da doença e da não adesão à terapêutica prescrita.

Foi a partir da introdução da HAART, em 1996, que se intensificou a preocupação dos investigadores e profissionais pela adesão, uma vez que, as terapias triplas combinadas exigem por parte dos indivíduos uma perfeita adesão, com o objectivo de usufruir das vantagens deste esquema terapêutico, como a melhoria da qualidade de vida, a diminuição de infecções oportunistas e o aumento da esperança de vida (Guimarães & Raxach, 2002; Lerner, Gulick & Dubler, 1998).

Uma vez que as evidências clínicas estabelecem uma relação estreita entre a adesão insuficiente à TARV e o aparecimento de mutações de resistência, de falência virológica, bem como a antecipação da progressão clínica para a fase de SIDA, tem-se vindo a discutir largamente esta questão na infecção VIH/SIDA (Sarmiento e Castro, 2004b).

Grande parte da bibliografia consultada explicita assim vários factores (já discutidos em pontos anteriores) que podem afectar a adesão terapêutica à TARV tendo chegado a diferentes conclusões (Figueiredo, Sinkoc, Tomazim, Gallani & Colombrini, 2001; Gir et al., 2005; Guimarães & Raxach, 2002; Júnior, Greco & Carneiro, 2001; Leite & Vasconcellos, 2003; Remor, 2002a; Remor, 2002b).

Começemos por abordar as características sociodemográficas. Em doenças crónicas como o VIH/SIDA, o perfil sociodemográfico, isoladamente, parece não estabelecer uma dependência com a boa ou fraca adesão aos tratamentos anti-retrovíricos (Guimarães & Raxach, 2002; Villa & Vinaccia, 2006). Talvez se possam explorar aspectos como ocupação, nível de escolaridade, história passada de consumo de substâncias, religião, situação conjugal e habitacional, orientação sexual e etnia (Guimarães & Raxach, 2002).

Relativamente ao factor *género*, nos estudos realizados não foi encontrada uma relação consistente entre este e a adesão, no entanto, parte desses estudos aponta para que as mulheres apresentem níveis de adesão inferiores comparativamente aos homens. Esta diferença poderá estar dependente da análise das variáveis em estudo e da forma de avaliar a adesão (Berg et al., 2004).

O factor *idade* já parece apresentar alguma relação com a adesão (Israelski et al., 2001). No estudo realizado por Gordillo et al. (1999) os sujeitos mais novos apresentam índices de adesão inferiores aos mais velhos. Um outro estudo realizado por Stout, Leon & Niccolai (2004) também aponta como preditor de adesão a idade mais avançada. No entanto, refere que os níveis de adesão e os factores preditores da mesma podem estar influenciados por diferenças sociais e culturais que variam de país para país.

O *grau de instrução* parece constituir um preditor de adesão e deste modo os sujeitos com um nível escolar mais baixo apresentam uma adesão também menor (Gordillo et al., 1999). O mesmo se verifica com a variável *ocupação*, ou seja, indivíduos que estejam a desempenhar uma função profissional ou ocupacional parecem apresentar melhores níveis de adesão (*Ibidem*).

Poderíamos tentar compreender a importância das características sociodemográficas à luz da *Teoria da Acção Racional*, se pensarmos que assumir

um comportamento de adesão depende das características pessoais dos sujeitos como recursos e oportunidades e a existência de condições para assumir e manter um comportamento desta dimensão.

O *suporte social* constitui uma variável à qual se tem atribuído grande importância para o aumento do nível de adesão. Os estudos realizados mostram que quanto maior for o suporte social melhor será o nível de adesão (Gordillo et al., 1999; Remien et al., 2003; Remor, 2002a; Villa & Vinaccia, 2006).

Relativamente ao *modo de transmissão* do VIH, a literatura aponta para que naqueles em que a transmissão ocorreu por via sexual, os sujeitos apresentem melhores níveis de adesão quando comparados com os indivíduos infectados devido ao consumo de drogas por via endovenosa (Gordillo et al., 1999).

Quanto às *características da doença e do tratamento*, existem evidências de que estas se podem reflectir na adesão terapêutica, sobretudo se considerarmos as exigências da TARV. Deste modo, as variáveis do tratamento que podem influenciar a adesão são a complexidade do tratamento, os efeitos secundários que acompanham o mesmo, o estigma associado à doença e as interferências que promove no dia-a-dia dos indivíduos que vivem com o VIH (Berg et al., 2004; Remien et al., 2003; Remor, 2002a).

A TARV pressupõe a toma de vários fármacos ao longo do dia em determinados esquemas terapêuticos e, por outro lado, pode ser acompanhada de efeitos secundários intensos (cansaço, irritabilidade, náuseas, vômitos, diarreias, dores de cabeça, problemas gastrointestinais, insónias, alucinações e dor) (Remien et al., 2003). Facilmente podemos compreender que quanto mais simples for o esquema terapêutico e quanto menos efeitos secundários apresentar, melhores níveis de adesão e consequente controlo da infecção será conseguido. Podemos analisar as características da doença e tratamento com base no *Modelo de Crenças de Saúde*. Os indivíduos encaram a doença atendendo à percepção individual de vulnerabilidade e perante os obstáculos que julgam encontrar processam uma avaliação interna para promover as mudanças necessárias à implementação e manutenção de comportamentos de adesão.

O *tempo de diagnóstico/infecção* também tem sido alvo de alguns estudos que procuram encontrar uma relação preditora de adesão (Israelski et al., 2001; Remor, 2002a). No estudo realizado por Remor (2002a) os sujeitos com menor tempo de infecção apresentavam níveis de adesão superiores comparativamente aos que se encontravam infectados há mais tempo. As razões apontadas pelo autor para esta diferença prendem-se possivelmente com um maior medo da doença e com o facto do tratamento permitir uma sensação de controlo desta. Adicionalmente, aqueles que são portadores de VIH há menos tempo podem estar mais motivados a cumprir as prescrições médicas.

Outras variáveis a ter em conta para a compreensão deste fenómeno são as reacções psicológicas à doença, nomeadamente a *depressão* e a *ansiedade*. Os estudos referem que existem níveis inferiores de adesão em sujeitos com quadros depressivos ou de ansiedade comparativamente àqueles que não os apresentam (Remor, 2002a; Stout et al., 2004).

A *relação técnico/utente* assume uma enorme importância no contexto da infecção VIH/SIDA. Quanto melhor for a qualidade da relação e da comunicação, as repercussões na adesão à TARV serão também mais evidentes (Roberts & Volderbing, 1999). De suporte a este factor podemos referir o *Modelo da Hipótese Cognitiva de Ley* e o *Modelo de Adesão de Stanton*. A satisfação do doente relativamente às diferentes valências da consulta ou do acompanhamento médico/hospitalar constitui um factor determinante da adesão. Como seres sociais que somos, não podemos descurar o facto de estarmos constantemente a comunicar, valorizando assim, a relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o utente, que será o pilar da futura adesão ao tratamento.

A literatura apresenta também motivos pessoais para explicar a adesão inadequada à TARV como sejam (Chesney et al., 2000; Figueiredo et al., 2001; Gir et al., 2005; Guimarães & Raxach, 2002; Júnior et al., 2001; Leite & Vasconcellos, 2003; Remor, 2002a): esquecimento, estar ocupado, estar fora da cidade, estar a dormir, estar deprimido, ter efeitos adversos, sentir-se mal ou doente, mudanças nas rotinas diárias, dificuldade em tomar os comprimidos em frente a outras pessoas, sentir-se bem e saber que os “CD4” estão altos, dificuldades económicas, aspectos religiosos, stress e mau humor.

Com base no exposto, consideramos que para a compreensão do conceito de adesão se deve atender às características da população estudada. Na realidade algumas populações específicas são apresentadas na literatura como mais propensas a uma não adesão aos anti-retrovíricos como tivemos oportunidade de verificar (Gabriel, Barbosa & Vianna, 2005; Guimarães & Raxach, 2002; Remor, 2002a).

Concluimos deste modo que a adesão terapêutica aos anti-retrovíricos resulta, assim, de uma interacção subtil entre o indivíduo e as suas características pessoais, as exigências do comportamento esperado, a complexidade do tratamento, as estratégias de *coping* adoptadas e o afecto e apoio familiar e/ou social.

5. As terapêuticas anti-retrovíricas na Infecção VIH/SIDA

As terapêuticas anti-retrovíricas surgiram em 1987 inicialmente em monoterapia com a classe dos “Inibidores Nucleósidos da Transcriptase Reversa” (INTR). Até a esta altura, apenas se preveniam algumas infecções oportunistas. Mais tarde, surgiram novos fármacos do mesmo grupo dos INTR que, em combinação, permitiam um aumento da sobrevivência dos indivíduos. Ainda assim, o cenário do controlo da infecção, bem como o aumento da sobrevivência dos doentes não era tranquilizador (Peçanha, Antunes & Tanuri, 2002; Sarmento e Castro, 2004b).

O ano de 1996 pode ser considerado o marco na luta contra a infecção. Nesse ano foi apresentada a classe dos “Inibidores da Protease” (IP), uma nova classe de fármacos anti-retrovíricos, bem como os métodos de quantificação analítica da carga vírica e contagem de linfócitos T CD4+, que em conjunto constituem parâmetros fundamentais no controlo da evolução da doença (Antunes, 2005; Sarmento e Castro, 2004b). Logo depois surgiu a classe dos “Inibidores Não Nucleósidos da Transcriptase Reversa” (INNTR).

Mais recentemente foram disponibilizadas outras classes de inibidores de outros grupos, nomeadamente os “Nucleotídeos” (INNTR) e os “Inibidores de Fusão” (IF).

Em consequência da elevada eficácia dos novos fármacos para o VIH/SIDA, tem-se assistido a uma crescente diminuição da morbilidade e mortalidade, possibilitando a mudança de uma condição aguda e inevitavelmente letal, para uma condição de infecção de evolução crónica (Sarmiento e Castro, 2004a).

Dado que não é, ainda, possível erradicar o VIH, a TARV tem como principal objectivo retardar a evolução da doença, da condição de “portador assintomático” para a condição de “SIDA”, promovendo a supressão da carga vírica abaixo do limiar de detecção pelo máximo de tempo possível, a restauração e manutenção da imunidade, promovendo deste modo um aumento da qualidade de vida dos indivíduos (Antunes, 2005; Sarmiento e Castro, 2004b).

Até ao momento existem em Portugal fármacos que compreendem os INTR, os INNTR, os IP e os IF. Estes fármacos actuam em diferentes fases do ciclo vital do VIH (González-Lahoz & González del Castillo, 2004; Mota-Miranda et al., 2005; Souza & Almeida, 2003; Volberding, 2004).

A terapêutica combinada consiste na associação de três ou mais anti-retrovíricos, de uma ou das diferentes classes destes fármacos (Antunes, 2005; Peçanha et al., 2002). No entanto, continua a ser indispensável a investigação para a descoberta de novos fármacos ainda mais potentes.

A seguir são apresentados os fármacos de acordo com a sua classificação.

I – Inibidores da Transcriptase Reversa (ITR)

Os ITR bloqueiam a acção da enzima *transcriptase reversa* que age convertendo o ARN viral em ADN – a fase 4 do ciclo vital do VIH (Souza & Almeida, 2003).

Os ITR dividem-se em (Antunes, 2005; Mota-Miranda et al., 2005):

Nucleósidos (INTR)

- Zidovudina (ZDV/AZT), Didanosina (ddI-EC),

- Lamivudina (3TC), Estavudina (d4T), Abacavir (ABC), Entricitabina (FTC),
- Zidovudina (AZT)/Lamivudina (3TC),
- Zidovudina (AZT)/Lamivudina (3TC)/Abacavir (ABC)

Não Nucleósidos (INNTR)

- Nevirapina (NVP), Efavirenze (EFV)
- Tenofovir (TDF)/Entricitabina (FTC)

Nucleótidos (INTR)

- Tenofovir (TDF)

II – Inibidores da Protease (IP)

Os IP actuam no último estágio da formação do VIH, impedindo a acção da enzima *protease* que é fundamental para a clivagem das cadeias proteicas produzidas pela célula infectada em proteínas virais estruturais e enzimas que formarão cada partícula do VIH – a fase 7 do ciclo vital do VIH.

Os IP são (Antunes, 2005; Mota-Miranda et al., 2005):

- Saquinavir (SQV), Indinavir (IDV), Lopinavir/Ritonavir (RTV), Nelfinavir (NFV)
- Fosamprenavir (LXV), Atazanavir (ATV)

III – Inibidores da Fusão (IF)

O conhecimento das várias fases do mecanismo de entrada do VIH numa célula T CD4+ permitiu a identificação de outros alvos terapêuticos. Os inibidores da entrada, ou seja, da *fusão* têm a vantagem adicional, relativamente aos fármacos convencionais, de actuar fora da célula. Estão indicados naqueles indivíduos com

poucas opções terapêuticas, mas cuja eficácia depende da combinação com dois anti-retrovíricos activos. O custo elevado e a administração subcutânea têm limitado o seu uso.

Actualmente está disponível o inibidor da entrada da categoria IV, ou seja, dos inibidores do processo de fusão (Santos, Silva & Saldanha, 2001). O IF disponível é Enfuvirtida (T-20).

O vírus VIH desenvolve-se ao longo de diferentes fases e a TARV actualmente consegue actuar em algumas delas inibindo a acção do vírus, como podemos observar na Figura 2.

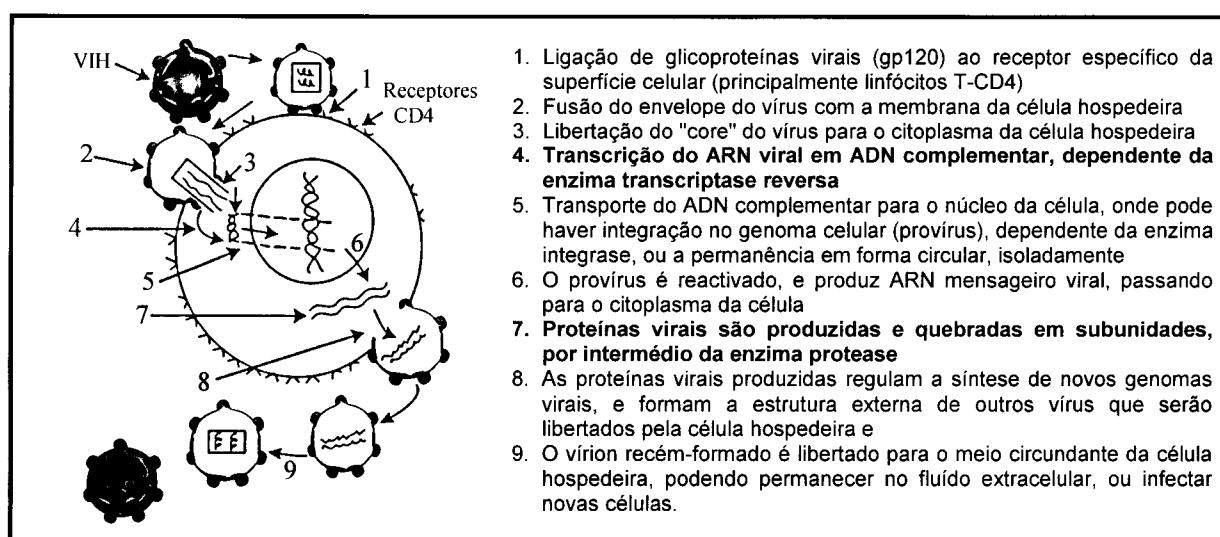
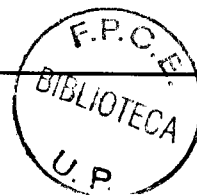


Figura 2 – Ciclo vital do VIH na célula humana (adaptado de Antunes, 2005; Mansinho, 2005; Peçanha et al., 2002; Souza & Almeida, 2003)

Apesar das vantagens que a TARV trouxe aos sujeitos infectados pelo VIH, verifica-se que as mudanças nos esquemas terapêuticos são frequentes e relacionadas principalmente com a toxicidade medicamentosa, com a intolerância e inconveniência e com o fracasso virológico (Antunes, 2005).

As principais causas de toxicidade relacionadas com a interrupção ou alteração do esquema terapêutico são:

- Redistribuição da gordura corporal
- Risco de doença cardiovascular
- Dislipidemia



- Hipersensibilidade
- Perturbações gastrointestinais, hepáticas, pancreáticas, do SNC, renais e endócrinas
- Alterações hematológicas
- Hiperlactacidemia e acidose láctica

A adesão inadequada ao tratamento é a razão mais evidente do insucesso terapêutico. Considera-se *insucesso* quando a carga vírica não alcança valores inferiores a 50 cópias/ml, em várias determinações consecutivas (Antunes, 2005).

Quanto ao uso de medicamentos profiláticos, como vacinas e antibióticos, estes são utilizados para tratar ou evitar a ocorrência de doenças/infecções oportunistas (Volberding, 2004).

Com o objectivo de se obterem novos fármacos mais potentes, com melhores perfis farmacocinéticos, menores efeitos colaterais, com amplo espectro de actividade em diferentes vírus VIH resistentes e com custos reduzidos, novas estratégias têm sido elaboradas e intensamente estudadas, constituindo uma área muito promissora (Souza & Almeida, 2003).

Embora a TARV apresente vantagens no combate à doença e seu curso, o desafio é adequar a cada doente o esquema terapêutico que apresente maior probabilidade de suprimir de forma durável e suficiente a replicação do VIH, para prevenir a selecção de resistências sem causar toxicidade que limite o tratamento.

6. Avaliação da adesão terapêutica na infecção pelo VIH/SIDA

Como tivemos oportunidade de ver, a adesão terapêutica constitui um tema central na atenção da saúde e investigação actual sobre a infecção pelo VIH.

Para se alcançarem os benefícios dos resultados positivos que a TARV permite, é necessário um cumprimento rigoroso por parte dos sujeitos com

VIH/SIDA, sob rigorosas condições de administração. Todas estas condições contribuem de forma significativa para o abandono ou cumprimento insuficiente do tratamento por parte destes doentes (Antunes, 2005; Remor, 2002c).

Actualmente, muitos países estabeleceram uma política de saúde que inclui o acesso universal e gratuito à TARV, não obstante existem poucos estudos publicados que avaliem a eficácia das estratégias implementadas para garantir que os fármacos distribuídos estão a ser tomados de forma adequada, na frequência e quantidade com que são prescritos (Remor, 2002c).

Neste sentido, existem também poucos instrumentos *standard* e especialmente desenvolvidos para avaliar os resultados de programas de intervenção para melhoria da adesão à TARV e também como medida de controlo das tomas dos medicamentos em ensaios clínicos com novos fármacos (*Ibidem*).

As medidas de adesão são variadas e possivelmente reflectem as diferenças de resultados que são encontradas em diversos estudos. Estas medidas são: auto-relato, contagem de comprimidos, monitorização dos níveis dos fármacos no sangue, tomas sob observação directa (TOD), quantificação analítica da carga vírica e contagem de CD4 (Gir et al., 2005; Haubrich et al., 1999). Os métodos designados “indirectos” como o auto-relato e a estimativa através de dados clínicos são os mais utilizados (Macía & Mendez, cit. Alfonso & Abalo, 2004). Cada método apresenta vantagens e desvantagens como podemos ver a seguir.

O *auto-relato* tem como vantagens a facilidade de acesso à informação através de questionários ou entrevistas e sem custos, mas pode sobrestimar a real adesão e o sujeito pode transparecer uma imagem que não corresponde à realidade (Figueiredo et al., 2001). Alguns autores consideram que os auto-relatos são a forma mais utilizada de avaliação da adesão devido à facilidade de recolha de informação, rapidez e baixo custo, contudo poderá questionar-se a validade da resposta obtida (Chesney, 2003, cit. Pires, 2006).

A *contagem de comprimidos* é útil como complemento do auto-relato e apresenta custos mínimos. No entanto, também pode contribuir para uma sobrestimativa porque o sujeito pode enviesar aquilo que é avaliado pelo técnico (Brito, Szwarcwald & Castilho, 2006).

A *monitorização dos níveis dos fármacos no sangue* pode permitir confirmar a não adesão, no entanto nem sempre os níveis farmacológicos se mantêm estáveis e deste modo não predizer a adesão futura (*Ibidem*).

As *tomas sob observação directa* (TODs), na teoria, permitem alcançar um nível de adesão de 100%, constituindo o método mais eficaz em contextos de prisões e/ou instituições com programas de substituição como os Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CATs). As desvantagens deste método prendem-se com a necessidade de uma elevada vigilância do profissional de saúde e a reduzida praticabilidade com esquemas terapêuticos complexos com múltiplas tomas ou com restrições alimentares.

Por fim, a *quantificação analítica da carga vírica e contagem de CD4* permite estabelecer uma correlação com a adesão, apesar da falência virológica nem sempre estar relacionada com níveis insuficientes de adesão. Apresenta desvantagens relacionadas com os custos, com o facto de não predizer restritamente não adesão e porque por vezes, a falência virológica pode estar relacionada com a resistência do vírus aos fármacos (Brito et al., 2006).

Considera-se que a combinação dos vários métodos (medidas de auto-relato e medidas objectivas como os marcadores biológicos) seja a melhor forma de avaliação da adesão (Jordan, Lopes, Okazaki, Komatsu & Nemes, 2000).

Devido à complexidade da avaliação da adesão terapêutica ao tratamento anti-retrovírico, foi criado um instrumento de medida de adesão em Espanha, designado "*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*" (CEAT-VIH). Este questionário surgiu como medida de adesão específica para a infecção VIH/SIDA (Remor, 2002a; Remor, 2002c). A mais valia prende-se com o facto de ser uma medida de auto-relato validada por um critério clínico externo, ou seja, pelo marcador biológico da carga vírica.

Em Portugal também existem lacunas ao nível de instrumentos para medir o construto de adesão terapêutica na infecção VIH/SIDA, razão que justificou neste estudo levar a cabo a tradução e a adaptação do referido questionário para a população portuguesa, dada a sua pertinência na área e pelos estudos de adaptação também realizados noutros países.

II PARTE
ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III

OBJECTIVOS E METODOLOGIA DO ESTUDO

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia utilizada ao longo de toda a investigação, com a apresentação dos objectivos do estudo, das questões de investigação, dos instrumentos de recolha de dados e dos respectivos procedimentos. Por último, são apresentadas as análises estatísticas efectuadas.

1. Objectivos do estudo e questões de investigação

A presente investigação teve como finalidade a compreensão da relação entre alguns factores psicossociais e a adesão terapêutica no doente com diagnóstico de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

Deste modo procurou-se atingir os seguintes objectivos:

- Traduzir e adaptar para português o instrumento de avaliação da adesão terapêutica na infecção VIH/SIDA – “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” (CEAT-VIH), da autoria do Professor Doutor Eduardo Remor (2002a; 2002c) que será apresentado no capítulo seguinte.
- Estudar a relação existente entre a adesão terapêutica e:
 - Variáveis sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade, ocupação e classe social)
 - Variáveis clínicas (tempo de diagnóstico, início da terapêutica anti-retrovírica, marcadores biológicos da doença, esquema terapêutico, efeitos secundários, adesão aos levantamentos da TARV na Farmácia do hospital)
 - Sintomatologia psicopatológica
 - Variáveis psicossociais (qualidade de vida)

Sendo o *objecto de estudo* a adesão terapêutica em portadores de VIH, pretendeu-se compreender quais os factores que a promovem ou dificultam. Esta questão constitui-se de suma importância no momento actual, uma vez que a adesão à TARV promove a supressão viral, a diminuição de resistências do vírus aos fármacos, a diminuição das infecções oportunistas com consequente número reduzido de internamentos, favorecendo uma melhor percepção da qualidade de vida, como foi exposto nos capítulos anteriores.

As variáveis estudadas encontram-se articuladas no modelo conceptual esquematizado na Figura 3.

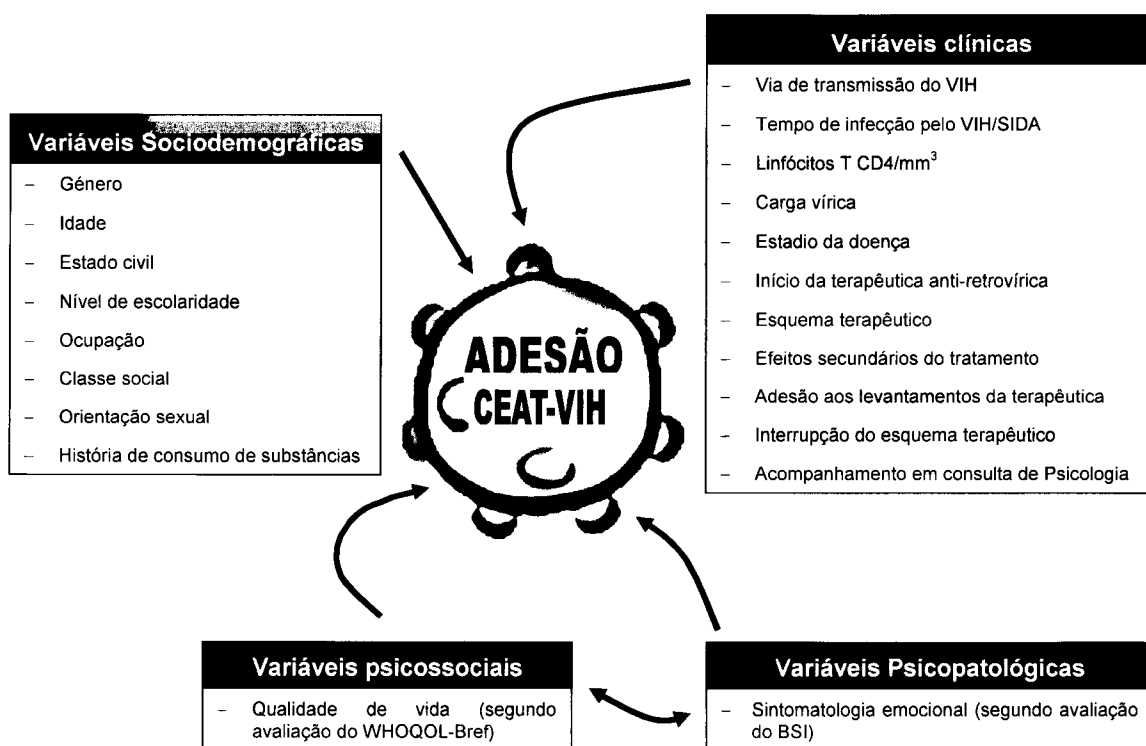


Figura 3 – Modelo conceptual das relações entre as variáveis estudadas no estudo empírico

Tendo por base a literatura recolhida e face aos objectivos inicialmente definidos colocam-se as questões de investigação que a seguir se referem.

Devido à dificuldade em avaliar a adesão terapêutica ao tratamento anti-retrovírico recorrendo a um instrumento específico, espera-se que a tradução e a adaptação do CEAT-VIH em Portugal possa constituir uma boa medida de adesão terapêutica na infecção pelo VIH/SIDA.

A literatura parece não apresentar uma postura consensual relativamente à relação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade e classe social) e a adesão à TARV. No entanto, de acordo com os estudos realizados, verifica-se que existem características sociodemográficas comuns nos indivíduos que apresentam menor grau de adesão, como baixa escolaridade, baixo nível socioeconómico, em mulheres e jovens e sem morada fixa. Procurar-se-á deste modo, analisar se estas variáveis podem estar associadas à adesão terapêutica à TARV nesta amostra de portadores de VIH/SIDA.

Os indivíduos portadores de VIH/SIDA, ao iniciar a TARV e durante a sua continuidade, podem desenvolver determinados quadros psicopatológicos que parecem contribuir para a fraca adesão às terapêuticas. Sabe-se também que indivíduos portadores de doença mental, de estados depressivos e com quadros de ansiedade aderem de forma inadequada aos tratamentos. Concomitantemente, indivíduos dependentes de substâncias também apresentam níveis baixos de adesão. Deste modo, pretender-se-á analisar a relação entre a presença de indicadores psicopatológicos (depressão, ansiedade, hostilidade, etc.) e a adesão terapêutica à TARV.

A qualidade de vida assume-se como um importante construto, sobretudo quando falamos de saúde. Uma vez que, com as terapêuticas anti-retrovíricas combinadas actuais assistimos a um aumento na esperança de vida, importa compreender se os indivíduos portadores de VIH/SIDA percebem a sua qualidade de vida como boa, em função da adesão ao tratamento.

O tempo de infecção pode estar também relacionado com o grau de adesão. Estudos sugerem que os indivíduos infectados há mais tempo aderem melhor à prescrição anti-retrovírica devido à diminuição de infecções oportunistas, mas não há consenso junto dos autores. Outras investigações realizadas sugerem o contrário, ou seja, que os indivíduos com menor tempo de diagnóstico aderem melhor às terapêuticas devido ao medo da progressão da doença.

Vários são os factores que influenciam o processo de adesão à TARV na infecção VIH/SIDA descritos na literatura. Com a realização deste estudo procurou-se compreender que factores estão mais presentes e como condicionam todo o processo de adesão.

2. Método

2.1. Participantes

A população alvo deste estudo é constituída por 125 utentes portadores de VIH/SIDA que frequentam a consulta externa de Infecciologia do Hospital de Joaquim Urbano, no Porto.

Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes:

- Sujeitos com idade superior a 18 anos
- Aceitação do consentimento informado
- Diagnóstico de infecção pelo VIH em qualquer estadio da doença
- Prescrição da TARV há pelo menos três meses
- A frequentar regularmente a consulta externa de Infecciologia (foram excluídos os utentes internados durante o período de recolha da amostra)

2.1.1. Caracterização dos participantes em função das características sociodemográficas

A caracterização sociodemográfica dos sujeitos foi realizada com base numa análise descritiva das variáveis. Relativamente à variável *idade*, tratando-se de uma variável quantitativa, são apresentados os valores da média, desvio-padrão e limites mínimo e máximo.

Pela análise do Quadro 2 podemos observar que se trata de uma amostra heterogénea, com um intervalo de idades situado entre os 20 e os 68 anos, com uma média de 39,9 anos e um desvio-padrão de 9,8.

Relativamente à variável *género*, verificamos que a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos do sexo masculino, correspondendo a 80,8% do total sendo apenas 19,2% do género feminino.

Quanto à variável *estado civil*, é de salientar que a maioria dos sujeitos é solteira (44%), seguida dos casados (23,2%) ou a viver em união de facto (16,8%).

Quadro 2 – Caracterização dos participantes em função das características sociodemográficas

Idade	M	DP	Mín	Máx
	39,9	9,8	20	68
		N	(%)	
Género	Masculino	101	80,8	
	Feminino	24	19,2	
Estado civil	Solteiro (a)	55	44	
	Casado (a)	29	23,2	
	União de facto	21	16,8	
	Separado (a)	5	4	
	Divorciado (a)	10	8	
	Viúvo (a)	5	4	
Escolaridade	1º Ciclo incompleto	10	8	
	1º Ciclo	39	31,2	
	2º Ciclo	34	27,2	
	3º Ciclo	21	16,8	
	Ensino secundário	13	10,4	
	Ensino superior	7	5,6	
	Outro	1	0,8	
Ocupação	Activo (a)	48	38,4	
	Desempregado (a)	41	32,8	
	Reformado (a)	32	25,6	
	Baixa médica	3	2,4	
	Estudante	1	0,08	
Residência fixa	Sim	125	100	
Local de residência	Porto	47	37,6	
	VNGaia	14	11,2	
	Gondomar	11	8,8	
	Rio Tinto	6	4,8	
	Maia	5	4	
	Paredes	5	4	
	Outras localidades	37	29,6	
Etnia	Branca	123	98,4	
	Negra	2	1,6	
Classificação social de Graffar	I – Alta	6	4,8	
	II – Média alta	9	7,2	
	III – Média	50	40	
	IV – Média baixa	53	42,4	
	V – Baixa	7	5,6	
História de Toxicodependência	Sim	65	52	
	Não	60	48	
Orientação sexual	Heterossexual	116	92,8	
	Homossexual	9	7,2	

Ao analisar a amostra de acordo com a variável *nível de escolaridade*, constatamos que a maioria dos sujeitos possui um baixo nível de escolaridade, em que 31,2% completou o 1º ciclo e 27,2% completou o 2º ciclo.

No que concerne à variável *ocupação*, 38,4% dos sujeitos está profissionalmente activo, 32,8% encontra-se desempregado e 25,6% estão já reformados.

Todos os sujeitos da amostra têm residência fixa e distribuem-se por diferentes localidades, das quais se evidencia a cidade do Porto com uma percentagem de 37,6, seguido de Vila Nova de Gaia com 11,2% e Gondomar com 8,8% dos sujeitos.

Em termos de *etnia*, observamos que a quase totalidade dos sujeitos que compõem a amostra pertence à raça caucasiana (98,4%).

Relativamente à *classificação social*, avaliada pela escala de "Graffar", observamos que a maioria dos sujeitos se situa na classe média e média baixa, correspondendo respectivamente a 40 e 42,4% da amostra.

Cerca de 52% do total dos sujeitos já teve *consumos de substâncias ilícitas* por via endovenosa.

Por fim, quanto à variável *orientação sexual*, a grande maioria assume-se como heterossexual, correspondendo assim a 92,8% da amostra.

2.1.2. Caracterização dos participantes em função das variáveis clínicas

A caracterização dos participantes em função das variáveis clínicas é apresentada no Quadro 3.

É possível observar que a maioria dos sujeitos está infectada pelo VIH-1 (94,4%), sendo que (de acordo com a consulta do processo clínico do hospital) 5,6% são portadores concomitantemente de VIH-1+VIH-2.

Quanto à *via de infecção*, 62,4% refere a via sexual como meio de transmissão do VIH e os restantes 37,6% referem a transmissão por via endovenosa. De realçar que nenhum sujeito referiu não saber como ficou infectado.

Relativamente ao *estadio da infecção* (classificação CDC) optou-se por uniformizar o critério e ter em conta a classificação aquando do encaminhamento

para o hospital. Assim, verificamos que os estadios com maior número de sujeitos são o C3 representando 29,6%, seguido do A3 com uma percentagem de 28,8 e por fim o A2 que constitui 20,8% da amostra. De realçar que os estadios A3 e C3 correspondem a fase de SIDA, no primeiro caso pela diminuição da contagem de linfócitos T CD4 e ausência de infecção oportunista e no segundo pela presença dos dois critérios para o estadiamento da infecção.

Quadro 3 – Caracterização dos participantes em função das variáveis clínicas

Variáveis clínicas		N	(%)
VIH	VIH1	118	94,4
	VIH1+VIH2	7	5,6
Via de infecção	Sexual	78	62,4
	Sanguínea	47	37,6
CDC (estadios da infecção)	A1	10	8
	A2	26	20,8
	A3	36	28,8
	B2	5	4
	B3	3	2,4
	C1	3	2,4
	C2	5	4
	C3	37	29,6
TARV	1INTR*+1INNTR**	49	39,2
	2INTR+1INNTR	20	16
	2INTR+1IP***	22	17,6
	1INTR+1INNTR+1IP	1	0,8
	1INTR+1IP	25	20
	1INTR+2IP	6	4,8
	2INTR+2IP	2	1,6
Interrupção da TARV	Sim	59	47,2
	Não	66	52,8
Motivos de interrupção	Adesão insuficiente	12	9,6
	Resistências aos fármacos	8	6,4
	Intolerância dos efeitos secundários	7	5,6
	Abandono da consulta	1	0,8
	Recaídas (Toxicodependência)	1	0,8
	Efeitos secundários da TARV	18	14,4
	Dificuldade para tomar comprimidos	2	1,6
	Abandono da TARV	6	4,8
	Falência terapêutica	2	1,6
	Alteração comercial da TARV	2	1,6
Acompanhamento de Psicologia	Actual	57	45,6
	Anterior	65	54,4
Outras terapêuticas	Psiquiátrica	38	30,4
	Anti-bacilar	6	4,8
	Infecções oportunistas	10	8

* Inibidores Nucleósidos da Transcriptase Reversa

** Inibidores Não Nucleósidos da Transcriptase Reversa

*** Inibidores da Protease

Quanto ao *esquema anti-retrovírico* prescrito, identificamos que 39,2% estão medicados com um dos esquemas mais comuns da TARV, ou seja, a combinação dos INTR com INNTR. Segue-se o esquema terapêutico que combina os INTR com IP, constituindo 20% da amostra. Em menor número, podemos encontrar os esquemas terapêuticos que incluem 2 INTR e IP (17,6%) e 2 INTR e 1 INNTR (16%).

No que concerne à variável *interrupção da TARV*, 47,2% dos sujeitos já foi submetido a mudanças no esquema anti-retrovírico devido a diferentes motivos, dos quais se destacam os efeitos secundários à toma dos ARV (14,4%), a adesão insuficiente (9,6%) e as resistências do VIH aos fármacos (6,4%).

Relativamente a *outras terapêuticas*, 30,4% tem prescrição de medicação psiquiátrica, uma pequena parte dos sujeitos faz actualmente terapêutica de profilaxia (8%) e 4,8% está em tratamento anti-bacilar (Tuberculose).

No que respeita à variável *acompanhamento em consulta de Psicologia*, verificamos que 45,6% dos sujeitos estão actualmente a ser acompanhados na referida consulta.

Ao analisar o Quadro 4 verificamos que o *tempo médio de infecção* pelo VIH é de 69,5 meses, com um desvio-padrão de 41,6 e varia no intervalo de 4 a 170 meses. Relativamente ao *início da TARV*, verificamos que a média se situa em 49,8 meses com um desvio-padrão de 37,2, no intervalo de 3 a 168 meses.

No que concerne aos *indicadores clínicos* da infecção VIH/SIDA, observamos que os valores médios da carga vírica se situam em 2029,8 cópias de ARN no sangue, com um desvio-padrão de 7575,9, sendo o mínimo <50 (abaixo do limiar de detecção) e o máximo 57 698 (virémia descontrolada). Do total dos sujeitos que integram a amostra, 70,4% apresentam valores de carga vírica indetectáveis. Para a contagem de linfócitos T CD4, o valor médio encontrado é 359,7 CD4, com um desvio-padrão de 243,1, a variar no intervalo entre 14 e o 1167. Do total dos sujeitos que compõe a amostra, 24,8% apresentam contagem de linfócitos T CD4 <200 (critério para a classificação na fase de SIDA).

Relativamente ao *número de tomas de ARV por dia*, verifica-se que em média os sujeitos tomam os medicamentos 1,9 vezes/dia, com um desvio-padrão de 0,4. O esquema terapêutico mais simples prevê apenas uma toma diária, e em prescrições

mais complexas a medicação está repartida por três períodos do dia. Quanto ao *número de comprimidos*, em média os sujeitos tomam 5,7 comprimidos por dia, com um desvio-padrão de 3,5, sendo o esquema terapêutico mais simples composto por 2 comprimidos e o mais complexo por 15.

Quadro 4 – Caracterização dos participantes em função das variáveis clínicas (continuação)

Variáveis clínicas	M	DP	Mín	Máx	(%)
Tempo de diagnóstico (meses)	69,5	41,6	4	170	
Início da TARV (meses)	49,8	37,2	3	168	
Carga vírica	2029,8	7575,9	<50	57 698	
✓ <50 (indetectável)					70,4
✓ 51-500					12,0
✓ 500-10000					6,4
✓ 10001-30000					7,2
✓ >30000					4,0
Linfócitos T CD4+	359,7	243,1	14	1167	
✓ <200					24,8
✓ 200-350					30,4
✓ 350-500					24,8
✓ >500					20
Nº Tomas TARV/dia	1,9	0,4	1	3	
Nº Comprimidos ARV/dia	5,7	3,5	2	15	

Pela análise do Quadro 5 que apresenta os efeitos secundários do tratamento anti-retrovírico experienciados pelos sujeitos actualmente, observamos que o mais frequentemente assinalado foi “*fadiga/cansaço*” com uma percentagem de 29,6, seguido de “*diarreias*” que representa 17,6% e “*vómitos e náuseas*” com uma percentagem de 16,8.

Alguns sujeitos acrescentaram a presença de outros efeitos secundários como “*pesadelos*”, “*caimbras musculares*”, “*tonturas*” e “*suores nocturnos*” correspondendo a uma percentagem total de 5,6.

Quadro 5 – Efeitos secundários do tratamento

Efeitos secundários	N	(%)
Fadiga/cansaço	37	29,6
Vómitos e náuseas	21	16,8
Diarreias	22	17,6
Dores	12	9,6
Problemas dermatológicos	15	12
Transformações físicas	8	6,4
Outros efeitos secundários	7	5,6

Procurou-se avaliar o grau de adesão dos sujeitos ao levantamento da TARV na Farmácia do Hospital. No nosso país todos os utentes portadores de VIH/SIDA têm acesso gratuito à TARV. Deste modo, cada pessoa deverá dirigir-se mensalmente à farmácia do hospital para levar a medicação para casa, sendo efectuado um registo informático do dia e da quantidade de ARV dispensados para um mês. Assim, é possível avaliar o grau de adesão dos levantamentos e obter uma percentagem. Para o cálculo da percentagem de adesão aos levantamentos na farmácia, todos os utentes foram avaliados por um período de 3 meses coincidente com o preenchimento dos questionários.

Pela análise do Quadro 6, podemos verificar que o grau de adesão médio dos levantamentos se situa nos 91,1%, com um desvio-padrão de 15,8% e varia no intervalo de 25 a 100%.

Quadro 6 – Grau de Adesão aos Levantamentos da TARV na Farmácia do Hospital

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Adesão Farmácia (%)	91,1	15,8	25	100

2.2. Instrumentos

2.2.1. Entrevista para a caracterização da amostra

A entrevista para a caracterização da amostra, construída pela investigadora, é composta por questões de resposta fechada e está dividida em duas partes:

I Parte – Tem como objectivo a recolha de dados relativos às características individuais dos sujeitos. Os itens referem-se ao género, idade, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, classe social, orientação sexual e história de consumo de substâncias.

II Parte – É composta por questões de resposta fechada para a caracterização do perfil clínico. As variáveis independentes são: via de transmissão do VIH, tempo de infecção pelo VIH/SIDA (em meses), contagem de linfócitos T CD4/mm³, carga vírica, classificação do estadio da doença, data de início da terapêutica anti-retrovírica (em meses), esquema terapêutico

prescrito, efeitos secundários do tratamento, grau de adesão aos levantamentos da terapêutica na Farmácia do Hospital, interrupção do esquema terapêutico e acompanhamento em consulta de Psicologia (anterior e/ou actual).

2.2.2. Classificação Social de Graffar

Para a classificação social dos sujeitos foi utilizado o índice de Graffar. É índice mais frequentemente utilizado em epidemiologia para a classificação dos níveis socioeconómicos. Esta classificação permite obter uma representação precisa e exacta por se basear em mais do que um critério de apreciação (Deus, 2002).

Na classificação da escala de Graffar consideram-se cinco níveis para a profissão, grau de escolaridade, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência e cinco classes sociais distintas (*baixa* – 22 a 25 pontos, *média baixa* – 18 a 21 pontos, *média* – 14 a 17 pontos, *média alta* – 10 a 13 pontos e *alta* – 5 a 9 pontos) (*Ibidem*).

2.2.3. Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral – CEAT-VIH

O processo de tradução e de adaptação do CEAT-VIH será descrito no capítulo seguinte, pelo que apresentamos neste capítulo apenas aspectos que se prendem com a interpretação dos resultados obtidos no questionário e dados psicométricos do mesmo na sua versão original.

Os itens que compõem o CEAT-VIH são apresentados numa escala de resposta tipo *Lickert*, pontuada de 1 a 5, com pontuação invertida em três questões e inclui 2 itens cuja resposta é dicotómica “Sim/Não”. A pontuação total do CEAT-VIH obtém-se a partir da soma dos 20 itens, sendo que esta indica que a uma maior pontuação no questionário corresponderá um maior grau de adesão ao tratamento. A pontuação mínima possível é 17 e a máxima é 89 pontos (Remor, 2002c).

Relativamente às características psicométricas do instrumento, os estudos de fiabilidade do instrumento foram realizados através da análise da consistência interna dos itens, sendo o valor de *alpha* de Cronbach 0,73 (*Ibidem*).

Para constatar a hipótese de que os sujeitos com maior grau de adesão ao tratamento apresentariam níveis menores de carga vírica, foi realizada uma análise de correlação (*Pearson*) entre a variável “grau de adesão” dada pela pontuação total obtida no CEAT-VIH e as medidas de carga vírica no momento da avaliação e após 6 meses.

Os resultados indicaram uma correlação inversa significativa entre o grau de adesão ao tratamento e a primeira medida de carga vírica ($r=-0,24$, $p\leq 0,05$) e a segunda medida (aos 6 meses, $r=-0,27$, $p\leq 0,01$) da carga vírica.

Estes resultados mostram que as pontuações obtidas pelo questionário se correlacionam com o marcador biológico que indica o êxito do tratamento farmacológico, e neste sentido, uma boa adesão favorece a diminuição da carga vírica no sangue (Remor, 2002a).

Para avaliar a capacidade do CEAT-VIH para detectar o nível de adesão ao tratamento óptimo necessário para a discriminação da carga vírica detectável e indetectável, o autor realizou uma análise de curvas de ROC (*Ibidem*).

Mediante esta foi possível identificar a sensibilidade (proporção de verdadeiros-positivos) e a especificidade (proporção de falsos-positivos) de um instrumento de diagnóstico para identificar casos de positivos na variável estado (grupo com prognóstico, com carga vírica detectável, constituindo 74% da amostra).

De acordo com os resultados das curvas ROC, através dos indicadores de sensibilidade e especificidade, o ponto de corte óptimo sugerido pela análise estatística é ≤ 78 (pontuação obtida no questionário) para uma adesão insuficiente e carga vírica detectável. A esta pontuação associa-se uma sensibilidade de 89,1% e especificidade de 29,2% (Remor, 2002c).

As conclusões do estudo realizado com o CEAT-VIH apontam para algumas variáveis que parecem estar relacionadas com a adesão. Por um lado, factores relacionados com a doença e tratamento, especificamente a complexidade do

tratamento, a frequência das tomas e a presença de efeitos secundários, e por outro, factores psicossociais como o suporte social, a qualidade da relação entre utentes e profissionais de saúde, o grau de informação sobre o tratamento, a capacidade individual para manter o tratamento e a presença de desordens emocionais como ansiedade e depressão (Remor, 2002a).

Entre os resultados obtidos, o mais alarmante relaciona-se com o facto de apenas um terço da amostra apresentar níveis de adesão elevados (acima dos 95%).

Quanto às razões de não adesão, estas parecem relacionar-se com a presença de efeitos secundários e devido ao facto da maioria dos sujeitos considerar que o tratamento exige um elevado grau de esforço e de tempo.

Por outro lado, o tempo de infecção assume-se como uma variável importante. Remor (2002a) verificou que os sujeitos infectados há menos tempo apresentavam níveis mais elevados de adesão, explicando que se pode dever à presença do medo da doença e de vulnerabilidade face à mesma. Já a existência de desordens emocionais como a ansiedade ou a depressão e também o baixo suporte social promovem comportamentos de não adesão.

Assim, o estudo realizado por Remor (2002a) evidencia diferentes constelações de características individuais relacionadas com padrões de cumprimento das terapêuticas. Revela ainda que os factores psicossociais associados ao tempo de infecção constituem variáveis importantes para a compreensão deste fenómeno.

2.2.4. Brief Symptom Inventory – BSI

Para a análise das **variáveis psicopatológicas** foi utilizado o instrumento “*Brief Symptom Inventory*” (BSI) de Derogatis (1982), na sua versão traduzida e adaptada para a população portuguesa de Canavarro (1995, cit. Canavarro, 1999).

O BSI é um inventário de auto-resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert* que varia entre “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4).

Pode ser aplicado a doentes do foro psiquiátrico ou psicológico, a quaisquer outros doentes e a indivíduos da população em geral, que não se encontrem perturbados emocionalmente (Canavarro, 1999).

Pode igualmente ser utilizado com adolescentes (a idade mínima recomendada é de 13 anos), com a condição de um técnico se encontrar disponível para esclarecer possíveis dúvidas em relação a alguns itens.

O inventário avalia sintomas psicopatológicos distribuídos por nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes da psicopatologia.

O Índice Geral de Sintomas (IGS) pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados. O Total de Sintomas Positivos (TSP) reflecte o número de sintomas assinalados, e o Índice de Sintomas Positivos (ISP) oferece-nos a média da intensidade de todos os sintomas assinalados. Teoricamente, um sujeito pode apresentar um ISP baixo, sugerindo que os sintomas que tem não são particularmente intensos e perturbadores, mas possuir um TSP elevado apontando assim para uma constelação complexa de sintomatologia (Canavarro, 1999, no prelo).

De acordo a autora (Canavarro, 1999, no prelo), o ISP parece ser o indicador que melhor discrimina pessoas com perturbação emocional dos indivíduos da população em geral.

As nove dimensões primárias foram descritas por Derogatis (1975, cit. Degoratis, 1982; Canavarro, 1999) da seguinte forma:

Somatização: esta dimensão reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, isto é, foca queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. São igualmente componentes de somatização as dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37).

Obsessões-Compulsões: esta dimensão inclui sintomas identificados com a síndrome clínica do mesmo nome, como cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36).

Sensibilidade Interpessoal: esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interacções sociais são as manifestações características desta dimensão (itens 20, 21, 22 e 42).

Depressão: os itens que compõem esta dimensão reflectem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50).

Ansiedade: esta dimensão inclui indicadores gerais de ansiedade como nervosismo e tensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. As componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também foram considerados (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49).

Hostilidade: a dimensão hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera (itens 6, 13, 40, 41 e 46).

Ansiedade Fóbica: a ansiedade fóbica é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (itens 8, 28, 31, 43 e 47).

Ideação Paranóide: esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O

pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação. A selecção dos itens foi orientada de acordo com esta conceptualização (itens 4, 10, 24, 48 e 51).

Psicoticismo: esta dimensão foi desenvolvida de modo a representar este construto como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência de psicose (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).

Quatro dos itens do BSI (itens 11, 25, 39 e 52), embora contribuam com algum “peso” para as dimensões descritas, não pertencem univocamente a nenhuma delas. Assim, por critérios estatísticos não deveriam ser incluídos no inventário, mas dada a sua relevância clínica são apenas considerados nas pontuações dos três índices globais (Canavarro, 1999).

Relativamente às características psicométricas do instrumento, os estudos da fiabilidade do instrumento foram realizados através da análise de aspectos da consistência interna do BSI, nomeadamente do comportamento dos itens na escala a que pertencem e dos índices globais de fiabilidade das escalas. É de referir que dadas as características do instrumento, a autora optou por calcular os índices mencionados em relação à escala a que pertenciam e não à totalidade do inventário (*Ibidem*).

Ao examinar as correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala, quando esta contém o próprio item e quando este é excluído, verifica-se que estas variam entre 0,293 e 0,785. O valor mais baixo encontrado para a correlação quando esta não contém o item (índice de fiabilidade mais fidedigno, já que a nota não é inflacionada) é de 0,293, para o item 43. De acordo com os critérios apontados por diversos autores (Nunally, 1978; Streiner & Norman, 1989, cit. Canavarro, 1999) estas correlações devem ser superiores a 0,20, o que, no presente caso, permite referir a homogeneidade dos itens constituintes das diversas escalas.

Os contributos dos estudos de validade de construto incluíram a análise de consistência interna, nomeadamente na análise das correlações entre os itens e a nota global (índices já mencionados a propósito dos estudos de fiabilidade, mas cujo objectivo nos estudos de validade é avaliar a existência de uma dimensão global subjacente). A autora procurou dar uma outra contribuição para o estudo da validade do instrumento, a partir da matriz de correlações de *Spearman* entre as notas das nove dimensões de sintomatologia e das três notas globais.

As correlações encontradas são todas estatisticamente significativas ($p \leq 0,001$), embora se deva ter em conta o elevado número de indivíduos que integram a amostra ($N=404$) o que certamente inflaciona as correlações encontradas.

A variação das correlações indica que o aumento numa das dimensões da psicopatologia se encontra associada a aumentos em todas as outras. Como seria de esperar, todas as escalas apresentam correlações mais elevadas com as três notas globais de psicopatologia do que entre si (*Ibidem*).

2.2.5. WHOQOL-Bref

Para o estudo da **Qualidade de Vida** foi utilizado o “WHOQOL-Bref” do Grupo da Organização Mundial de Saúde, aferido para Portugal pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra e pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro (Vaz Serra, et al., 2006).

O WHOQOL-Bref é a versão reduzida do WHOQOL-100 e surgiu da necessidade de um instrumento mais curto, que demorasse menos tempo a preencher e que mantivesse características psicométricas satisfatórias. Consta de 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida e as restantes representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100) (Fleck, 2006).

No WHOQOL-Bref cada faceta é avaliada apenas por uma questão, ao passo que as restantes representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (The WHOQOL Group, 1998b, cit. Fleck, 2006). Desta forma, este

instrumento conserva as 24 facetas do WHOQOL-100 e mantém a essência subjectiva e multidimensional do conceito de qualidade de vida (Vaz Serra et al., 2006).

O WHOQOL-Bref está organizado em quatro domínios: *Físico*, *Psicológico*, *Relações Sociais* e *Ambiente*. O domínio *Físico* inclui os itens “dor e desconforto (1)”, “energia e fadiga (2)”, “sono e repouso (3)”, “mobilidade (9)”, “actividades de vida diária (10)”, “dependência da medicação ou tratamentos (11)” e “capacidade de trabalho (12)”. O domínio *Psicológico* inclui os itens “sentimentos positivos (4)”, “pensamento, aprendizagem, memória e concentração (5)”, “auto-estima (6)”, “imagem corporal e aparência (7)”, “sentimentos negativos (8)” e “espiritualidade/religião/crenças pessoais (24)”. O domínio *Relações Sociais* inclui os itens “relações pessoais (13)”, “apoio social (14)” e “actividade sexual (15)”. Por fim, o domínio *Ambiente* inclui os itens “segurança física (16)”, “ambiente no lar (17)”, “recursos económicos (18)”, “cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (19)”, “oportunidades para adquirir novas informações e competências (20)”, “participação e/ou oportunidades de recreio e lazer (21)”, “ambiente físico – poluição/barulho/trânsito/clima (22)” e “transporte (23)” (Vaz Serra et al., 2006).

Relativamente às características psicométricas do instrumento, os estudos de fiabilidade do WHOQOL-Bref foram realizados através da análise de consistência interna. Foram calculados coeficientes de fiabilidade para o conjunto dos quatro domínios, para os domínios individualmente considerados e para os 26 itens do instrumento. O WHOQOL-Bref apresenta bons índices de consistência interna, em que apenas o domínio “*Relações Sociais*” possui um menor valor de *alpha* de *Cronbach* (0,64). Os restantes domínios apresentam os seguintes valores de *alpha*: domínio *Físico* 0,87, domínio *Psicológico* 0,84 e domínio *Ambiente* 0,78 (*Ibidem*).

Foi igualmente avaliado o poder discriminativo do WHOQOL-Bref, ou seja, a sua capacidade para diferenciar os sujeitos doentes daqueles que pertencem à população geral. Verificou-se que para todos os domínios existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. De igual modo, em todos os domínios, os indivíduos pertencentes ao grupo de controlo apresentam pontuações mais elevadas de qualidade de vida do que os indivíduos do grupo clínico (*Ibidem*).

Foi também avaliada a validade de construto verificando-se que as correlações entre os diferentes domínios são todas estatisticamente significativas. Todos os domínios apresentam correlações elevadas e significativas com a faceta geral da qualidade de vida (avaliadas pelos itens 1 e 2) (*Ibidem*).

Concluindo, o WHOQOL-Bref apresenta bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de construto e estabilidade teste-reteste, tornando-o um bom instrumento para avaliar a qualidade de vida em Portugal. É ainda uma alternativa válida à sua versão longa, o WHOQOL-100, sobretudo em situações em que a versão longa seja de difícil aplicação (*Ibidem*).

A entrevista de caracterização da amostra bem como os restantes instrumentos de recolha de dados utilizados podem ser consultados no anexo 1.

2.3. Procedimento

2.3.1. Recolha dos dados

A amostra foi recolhida durante os meses de Junho de 2006 e Fevereiro de 2007.

Antes de iniciar o estudo foi efectuado um pedido formal à instituição com o objectivo de solicitar a autorização para levar a cabo a presente investigação. Após obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética do Hospital de Joaquim Urbano e posterior autorização do Conselho de Administração do mesmo hospital, foi solicitado aos utentes o preenchimento dos questionários após a explicação do estudo e a respectiva aceitação do consentimento informado (anexo 2).

O preenchimento dos questionários junto dos utentes que já frequentavam a consulta de Psicologia do Hospital foi realizado no final da mesma na presença da psicóloga e autora do estudo. Os restantes utentes foram referenciados aleatoriamente pelos médicos de Infecçiology após a consulta da especialidade. No sentido de minimizar os prejuízos da avaliação, as perguntas foram lidas aos utentes, e sempre na presença da psicóloga.

2.3.2. Análise dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 15).

A análise estatística dos dados compreendeu num primeiro momento, a análise descritiva com o recurso aos valores das frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão.

Para o estudo das diferenças de adesão tendo em conta as variáveis sociodemográficas e clínicas, foi utilizado o teste *t de student* para as variáveis dicotómicas e a análise de variância *ANOVA* para as variáveis operacionalizadas em mais do que duas categorias. Foi utilizada a estatística paramétrica depois de assumida a normalidade da amostra.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*) para conhecer a força de associação entre as diferentes variáveis, sendo este uma medida de intensidade de associação existente entre variáveis quantitativas.

Para a identificação da sensibilidade e especificidade do CEAT-VIH procedeu-se à análise de curvas de ROC (Receiver Operating Characteristic) através do programa MedCalc para o Windows.

Para o estudo das variáveis preditoras de adesão e para investigar a percentagem de variância por elas explicada foi utilizada a análise através do método *stepwise*, em que as variáveis são seleccionadas pelo programa com base em critérios estatísticos.

Nos resultados dos testes de hipóteses, o limite inferior de significância assumido foi $p \leq 0,05$ (grau de confiança de 95%) após assumida a normalidade da amostra.

CAPÍTULO IV

ADAPTAÇÃO DO “CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL” (CEAT-VIH)

1. O objectivo do questionário

O “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” (CEAT-VIH) é um questionário de adesão terapêutica específico para avaliar a adesão à terapêutica anti-retrovírica. É um instrumento de carácter multidimensional, de auto-administração e está validado para indivíduos com 18 ou mais anos (Remor, 2002a; Remor, 2002c). É originalmente um instrumento de adesão ao tratamento anti-retrovírico aferido em Espanha, tendo sido submetido a outras aferições no Peru, Colômbia e mais recentemente no Brasil (Remor, 2002c).

O estudo original que conduziu à criação do CEAT-VIH permite estabelecer uma correlação entre a adesão e a quantificação analítica da carga vírica e aponta para variáveis importantes como factores psicossociais a ter em conta quando se deseja implementar um plano de intervenção para melhorar a adesão terapêutica (Remor, 2002a).

2. As dimensões do questionário

O CEAT-VIH é constituído por 20 itens que foram formulados com base na revisão da literatura especializada e na experiência clínica junto dos indivíduos portadores de VIH/SIDA (Remor, 2002c).

Os itens abarcam as seguintes dimensões:

a) Cumprimento do tratamento:

- Variáveis relativas à última semana
- Adesão geral desde o início do tratamento
- Adesão aos horários das tomas da medicação
- Grau de adesão percebido pelo utente e memória dos nomes dos fármacos

b) Factores de adesão ao tratamento

- Antecedentes de falta de adesão, que incluem a frequência com que houve interrupção do tratamento devido a sentir-se melhor, a sentir-se pior após a toma dos fármacos ou devido a tristeza ou depressão
- Interação médico-paciente definida através dos reforços dados pelo médico e pela qualidade da relação terapêutica
- As crenças do utente
- O tempo dedicado ao cumprimento da prescrição
- O grau de dificuldade percebida
- As expectativas de auto-eficácia na toma dos fármacos e expectativas de resultado em relação à toma destes
- Intensidade dos efeitos secundários associados à toma de anti-retrovíricos
- Grau de informação da doença
- Grau de satisfação com a terapêutica
- Percepção de melhoria do estado de saúde desde o início do tratamento e
- Utilização de estratégias para lembrar os horários das tomas dos fármacos

3. Processo de adaptação de CEAT-VIH para o contexto português

Poder-se-ia considerar o processo de tradução uma tarefa relativamente simples, fossem as técnicas de tradução as mesmas a utilizar para a adaptação de um questionário ou de um instrumento de outra língua para o contexto português. No entanto, deduz-se, e são vários os autores, que tendo em conta a natureza e o construto de instrumento em Psicologia, afirmam que tais técnicas, por si só, não são eficazes.

Nesta investigação todo o processo de adaptação do CEAT-VIH para a população portuguesa seguiu os parâmetros sugeridos por Almeida e Freire (2000) e Ribeiro (1999).

Segundo De Raad (1998, cit. Ribeiro, 1999), uma das razões pelas quais um teste não pode ser traduzido para outra língua pelas regras lexicais comuns, prende-se com o facto de que um traço descrito numa língua pode não ter correspondente noutra língua. Desta forma, para manter o mesmo sentido após a tradução, é muitas vezes necessário adequar o texto (Ribeiro, 1999). Para que a versão obtida após a tradução seja idêntica a original, a tradução, retroversão e retradução são o primeiro passo (Bradley, 1994, cit. Ribeiro, 1999).

Deste modo, para que não só o tradutor fosse fluente na língua materna do CEAT-VIH, mas que também existisse compreensão do objectivo e dos conceitos do questionário (Ribeiro, 1999), a tradução da versão original deste para português foi realizada por um pessoa bilingue (Médica Infecciologista). A versão consensual do instrumento foi estabelecida após realizadas alterações consideradas importantes.

Segundo o mesmo autor (*Ibidem*), o processo de retroversão deve ser realizado por um tradutor que não tenha conhecimento da versão original do instrumento, pelo que uma outra Médica Infecciologista e também uma Médica Psiquiatra bilingues, que não haviam contactado com a versão original do CEAT-VIH, realizaram a retroversão do questionário de forma a verificar a manutenção e a coerência de conteúdos com a versão original.

Para verificar a equivalência semântica foi realizada uma reflexão falada com a presença de 10 indivíduos seleccionados de forma a reunir um grupo heterogéneo em termos de género, idade, habilitações literárias e profissão. Após a leitura dos 20 itens que constituem o CEAT-VIH, foi discutida a possibilidade de existir ambiguidade na compreensão dos mesmos e modificaram-se dois itens que suscitaram dúvidas (itens nº 7 e nº 16).

Finalmente, foi realizado um estudo piloto com 9 sujeitos com diagnóstico VIH/SIDA, a cumprir TARV e internados no Serviço de Infecciologia do Hospital de Joaquim Urbano, aos quais foi administrado o CEAT-VIH juntamente com a entrevista para a caracterização da amostra. Foi-lhes pedido que comentassem os

itens que considerassem por algum motivo, de difícil compreensão ou que suscitassem ambiguidade. Nenhum item foi alterado nesta fase. A versão final foi então considerada atingida.

4. Estudo métrico do CEAT-VIH

São apresentados de seguida os resultados referentes às análises da adaptação do CEAT-VIH.

A sensibilidade do instrumento é a capacidade que o mesmo tem para discriminar os sujeitos segundo o que está a ser avaliado (Anastasi, 1997). Assim, uma escala será tanto mais sensível quanto mais próximos os valores da média e da mediana se encontrarem.

Pela análise do Quadro 7 podemos observar que a média das respostas obtidas no CEAT-VIH é de 77,61 pontos, com um desvio-padrão de 6,13, estando o valor da mediana (78 pontos) muito próximo da média. Observamos ainda que a pontuação mais baixa obtida no questionário foi 51 pontos e a máxima foi 89 (que corresponde à pontuação máxima possível do CEAT-VIH).

Quadro 7 – Estatística descritiva para as pontuações do CEAT-VIH

Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
77,61	78	6,13	51	89

4.1. Fidelidade

A fidelidade de um instrumento indica-nos se este funciona de forma consistente ou não, ou seja, o grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida a partir deste (Almeida & Freire, 1997; Pallant, 2001; Ribeiro, 1999).

Poder-se-ão distinguir alguns métodos para o cálculo da fidelidade, sendo que todos eles assentam em coeficientes de correlação de resultados e podem

subdividir-se caso esteja em causa uma análise assente na estabilidade ou na consistência (Almeida & Freire, 1997; Ribeiro, 1999).

Neste estudo foi escolhido o método da *Consistência Interna* para avaliar a fidelidade do instrumento quanto aos resultados recolhidos, não só por requerer apenas uma aplicação do CEAT-VIH, mas também por ser o método que menos críticas apresenta por parte da comunidade científica.

Os coeficientes disponíveis para este cálculo procuram avaliar até que ponto a variância geral dos resultados da prova está associada ao somatório da variância item a item.

Foi desta forma realizada a análise da Fidelidade através do coeficiente *alpha* de Cronbach, de acordo com a distribuição das respostas numa escala ordinal.

No estudo de Remor (2002a) o CEAT-VIH obteve uma boa consistência interna, com um valor de *alpha* de 0,73. No presente estudo o coeficiente *alpha* de Cronbach foi 0,71.

4.2. Validade de critério externo

A análise da validade dos resultados de um instrumento significa em que grau este está a medir aquilo que tem intenção de medir (Almeida & Freire, 1997) ou se a medida utilizada é válida para o que pretende medir. Ou seja, como os autores explicam, antes de sabermos se o instrumento mede aquilo a que se propõe, é importante saber o que realmente se está a avaliar (*Ibidem*).

Segundo os autores, o uso do termo deve ser feito com precaução. Não só devemos ter em conta que a validade é respeitante aos resultados analisados e não à prova em si mesmo, como é referenciada a um uso que é específico destes mesmos resultados (Gronlund, 1976, cit. Almeida & Freire, 1997). Para além disto, a validade é algo que surge de forma graduada, para ajudar na tomada de decisões, reduzindo erros de inferência causados pelas leis do acaso.

Estes coeficientes dependem não só do tipo de critérios usados, mas também da sua proximidade com as situações avaliadas (Almeida & Freire, 1997).

Foi utilizado neste estudo o método da *Validade Externa*, efectuado através da relação com a carga vírica (indicador clínico da infecção VIH/SIDA), tendo sido também o critério de validade externa do instrumento na sua versão original. A validade externa consiste assim na análise do grau de relação que é possível obter entre os resultados do instrumento em causa e a realização dos sujeitos em critérios externos.

Os resultados apontam para uma correlação inversa significativa entre o grau de adesão ao tratamento e a pontuação total obtida no questionário CEAT-VIH ($r=-0,208$; $p\leq 0,05$), ou seja, mostram que as pontuações obtidas pelo CEAT-VIH se correlacionam com o marcador biológico que indica o êxito do tratamento farmacológico, e neste sentido, uma boa adesão favorece a diminuição da quantidade de vírus no sangue, como se pode verificar no estudo original (Remor, 2002a).

4.3. Sensibilidade e especificidade

Para avaliar a capacidade do questionário CEAT-VIH em detectar o nível de adesão ao tratamento óptimo necessário para a predição de carga vírica indetectável, realizou-se uma análise de curvas ROC (Receiver Operating Characteristics).

Mediante a análise das curvas ROC podemos identificar a sensibilidade (proporção de verdadeiros-positivos) e a especificidade (proporção de falsos-positivos) de um instrumento diagnóstico para identificar casos positivos na variável estado (grupo prognosticado, neste caso, com carga vírica detectável correspondendo a 29,6% da amostra).

Na Figura 3 está representada a curva ROC obtida para o CEAT-VIH e os indicadores de discriminação em função da carga vírica.

Como se pode observar, a curva ROC está distante da linha diagonal (quanto maior a curvatura da linha, maior é a capacidade de discriminação), indicando que a pontuação do grau de adesão ao tratamento (medido pelo CEAT-VIH) parece detectar de forma adequada os indivíduos com carga vírica detectável (>50 cópias de ARN do vírus por ml.). A interpretação subjectiva do gráfico é confirmada pelos

resultados estatísticos obtidos, onde a área abaixo da curva é 0,665 (I.C. 95%, 0,575 a 0,747; $p=0,001$).

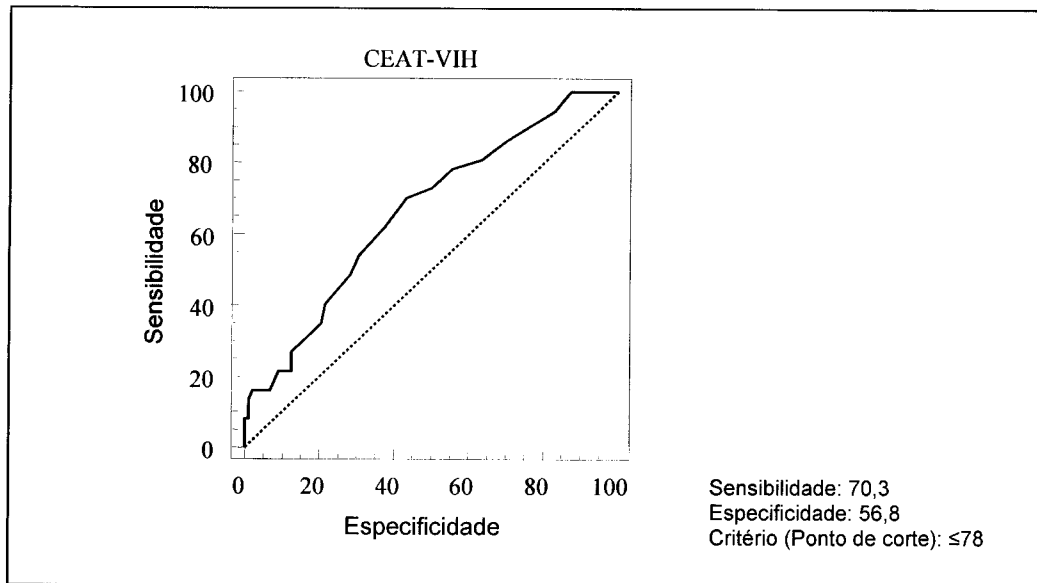


Figura 4 – Curvas ROC obtidas para o CEAT-VIH e indicadores de sensibilidade e especificidade

4.3.1. Identificação do ponto de corte óptimo do CEAT-VIH

Determinar o ponto de corte óptimo para um instrumento de avaliação de auto-relato é um problema complexo. As curvas ROC facilitam a decisão, através dos indicadores de sensibilidade (proporção de verdadeiros-positivos) e de especificidade (proporção de falsos-positivos) possíveis para o instrumento. No entanto, estes indicadores não resolvem totalmente o problema, pois o objectivo para o qual se procura o ponto de corte (p. ex., importância clínica ou pesquisa) pode determinar também a necessidade de uma precisão mais ou menos restrita.

Para o presente trabalho, o objectivo principal é proporcionar a evidência da validade do questionário para a identificação de sujeitos em risco de uma inadequada adesão ao tratamento. Como se trata de um estudo preliminar, estes dados devem ser lidos com cautela.

No Quadro 8 são apresentados os indicadores de sensibilidade e especificidade obtidos para o CEAT-VIH. Como se pode observar, o ponto de corte óptimo sugerido pela análise estatística é ≤ 78 (pontuação directa no CEAT-VIH) para

uma adesão insuficiente ao tratamento associada a uma carga viral detectável. A esta pontuação associa-se uma sensibilidade de 70,3% e uma especificidade de 56,8%.

Quadro 8 – Sensibilidade e especificidade do CEAT-VIH

Critério (PC)	%Sensibilidade (95% I.C.)	% Especificidade (95% I.C.)
<51	0,0 (0,0-9,6)	100,0 (95,9-100,0)
≤51	2,7 (0,5-14,2)	100,0 (95,9-100,0)
≤63	5,4 (0,8-18,2)	100,0 (95,9-100,0)
≤64	8,1 (1,8-21,9)	100,0 (95,9-100,0)
≤65	8,1 (1,8-21,9)	98,9 (93,8-99,8)
≤66	13,5 (4,6-28,8)	98,9 (93,8-99,8)
≤67	16,2 (6,2-32,0)	97,7 (92,0-99,7)
≤68	16,2 (6,2-32,0)	95,5 (88,8-98,7)
≤69	16,2 (6,2-32,0)	93,2 (85,7-97,4)
≤70	21,6 (9,9-38,2)	90,9 (82,9-96,0)
≤71	21,6 (9,9-38,2)	87,5 (78,7-93,6)
≤72	27,0 (13,8-44,1)	87,5 (78,7-93,6)
≤73	35,1 (20,2-52,5)	79,5 (69,6-87,4)
≤74	40,5 (24,8-57,9)	78,4 (68,4-86,5)
≤75	48,6 (31,9-65,6)	71,6 (61,0-80,7)
≤76	54,1 (36,9-70,5)	69,3 (58,6-78,7)
≤77	62,2 (44,8-77,5)	62,5 (51,5-72,6)
≤78*	70,3 (53,0-84,1)	56,8 (45,8-67,3)
≤79	73,0 (55,9-86,2)	50,0 (39,1-60,9)
≤80	78,4 (61,8-90,1)	44,3 (33,7-55,3)
≤81	81,1 (64,8-92,0)	36,4 (26,4-47,3)
≤82	86,5 (71,2-95,4)	29,5 (20,3-40,2)
≤83	94,6 (81,8-99,2)	17,0 (9,9-26,6)
≤84	100,0 (90,4-100,0)	12,5 (6,4-21,3)
≤85	100,0 (90,4-100,0)	9,1 (4,0-17,1)
≤86	100,0 (90,4-100,0)	4,5 (1,3-11,2)
≤87	100,0 (90,4-100,0)	2,3 (0,3-8,0)
≤88	100,0 (90,4-100,0)	1,1 (0,2-6,2)
≤ 89	100,0 (90,4-100,0)	0,0 (0,0-4,1)

Nota: PC (Ponto de Corte) = Pontuação directa no CEAT-VIH

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentadas as análises estatísticas referentes às características psicométricas dos instrumentos utilizados para a recolha dos dados e a sua relação.

Segue-se a apresentação das análises diferenciais e correlacionais das variáveis em estudo.

Por último, é proposto um modelo de adesão terapêutica com base nalgumas variáveis que se revelaram preditoras do comportamento de adesão à TARV.

1. Resultados e características psicométricas dos instrumentos na amostra estudada

Foi efectuada a análise das características psicométricas dos instrumentos de avaliação BSI (perturbação emocional), WHOQOL-Bref (qualidade de vida) e CEAT-VIH na amostra constituída por portadores de VIH/SIDA. Os quadros referentes a estas análises são apresentados individualmente para cada instrumento.

Relativamente ao BSI, são apresentados a análise factorial exploratória, os valores da consistência interna e os indicadores de perturbação emocional. Foram efectuadas as mesmas análises para o WHOQOL-Bref, à excepção da análise factorial. Posteriormente a estas análises foi feito o estudo correlacional entre os dois instrumentos (BSI e WHOQOL-Bref) e entre cada um e o CEAT-VIH.

1.1. BSI

Com o objectivo de analisar a estrutura factorial do BSI na amostra estudada e identificar as “construções” relevantes, foi efectuada uma “Análise Factorial Exploratória”, através do “Método de Rotação Varimax”, utilizando o critério de Kaiser, incluindo os 53 itens que compõem o instrumento de avaliação psicopatológica e mantendo a mesma estrutura de 9 dimensões, como se pode observar no Quadro 9.

Quadro 9 – Análise Factorial Exploratória do BSI

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,829									
Teste de esfericidade de Bartlett: $\chi^2 = 3988,46$; $p=0,000$									
	Rotação dos Componentes								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
BSI 11 "perder o apetite"	0,66								
BSI 18 "não ter interesse por nada"	0,64	0,42							
BSI37 "falta de forças...corpo"	0,64								0,30
BSI 25 "dificuldade em adormecer"	0,62								
BSI35 "... sem esperança no futuro"	0,55	0,32							
BSI 29 "sensação de falta de ar"	0,54								0,33
BSI 17 "sentir-se triste"	0,52	0,32							
BSI 15 "dificuldade em fazer qualquer trabalho"	0,50			0,31				0,32	
BSI 16 "sentir-se sozinho"	0,49	0,35							
BSI 23 "...vomitar...mal-estar do estômago"	0,48			0,34			0,40		
BSI 7 "dores no coração ou no peito"	0,48								
BSI 30 "calafrios ou afrontamentos"	0,47	0,44					0,42		
BSI 38 "...estado de tensão ou aflição"	0,45	0,39			0,30				
BSI 32 "...vazio na cabeça"	0,45	0,39		0,34					
BSI 8 "medo na rua..."	0,42	0,33				0,34			
BSI 33 "...anestesia no corpo"	0,42	0,30						0,36	0,36
BSI 19 "sentir-se atemorizado"	0,37	0,71							
BSI 9 "pensamentos de acabar com a vida"		0,63						0,36	
BSI 12 "...medo súbito"	0,34	0,62							
BSI 45 "...ataques de terror ou pânico"	0,34	0,56							
BSI 47 "...nervoso quando tem de ficar sozinho"		0,55							
BSI 49 "...desassossegado..."			0,72						
BSI 10 "...não confiar na maioria das pessoas"			0,61						
BSI 6 "...irritar-se facilmente"	0,37		0,55						
BSI 39 "pensamentos sobre a morte..."		0,37	0,53						
BSI 2 "desmaios ou tonturas"	0,37		0,53				0,48		
BSI 20 "...ofendido nos seus sentimentos"			0,51						
BSI 1 "nervosismo ou tensão interior"	0,40		0,45						
BSI 53 "...não regula bem na sua cabeça"		0,41	0,43	0,31					
BSI 48 "...pessoas não dão valor..."				0,67					
BSI 5 "...lembrar coisas passadas ou recentes"				0,62					
BSI 46 "entrar ... em discussão"				0,61				0,31	
BSI 36 "...dificuldade para se concentrar"	0,34			0,58		0,34			
BSI 14 "...sozinho... com mais pessoas"	0,46			0,47					
BSI 51 "...as pessoas se aproveitariam de si..."		0,33	0,33	0,47					
BSI 27 "dificuldade... decisões"		0,37		0,42		0,32			
BSI 34 "...castigado pelos seus pecados"					0,67				
BSI 3 "...controlar os pensamentos"					0,66				0,40
BSI 52 "...sentimentos de culpa"		0,36			0,61				
BSI 24 "...observar ou falar de si"			0,36		0,55				
BSI 31 "...evitar certas coisas...medo"		0,33			0,40				
BSI 43 "sentir-se mal no meio das multidões..."						0,78			
BSI 42 "...embaraçado junto de outras pessoas"						0,60			
BSI 44 "...próximo de outra pessoa"		0,35				0,56			
BSI 21 "...não são amigas ou não gostam de si"							0,57		
BSI 4 "...culpados pelos seus problemas"							0,54		
BSI 50 "sentir que não tem valor"		0,35			0,38		0,46		
BSI 22 "...inferior aos outros"						0,41	0,43		
BSI 40 "...impulsos de bater..."								0,74	
BSI 41 "...destruir ou partir coisas"			0,31					0,67	
BSI 13 "...impulsos que não se podem controlar"		0,30	0,36					0,40	
BSI 28 "medo de andar de autocarro..."									0,69
BSI 26 "...necessidade de verificar...o que faz"				0,35					0,51
Variancia explicada por cada factor (%)	11,95	9,11	7,53	7,05	5,66	5,18	4,80	4,64	3,72
Variancia explicada acumulada (total 59,68%)	11,95	21,07	28,60	35,60	41,33	46,51	51,32	55,96	59,68
Valores próprios	6,33	4,83	3,99	3,74	3,00	2,74	2,54	2,45	1,97

Legenda: 1- Somatização; 2- Depressão; 3 – Hostilidade; 4- Ansiedade; 5- Ansiedade Fóbica; 6- Psicoticismo; 7- Ideação Paranóide; 8- Obsessões-Compulsões; 9- Sensibilidade Interpessoal

O valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtido foi 0,829 e como é superior a 0,6 permite-nos dizer que estamos perante uma boa análise factorial (Tabachnick & Fidell, 1996). O teste de esfericidade de Bartlett obteve um nível de significância de

0,000 e, portanto, considera-se a análise factorial significativa e apropriada (Pallant, 2001; Tabachnick & Fidell, 1996).

A análise dos componentes principais revelou a presença de 9 componentes com valores *próprios* superiores a 1 que explicam 59,68% da variância total, sendo o factor 1 o que melhor explica a variância da referida escala (11,95%).

Relativamente aos valores de consistência interna através do valor de *alpha*, é possível observar no Quadro 10 que, as dimensões *Somatização*, *Depressão* e *Ansiedade* apresentam valores de *alpha* superiores comparativamente às restantes dimensões. A dimensão *Psicoticismo* apresenta um valor pouco consistente (0,568) possivelmente explicado pelo número inferior de sujeitos da amostra (N=125) comparativamente ao estudo original (N=404)².

Quadro 10 – Consistência interna: valores globais para as nove dimensões do BSI

Dimensões	R Split-half		Coeficiente Spearman-Brown		α	
	Canavarro (*) (1999)	Pop.VIH/ SIDA (**)	Canavarro (1999)	Pop.VIH/ SIDA	Canavarro (1999)	Pop.VIH/ SIDA
Somatização	0,682	0,707	0,811	0,755	0,797	0,818
Obsessões-Compulsões	0,584	0,739	0,737	0,740	0,773	0,767
Sensibilidade Interpessoal	0,689	0,661	0,816	0,661	0,760	0,653
Depressão	0,630	0,822	0,773	0,830	0,728	0,843
Ansiedade	0,651	0,834	0,789	0,849	0,766	0,802
Hostilidade	0,599	0,791	0,749	0,805	0,759	0,744
Ansiedade Fóbica	0,403	0,542	0,574	0,639	0,624	0,628
Ideação Paranóide	0,598	0,583	0,749	0,590	0,718	0,641
Psicoticismo	0,413	0,653	0,585	0,672	0,621	0,568

(*) N=404 (**) N=125

Procurou-se analisar as correlações existentes entre os sintomas psicopatológicos apresentadas no Quadro 11.

Todas as dimensões se encontram relacionadas positiva e significativamente entre si e com os índices considerados, à excepção do *Índice Geral de Sintomas* (IGS) que apenas se correlaciona positivamente com a dimensão *Somatização*.

² Uma boa consistência interna deve exceder um $\alpha=0,80$, no entanto valores acima de 0,60 são aceitáveis. O baixo valor encontrado pode justificar-se tendo em conta, não só a diferença no número de sujeitos, mas também o facto da dimensão do Psicoticismo ter poucos itens (Ribeiro, 1999).

Ao analisarmos as correlações mais elevadas de cada dimensão com as restantes verificamos que a *Somatização* se encontra fortemente correlacionada com as dimensões *Depressão* ($r=0,72$) e *Ansiedade* ($r=0,71$); a *Depressão* correlaciona-se, sobretudo, com a dimensão *Ansiedade* ($r=0,78$); a *Hostilidade* correlaciona-se de forma mais evidente com a dimensão *Ideação Paranóide* ($r=0,61$); a *Ansiedade* apresenta uma correlação mais elevada com a dimensão *Ansiedade Fóbica* ($r=0,70$); a *Ansiedade Fóbica* está por seu turno mais correlacionada com a dimensão *Sensibilidade Interpessoal* ($r=0,64$); o *Psicoticismo* também apresenta uma correlação superior com a dimensão *Sensibilidade Interpessoal* ($r=0,67$); a *Ideação Paranóide* apresenta, tal como as anteriores, uma correlação superior com a dimensão *Sensibilidade Interpessoal* ($r=0,62$).

Relativamente aos índices gerais, o *IGS* não se correlaciona significativamente com nenhuma das dimensões, à excepção da *Somatização* como já foi referido ($r=0,18$). O *Total de Sintomas Positivos* (TSP) é aquele que apresenta correlações mais elevadas com todas as dimensões que variam entre 0,61 (*Ansiedade Fóbica*) e 0,80 (*Depressão*). O *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) apresenta correlações inferiores, mas positivas e significativas com todas as dimensões e variam entre 0,28 (*Psicoticismo*) e 0,52 (*Ansiedade*).

Quadro 11 – Matriz de correlação de *Pearson* para o BSI

1											
2	0,56(**)	-									
3	0,60(**)	0,51(**)	-								
4	0,72(**)	0,63(**)	0,68(**)	-							
5	0,71(**)	0,50(**)	0,67(**)	0,78(**)	-						
6	0,55(**)	0,56(**)	0,53(**)	0,57(**)	0,59(**)	-					
7	0,55(**)	0,40(**)	0,64(**)	0,65(**)	0,70(**)	0,39(**)	-				
8	0,54(**)	0,50(**)	0,62(**)	0,58(**)	0,59(**)	0,61(**)	0,49(**)	-			
9	0,52(**)	0,53(**)	0,67(**)	0,68(**)	0,67(**)	0,56(**)	0,59(**)	0,62(**)	-		
10	0,18 (*)	0,01	0,10	0,05	0,15	0,03	0,00	0,14	0,15	-	
11	0,72(**)	0,74(**)	0,75(**)	0,80(**)	0,72(**)	0,68(**)	0,61(**)	0,69(**)	0,76(**)	0,11	-
12	0,44(**)	0,29(**)	0,42(**)	0,45(**)	0,52(**)	0,29(**)	0,46(**)	0,42(**)	0,28(**)	0,03	0,30(**)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

(*) $p \leq 0,05$ (**) $p \leq 0,01$

Legenda: 1- Somatização; 2- Depressão; 3 – Hostilidade; 4- Ansiedade; 5- Ansiedade Fóbica; 6- Psicoticismo; 7- Ideação Paranóide; 8- Obsessões-Compulsões; 9- Sensibilidade Interpessoal; 10 – IGS; 11 – TSP; 12 – ISP

Partindo do pressuposto que os indicadores de perturbação emocional são factores importantes na compreensão do fenómeno de adesão na infecção

VIH/SIDA, foi feita a comparação com os resultados obtidos por Canavarro (1999) referentes à população geral, apresentados no Quadro 12.

Os resultados obtidos sugerem que os sujeitos portadores de VIH apresentam valores mais elevados comparativamente aos da população geral nas dimensões *Somatização*, *Depressão*, *Ansiedade Fóbica*, *Ideação Paranóide* e *Psicoticismo* e nos índices gerais *IGS* e *ISP*. No entanto, apenas a dimensão *Somatização* e o índice geral *ISP* parecem apontar para a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias dos dois grupos, no sentido de serem os portadores de VIH com médias superiores à população geral nas referidas dimensões.

Com base nos resultados obtidos, verificamos que a nota do *ISP* do BSI (2,024) é claramente superior ao ponto de corte de $\geq 1,7$ definido pelo instrumento. Este valor descreve a probabilidade de encontrar pessoas emocionalmente perturbadas na amostra estudada, tal como é avaliada pelo BSI.

Quadro 12 – Comparação das dimensões de sintomatologia e índices globais do BSI entre os sujeitos portadores de VIH/SIDA e a população geral

Dimensões	Pop. Geral (N=404)		Pop. VIH/SIDA (N=125)		t	p
	M	DP	M	DP		
Somatização	0,573	0,916	0,729	0,734	2,386	0,019
Obsessões-Compulsões	1,290	0,878	0,875	0,718	-6,452	0,000
Sensibilidade Interpessoal	0,958	0,727	0,779	0,720	-2,768	0,007
Depressão	0,893	0,722	0,957	0,849	0,844	n.s.
Ansiedade	0,942	0,766	0,807	0,761	-1,981	0,050
Hostilidade	0,894	0,784	0,891	0,785	-0,040	n.s.
Ansiedade Fóbica	0,418	0,663	0,459	0,599	0,768	n.s.
Ideação Paranóide	1,063	0,789	1,068	0,793	0,082	n.s.
Psicoticismo	0,668	0,614	0,763	0,661	1,611	n.s.
IGS	0,835	0,480	1,816	10,943	1,003	n.s.
TSP	26,993	11,724	22,030	12,783	-4,336	0,000
ISP	1,561	0,385	2,024	0,978	5,291	0,000

1.2. WHOQOL-Bref

No que concerne ao instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-Bref), foram realizadas as análises referentes aos valores da consistência interna para os quatro domínios, para os 26 itens e para cada domínio individualmente.

De acordo com o Quadro 13 podemos observar que o valor de *alpha* para os quatro domínios é 0,87 e para os 26 itens sobe para 0,93. Relativamente aos domínios individualmente considerados, verificamos que o valor de *alpha* para o domínio *Físico* é inferior ao obtido no estudo original de Vaz Serra et al. (2006). À excepção do *alpha* do domínio *Relações Sociais* (0,79), todos os outros se situam acima de 0,80. Os valores encontrados indicam que estamos perante uma boa consistência interna.

Quadro 13 – WHOQOL-Bref: Coeficientes de *Cronbach* dos domínios, dos 26 itens e dos 4 domínios individualmente considerados

	Vaz Serra et al.* (2006) α	Pop. VIH/SIDA** α	Vaz Serra et al. (2006) Pop. VIH/SIDA Nº itens
Domínios	0,79	0,87	4
26 Itens	0,92	0,93	26
D1 (Físico)	0,87	0,81	7
D2 (Psicológico)	0,84	0,85	6
D3 (Relações Sociais)	0,64	0,79	3
D4 (Ambiente)	0,78	0,81	8

* (N=604) ** (N=125)

Foi efectuada a análise das correlações dos domínios entre si e com o domínio *Geral*. Todas se encontram relacionadas positiva e significativamente entre si e com o domínio *Geral*, como se pode observar no Quadro 14.

Quadro 14 – WHOQOL-Bref: Coeficientes de correlação de *Pearson* entre os diferentes domínios

Domínios				
D1 (Físico)	-			
D2 (Psicológico)	0,68(**)	-		
D3 (Relações sociais)	0,61(**)	0,71(**)	-	
D4 (Ambiente)	0,66(**)	0,65(**)	0,65(**)	-
QV Geral	0,48(**)	0,52(**)	0,40(**)	0,49(**)
	D1	D2	D3	D4

(**) $p \leq 0,01$

Ao analisarmos as correlações mais elevadas constatamos que estas se encontram entre os domínios *Físico* e *Psicológico* ($r=0,68$), entre os domínios *Físico* e *Ambiente* ($r=0,66$), entre os domínios *Psicológico* e *Relações Sociais* ($r=0,71$) e entre os domínios *Relações Sociais* e *Ambiente* ($r=0,65$).

Podemos ainda observar que todos os domínios se correlacionam com o domínio *Geral* (avaliado pelos itens 1 e 2) e as correlações variam entre 0,40 (*Relações Sociais*) e 0,52 (*Psicológico*).

No Quadro 15 é apresentada a comparação realizada entre os resultados dos sujeitos portadores de VIH/SIDA e os da população geral referentes ao estudo de validação realizado por Vaz Serra et al. (2006).

Os resultados obtidos sugerem que os sujeitos portadores de VIH apresentam valores inferiores aos da população geral em todos os domínios da qualidade de vida, incluindo o domínio *Geral*. À excepção do domínio *Psicológico*, todos os outros apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente à população geral.

Quadro 15 – Comparação dos domínios do WHOQOL-Bref entre os sujeitos portadores de VIH/SIDA e a população geral

Domínios	Pop. Geral (Vaz Serra et al., 2006) (N=604)		Pop. VIH/SIDA (N125)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
D1 (Físico)	77,49	12,27	72,11	18,30	-3,28	0,001
D2 (Psicológico)	72,38	13,50	71,90	19,77	-0,72	n.s.
D3 (Relações Sociais)	70,42	14,54	63,06	24,49	-3,35	0,001
D4 (Ambiente)	64,89	12,24	61,57	17,60	-2,10	0,037
QV Geral	71,51	13,30	62,20	19,79	-5,25	0,000

1.3. Relação entre medidas de adesão, de sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida

Realizou-se a análise das associações existentes entre a qualidade de vida e a sintomatologia psicopatológica, bem como entre estas e a adesão.

Primeiramente, podemos verificar pela análise do Quadro 16 que, o domínio *Geral* da qualidade de vida apenas se correlaciona negativa e significativamente com o *TSP* ($r=-0,35$). O *IGS* não apresenta qualquer correlação significativa com os domínios do WHOQOL-Bref.

Relativamente aos quatro domínios, observamos que todos se correlacionam negativa e significativamente com os índices *TSP* e *ISP*.

Ao analisarmos as correlações mais elevadas constatamos que estas se encontram entre o *TSP* e domínio *Psicológico* ($r=-0,69$), entre o *TSP* e o domínio *Relações Sociais* ($r=-0,61$) e entre o *TSP* e *Ambiente* ($r=-0,55$).

Relativamente ao *ISP*, verificamos que este apresenta uma correlação mais elevada com o domínio *Psicológico* ($r=-0,37$) quando comparado com os restantes.

Como seria de esperar todas as correlações são inversas, isto é, uma melhor pontuação na medida de qualidade de vida está associada a resultados mais baixos nos indicadores psicopatológicos.

Quadro 16 – Coeficientes de Correlação de *Pearson* para o BSI e WHOQOL-Bref

IGS	0,03	-0,07	-0,79	-0,81	-0,41
TSP	-0,35(**)	-0,58(**)	-0,69(**)	-0,61(**)	-0,55(**)
ISP	-0,14	-0,25(**)	-0,37(**)	-0,27(**)	-0,26(**)
	QV Geral	Físico	Psicológico	Rel. Sociais	Ambiente
(**) $p \leq 0,01$					

No que concerne à relação existente entre a adesão terapêutica e os indicadores de sintomatologia psicopatológica, podemos observar no Quadro 17 que as correlações obtidas são negativas e significativas ($p \leq 0,01$) para todas as dimensões do BSI, à excepção do *IGS* e do *ISP* que não apresentam qualquer relação com a variável adesão.

Ao analisar as correlações mais elevadas, constatamos que estas se encontram entre a adesão e a *Somatização* ($r=-0,43$), *Obsessões-Compulsões* ($r=-0,40$) e *Ansiedade* ($r=-0,40$) e entre a adesão e o *TSP* ($r=-0,47$). Podemos ainda verificar que as correlações variam entre -0,34 (*Hostilidade*) e -0,47 (*TSP*).

Deste modo, verificamos que a um grau de adesão mais elevado corresponde um menor indicador de sintomatologia psicopatológica.

Quadro 17 – Coeficientes de Correlação de *Pearson* para o CEAT-VIH e BSI

Adesão	-0,43(**)	-0,36(**)	-0,34(**)	-0,40(**)	-0,35(**)	-0,39(**)	-0,36(**)	-0,40(**)	-0,39(**)	-0,94	-0,47(**)	-0,14
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

(**) $p \leq 0,01$

Legenda: 1 – Somatização; 2 – Depressão; 3 – Hostilidade; 4 – Ansiedade; 5 – Ansiedade Fóbica; 6 – Psicoticismo; 7 – Ideação Paranoide; 8 – Obsessões-Compulsões; 9 – Sensibilidade Interpessoal; 10 – Índice Geral de Sintomas; 11 – Total de Sintomas Positivos; 12 – Índice de Sintomas Positivos

Pela análise do Quadro 18, é possível observar que a adesão medida pelo CEAT-VIH apresenta correlações positivas e significativas ($p \leq 0,01$) com todos os domínios da qualidade de vida, incluindo o domínio *Geral*.

As correlações mais elevadas encontram-se entre a adesão e os domínios *Físico* ($r=0,48$) e *Ambiente* ($r=0,45$).

Como seria de esperar todas as correlações encontradas são positivas, o que significa que, a uma pontuação mais elevada na medida de adesão, se associa uma pontuação também superior na medida de qualidade de vida.

Quadro 18 – Coeficientes de Correlação de *Pearson* para o CEAT-VIH e o WHOQOL-Bref

Adesão	0,30(**)	0,48(**)	0,40(**)	0,42(**)	0,45(**)
	QV Geral	Físico	Psicológico	Rel. Sociais	Ambiente

(**) $p \leq 0,01$

2. Estudo das diferenças de adesão em função das variáveis sociodemográficas e clínicas

As variáveis sociodemográficas são alvo de estudo para a compreensão do conceito de adesão em todas as investigações efectuadas na área.

Passamos a apresentar as análises diferenciais em função destas variáveis.

Recorreu-se ao uso do teste *t de student* para amostras independentes para comparar as médias de adesão obtidas pelos dois grupos.

Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para as variáveis “género e idade”, “ocupação” e “classificação social” relativamente à adesão.

No que se refere às variáveis “escolaridade”, “estado civil” e “história de toxicodependência” não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre estas e a adesão.

A variável “escolaridade” foi dividida em duas categorias, ou seja, “sujeitos com grau de escolaridade até ao 9º ano” e “sujeitos com grau de escolaridade depois do 9º ano”. Pela análise do Quadro 19 é possível constatar que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os primeiros ($M=77,48$; $DP=6,12$) e os segundos ($M=78,38$; $DP=6,24$; $t=-0,63$; $p=0,52$).

Quadro 19 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Escolaridade”

	Até ao 9º ano (N=104)		Depois do 9º ano (N=21)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	77,48	6,12	78,38	6,24	-0,63	0,52

Relativamente ao “estado civil”, os sujeitos foram agrupados em três categorias. O primeiro grupo é constituído pelos “solteiros”, o segundo pelos “casados” e o terceiro integra os “divorciados, separados ou viúvos”. Através da leitura do Quadro 20 observa-se que não se foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão entre o primeiro grupo ($M=77,02$; $DP=6,41$), o segundo ($M=78,22$; $DP=6,09$) e o terceiro [$M=77,70$; $DP=5,49$; $F(2,122)=0,50$; $p=0,60$].

Quadro 20 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Estado Civil”

	Solteiros (N=55)		Casados (N=50)		Separados Divorciados Viúvos (N=20)		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	77,02	6,41	78,22	6,09	77,70	5,49	0,50	0,60

No que concerne à variável “história de toxicodependência” não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que já consumiram drogas ($M=77,50$; $DP=6,75$) e os que nunca consumiram ($M=77,71$; $DP=5,53$; $t=0,18$; $p=0,85$), como se pode observar no Quadro 21.

Quadro 21 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “História de Toxicodependência”

	Sem história toxicodependência (N=60)		Com história de toxicodependência (N=65)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	77,50	6,75	77,71	5,53	0,18	0,85

Procurou-se analisar a existência de efeitos de interacção entre as variáveis independentes sociodemográficas e a adesão terapêutica. Deste modo, recorreu-se ao procedimento estatístico de análise de variância a dois factores fixos – *Two-Way ANOVA*. Foi assim identificado um efeito de interacção entre as variáveis “género” e “idade”.

Os sujeitos foram divididos em seis grupos de acordo com a variável “idade”:

- 1 – Homens com idade até aos 35 anos
- 2 – Homens com idades entre os 36 e os 42 anos
- 3 – Homens com idade superior a 43 anos
- 4 – Mulheres com idade até aos 35 anos
- 5 – Mulheres com idades entre os 36 e os 42 e
- 6 – Mulheres com idade superior a 43 anos

Tendo em conta os resultados obtidos verificou-se que existe um efeito interactivo dos dois factores associados na variável dependente, ou seja, na adesão.

Os efeitos principais do género [$F(1,124)=5,91$; $p=0,01$], da idade [$F(2,124)=3,08$; $p=0,04$] e o efeito de interacção [$F(2,124)=5,23$; $p=0,00$] são estatisticamente significativos.

Os dados referentes a esta análise são apresentados no Quadro 22.

Quadro 22 – Efeito de interacção das variáveis “Género e Idade” na “Adesão”

Género	Idade	M	DP	N	F	p
Masculino	Até aos 35 anos	78,34	5,61	35	5,91	0,01
	Dos 36 aos 42 anos	77,00	6,98	38		
	Mais de 43 anos	79,79	4,14	28		
	Total	78,24	5,88	101		
Feminino	Até aos 35 anos	70,63	6,18	8		
	Dos 36 aos 42 anos	79,71	6,15	7		
	Mais de 43 anos	75,11	4,75	9		
	Total	74,96	6,54	24		
Género					5,91	0,01
Idade					3,08	0,04
Género*Idade					5,23	0,00

A representação gráfica do efeito de interacção das variáveis é apresentada na Figura 5.

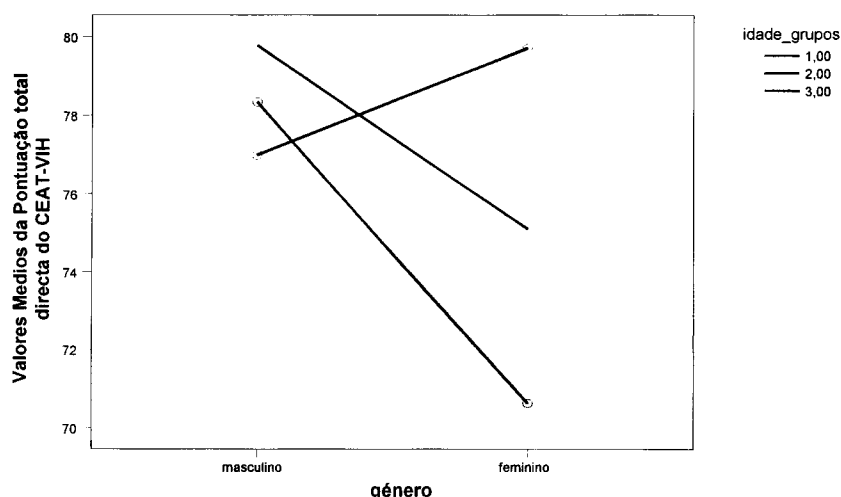


Figura 5 – Representação gráfica do efeito de interacção entre as variáveis “género” e “idade”

Observando a figura é possível verificar graficamente que os homens dos três grupos de idades definidos parecem apresentar níveis de adesão mais elevados comparativamente às mulheres. As mulheres, por seu turno, parecem evidenciar um

incremento de adesão no intervalo de idades compreendido entre os 36 e os 42 anos.

Tendo em conta o efeito de interacção entre as variáveis género e idade, procedeu-se a uma análise de variâncias a um factor fixo – *One-Way ANOVA*, com o objectivo de explorar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Pela análise do Quadro 23 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre os diferentes grupos da variável “género/idade” [$F(5,119)=3,81$; $p=0,00$] e a adesão.

Quadro 23 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Género/Idade”

Género e idade	Género e idade	Diferenças de médias	<i>p</i>
1 – Homens do Grupo 1 (idades até aos 35 anos)	Homens do Grupo 2	1,343	0,326
	Homens do Grupo 3	-1,443	0,329
	Mulheres do Grupo 1	7,718	0,001
	Mulheres do Grupo 2	-1,371	0,570
	Mulheres do Grupo 3	3,232	0,139
2 – Homens do Grupo 2 (idades entre 36 e 42 anos)	Homens do Grupo 1	-1,343	0,326
	Homens do Grupo 3	-2,786	0,057
	Mulheres do Grupo 1	6,375	0,006
	Mulheres do Grupo 2	-2,714	0,258
	Mulheres do Grupo 3	1,889	0,382
3 – Homens do Grupo 3 (idades depois dos 43 anos)	Homens do Grupo 1	1,443	0,329
	Homens do Grupo 2	2,786	0,057
	Mulheres do Grupo 1	9,161	0,000
	Mulheres do Grupo 2	0,071	0,977
	Mulheres do Grupo 3	4,675	0,038
4 – Mulheres do Grupo 1 (idades até aos 35 anos)	Homens do Grupo 1	-7,718	0,001
	Homens do Grupo 2	-6,375	0,006
	Homens do Grupo 3	-9,161	0,000
	Mulheres do Grupo 2	-9,089	0,003
	Mulheres do Grupo 3	-4,486	0,115
5 – Mulheres do Grupo 2 (idades entre os 36 e 42 anos)	Homens do Grupo 1	1,371	0,570
	Homens do Grupo 2	2,714	0,258
	Homens do Grupo 3	-0,071	0,977
	Mulheres do Grupo 1	9,089	0,003
	Mulheres do Grupo 3	4,603	0,118
6 – Mulheres do Grupo 3 (idades depois dos 43 anos)	Homens do Grupo 1	-3,232	0,139
	Homens do Grupo 2	-1,889	0,382
	Homens do Grupo 3	-4,675	0,038
	Mulheres do Grupo 1	4,486	0,115
	Mulheres do Grupo 2	-4,603	0,118

As comparações entre os grupos da variável foram realizadas através do teste *LSD*. Analisemos então as diferenças encontradas.

Verificamos que os sujeitos do género masculino nos três grupos de idades (1: $M=78,34$; $DP=5,61$; 2: $M=77$; $DP=6,98$; 3: $M=79,79$; $DP=6,18$) apresentam

diferenças estatisticamente significativas de adesão em relação aos sujeitos do género feminino com idades até aos 35 anos ($M=78,35$; $DP=5,61$).

No que se refere aos sujeitos do género masculino com mais de 43 anos, identificamos que apresentam diferenças estatisticamente significativas de adesão em relação aos sujeitos do género feminino do mesmo grupo de idades ($M=75,11$; $DP=4,75$).

Relativamente ao género feminino, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com idades compreendidas entre os 36 e os 42 anos ($M=79,71$; $DP=6,15$) e o grupo com idades até aos 35 anos ($M=70,63$; $DP=6,18$).

Para os restantes grupos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre si.

Para o estudo das diferenças de adesão relativamente à variável “ocupação” os sujeitos foram divididos em duas categorias relativamente ao desempenho de uma profissão ou actividade similar. Os primeiros incluem os sujeitos profissionalmente activos e os segundos incluem os desempregados e os reformados. Para a divisão nestes dois grupos foram excluídos quatro sujeitos (três em situação de baixa médica e apenas um estudante).

Pela análise do Quadro 24 podemos observar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos “activos” ($M=78,90$; $DP=4,66$) e os sujeitos “inactivos” ($M=76,67$; $DP=6,81$; $t=-1,97$; $p=0,05$).

Quadro 24 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Ocupação”

	“Activos” (N=48)		“Inactivos” (N=73)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	78,90	4,66	76,67	6,81	-1,97	0,05

Para o estudo das diferenças de adesão relativamente à variável “classe social” optou-se por criar uma nova variável que contemplasse apenas duas classes, a “alta” e a “baixa”, tendo em conta a análise da distribuição de frequências dos

sujeitos pelas diferentes categorias. A primeira engloba as classes alta, média alta e média e a segunda as classes média baixa e baixa.

Pela análise do Quadro 25, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos pertencentes à classe alta ($M=78,74$; $DP=6,38$) e os sujeitos pertencentes à classe baixa ($M=76,38$; $DP=5,63$; $t=2,17$; $p=0,03$).

Quadro 25 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Classificação Social”

	“Alta” (N=65)		“Baixa” (N=60)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	78,74	6,38	76,38	5,63	2,17	0,03

Para a análise das diferenças de adesão em função das variáveis clínicas, recorreu-se ao uso do teste *t de student* para amostras independentes e *One-Way ANOVA*, de acordo com operacionalização das variáveis.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão para as variáveis “via de infecção”, “estadio da infecção”, “contagem de linfócitos T CD4”, “interrupção da TARV” e “acompanhamento actual em consulta de Psicologia”.

Relativamente à variável “via de infecção”, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que referiram a via sexual como meio de transmissão do VIH ($M=77,94$; $DP=6,41$) e os que referiram a via sanguínea ($M=77,06$; $DP=5,65$; $t=0,76$; $p=0,44$) como se pode ver no Quadro 26.

Quadro 26 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Via de Infecção”

	Via sexual (N=78)		Via sanguínea (N=47)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	77,94	6,41	77,06	5,65	0,76	0,44

No que se refere ao “estadio da infecção” foram excluídos os sujeitos classificados no estadio B devido ao número reduzido destes. Classificou-se a variável em duas categorias, em que a primeira se refere aos sujeitos diagnosticados no estadio “A” e a segunda aos sujeitos diagnosticados no estadio “C”. Ao analisar o Quadro 27 é possível verificar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos do estadio “A” ($M=77,75$; $DP=6,62$) e os sujeitos do estadio “C” ($M=77,47$; $DP=5,36$; $t=0,24$; $p=0,81$).

Quadro 27 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “estádio de infecção”

	“A” (N=72)		“C” (N=45)		<i>T</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	77,75	6,62	77,47	5,36	0,24	0,81

Quanto à variável “contagem de linfócitos T CD4” os sujeitos foram agrupados em quatro categorias tendo em conta os critérios clínicos do marcador biológico da infecção VIH/SIDA. Assim, a primeira categoria integra os sujeitos com $CD4 < 200$, a segunda inclui os sujeitos com $CD4$ entre 200 e 350, a terceira abarca os sujeitos com $CD4$ entre 350 e 500 e a quarta e última categoria abrange os sujeitos com $CD4 > 500$. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos da primeira categoria ($M=78,03$; $DP=5,53$), da segunda ($M=77,74$; $DP=6,14$), da terceira ($M=76,84$; $DP=7,33$) e da quarta categoria [$M=77,84$; $DP=5,41$; $F(3,121)=0,22$; $p=0,87$], como se pode verificar pela análise do Quadro 28.

Quadro 28 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Contagem de linfócitos TCD4”

	Grupo 1 (<200) (N=31)		Grupo 2 (200-350) (N=38)		Grupo 3 (350-500) (N=31)		Grupo 4 (>500) (N=25)		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	78,03	5,53	77,74	6,14	76,84	7,33	77,84	5,41	0,22	0,87

Relativamente à variável “interrupção da TARV”, podemos verificar pela análise do Quadro 29 que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que nunca alteraram a TARV ($M=78,23$; $DP=6,08$) e aqueles que já sofreram alterações no esquema terapêutico inicialmente prescrito ($M=76,92$; $DP=6,15$; $t=-1,19$; $p=0,23$).

Quadro 29 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável
“Interrupção do tratamento anti-retrovírico”

	Sem interrupção (N=66)		Com interrupção (N=59)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	78,23	6,08	76,92	6,15	-1,19	0,23

Por fim, no que se refere ao “acompanhamento actual em consulta de Psicologia”, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que estão actualmente a ter acompanhamento psicológico ($M=76,61$; $DP=5,74$) e os que não estão a ser acompanhados na referida consulta ($M=78,44$; $DP=6,35$; $t=-1,67$; $p=0,09$), como se pode ver no Quadro 30.

Quadro 30 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável
“Acompanhamento actual em consulta de Psicologia”

	“Sim” (N=57)		“Não” (N=68)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	76,61	5,74	78,44	6,35	-1,67	0,09

Para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas de adesão tendo em conta a variável “medicação psiquiátrica” recorreu-se ao teste *t de student* para amostras independentes.

Analisando o Quadro 31 é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que têm prescrição

psiquiátrica ($M=76,03$; $DP=5,61$) e os que não têm ($M=78,30$; $DP=6,24$; $t=-1,92$; $p=0,05$).

Quadro 31 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Medicação Psiquiátrica”

	Com med.psiq. (N=38)		Sem med.psiq. (N=87)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	76,03	5,61	78,30	6,24	-1,92	0,05

Relativamente à variável “efeitos secundários do tratamento” recorreu-se ao mesmo procedimento estatístico utilizado anteriormente. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão tendo em conta os efeitos secundários do tratamento “vómitos e náuseas”, “diarreias”, “dores” e “problemas dermatológicos”.

No que concerne ao efeito secundário “vómitos e náuseas” não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que referiram vómitos e náuseas ($M=75,86$; $DP=6,10$) e os que não referiram ($M=77,96$; $DP=6,10$; $t=-1,44$; $p=0,15$) como se pode verificar pela análise do Quadro 32.

Quadro 32 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável
“Efeitos secundários do tratamento: vómitos e náuseas”

	Presença de vómitos e náuseas (N=21)		Ausência de vómitos e náuseas (N=104)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	75,86	6,10	77,96	6,10	-1,44	0,15

Relativamente ao efeito secundário “diarreias” não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que referiram a presença de diarreias ($M=76,41$; $DP=7,95$) e os que não referiram ($M=77,86$; $DP=5,86$; $t=-1,01$; $p=0,31$) como se pode ver no Quadro 33.

Quadro 33 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável
“Efeitos secundários do tratamento: diarreias”

	Presença de diarreias (N=22)		Ausência de diarreias (N=103)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	76,41	7,95	77,86	5,68	-1,01	0,31

Atendendo ao efeito secundário “dores” é possível verificar, no Quadro 34, que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que referiram a presença de dores ($M=74,25$; $DP=9,62$) e os que não referiram ($M=77,96$; $DP=9,62$; $t=-1,31$; $p=0,21$).

Quadro 34 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável
“Efeitos secundários do tratamento: dores”

	Presença de dores (N=13)		Ausência de dores (N=112)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	74,25	9,62	77,96	9,62	-1,31	0,21

Por fim, no que se refere ao efeito secundário “problemas dermatológicos” não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que referiram a presença de problemas dermatológicos ($M=76,20$; $DP=5,33$) e os que não referiram ($M=77,80$; $DP=6,22$; $t=-0,94$; $p=0,34$), como se pode observar no Quadro 35.

Quadro 35 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável
“Efeitos secundários do tratamento: problemas dermatológicos”

	Presença de problemas dermatológicos (N=15)		Ausência de problemas dermatológicos (N=110)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Adesão	76,20	5,33	77,80	6,22	-0,94	0,34

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão tendo em conta o efeito secundário “fadiga e cansaço”.

Pela análise do Quadro 36 é possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que referem a presença de “fadiga e cansaço” como efeito secundário do tratamento ($M=74,35$; $DP=6,77$) e os que não referem ($M=78,98$; $DP=5,30$; $t=-4,08$; $p=0,00$).

Quadro 36 – Estudo das diferenças de “Adesão” em função da variável “Efeitos secundários do tratamento: fadiga e cansaço”

	Presença de fadiga e cansaço (N=37)		Ausência de fadiga e cansaço (N=88)		<i>t</i>	<i>p</i>
Adesão	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
	74,35	6,77	78,98	5,30	-4,08	0,00

3. Análises correlacionais em função das variáveis clínicas

Procurou-se efectuar uma análise correlacional entre a adesão terapêutica e as variáveis clínicas “tempo de diagnóstico” ($r=0,05$) e “início da TARV” ($r=0,13$), não tendo sido encontrada qualquer correlação estatisticamente significativa como se pode observar no Quadro 37.

Quadro 37 – Correlações de *Pearson* entre a “Adesão” e as variáveis “Tempo de diagnóstico” e “Início da TARV”

Adesão	0,05	0,13
	Tempo de diagnóstico	Início TARV

Relativamente à variável “grau de adesão aos levantamentos de medicação na Farmácia do Hospital” verificou-se a existência de uma correlação, ainda que fraca, com a adesão ($r=0,195$; $p\leq 0,05$).

4. Modelo preditor de adesão terapêutica na infecção VIH/SIDA

Para o estudo do modelo preditor de adesão terapêutica na infecção VIH/SIDA foram incluídas as seguintes variáveis: características sociodemográficas (género e idade, ocupação e classificação social), variáveis clínicas (carga vírica e grau de adesão aos levantamentos da medicação na farmácia do hospital), variáveis associadas aos indicadores de perturbação emocional e variáveis relativas à qualidade de vida.

Relativamente aos indicadores de perturbação emocional e de qualidade de vida foram incluídas as dimensões ou os domínios que mais fortemente se correlacionam com a adesão terapêutica (dimensões do BSI incluídas no modelo: *Somatização*, *Ansiedade* e *Obsessões-Compulsões* e domínios do WHOQOL-Bref: *Físico* e *Ambiente*).

A análise estatística foi realizada com o recurso ao procedimento de “Regressão Linear Múltipla” através do método “*Stepwise*” que permitiu constatar a existência de três variáveis preditoras de adesão. São elas a dimensão *Somatização* avaliada pelo BSI, o domínio *Ambiente* avaliado pelo WHOQOL-Bref e o grau de adesão aos levantamentos da TARV na Farmácia do Hospital. As três variáveis preditoras, em conjunto, explicam 32,8% da variância total da adesão, como se pode observar no Quadro 38.

Todas as outras variáveis independentes foram estatisticamente eliminadas desta análise por não constituírem preditores de adesão terapêutica no contexto da infecção VIH/SIDA.

Analisando individualmente cada variável verificamos que a *Somatização* ($\beta=-2,49$; $p=0,009$) é o factor que melhor permite explicar e prever o comportamento de adesão, fazendo a maior contribuição para a variância total explicada com 24,9%. Neste caso concreto, a relação entre as duas variáveis é inversa, ou seja, quanto menor for a *Somatização*, maior será a adesão terapêutica.

Relativamente ao grau de adesão aos levantamentos da TARV na Farmácia do Hospital ($\beta=0,232$; $p=0,002$) observamos que este é o segundo factor que mais contribui para a adesão com uma percentagem de 23,2.

Por fim, o domínio *Ambiente* ($\beta=0,228$; $p=0,023$) é o terceiro e último factor que permite prever a adesão contribuindo com 22,8%.

Como se pode ainda verificar, o grau de adesão aos levantamentos da TARV na Farmácia do Hospital e o domínio *Ambiente* apresentam relações positivas com a variável adesão, o que indica que quanto maior for o grau de adesão aos levantamentos da TARV na Farmácia e mais elevadas forem as pontuações no domínio *Ambiente*, maior será a adesão medida pelo auto-relato.

Quadro 38 – Modelo Preditor de Adesão Terapêutica na Infecção VIH/SIDA

Modelo	β	t	p
Adesão Farmácia	0,232	3,131	0,002
Somatização	-0,249	-2,664	0,009
Domínio <i>Ambiente</i>	0,228	2,304	0,023

$R^2 = 0,328$; Variância total explicada 32,8%
 $[F(4,120)=16,120$; $p=0,000]$

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO

Finalizada a apresentação e a leitura dos resultados decorrentes da investigação realizada, torna-se imperativa a sua discussão e reflexão. Será pertinente recorrer aos modelos de suporte teórico e aos estudos já realizados que emergiram da revisão bibliográfica inicialmente efectuada.

Comecemos por analisar as características sociodemográficas da nossa amostra.

O perfil sociodemográfico dos sujeitos portadores de VIH/SIDA é maioritariamente constituído por indivíduos do género masculino e com idades compreendidas entre os 20 e os 68 anos. Grande parte dos sujeitos é solteira, com actividade profissional, com baixo nível de escolaridade, provenientes, sobretudo das classes sociais média e média baixa. Todos possuem residência fixa e vivem maioritariamente na cidade do Porto. Cerca de metade dos sujeitos referiu já ter tido experiências de consumos de drogas por via endovenosa. A maioria é da raça caucasiana e heterossexual.

A literatura não tem encontrado resultados consistentes acerca da relação existente entre a adesão terapêutica na infecção VIH/SIDA e o perfil sociodemográfico, mas algumas destas características parecem ser importantes para a compreensão do fenómeno de adesão neste contexto.

Diferentes estudos realizados apontam para uma melhor adesão tendo em conta o seguinte perfil sociodemográfico: sujeitos do género masculino, com idades jovens, profissionalmente activos ou a desempenhar uma actividade similar, com um nível escolar mais alto e provenientes de classes sociais também mais altas (Berg et al., 2004; Gordillo et al., 1999; Israelski et al., 2001; Stout et al., 2004). No presente estudo encontrámos diferenças de adesão tendo em conta o efeito de interacção existente entre as variáveis independentes género e idade. Em concreto, os homens de todas as idades apresentam níveis de adesão superiores às mulheres mais novas e os homens mais velhos mantêm esta diferença relativamente às mulheres também mais velhas. No que se refere às mulheres verificamos que aquelas que pertencem ao intervalo de idades compreendido entre os 36 e os 42 anos apresentam níveis de adesão superiores comparativamente às mulheres mais novas (idades até aos 35 anos). Não encontrámos diferenças estatisticamente

significativas de adesão entre os homens, facto que contraria os estudos já realizados.

Atendendo às características sociodemográficas referentes à ocupação e à classificação social, encontramos diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que se encontram profissionalmente activos ou a desempenhar alguma actividade comparativamente àqueles que não têm qualquer profissão ou similar. Os primeiros evidenciam melhores níveis de adesão do que os segundos, facto que se pode explicar por uma maior estabilidade económica e recursos sociais. No que concerne à classificação social, os sujeitos provenientes de classes sociais mais baixas apresentam níveis de adesão inferiores aos sujeitos de classes sociais mais elevadas. Esta diferença poderá dever-se ao facto dos primeiros não terem as mesmas condições socioeconómicas e recursos para assumir e manter comportamentos de adesão necessários ao melhor controlo da evolução da doença.

O estudo de outras variáveis do perfil sociodemográfico como nível de escolaridade, o estado civil ou a história prévia de consumos de substâncias não permitiu concluir sobre qualquer variação destas relativamente à adesão.

Os resultados obtidos, tendo em conta as características sociodemográficas, parecem ir de encontro aos estudos já realizados na área e de facto, poderemos afirmar que o perfil sociodemográfico isoladamente não apresenta uma relação estreita com a adesão. De facto, vários estudos sugerem que mais importante que as características sociodemográficas como a idade, a escolaridade ou a classificação social, são os factores relacionados com o isolamento social, a discriminação, a falta de informação e consequente ausência de laços afectivos e sociais e ainda de unidades de saúde acessíveis, o que muitas vezes compromete a adesão (Catz et al., 2000; Jordan et al., 2000; Murphy et al., 2004; Remor, 2002a;).

Vejamos agora o perfil clínico do VIH/SIDA dos sujeitos da amostra. Relativamente às variáveis clínicas verificamos que a quase totalidade dos sujeitos apresenta infecção pelo vírus VIH-1, cuja via de transmissão foi essencialmente sexual. Estes resultados parecem ser consistentes com a tendência epidemiológica da infecção verificada actualmente pelo CVEDT (2007) que aponta para um aumento do número de infecções por via sexual.

A maioria dos sujeitos foi encaminhada para a consulta da especialidade (Infecciologia) com critérios para o diagnóstico de fase de SIDA (ou pela contagem de linfócitos T CD4 <200 ou pela presença de infecção oportunista). Algumas explicações possíveis para este facto poderão estar relacionadas com o desconhecimento de se estar infectado, com a procura tardia dos serviços de saúde e com a possível falta de informação acerca dos cuidados a assumir perante uma doença desta dimensão.

À data do preenchimento dos questionários, a maioria dos sujeitos apresentava valores de carga vírica “indetectáveis”, ou seja, com a sua situação clínica controlada. Verificamos que naqueles cujos valores são indetectáveis, a adesão medida pelo auto-relato (CEAT-VIH) foi superior comparativamente aos restantes. Verificamos ainda que o marcador biológico e a medida de auto-relato utilizada neste estudo estão associados entre si. Poderíamos, deste modo, afirmar que a medida de auto-relato do nível de adesão constitui um método fidedigno da avaliação do comportamento de adesão terapêutica à TARV.

No que concerne ao tempo de infecção e início da TARV, apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas de adesão, não deixam de ser variáveis importantes para a compreensão do conceito (Israelski et al., 2001; Remor, 2002a). Estas poderão reflectir diferentes dinâmicas de tratamento conduzindo as pessoas a uma maior consciência do seu estado de saúde e a uma maior adaptação às exigências do mesmo.

Cerca de metade dos sujeitos da amostra foi submetida a mudanças no esquema terapêutico, apontando como principal causa para esta alteração a adesão insuficiente aos regimes previamente prescritos. Os esquemas terapêuticos são diversos e implicam tomas sob rigorosas condições de administração, podendo conduzir os sujeitos a uma adesão insuficiente e contingentemente ao abandono das terapêuticas (Remor, 2002a; Remor, 2002b; Sarafino, 2002).

Dois resultados importantes referem-se ao facto de cerca de metade dos sujeitos estarem em acompanhamento psicológico e concomitantemente com prescrição de terapêutica psiquiátrica. Esta última evidenciou diferenças estatisticamente significativas de adesão, ou seja, os sujeitos com prescrição psiquiátrica apresentam níveis inferiores de adesão quando comparados com os

restantes. Este resultado poderá sugerir a presença de quadros psicopatológicos ou de desordens emocionais, o que parece ser coerente com os estudos realizados que referem níveis de adesão inferiores nestes sujeitos (Remor, 2002a).

Relativamente às características da doença e tratamento, nomeadamente a presença de efeitos secundários, verificamos que os sujeitos que referem a presença de “fadiga/cansaço” como efeito secundário à TARV apresentam níveis de adesão inferiores comparativamente aos restantes. Este facto foi já referenciado na literatura como preditor de fraca adesão, atendendo a que os efeitos secundários da TARV são frequentemente intensos e complexos comprometendo a adesão (Berg et al., 2004; Remien et al., 2003; Remor, 2002a).

As variáveis psicopatológicas e psicossociais (qualidade de vida) foram também alvo de atenção neste estudo por nos parecerem relevantes para a compreensão da adesão na infecção VIH/SIDA.

Começamos pela análise das variáveis psicopatológicas, nomeadamente as dimensões de perturbação emocional avaliadas pelo instrumento BSI.

A literatura aponta para níveis de adesão inferiores nos sujeitos com presença de sintomatologia emocional. Não existirá um “perfil emocional do seropositivo”, mas sim indicadores análogos que pela sua incidência e ocorrência podem constituir-se como caracterizadores do estado mental destes sujeitos.

Na nossa amostra verificamos que as dimensões com resultados médios superiores comparativamente aos da população geral (Canavarro, 1999) são as dimensões *Somatização*, *Depressão*, *Ansiedade Fóbica*, *Ideação Paranóide* e *Psicoticismo* e os índices gerais *IGS* e *ISP*. Apenas verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Somatização* e no índice geral *ISP*, no sentido de serem os sujeitos portadores de VIH com médias superiores aos da população geral. Estes dados em conjunto oferecem-nos um indicador daquilo que mais perturba os sujeitos.

No contexto da infecção VIH/SIDA a existência de sintomatologia emocional poderá estar não só associada aos comportamentos de adesão e às suas implicações, como também à própria vivência interna da doença. Da experiência clínica, observamos que o processo de tratamento é doloroso, repleto de

dificuldades a serem superadas, como o momento do conhecimento da infecção ou do reconhecimento da evolução para a fase de SIDA implícito no início do tratamento.

Tal como em outras doenças crónicas, a percepção de perda da saúde mobiliza nos sujeitos sentimentos de angústia, de culpa, de rejeição por parte dos outros e de reacções psicopatológicas como tentativas de enfrentar e lidar com a situação. Um outro aspecto importante poderá estar relacionado com a estigmatização associada à doença, conduzindo os sujeitos ao isolamento como forma de protecção, desencadeando a presença destes indicadores psicopatológicos associados à infecção pelo VIH/SIDA. O início do tratamento torna imperativa a necessidade de aceitação da doença. De facto, o diagnóstico e o tratamento da infecção estão acompanhados de profundas implicações psicológicas, biológicas e sociais que não podem ser postas de parte se o que se pretende é dar uma resposta eficaz aos diferentes problemas que se apresentam, nomeadamente a necessidade de uma perfeita adesão.

No que se refere à avaliação da qualidade de vida (QV), no contexto da infecção VIH/SIDA, podemos afirmar que esta é também uma variável importante atendendo à condição médica da doença, ao impacto sobre a QV, o estigma associado e as peculiaridades que envolvem o contágio como tivemos oportunidade de ver (Fleck, 2006). Alguns autores referem que a QV apresenta uma natureza mais geral que não está centrada em aspectos relacionados apenas com a saúde, mas também abrangem outras condições que podem influenciar o dia-a-dia, como a percepção, as emoções e o comportamento do indivíduo (Fleck, 2006; Ribeiro, 2005).

Nesta investigação verificamos que pontuações elevadas nos domínios da QV, incluindo o domínio *Geral*, relacionam-se com melhores níveis de adesão.

As terapêuticas combinadas actuais promoveram a infecção pelo VIH/SIDA ao estatuto de doença crónica, acompanhado de uma diminuição da morbilidade e mortalidade associada à doença, com consequente diminuição do número de internamentos e aumento da esperança de vida (Volberding, 2004). Aliado a estas vantagens do tratamento torna-se imperativa a existência ou a manutenção de uma boa qualidade de vida, facto que parece evidenciar-se neste estudo. Assim, a

percepção de uma melhor qualidade de vida em todos os seus domínios favorece a adesão ao tratamento na infecção VIH/SIDA.

No estudo de validação do WHOQOL-Bref para a população portuguesa verificou-se a existência de uma associação inversa entre a presença de sintomatologia emocional e a qualidade de vida (Canavarro, no prelo). O mesmo se verificou neste estudo, bem como relativamente à adesão. Esta associa-se positivamente com a qualidade de vida e negativamente com a sintomatologia emocional.

Depois do que foi exposto, parece-nos agora importante reflectir sobre o modelo preditor de adesão terapêutica na infecção VIH/SIDA proposto por esta investigação.

O modelo preditor do comportamento de adesão terapêutica contempla a dimensão *Somatização* avaliada pelo BSI, o domínio *Ambiente* avaliado pelo WHOQOL-Bref (qualidade de vida) e o grau de adesão dos sujeitos aos levantamentos da TARV na Farmácia do Hospital.

Analisemos cada uma destas variáveis em particular.

Como já vimos a *Somatização* está relacionada com as queixas do funcionamento somático. Não nos surpreende que esta dimensão constitua um indicador de não adesão pela associação que se pode estabelecer com a presença dos efeitos secundários da TARV. Apesar de apenas se terem verificado diferenças estatisticamente significativas de adesão entre os sujeitos que indicaram a presença de fadiga e cansaço, não poderemos descurar os restantes efeitos secundários referentes à presença de vómitos e náuseas, diarreias e dores que foram frequentemente assinalados aquando da recolha da amostra e que poderão estar na base das respostas dadas pelos sujeitos aos diferentes itens da referida dimensão do instrumento de avaliação psicopatológica.

No que se refere aos domínios da qualidade de vida, analisemos então aquele que se constitui como preditor de adesão à TARV.

O domínio *Ambiente* contempla itens relacionados com a segurança física, com o ambiente no lar, com os recursos económicos, com os cuidados de saúde e

sociais, especificamente a disponibilidade e a qualidade dos mesmos, com as oportunidades para adquirir novas informações, com a possibilidade de usufruir de actividades de recreio ou de lazer, com o ambiente físico e com a satisfação com os transportes. Daqui ressaltam conclusões importantes.

Ao analisarmos estes itens, constatamos que na sua base estão presentes a necessidade de recursos económicos e sociais nas suas diferentes valências, para a promoção da adopção de comportamentos de adesão. A satisfação com os cuidados de saúde também se revela importante e à luz do Modelo de Adesão de Stanton (Ogden, 1999) poderíamos compreender esta última atendendo a que, a satisfação do doente com as diferentes valências da unidade hospitalar onde vai ser acompanhado, incluindo a importância da relação terapêutica que se irá estabelecer com os profissionais de saúde, é um importante factor explicativo da adesão.

No que se refere ao nível de adesão aos levantamentos da TARV na Farmácia do Hospital verificamos também que estamos perante um preditor de adesão.

O comportamento voluntário de ir à Farmácia do Hospital seguindo assim as prescrições do profissional de saúde contempla uma intenção por parte do sujeito para assumir o comportamento de adesão. Analisemos este factor recorrendo à Teoria da Acção Racional. Esta teoria procura compreender as relações existentes entre as atitudes e os comportamentos, sendo que a intenção de assumir um comportamento é o que irá determinar a sua prática e está sujeita à aprovação e influência externas. Neste caso, o facto dos sujeitos se dirigirem à Farmácia do Hospital implicará uma motivação para aderir ao tratamento prescrito, que poderá estar influenciada por variáveis internas e/ou externas. De facto, se a relação técnico de saúde/utente é valorizada neste contexto poderá justificar que os sujeitos levem a medicação para casa assumindo o comportamento socialmente desejável, mas que não cumpram sempre e rigorosamente as tomas prescritas.

Devemos ter ainda em conta a percepção de facilidade vs dificuldade na implementação dos comportamentos, bem como a percepção de controlo dos mesmos (Horne & Weinman, 1998).

Sendo um dos objectivos principais desta investigação, a tradução e a adaptação do CEAT-VIH para a população portuguesa, importa tecer algumas considerações finais. Como já vimos, é um instrumento de avaliação da adesão à TARV através do auto-relato. Constitui uma ferramenta rápida e simples de administrar, de fácil compreensão por parte dos sujeitos, com carácter multidimensional, uma vez que abarca os principais factores que podem interferir com o comportamento de adesão. Estudos prévios demonstraram a sua utilidade neste contexto (Remor, 2002a; Remor, 2002c).

A análise das características psicométricas na nossa amostra permitiu confirmar que o questionário tem qualidades que permitem o seu uso. Mostrou-se assim, útil, confiável e válido (validade externa com o marcador biológico da carga vírica e validade preditiva para diferenciar os sujeitos com valores de carga vírica detectável e indetectável).

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como finalidade investigar e compreender a relação existente entre a adesão à terapêutica anti-retrovírica e características sociodemográficas, variáveis clínicas, presença de sintomatologia emocional e percepção da qualidade de vida, com o recurso à tradução e à adaptação de um questionário específico de avaliação da adesão na infecção VIH/SIDA.

Os resultados sugerem conclusões interessantes e importantes relativamente à associação da adesão com as referidas variáveis, confirmando-se a importância de algumas delas enquanto preditoras de adesão.

Face aos resultados obtidos, algumas considerações finais merecem relevância para os profissionais de saúde que se deparam todos os dias com as dificuldades dos utentes para assumir e manter comportamentos de adesão desejáveis.

Os comportamentos de adesão parecem ser influenciados pelo género em associação com a idade, pela ocupação e pela classe social, sugerindo diferentes abordagens consoante grupos específicos.

De um modo geral, este estudo indica que os sujeitos com níveis mais elevados de adesão apresentam carga vírica “indetectável” e, portanto, melhor controlo e estabilidade da doença. A presença de efeitos secundários, nomeadamente a sensação de fadiga e cansaço parece constituir um indicador de não adesão, tal como foi já descrito em estudos anteriores. Ressalta a importância do desenvolvimento de novos fármacos, mais potentes e com menos efeitos secundários.

A presença de sintomatologia emocional parece constituir uma barreira à adesão. As dimensões com pontuações mais elevadas comparativamente à população geral foram a *Somatização*, a *Depressão*, a *Ansiedade Fóbica*, a *Ideação Paranóide* e o *Psicoticismo* e os índices gerais, *IGS* e *ISP*. Apenas a *Somatização* e o *ISP* apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente aos valores mais elevados (comparativamente à população geral). Estas dimensões caracterizam os sujeitos portadores de VIH/SIDA da amostra em estudo. Verificamos ainda que a *Somatização* representa um preditor de não adesão e poderá

possivelmente estar associado à presença dos efeitos secundários como tivemos oportunidade de ver.

Relativamente à percepção de qualidade de vida, verificamos que o domínio *Ambiente* constitui um preditor de adesão. Tendo em conta as características e implicações da doença do ponto de vista clínico, psicológico e social estes resultados revelam-se coerentes. De facto, as novas terapêuticas anti-retrovíricas promoveram um aumento na esperança de vida, mas este será tanto mais importante se aliado a uma melhoria e manutenção da qualidade de vida.

O comportamento de adesão relacionado com os levantamentos da TARV na Farmácia do Hospital também se apresenta como preditor de adesão neste contexto. Este resultado parece apontar para a existência de uma intenção de assumir um comportamento de adesão, mas com certeza não explica a fase que medeia a intenção e a prática efectiva do comportamento desejado.

Importa referir que este estudo permitiu o desenvolvimento de uma medida de avaliação da adesão na infecção VIH/SIDA através do auto-relato. Consideramos que representa um passo importante na investigação da adesão terapêutica, no sentido de desenvolver estratégias de intervenção eficazes que considerem as diferenças individuais relacionadas com as barreiras à adesão neste contexto.

Em termos de investigações futuras seria desejável ver desenvolvidos mais estudos sobre a adesão na infecção VIH/SIDA, onde os preditores de adesão sejam também fortemente estudados, no sentido de melhorar os cuidados prestados à população portadora de VIH. Um aspecto importante prende-se com a impossibilidade de generalização dos resultados a nível nacional. Seria interessante replicar o presente estudo com uma representatividade mais alargada.

Esperamos que este trabalho contribua para a compreensão dos factores intervenientes no processo de adesão às terapêuticas anti-retrovíricas e que possa alertar os profissionais de saúde para a necessidade de uma abordagem psicossocial do doente seropositivo. Só com o pilar nesta união se conseguirão os objectivos pretendidos que facilitarão a promoção das mudanças necessárias à manutenção da saúde destes doentes.

A questão mais importante será a procura de estratégias que contribuam para a adesão terapêutica e para a eficácia das intervenções. Contudo, importa referir que caberá sempre ao doente o poder de decisão sobre a sua doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso, L. M. & Abalo, J. G. (2004). La Investigación da la Adherencia Terapêutica como un problema de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*, vol.14, nº1, pp.89-99.
- Almeida, L. & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquíbrios.
- Àlvarez-Valdés, M. V. & Troca, J. J. (2003). Adherencia y fallo terapêutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipóteses desde la Psicología. *Psicothema*, vol.15, pp.227-233.
- Anastasi, A. (1997). *Testes Psicológicos*. São Paulo: EPU.
- Antunes, F. (2004). Terapêutica anti-retroviral: Sucessos e limitações. In H. Lecour & R. Sarmento-Castro (Eds.), *Infecção VIH/SIDA: 2º Curso de Pós-Graduação* (pp.317-324). GlaxoSmithKline.
- Antunes, F. (2005). Introdução à Terapêutica Anti-Retroviral. In K. Mansinho, A. Vieira, F. Antunes, A. Soares, P. S. Marques. *Manual Prático para a Pessoa com VIH* (pp.55-76). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Bennet, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berg, K., Demas, A., Howard, A., Schoenbaum, E., Gourevitch, M. & Arnsten, J. (2004). Gender Differences in Factors associated with Adherence to Antiretroviral Therapy. *J GEN INTERN MED*, vol.19, pp.1111-1117.
- Berlant & Pruitt (2003). Adherence to Medical Recommendations. In L. M. Cohen, D. E. McChargue, F. L. Collins, Jr. (Eds), *The Health Psychology Handbook* (chapter 12). USA: Sage Publications, Inc.
- Bishop, G. D. (1994). Dealing with Cronic Illness and Disability. In G. D. Bishop, *Health Psychology – Integrating Mind and Body* (chapter 10). Boston: Allyn and Bacon.

- Blalock, A. C. & Campos, P. E. (2003). Human Immunodeficiency Virus and Acquired Deficiency Syndrome. In L. M. Cohen, D. E. McChargue, F. L. Collins, Jr. (Eds), *The Health Psychology Handbook* (chapter 19). USA: Sage Publications, Inc.
- Brannon & Feist (1997). *Health Psychology – An Introduction to Behavior and Health* (chapter 8). Third Edition. USA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Brito, A. M., Szwarcwald, C. & Castilho, E. A. (2006). Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS. *Rev Assoc Med Bras*, 52 (2), pp.86-92.
- Caetano, M. (2001). *Lições de SIDA – Lições de VIDA. Sida e Comportamentos de Risco*. Porto: Âmbar.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B. S. I. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol.2, pp.95-109). Braga: APPORT.
- Canavarro, M. C. (in prelo). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds). *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa*, vol.III. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carneiro, A. (2001). Conhecer as atitudes dos adolescentes em relação à infecção pelo VIH. *Informação SIDA e outras doenças infecciosas*, 5 (27).
- Carrobles, J., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicotema*, vol.15, nº3, pp.420-426.
- Castro e Melo, J. (2004). Alterações imunitárias / imunopatologia da infecção VIH/SIDA. In H. Lecour & R. Sarmento e Castro (Eds). *Infecção VIH/SIDA – 2º Curso de Pós-Graduação* (pp.67-83). GlaxoSmithKline.
- Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E.G. & McAuliffe, T. L. (2000). Patterns, correlates and barriers to medication among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, vol.19, nº3, pp.124-133.

- Ceccato, M., Acurcio, F. Bonolo, P., Rocha, G. & Guimarães, M. (2004). Compreensão das informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), pp.1388-1397.
- Chesney, M. A., Ickovics, J. R., Chambers, D. B., Gifford, A. L., Neidig, J., Zwickl, B. & Wu, A. W. (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG Adherence Instruments. *AIDS CARE*, vol.12, nº3, pp.255-266.
- Colle, F. X. (2001). *Toxicómanos, sistemas e famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- CVEDT (2005). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2004* (doc.133). Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- CVEDT (2006). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2005* (doc.135). Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- CVEDT (2007). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2006* (doc.137). Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Deus, A. F. (2002). Perfis de personalidade, sintomas depressivos e risco suicidário nos alcoólicos. *Análise Psicológica*, 3 (10), pp.479-494.
- Figueiredo, R. M., Sinkoc, V. M., Tomazim, C. C., Gallani, M. C. & Colombrini, M. C. (2001). Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: Dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (4), pp.50-55.
- Fleck, M. A. (2006). O Projecto WHOQOL: desenvolvimentos e aplicações. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), pp.5-13.

- Frumklin, L. R. & Leonard, J. M. (1997). *Questions & Answers on AIDS*. Third Edition. California: Health Information Press.
- Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J. & Levy, R. (2002). Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient Education and Counseling*, 46, pp.93-108.
- Gabriel, R., Barbosa, D. & Vianna, L. (2005). Perfil Epidemiológico dos Clientes com HIV/AIDS na Unidade Ambulatorial de Hospital Escola de Grande Porte. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (4), pp.509-513.
- Gir, E., Vaichulonis, C. G. & Oliveira, M. D. (2005). Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.13, nº5.
- González-Laloz, J. & González del Castillo, J. (2004). Nuevas modalidades terapéuticas. In H. Lecour, & R. Sarmiento e Castro (Eds.), *Infecção VIH/SIDA: 2º Curso de Pós-Graduação* (pp.347-352). GlaxoSmithKline.
- Gordillo, V., Amo, J., Soriano, V. & González-Laloz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, pp.1763-1769.
- Grilo, A. M. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), pp.101-118.
- Guerra, M. P. (1998). *SIDA. Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.
- Guimarães, M. & Raxach, J. C. (2002). *Tratamento da Aids: Uma revisão e algumas reflexões sobre a adesão aos anti-retrovirais*. Consultado a 12 de Janeiro de 2006, disponível online.
- Haigwood, N. L. (2004). Predictive Value of Primate Models for AIDS. *AIDS Reviews*, vol.6, nº4, pp.187-198.
- Haubrich, R., Little, S., Currier, J., Forthal, D., Kemper, C., Beall, G., Johnson, D., Dubé, M., Hwang, J., McCutchan, J. & California Collaborative Treatment Group (1999). The value of patient-reported adherence to antiretroviral

- therapy in predicting virologic and immunologic response. *AIDS*, vol.13, pp.1099-1107.
- Horne, R. (2000). Compliance, adherence and concordance. In P. Gard (Eds.) *Behavioural Approach to Pharmacy Practice* (pp.166-183). London: Blackwell.
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, vol.47, nº6, pp.555-567.
- Israelski, D., Gore-Felton, C., Power, R., Wood, M. & Koopman, C. (2001). Sociodemographic Characteristics Associated with Medical Appointment Adherence among HIV-Seropositive Patients Seeking Treatment in a Country Outpatient Facility. *Preventive Medicine*, vol.33, pp.470-475.
- Jesus, A. P., Araújo, A. T. & Rodrigues, E. M. (2001). *A Problemática da Adesão Anti-retroviral – “A Intervenção da equipa de Enfermagem na adesão à terapêutica anti-retroviral”*. Consultado a 20 de Janeiro de 2006, disponível no site <http://www.aidsportugal.com>.
- Jordan, M. S., Lopes, J. F., Okazaki, E., Komatsu, C. L., Nemes, M. I. (2000). Aderência ao Tratamento Anti-Retroviral em AIDS: Revisão da Literatura Médica. In P. Teixeira, V. Paiva & E. Shimma (Eds.), *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: NEPAIDS.
- Júnior, L., Greco, D. & Carneiro, M. (2001). Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública*, 35 (6), pp.495-501.
- Lecour, H. (2004). História de uma epidemia. In H. Lecour & R. Sarmento e Castro (Eds.). *Infecção VIH/SIDA – 2º Curso de Pós-Graduação* (pp.17-30). GlaxoSmithKline.
- Lerner, B.; Gulick & Dubler, N. (1998). Rethinking Nonadherence: Historical Perspectives on Triple-Drug Therapy for HIV Disease. *Annals of Internal Medicine*, vol.129, nº7, pp.573-578.

- Ley, P. (1997). Compliance among patients. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp.281-285). Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Mansinho, K. (2005). O que é o VIH. In K. Mansinho, A. Vieira, F. Antunes, A. Soares, P. S. Marques. *Manual Prático para a Pessoa com VIH* (pp.7-27). Lisboa: Permanyer Portugal
- Marks, D. F.; Murray, M.; Evans, B. & Willing, C. (2000). *Health Psychology. Theory, Research and Practice*. London: Sage Publications.
- Martin, P. (2004). *A mente doente: cérebro, comportamento, imunidade e doença*. (2ª Ed.). Lisboa: Editorial Bizâncio.
- Moreno, M. J. C. (2004). *VIH 2004*. Flying Publisher.
- Mota-Miranda, A., Maltez, F., Antunes, F., Botas, J., Mansinho, K., Rosado, L., Sarmiento e Castro, R. & Cunha, S. (2005). *Terapêutica anti-retrovírica da infecção por vírus da imunodeficiência humana – Recomendações terapêuticas*. Euromédice, Edições Médicas.
- Murphy, D. A., Marelich, W. D., Hoffman, D. & Steers, W. N. Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS Care*, vol.16, nº4, pp.471-484.
- Myers, L. B. & Midence, K. (1998). Concepts and issues in adherence. In Myers, L. & Midence, K. (Eds). *Adherence to treatment in medical conditions* (pp.1-25). Amsterdam: Hardwood Academic Publishers.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climpesi Editores.
- Otero, J. G. (2004). SIDA: mecanismos de transmisión y su prevención. In H. Lecour & R. Sarmiento e Castro (Eds.). *Infecção VIH/SIDA – 2º Curso de Pós-Graduação* (pp.83-100). GlaxoSmithKline.
- Paixão, M. T. (2004). Aspectos epidemiológicos da infecção VIH/SIDA em Portugal e no Mundo. In H. Lecour & R. Sarmiento e Castro (Eds). *Infecção VIH/SIDA – 2º Curso de Pós-Graduação* (pp.101-113). GlaxoSmithKline.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival manual*. Philadelphia: Open University Press.

- Peçanha, E. P., Antunes, O. & Tanuri, A. (2002). Estratégias farmacológicas para a terapia anti-AIDS. *Química Nova*, vol. 25, nº 6B, pp.1108-1116.
- Pimentel, L. (2004). Aspectos psicológicos da infecção VIH/SIDA. In H. Lecour & R. Sarmiento e Castro (Eds). *Infecção VIH/SIDA – 2º Curso de Pós-Graduação* (pp.453-462). GlaxoSmithKline.
- Pires, R. S. M. (2006). *Adesão à terapêutica anti-retrovírica: uma meta psicoterapêutica*. Consultado a 14 de Janeiro de 2007, disponível em <http://www.psicologia.com.pt>.
- Remien, R., Hirky, E., Johnson, M., Weinhardt, L., Whittier, D. & Minh Le, G. (2003). Adherence to Medication Treatment: A Qualitative Study of Facilitators and Barriers Among a Diverse Sample of HIV+ Men and Women in Four U.S. Cities. *AIDS and Behavior*, vol.17, nº1, pp.61-72.
- Remor, E. (1997). Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol.10, nº2.
- Remor, E. (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol.12, nº1.
- Remor, E. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, vol.14, nº2, pp.262-267.
- Remor, E. (2002b). Aspectos Psicossociais na Era dos Novos Tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.18, nº3, pp.283-287.
- Remor, E. (2002c). *Manual del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)*. Madrid: Facultad de Psicología/Universidad Autónoma de Madrid (documento em PDF).
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.

- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Roberts, K. J. (2002). Physician-Patient Relationships, Patient Satisfaction, and Antiretroviral Medication Adherence among HIV-Infected Adults Attending a Public Health Clinic. *AIDS Patient Care and STDs*, vol.16, nº1, pp.43-50.
- Roberts, K. J. & Volberding, P. (1999). Adherence communication: a qualitative analysis of physician-patient dialogue. *AIDS*, 13, pp.1771-1778.
- Sánchez, J. P., Sebastián, M. J. Q. & Carrillo, F. X. M. (2003). Prevención del sida en la infancia y en la adolescência. In J. M. O. Quiles, M. J. Q. Sebastián & F. X. M. Carrillo (Eds), *Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia* (pp.349-367). Psicología Pirâmide.
- Santos, N. C., Martins e Silva, J. & Saldanha, C. (2001). A Aplicação do péptido T-20 na inibição da entrada do HIV. *RFML*, Série III, 7 (1), pp.29-33.
- Santos, P. (2003). Introdução à terapêutica de combinação. *Publicações G. A. T.* – Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA.
- Sarafino, E. P. (2002). *Health Psychology. Biopsychossocial Interactions*. 4ª Ed. New York: John Wiley & Sons.
- Sarmiento e Castro, R. (2004a). Terapêutica das infecções oportunistas. In H. Lecour, & R. Sarmiento e Castro (Eds.), *Infecção VIH/SIDA: 2º Curso de Pós-Graduação* (pp.397-410). GlaxoSmithKline.
- Sarmiento e Castro, R. (2004b). Terapêutica anti-retrovírica inicial. In H. Lecour, & R. Sarmiento e Castro (Eds.). *Infecção VIH/SIDA: 2º Curso de Pós-Graduação* (pp.327-338). GlaxoSmithKline.
- Silva, N. S. & Pereira, M. G. (1999). Representações de Saúde e Adesão Terapêutica. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caíres (Org.s). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol.VI). Braga: APPORT.
- Sontag, S. (1998). *A doença como metáfora: a Sida e as suas metáforas*. Lisboa: Quetzal Editores.

- Souza, M. V. & Almeida, M. V. (2003). Drogas anti-VIH: Passado, presente e perspectivas futuras. *Química Nova*, vol.26, nº 3, pp.366-372.
- Stout, B. D., Leon, P. & Niccolai, L. (2004). Nonadherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Positive Patients in Costa Rica. *AIDS Patient Care and STDs*, vol.18, nº5, pp.297-304.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (1996). *Using Multivariate Statistics*. (3rd Ed.). NY: HarperCollins College Publishers.
- Turk, D. C. & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self-care regimens. The patients' perspective. In Jerry J. Sweet, Ronald H. Rosensky & Stevan M. Toivan (Eds). *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp.249-267). New York and London. Plenum Press.
- Turner, D. & Wainberg, M. A. (2006). HIV Transmission and Primary Drug Resistance. *AIDS Reviews*, vol.8, nº1, pp.17-23.
- Vasconcellos, D., Picard, O & Ichaï, S.C. (2003). Condições Psicológicas para a observação das terapias antiretrovirais altamente activas (HAART). *Revista de Psiquiatria*, 25 (2), pp.335-344.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), pp.41-49.
- Vázquez, I. A., Rodríguez, C. F. & Alvarez, M. P. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Psicología Pirâmide.
- Victorino, R. M. M. (2003). A Sida e as Novas Pestes. *Análise Social*, 37 (166), pp. 13-33.
- Villa, I. C. & Vinaccia, S. (2006). Adhésión Terapêutica y Variables Psicológicas Asociadas en Pacientes con Diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, vol.16, nº1, pp.51-62.

Volberding, P. A. (2004). Início da terapêutica para o VIH. *Postgraduate Medicine*, 22 (1), 83-90.

UNAIDS (2004). *Report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS (2006). *Report on the global HIV/AIDS epidemic: 6th global report*. Geneva: UNAIDS.

World Health Organization (2001). *Adherence to long-term therapies: policy for action. Meeting report*. Consultado a 16 de Agosto de 2006, disponível em <http://www.who.int/chronic-conditions/en/adherence.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

ENTREVISTA PARA A CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Idade: _____

Género:

Masculino

Feminino

Estado Civil:

Solteiro (a)

Casado (a)

Divorciado (a)

Separado (a)

Viúvo (a)

União de facto

Outro _____

Etnia:

Branca

Árabe

Negra

Oriental

Cigana

Outra _____

Orientação sexual:

Heterossexual

Homossexual

Outro _____

Nível de Escolaridade:

1º Ciclo incompleto

Ensino secundário

1º Ciclo

Ensino superior

2º Ciclo

3º Ciclo

Outro _____

Ocupação: _____

Morada fixa: Sim Não

Localidade de residência: _____

História de consumo de drogas: _____

Acompanhamento em consulta de Psicologia:

Actual Sim Não

Anterior Sim Não

Modo de Transmissão do VIH/SIDA:

Via sexual Via sanguínea Não sabe

Perfil clínico:

VIH1 VIH2

Tempo de infecção pelo VIH/SIDA _____ (data do 1ºexame)

Classificação do estágio de doença: A1 A2 A3

B1 B2 B3

C1 C2 C3

Início TARV _____ (data)

Número de tomas diárias: _____

Número de comprimidos diários: _____

Contagem de Linfócitos TCD4/mm³: _____ (valor da análise)

≤200 350 - 500

>200 – 350 >500

Carga Vírica: _____ (valor da análise)

< 50 501 - 3000

51 – 500 3001 - 10000

10001 – 30000 >30000

Esquema Terapêutico:

INTR INNTR IP IF

Medicação anti-bacilar (Tuberculose Pulmonar)

Medicação para Infecções Oportunistas

Medicação psiquiátrica

Efeitos Secundários do Tratamento:

Fadiga/Cansaço

Vômitos e náuseas

Diarreias

Dor

Problemas Dermatológicos

Transformações Físicas

Efeitos secundários acumulados

Outros _____

Desde que iniciou o tratamento antiretroviral, alguma vez este teve de ser modificado?

Sim

Não

Se sim, qual o motivo? _____

ANEXO 2

**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DE
JOAQUIM URBANO**

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

CONSENTIMENTO INFORMADO



Observatório para a Investigação e
Intervenção em Psicologia e Saúde

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL INTERNACIONAL

Prof. Graffar (Bruxelas)

PROFISSÃO

1. Directores de banco, directores técnicos de empresas, licenciados, profissionais com títulos universitários, militares de alta patente.
2. Chefes de secção administrativa ou de negócios empresariais, subdirectores, peritos, técnicos e comerciantes.
3. Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes, mestres de obras.
4. Operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros.
5. Trabalhadores manuais não especializados, ajudantes de cozinha, mulheres da limpeza.

NÍVEL DE INSTRUÇÃO

1. Ensino universitário ou equivalente (+ 12 anos de estudo)
2. Ensino médio ou técnico superior (10-12 anos de estudo)
3. Ensino médio ou técnico inferior (8-9 anos de estudo)
4. Ensino primário completo (6 anos de estudo)
5. Ensino primário incompleto ou nulo. Analfabeto.

FONTES DE RENDIMENTO FAMILIAR (fonte principal)

1. Fortuna herdada ou adquirida
2. Lucros de empresa, altos honorários, cargos bem remunerados
3. Vencimento mensal fixo
4. Salários (por semana, jorna, horas ou tarefa)
5. Sustento por beneficência pública ou privada (não se incluem as pensões de desemprego ou incapacidade).

CONFORTO DO ALOJAMENTO

1. Casa ou andar de luxo, muito grande, máximo de conforto.
2. Categoria intermédia entre 1 e 3. Casa ou andar espaçoso e confortável.
3. Casa ou andar modesto, em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho interior.
4. Categoria entre 3 e 5.
5. Alojamento impróprio, barraca, quarto, andar ou casa sem conforto, promiscuidade.

ASPECTO DO BAIRRO HABITADO

1. Bairro residencial elegante, caro
2. Bairro residencial bom, confortável
3. Ruas comerciais, ruas estreitas e antigas
4. Bairro operário, populoso, mal arejado
5. Bairro de lata

CLASSES

- I – de 5 a 9 pontos
- II – de 10 a 13 pontos
- III – de 14 a 17 pontos
- IV – de 18 a 21 pontos
- V – de 22 a 25 pontos



Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Anti-retroviral em Pessoas com Infecção pelo VIH/SIDA (CEAT-VIH, Versão em Português para Portugal) © Eduardo Remor

Data de avaliação:

--	--	--	--	--	--	--

Nome completo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de nascimento:

							Idade:					
--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--

Nível de escolaridade:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Centro:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Instruções: Gostaríamos de conhecer alguns aspectos sobre a sua situação actual e sobre o seu tratamento. A informação que nos fornecer é estritamente confidencial. Por favor, responda a todas as perguntas de forma pessoal. Assinale a opção que melhor se adequa ao seu caso e lembre-se que não há respostas “certas” ou “erradas”.

Durante a última semana

Sim, sempre	Sim, mais de metade das vezes	Sim, aproximadamente metade das vezes	Sim, alguma vez	Não, nunca
----------------	--	---	-----------------------	---------------

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Em alguma ocasião deixou de tomar a sua medicação? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Em alguma ocasião, por se ter sentido melhor, deixou de tomar a sua medicação? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Em alguma ocasião, por se ter sentido pior depois de tomar a medicação, deixou de a tomar? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Em alguma ocasião, por se ter sentido triste ou deprimido, deixou de tomar a sua medicação? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

5. Lembra-se do nome dos medicamentos que está a tomar neste momento?
 _____ (escrever os nomes)

6. Como classificaria a relação que tem com o (a) seu (sua) médico (a)?

Má	Ligeiramente má	Nem boa nem má	Pode melhorar	Boa
----	-----------------	----------------	---------------	-----

Nada/Nenhum (a)	Pouco (a)	Algum (a)	Bastante	Muito (a)
--------------------	-----------	--------------	----------	--------------

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Qual o grau de esforço que faz para cumprir o seu tratamento? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Como avalia a informação que tem sobre os anti-retrovíricos? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Como avalia os benefícios que os anti-retrovíricos lhe podem trazer? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Considera que a sua saúde melhorou desde que começou a tomar os anti-retrovíricos? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Até que ponto se sente capaz de continuar com o tratamento? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

- | | Não,
nunca | Sim,
alguma
vez | Sim,
aproximadamente
metade das vezes | Sim,
bastan
tes
vezes | Sim,
sempre |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|
| 12. Normalmente, toma a medicação à hora certa? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. Quando os resultados das análises são bons, o seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo para seguir com o tratamento? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

14. Em geral, como se sente desde que começou a tomar os anti-retrovíricos?

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

15. Como avalia a intensidade dos efeitos secundários relacionados com a toma dos anti-retrovíricos?

Muito intensos	Intensos	Moderadamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos
----------------	----------	------------------------	----------------	---------------

16. Quanto tempo acha que gasta relacionado com a toma dos medicamentos?

Muito tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nenhum tempo
-------------	----------------	-------------	-------------	--------------

17. Que avaliação faz de si mesmo relativamente à toma dos anti-retrovíricos?

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Moderadamente cumpridor	Bastante cumpridor	Muito cumpridor
----------------	-----------------	-------------------------	--------------------	-----------------

18. Qual o grau de dificuldade que sente ao tomar os medicamentos?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
-------------------	----------------------	--------------------	-------------------	---------------------

19. Desde que iniciou o tratamento, em alguma ocasião deixou de tomar a sua medicação um dia completo ou mais de um dia? [Se respondeu SIM, quantos dias aproximadamente?]

SIM NÃO

☐ ☐

20. Utiliza alguma estratégia para se lembrar de tomar a medicação?

Qual?

☐ ☐

Pontuação directa =	Centil =	Classificação =
---------------------	----------	-----------------

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	☐	☐	☐	☐	☐
2. Desmaios ou tonturas	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	☐	☐	☐	☐	☐
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dores sobre o coração ou no peito	☐	☐	☐	☐	☐
8. Medo na rua ou praças públicas	☐	☐	☐	☐	☐
9. Pensamentos de acabar com a vida	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
11. Perder o apetite	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ter impulsos que não se podem controlar	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
16. Sentir-se sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sentir-se triste	☐	☐	☐	☐	☐
18. Não ter interesse por nada	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sentir-se atemorizado	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	☐	☐	☐	☐	☐
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	☐	☐	☐	☐	☐
22. Sentir-se inferior aos outros	☐	☐	☐	☐	☐
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	☐	☐	☐	☐	☐
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	☐	☐	☐	☐	☐
25. Dificuldade em adormecer	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	☐	☐	☐	☐	☐

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	☐	☐	☐	☐	☐
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	☐	☐	☐	☐	☐
29. Sensação de que lhe falta o ar	☐	☐	☐	☐	☐
30. Calafrios ou afrontamentos	☐	☐	☐	☐	☐
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	☐	☐	☐	☐	☐
32. Sensação de vazio na cabeça	☐	☐	☐	☐	☐
33. Sensação de anestesia (encorticação ou formigueiro) no corpo	☐	☐	☐	☐	☐
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	☐	☐	☐	☐	☐
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	☐	☐	☐	☐	☐
36. Ter dificuldade em se concentrar	☐	☐	☐	☐	☐
37. Falta de forças em partes do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	☐	☐	☐	☐	☐
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	☐	☐	☐	☐	☐
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	☐	☐	☐	☐	☐
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	☐	☐	☐	☐	☐
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	☐	☐	☐	☐	☐
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	☐	☐	☐	☐	☐
45. Ter ataques de terror ou pânico	☐	☐	☐	☐	☐
46. Entrar facilmente em discussão	☐	☐	☐	☐	☐
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	☐	☐	☐	☐	☐
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	☐	☐	☐	☐	☐
50. Sentir que não tem valor	☐	☐	☐	☐	☐
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	☐	☐	☐	☐	☐
52. Ter sentimentos de culpa	☐	☐	☐	☐	☐
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	☐	☐	☐	☐	☐

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ ☐ + ☐ + ☐			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐			

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 2

**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DE
JOAQUIM URBANO**

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

CONSENTIMENTO INFORMADO



HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

Ministério da Saúde Administração Regional de Saúde do Norte

Exm^a Senhora
Dr^a Ana Reis

Hospital de Joaquim Urbano
Rua Câmara Pestana, 348
4369-004 Porto

Sua referência	Data	Nossa referência	Data	Processo
		98/CES	04.04.2006	

ASSUNTO: "Adesão Terapêutica na Infecção pelo VIH/SIDA" com a população do HJU

Na sequência da reunião da Comissão de Ética do Hospital de Joaquim Urbano de 04 de Abril de 2006 foi analisado o pedido de autorização para a realização da investigação intitulada "Adesão Terapêutica na Infecção pelo VIH/SIDA" com a população do HJU e o Projecto de Tese, da Dr^a Ana Reis, aprovado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da UP, tendo sido aprovado, após resposta favorável da requerente às questões colocadas por esta Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

Porto e Hospital Joaquim Urbano, 04 de Abril de 2006

A Comissão de Ética

Dr.^a Elizabete Maria das Neves Borges

sida: prevenir a infecção, despertar consciências e mobilizar recursos



HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

Ministério da Saúde Administração Regional de Saúde do Norte

Exm^a Senhora
Dr^a Ana Reis

Hospital de Joaquim Urbano
Rua Câmara Pestana, 348
4369-004 Porto

Sua referência

Data

Nossa referência

170/CA

Data

21/04/2006

ASSUNTO: "Adesão Terapêutica na Infecção pelo VIH/SIDA" com a população do HJU

Na sequência da reunião do Conselho de Administração do Hospital de Joaquim Urbano de 18 de Abril de 2006 e após parecer favorável da Comissão de Ética foi analisado o pedido de autorização para a realização da investigação intitulada "Adesão Terapêutica na Infecção pelo VIH/SIDA" com a população do HJU e o Projecto de Tese, da Dr^a Ana Reis, aprovado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da UP, tendo sido aprovado.

Com os melhores cumprimentos,

P^{lo} Conselho de Administração

(Dr. Rui Sarmento e Castro)

CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito da realização da tese de mestrado com especialização em Psicologia da Saúde, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, estamos a realizar uma investigação sobre a “Adesão Terapêutica em utentes portadores de VIH/SIDA”. Neste sentido, vimos pedir a sua colaboração para participar no estudo. O seu contributo é importante e permitirá obter um maior conhecimento sobre os factores de adesão às terapêuticas anti-retrovíricas.

Todas as informações obtidas são confidenciais e a sua participação é voluntária.

A sua identificação não será utilizada em nenhum momento da investigação.

A sua participação consiste no preenchimento de alguns questionários.

No caso de decidir participar, o nosso obrigada pela colaboração.

Consentimento

Eu li os procedimentos descritos que me foram explicados pela Psicóloga do Hospital de Joaquim Urbano e responsável pelo estudo – Ana Catarina Reis, e voluntariamente aceito participar.

___ / ___ / ___

Entrevistado: _____

Entrevistador: _____