

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA



O PAPEL DA AUTO-EFICÁCIA NA ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTI-RETROVÍRICA

MICAEL BARBOSA PINTO

Dissertação de Mestrado em SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida, na área de especialização em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e realizada sob a orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro e da Professora Doutora Maria Cristina Canavarro.

Coimbra, Julho de 2010

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro agradecimento é dirigido ao meu orientador, Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, que aceitou orientar este estudo tendo sido capaz de, neste processo, conciliar as suas rigorosas apreciações com toda a liberdade e disponibilidade às minhas opções.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, por ter sido sempre tão atenta quando a ela recorri. Agradeço também a sua demonstração de confiança inestimável.

A todos os professores do Mestrado de SIDA da Universidade de Coimbra pela ajuda prestada nas diferentes fases deste estudo, em particular, ao Professor Doutor Mário Simões, ao Professor Doutor Rui Paixão, à Dra. Mariana Moura Ramos e ao Dr. Marco Pereira. Agradeço aos alunos do Mestrado, entre os objectivos que nos eram comuns, pela partilha de bons momentos. À Dra. Marisa Cruz e à Dra. Teresa Urbano pelo incansável apoio em muitos aspectos organizadores do Mestrado.

Os meus profundos agradecimentos ao Dr. Rui Marques, ao Dr. António Sarmento e a todos os profissionais do Ambulatório de VIH do Hospital de São João, sem excepção, por me terem dado a possibilidade de viver uma experiência por excelência enriquecedora.

Ao Professor Doutor Francisco Topa e ao seu grupo de alunos da Faculdade de Letras da Universidade do Porto pela colaboração nos trabalhos de tradução e retroversão da escala.

Ao Dr. Luís Mendão e ao Grupo de Activistas para o Tratamento do VIH de Portugal pelo sentido prestado no desenvolvimento do estudo.

À Mónica Rodrigues pelo apoio e pela partilha, dia após dia, de algumas incertezas e inquietações.

Ao Joel Soares, Ana Isabel, António Gama, Paulo Lopes, José Santos, Ricardo Gomes, Rita Magalhães, Vânia Magalhães, Hélder Barbosa, Vânia Ricardo, Cláudio Castro, Irene Peres e à Sandra Conceição pela manifesta e importante demonstração de amizade.

A toda a minha família, em particular, à minha querida avó Aurora Emília da Silva pelo amor que sempre me deu.

Quero ainda manifestar os meus sinceros agradecimentos a todos os que aceitaram participar determinantemente neste estudo e que aqui não são mencionados.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	1
1.1 <i>Introdução.....</i>	1
1.2 <i>Infecção por VIH/SIDA.....</i>	1
1.2.1 <i>História Natural da Infecção por VIH.....</i>	1
1.2.2 <i>Tratamento Anti-Retrovírico.....</i>	2
1.2.3 <i>Adesão e Resistência à Medicação Anti-retrovírica.....</i>	3
1.2.4 <i>Situação Epidemiológica.....</i>	5
1.3 <i>Factores Associados à Adesão ao Tratamento.....</i>	7
1.3.1 <i>Demográficos.....</i>	7
1.3.2 <i>Vivência da Doença e do Tratamento.....</i>	8
1.3.3 <i>Toxicidade da Medicação.....</i>	10
1.3.4 <i>Estigmatização, Suporte e Isolamento Social.....</i>	11
1.3.5 <i>Saúde Mental e Adaptação à Doença.....</i>	12
1.3.6 <i>Consumo de Álcool e de Drogas.....</i>	16
1.3.7 <i>Prestação dos Cuidados de Saúde.....</i>	17
1.3.8 <i>Atitudes, Crenças e Conhecimentos.....</i>	18
1.4 <i>Teoria de Auto-Eficácia de Bandura.....</i>	21
1.4.1 <i>Conceito de Auto-eficácia.....</i>	21
1.4.2 <i>Motivação e Auto-eficácia.....</i>	21
1.4.3 <i>Processos Mediadores de Auto-eficácia.....</i>	23
1.4.4 <i>Fontes de Auto-eficácia.....</i>	24
1.4.5 <i>Dimensões de Auto-eficácia.....</i>	26
1.4.6 <i>Medidas de Auto-Eficácia.....</i>	26
CAPÍTULO 2 – MÉTODO.....	33
2.1 <i>Introdução.....</i>	33
2.2 <i>Objectivos.....</i>	33
2.3 <i>Hipóteses da Investigação.....</i>	34
2.4 <i>Descrição das Variáveis e Modelos Teóricos Adoptados.....</i>	35
2.5 <i>Desenho da Investigação.....</i>	36
2.6 <i>Participantes e Procedimento.....</i>	36
2.6.1 <i>Características Demográficas da Amostra.....</i>	37
2.6.2 <i>Características Epidemiológicas da Amostra.....</i>	38
2.6.3 <i>Características Clínicas da Amostra.....</i>	39
2.7 <i>Instrumentos e Estudos Psicométricos Prévios.....</i>	40
2.7.1 <i>Percepção de Stress.....</i>	40
2.7.2 <i>Avaliação do Coping.....</i>	40
2.7.3 <i>Percepção de Auto-eficácia.....</i>	41

2.7.4	<i>Suporte Social</i>	41
2.7.5	<i>Sintomas Psicopatológicos</i>	42
2.7.6	<i>Avaliação da Adesão</i>	42
2.7.7	<i>Fichas de Dados Demográficos, Clínicos e Laboratoriais</i>	43
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS		45
3.1	<i>Introdução</i>	45
3.2	<i>Escala de Auto-Eficácia</i>	45
3.2.1	<i>Análise Factorial e Correlação Entre os Itens da Escala</i>	45
3.2.1	<i>Itens da Escala, Média e Peso Componential dos Itens</i>	47
3.2.2	<i>Validade Concorrente e Discriminante</i>	48
3.3	<i>Percepção de Stress (PSS)</i>	49
3.3.1	<i>Análise Geral</i>	49
3.4	<i>Coping (Brief COPE)</i>	49
3.4.1	<i>Análise Geral</i>	49
3.5	<i>Satisfação com o Suporte Social (ESSS)</i>	51
3.5.1	<i>Análise Geral</i>	51
3.6	<i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)</i>	52
3.6.1	<i>Análise Geral</i>	52
3.7	<i>Inventário Depressivo de Beck (BDI)</i>	54
3.7.1	<i>Análise Geral</i>	54
3.8	<i>Avaliação da Adesão</i>	55
3.8.1	<i>Análise Geral</i>	55
3.8.2	<i>Adesão à Medicação Anti-retrovírica</i>	56
3.8.3	<i>Efeitos Colaterais da Medicação</i>	58
3.8.4	<i>Consumo de Álcool e de Drogas</i>	58
3.8.5	<i>Comparação da Adesão Entre as Variáveis e os Grupos da Amostra</i>	60
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO		65
4.1	<i>Introdução</i>	65
4.2	<i>Método</i>	65
4.2.1	<i>Estudo Qualitativo Exploratório</i>	65
4.2.2	<i>Escolha dos Instrumentos de Medida</i>	66
4.2.3	<i>Dados Qualitativos e Quantitativos dos Itens</i>	67
4.2.4	<i>Resultados Relativos à Validade e à Precisão da Escala</i>	67
4.3	<i>Discussão dos Resultados</i>	70
4.3.1	<i>Da Amostra</i>	70
4.3.2	<i>Da Escala de Auto-Eficácia</i>	71
4.3.3	<i>Do Consumo de Álcool e Drogas</i>	72
4.3.4	<i>Das Crenças, do Conhecimento e da Adesão ao Tratamento</i>	72
4.3.5	<i>Dos Doentes Naïves</i>	72

4.3.6	<i>Das Dimensões e da sua Interpretação.....</i>	73
4.4	<i>Conclusão</i>	73
4.4.1	<i>Implicações para os Profissionais de Saúde.....</i>	75
4.4.2	<i>Normas, Critérios e Parâmetros.....</i>	76
4.4.3	<i>Aplicabilidade da Escala de Auto-eficácia.....</i>	76
4.4.4	<i>Vantagens e Potencialidades</i>	77
4.4.5	<i>Limitações.....</i>	77
4.4.6	<i>Desenvolvimentos e Estudos Futuros.....</i>	78

BIBLIOGRAFIA.....I

ANEXOS XVII

1.	<i>Protocolo de Avaliação</i>	XIX
2.	<i>Distribuição da Amostra em Função dos Instrumentos de Avaliação.....</i>	XXXVII
3.	<i>Quadros de Análises Bivariadas.....</i>	XXXVIII

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Revisão de estudos sobre o conceito de auto-eficácia	27
Figura 2. Esquema conceptual das principais variáveis do estudo	35
Figura 3. Correlação entre Auto-eficácia e Sintomas Psicopatológicos.....	62
Figura 4. Correlação entre Auto-eficácia e Depressão.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Observação directa dos itens das escalas	30
Quadro 2. Características demográficas da amostra	37
Quadro 3. Características epidemiológicas da amostra.....	38
Quadro 4. Características clínicas da amostra.....	39
Quadro 5. Análise dos componentes principais.	45
Quadro 6. Correlação entre os itens da escala.....	46
Quadro 7. Itens da escala, média e peso componencial dos itens	47
Quadro 8. Validade concorrente e discriminante da Escala de AE	48
Quadro 9. Análise geral do PSS.....	49
Quadro 10. Análise geral do Brief-COPE.....	50
Quadro 11. Análise geral da ESSS.....	51
Quadro 12. Análise geral do BSI	52
Quadro 13. Análise geral do BDI.....	54
Quadro 14. Frequência da Toma da Medicação ART	55
Quadro 15. Avaliação da adesão através de auto-relato AACTG	57
Quadro 16. Efeitos colaterais da medicação	58
Quadro 17. Consumo de álcool e de drogas.....	59
Quadro 18. Descrição da adesão na auto-eficácia para amostras emparelhadas	60
Quadro 19. Resultados da Escala de Auto-eficácia e da Adesão através da Carga Vírica	61
Quadro 20. Correlação entre as crenças de auto-eficácia e a adesão AACTG.....	61
Quadro 21. Correlação entre auto-eficácia, stress, coping e suporte social	61
Quadro 22. Correlação entre auto-eficácia e sintomas psicopatológicos	62
Quadro 23. Avaliação da Adesão através da Carga Vírica	63
Quadro 24. Teste de Mann-Whitney, Wilcoxon e Z para a Auto-eficácia.....	XXXVII
Quadro 25. Teste de Normalidade para Hipótese 1.....	XXXVII
Quadro 26. Teste de Mann-Whitney, Wilcoxon e Z para PSS, AE, ESS, BDI, BSI e COPE.....	XXXVII
Quadro 27. Teste de normalidade para as Hipóteses 2 e 3.....	XXXVII
Quadro 28. Distribuição da adesão pelos dados demográficos no Momento Inicial.....	XXXVIII
Quadro 29. Distribuição pelos dados demográficos no Momento Follow-Up.....	XXXIX
Quadro 30. Distribuição da adesão pelos dados clínicos no Momento Inicial	XL
Quadro 31. Distribuição da adesão pelos dados clínicos no Momento Follow-Up.....	XLI
Quadro 32. Distribuição da adesão pelos instrumentos de avaliação no Momento Inicial	XLII
Quadro 33. Distribuição da adesão pelos instrumentos de avaliação no Momento Follow-up.....	XLIII
Quadro 34. Distribuição da adesão pelos domínios dos instrumentos no Momento Inicial.....	XLIV
Quadro 35. Distribuição da adesão pelos domínios dos instrumentos no Momento Follow-Up	XLVI

ABREVIATURAS

AACTG	Adults Aids Clinical Trials Group
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
AE	Auto-Eficácia
ARN	Ácido Ribonucleico
ART	Anti-Retrovírica
AZT	Zidovudina
BDI	Beck Depression Inventory
BSI	Brief Symptom Inventory
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CID-10	International Classification of Diseases - Tenth Edition
CNLS	Coordenação Nacional de Luta contra a SIDA
CV	Carga Vírica
CVEDT	Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition - Text Revised
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
HAART	Highly Active Anti-retroviral Therapy
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IC	Intervalo de Confiança
IP	Inibidor da Protease, classe de medicamento anti-retrovírico
M	Média
Md	Mediana
Mo	Moda
N	Tamanho da amostra
n	Tamanho do grupo
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
p	Nível de significância
PSS	Perceived Stress Scale
r	Coefficiente de correlação de Pearson
rs	Coefficiente de correlação de Spearman
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida
SNC	Sistema Nervoso Central
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization

O Papel da Auto-Eficácia na Adesão à Terapêutica Anti-Retrovívica

Micael B. Pinto

Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Mestrado em Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida – da Prevenção à Terapêutica
2010

RESUMO

A auto-eficácia tem sido identificada como uma importante variável no controlo de doenças crónicas, no entanto, poucos estudos têm analisado o papel deste conceito como mediador no tratamento do VIH/SIDA. A auto-eficácia refere-se às expectativas pessoais quanto à capacidade para realizar um comportamento específico. Este estudo teve como principal objectivo traduzir e validar uma Escala de Auto-eficácia (Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro, & Silveira, 2002) para compreender o seu impacto na adesão à terapêutica entre variáveis como o *stress*, o *coping*, o suporte social e a presença de sintomas psicopatológicos. A recolha de dados foi realizada numa clínica de ambulatório e implicou a participação de 105 adultos infectados por VIH com indicação para tratamento anti-retrovívico. Verificou-se que a escala demonstrou boas propriedades psicométricas (*alfa* de Cronbach de 0,96) e adequada fiabilidade. Esperava-se que um elevado sentimento de auto-eficácia estaria relacionado com uma maior saúde e adesão. Deste estudo resulta a utilidade que este instrumento possa ter sendo contudo necessário prosseguir com estudos normativos.

Palavras-chave: VIH/SIDA, Auto-Eficácia, Mediadores, Adesão, Tratamento.

ABSTRACT

The concept of Self-efficacy has been identified as an important variable in the control of chronic diseases. However few studies have examined its role as mediator in the treatment of HIV/AIDS. The self-efficacy refers to the perception that each individual has about his abilities to perform a specific behaviour. The aim of this study was to translate and validate a Self-efficacy Scale (Leite, et al., 2002) to understand its impact on the adherence to therapy among several variables such as stress, coping, social support and psychopathological symptoms. The study was performed in outpatient clinic for HIV, with the participation of 105 persons with indication for anti-retroviral treatment. It was verified that the scale had good psychometric properties, similar to the original version (Cronbach's alpha of 0,96) and adequate reliability. It was expected that high self-efficacy was related to better health and adherence. The work developed is expected to be very useful in the future, being, however, necessary to perform a normative validity of the scale studies.

Keywords: HIV/AIDS, Self-efficacy, Mediators, Adherence, Treatment.

RESUME

Le concept de l'Auto-efficacité a été identifié comme une variable importante dans le contrôle des maladies chroniques mais peu d'études ont examiné son rôle médiateur dans le traitement du VIH/SIDA. L'Auto-efficacité se réfère à la perception personnelles quant à la capacité d'un comportement. Les buts de cette étude sont de traduire et de valider une Echelle D'Auto-efficacité (Leite, et al., 2002) pour comprendre son impact dans la prise du médicament entre des variables comme stress, adaptation, soutien social et symptômes psychopathologiques. L'étude a été réalisée dans une clinique ambulatoire pour le VIH, avec la participation de 105 personnes avec indication de antirétroviral. L'échelle a des propriétés psychométriques similaires à la version originale (alpha de Cronbach de 0,96) et fiabilité. Il était prévu que une élevée auto-efficacité était liée à une plus de santé et adhésion. Il ressort de cette étude, l'utilité clinique de cet instrument et de poursuivre avec des études normatives.

Mots-clés: VIH/SIDA, Auto-efficacité, Médiateurs, Adhérence, Traitement.

APRESENTAÇÃO

Verificam-se importantes progressos nas terapêuticas cada vez mais activas na luta contra a SIDA, contudo, os níveis de adesão ao tratamento que são exigidos, nem sempre são alcançados. Ainda que a questão da adesão ao tratamento seja uma preocupação comum em todas as áreas da medicina, no contexto do VIH/SIDA, este problema torna-se crucial do ponto de vista da sobrevivência e da qualidade de vida dos seus portadores. Ao longo da literatura, a adesão à medicação anti-retrovírica tem sido descrita como um processo que inclui uma adaptação à doença, a uma rotina fixa, à compreensão da importância de uma adesão rigorosa, ao conhecimento e à confiança no tratamento como condição prévia para a sua eficácia (Chesney, Morin, & Sherr, 2000; Curioso, Kepka, Cabello, Segura, & Kurth, 2010). Parece assim ser consensual e até pertinente que entre os diferentes aspectos do conhecimento, talvez nenhum seja mais influente na vida quotidiana das pessoas do que as suas próprias concepções de eficácia (Bandura, 1986).

Sem cair num solipsismo é com base neste desígnio que se destaca aqui explicitamente a Teoria de Auto-eficácia, uma vez que se acredita, ainda na ausência de uma cura, que um melhor entendimento deste conceito possa ajudar as pessoas com VIH/SIDA a desenvolver aquilo que Bandura (1977) designou como uma crença pessoal na capacidade para realizar determinada acção. Assim, a uma nova luz, esta investigação inscreve-se numa corrente psicológica que explora as potencialidades das crenças de auto-eficácia na adesão à terapêutica, na procura de novas formas de abordar o corpo.

O principal objectivo intuiu em desenvolver um estudo de tradução e de validação de uma escala de auto-eficácia, de modo a compreender o seu papel mediador na adesão ao tratamento anti-retrovírico. Mais concretamente, foi analisado se elevados sentimentos de eficácia pessoal estariam relacionados com melhor saúde e melhor adesão. Por não existir nenhum instrumento em Portugal, este estudo apresenta com mais detalhe os procedimentos e os resultados tidos na tradução e na validação de uma Escala de Expectativas de Auto-Eficácia (Leite, et al., 2002). O objectivo último [desenvolvido] é o de estabelecer um debate em que a ciência psicológica, a saúde e as formas de progresso da medicina não excluam a liberdade das pessoas como pensadores, criadores e decisores das suas acções.

Esta dissertação encontra-se estruturada em quatro principais capítulos, divididos entre uma componente teórica e uma prática, interdependentes, com um último capítulo dedicado à discussão e conclusão dos resultados.

No Primeiro Capítulo apresenta-se um resumo da história natural e da evolução do VIH/SIDA, fornecendo uma visão geral da situação epidemiológica actual. Contextualiza-se os principais factores relacionados com a adesão ao tratamento através do que é conhecido sobre o assunto e procura-se tecer uma leitura esclarecedora da teoria de fundo.

No Segundo Capítulo procede-se a uma descrição da metodologia utilizada e expõe-se uma breve introdução do estudo, das dimensões da Escala e da sua população-alvo. Dadas as circunstâncias linguísticas e culturais entre o Brasil e Portugal salienta-se o processo de aferição para o português de Portugal. A versão original de José Carlos de Carvalho Leite e seus colaboradores (2002) foi desenvolvida no Brasil, em Rio Grande do Sul. Este estudo utilizou um desenho descritivo, transversal e longitudinal, com um protocolo de avaliação repetido em dois momentos diferentes, ao longo de 12 semanas.

No Terceiro Capítulo apresenta-se os principais resultados do estudo e fornece-se uma leitura descritiva de cada instrumento. Estes dados foram analisados e usados como critério concorrente e discriminador da Escala. Na ausência de uma medida padrão, a avaliação da adesão foi estimada pela última contagem da carga vírica plasmática (RNA do VIH-1 < 50 cópias/ml) e pela utilização de um questionário de auto-relato de adesão (AACTG; Chesney, et al., 2000a) referente às últimas falhas na toma da medicação.

No Quarto Capítulo salienta-se os principais resultados e as principais conclusões, sem deixar de apontar algumas limitações, deixando em aberto algumas sugestões para futuras investigações.

Podem ainda ser explorados a partir dos anexos, as tabelas de análise bivariada e o protocolo de investigação utilizado neste estudo.

Capítulo 1 – Fundamentação Teórica

1.1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo expõe-se de uma forma breve a história natural do VIH, aspectos referentes ao tratamento, às medidas de adesão e à sua evolução epidemiológica, com especial atenção para os casos notificados em Portugal. Esta investigação retoma, descreve e actualiza a extensão de estudos tidos na literatura sobre factores de adesão ao tratamento do VIH/SIDA. São ainda discutidos aspectos que a doença e a sua vivência impõem.

1.2 INFECÇÃO POR VIH/SIDA

1.2.1 HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO POR VIH

À data da identificação do primeiro caso de VIH, ocorrido em 1981 e descrito na literatura como principal causa de SIDA (Barre-Sinoussi, et al., 1983; Gallo, et al., 1984), o único tratamento disponível na altura baseava-se na prevenção de infecções oportunistas.

Em 1985, a detecção de anticorpos para o VIH-1 e, em 1986, o isolamento do VIH-2 por Luc Montagnier, representaram um passo decisivo para a compreensão actual da doença e para o início de investigações relacionadas com a terapêutica anti-retrovírica. Para além disso, o isolamento destes agentes permitiu classificar o VIH como um Retrovírus pertencente ao grupo *Cytopathia Lentiviruses*.

Estes dois retrovírus entram no sistema sanguíneo e transformam a composição do código genético de RNA em ADN através de uma enzima denominada por Transcriptase Inversa. Para completar o seu ciclo de reprodução, o VIH utiliza ainda outras duas enzimas, a Protease e a Integrase, que permitem multiplicar o vírus que tem como alvo a contínua destruição do sistema imunológico. Após esta seroconversão da qual se observa a chamada síndrome vírica aguda, o curso da doença varia em função do

tratamento e da rapidez da resposta clínica. Sem tratamento, a maioria das pessoas avançam de um estado de VIH para SIDA, com uma duração que pode atingir mais de uma década após o início da infecção (Lui, Darrow, & Rutherford, 1988; Moss & Bacchetti, 1989). No final desta fase, que se caracteriza pela ausência de sinais da infecção, o VIH torna-se sintomática, quer pelo aparecimento de infecções, quer pelo aparecimento de tumores oportunistas definidores de SIDA. Os doentes que continuam sem tratamento acabam por morrer, em média, passados 4 anos (Bartlett, 2002). O VIH-2 evolui de uma forma semelhante mas assume algumas características distintas por ter uma evolução mais lenta, menos patogénica e por requerer protocolos terapêuticos diferentes dos usados no tratamento do VIH-1.

Se o diagnóstico entre o HIV-1 e o HIV-2 é relativamente simples, nos casos de co-infectados VIH-1/VIH-2, muitas vezes, só o HIV-1 ou o HIV-2 são isolados, mais frequentemente o HIV-1 (Bruce, Kresina, & McCance-Katz, 2010).

1.2.2 TRATAMENTO ANTI-RETROVÍRICO

A terapêutica anti-retrovírica combate o vírus em diferentes fases do seu ciclo de vida, reduz a carga do VIH no plasma sanguíneo (Paterson, et al., 1999) e aumenta a esperança de vida de pessoas infectadas por VIH (Chiasson, 2000; Mocroft, et al., 1999), tendo como principal objectivo manter os seus portadores assintomáticos.

O primeiro grande marco no tratamento anti-retrovírico surge em 1987, quando a Zidovudina se torna a primeira terapêutica colocada à disposição das pessoas infectadas por VIH na luta contra a SIDA. Apesar do AZT permitir aumentar os linfócitos T CD4 (Fischl, et al., 1987), os seus resultados a longo prazo demonstraram-se demasiado fortuitos, pois era associado a efeitos colaterais como a anemia (Richman, et al., 1987) e frequentemente a resistência medicamentosa (Larder & Kemp, 1989).

Foi dentro deste contexto de escassez de opções terapêuticas que, em meados da década de 90, dois importantes avanços clínicos ocorreram quase em simultâneo. O primeiro marco consistiu no desenvolvimento de um teste que permitiu quantificar os níveis da carga do vírus no plasma sanguíneo e o segundo na descoberta dos Inibidores da Protease. Este novo tipo de medicamento, utilizado em combinação com outros dois tipos de anti-retrovíricos já existentes, ou com os que viriam a aparecer posteriormente, deram origem à chamada Terapêutica Anti-Retrovírica de Alta Potência, conhecida na Língua Inglesa como HAART. Como resultado, esta combinação terapêutica tornou-se

um padrão de cuidados clínicos, colocada à disposição de todas pessoas infectadas por VIH/SIDA. Actualmente, grande parte da investigação desenvolvida nesta área visa simplificar o tratamento, reduzir os seus efeitos colaterais e perceber a susceptibilidade da adesão a diferentes tipos de resistências.

1.2.3 ADESÃO E RESISTÊNCIA À MEDICAÇÃO ANTI-RETROVÍRICA

Dada a impossibilidade de erradicar totalmente o vírus do sangue, o VIH/SIDA é considerado uma doença incurável que pode ser controlável, exigindo, contudo, um considerável esforço na sua monitorização. A adesão ao tratamento tem sido uma preocupação comum em todas as áreas da medicina, no entanto, esta questão assume uma maior importância no contexto do VIH/SIDA, pelas graves consequências associadas a pequenos desvios do esquema terapêutico prescrito (Adewuya, et al., 2010; Gardner, et al., 2010; Paredes, et al., 2010). Sabe-se que, uma adesão rigorosa leva a uma rara mutação espontânea (Mannheimer, Friedland, Matts, Child, & Chesney, 2002; Perno, et al., 2002; Zolopa, et al., 1999).

Algumas particularidades estão ainda pouco esclarecidas, nomeadamente no que diz respeito aos valores relativos dos níveis de adesão que são necessários, à influência e à susceptibilidade à resistência da terapêutica disponível para a eficácia do tratamento. Vários estudos apontam que a permanência num plano de tratamento necessita de níveis elevados (superiores a 95%) de adesão (Bangsberg, Bronstone, Chesney, & Hecht, 2002; Bangsberg, et al., 2000; Flandre, et al., 2002; Friedland & Williams, 1999; Gao & Nau, 2000; Montaner, et al., 1998; Nieuwkerk, et al., 2001; Paterson, et al., 2000).

Contudo, surgem mais facilmente resistências aos medicamentos relacionados com Inibidores da Protease, uma vez que o VIH adquire apenas uma mutação genética, mesmo quando são observados altos níveis de adesão (Walsh, Hertogs, & Gazzard, 2000).

Estas conclusões levam à necessidade de se considerar os níveis plasmáticos da medicação na dinâmica da resistência, pois se para níveis superiores a 80 por cento de adesão se observa uma boa resposta virológica inicial (Flandre, et al., 2002; Liu, et al., 2006), para níveis inferiores a 95%, verificados num momento posterior, observa-se uma falência virológica (Flandre, et al., 2002; Gardner, et al., 2010).

Para complicar mais esta questão, uma baixa adesão poderá nem sequer conduzir a uma selecção de mutações resistentes (Bangsberg, et al., 2000; Sethi, Celentano,

Gange, Moore, & Gallant, 2003). Estudos anteriores apontam que o risco de resistência diminui quando a adesão é inferior a 69%, presumivelmente devido a níveis demasiado baixos da medicação para provocar um vírus resistente (Sethi, et al., 2003). Estudos recentes têm vindo a salientar que existe um ponto intermédio entre 80 e 90%, no qual se desenvolvem mutações com taxas maiores do que quando estão acima ou abaixo desse limite (Raffa, Tossonian, Grebely, DeVlaming, & Conway, 2006).

Por estas razões as estimativas sobre a adesão ao tratamento do VIH continuam a ser consideradas complexas, não havendo nenhum método disponível inteiramente satisfatório. Uma desvantagem que decorre da avaliação da adesão através dos níveis de medicamentos no sangue resulta no facto de alguns anti-retrovíricos, em particular os Inibidores da Protease, possuírem uma semi-vida curta e não identificarem a última falha na toma da medicação (Hecht, et al., 1998), sendo uma prova de que podem ser marcador de uma má adesão (Hugen, 2002). Além disso, à semelhança de outras medidas de adesão, como a contagem de medicamentos e o registo de farmácia, estes métodos são demasiado dispendiosos e morosos.

Apesar da contagem de CD4s fornecer informações úteis sobre o impacto do VIH no funcionamento imunológico, foi muito mais valorizada a capacidade de medir o teor de RNA-vírico, pois permitiu colocar à disposição uma ferramenta para monitorizar de forma mais precisa a replicação do vírus e o avanço da doença. A capacidade de medir a carga vírica continua a ser a melhor medida de resposta terapêutica (Ho, et al., 1995). Actualmente, a contagem destes dois marcadores biológicos – CD4s e Carga Vírica – são analisados de acordo com o seu valor inicial e utilizados para julgamento clínico, por parte do médico, sobre a adesão do paciente ao tratamento. Apesar de algumas investigações terem demonstrado não ser uma medida fiável (Liu, et al., 2001; Paterson, et al., 2000), este método acaba por ser, muitas das vezes, o único utilizado. As estimativas tendem a ser demasiado optimistas (Gilbert, Evans, Haynes, & Tugwell, 1980) e reflectem uma sobrestima (Miller, et al., 2002). Uma ferramenta de apoio ao julgamento clínico tem sido a utilização de um computador que reúne dados sobre o paciente que permitem a visualização da sua experiência prévia de sucesso ou insucesso na adesão ao tratamento.

Os métodos mais precisos continuam a ser considerados estes dois indicadores biológicos, seguidos da contagem de medicamentos e do auto-relato por parte do paciente (Bartlett & Gallant, 2004 ; Eraker, Kirscht, & Becker, 1984). Embora alguns estudos considerem que o questionário de auto-relato possa ser um mau método de

estimar a adesão, outras investigações consideram que estes instrumentos são uma boa medida de resposta virológica (Johnson, et al., 2007; Mannheimer, et al., 2002; Reynolds, et al., 2007; Walsh, Mandalia, & Gazzard, 2002).

1.2.4 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Em todo o mundo estima-se que o número de adultos e de crianças infectadas por VIH/SIDA seja de 34 a 36 milhões (UNAIDS/WHO, 2009). O Programa Conjunto das Nações Unidas no Combate à SIDA e a Organização Mundial de Saúde calculam que, só em 2008, o número de pessoas infectadas tenha sido de 2,5 milhões e que, nesse mesmo ano, tenham ocorrido 2,1 milhões de mortes associadas a casos de SIDA.

A epidemia continua a agravar-se na África Sub-Sahariana, na Europa Oriental e na Ásia onde o número de mortes é elevado. Portugal, por se tratar do país da União Europeia com uma maior incidência de casos de SIDA, assume uma maior atenção neste estudo. Em 2008, foram identificados, no Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 34 888 casos, dos quais 15 020 continuam a viver com VIH/SIDA (CVEDT/INSA, 2009).

Na análise da distribuição de casos de SIDA por género, 81,7% correspondem a indivíduos do sexo masculino e 18,3% do sexo feminino.

Em relação à idade, 14 956 (83,9%) pertencem aos grupos etários entre os 20 e 49 anos.

Os casos relativos à transmissão por relação sexual heterossexual representam o segundo maior grupo (40%) de todas as notificações. Todavia, o maior número de casos acumulados registados reflecte ainda a tendência inicial da epidemia, relativo a 42,5% dos indivíduos que referiram terem sido infectados através do consumo de drogas intravenosas. Com uma menor incidência, 12,3% das infecções são referentes à transmissão sexual homossexual masculina e 5,2% às restantes transmissões, como o contacto com sangue ou hemoderivados.

Do conjunto de todos os casos diagnosticados, nos diferentes estádios de infecção, o total acumulado é de 15 020 pessoas com SIDA, 485 associados ao VIH-2 e 189 ao VIH-1/VIH-2. Conquanto, estima-se um número superior de casos, relacionados com uma notificação tardia e com uma percentagem da população infectada que não sabe qual é o seu estado serológico.

Lisboa, Porto e Setúbal são os distritos com maior peso nas notificações de casos de SIDA, respectivamente com 40, 23 e 13% do total de casos acumulados. Em relação ao número de óbitos continuam a ser os mesmos distritos, assim como Faro, os mais afectados, tendo sido notificados em Lisboa 2 729 (43,4%) mortes, no Porto 1 435 (22,8%) mortes, em Setúbal 793 (12,6%) mortes e em Faro 793 (12,6%) mortes. A estimativa global do número de mortes entre os anos de 2005, 2006 e 2007 reflecte uma tendência crescente no total de casos de VIH (35%, 40% e 46%) e de SIDA (43%, 49% e 54%). Apesar da leitura destes dados impor alguns cuidados nos casos notificados em anos anteriores a 2005, pela integração da Infecção pelo VIH na Lista de Doenças de Declaração Obrigatória, estes dados revelam-se dramáticos pela informação relativa aos casos de mortalidade se encontrar incompleta. Para além disso, não são oficialmente conhecidos o número de pessoas que se encontra em tratamento. Para entendermos melhor a história e a evolução natural do VIH/SIDA temos que recuar um pouco no tempo e percorrer todo o percurso epidemiológico do vírus até chegarmos aos anos de 1996 e de 1997 onde se observa uma diminuição de 44% no número de mortes, factor atribuído à introdução das terapêuticas combinadas (CDC, 1997; Oliveira & Meliço-Silvestre, 2002; Palella, et al., 1998). A distinção entre VIH e SIDA parece ter assim algum interesse, sobretudo depois da introdução da HAART, pela utilidade que estes dados possam reflectir os esforços que têm vindo a ser implementados na adesão ao tratamento do VIH/SIDA, sugerindo que ainda é demasiado cedo para descrever esta doença, do ponto de vista epidemiológico, como controlável.

1.3 FACTORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO

Em relação aos factores associados à adesão ao tratamento, importa clarificar dois aspectos relativos ao conteúdo apresentado nesta secção. O primeiro aspecto diz respeito às interpretações que aqui são realizadas, pois poder-se-á sempre interrogar a escolha de um factor em detrimento de outros. O segundo destes aspectos diz respeito ao facto de não se fazer qualquer referência a estudos relacionados com a promoção da adesão, de forma a não se misturarem os factores associados à adesão com a sua promoção.

1.3.1 DEMOGRÁFICOS

Regra geral, as características demográficas não se encontram associadas à adesão ao tratamento de doenças crónicas (Eraker, et al., 1984). No tratamento da infecção por VIH/SIDA muitos estudos têm procurado uma relação entre variáveis como a idade, o género e o nível de escolaridade, mas os resultados revelam-se muitas vezes inconsistentes (Ammassari, et al., 2001; Besch, 1995).

Em relação à idade, apesar de alguns estudos não evidenciarem quaisquer tipos de diferenças (Holzemer, et al., 1999; Singh, et al., 1996; Weidle, et al., 1999), outros estudos apresentam um cenário um pouco mais variado e constataram que a adesão aumenta com a idade (Wenger, Gifford, Liu, Chesney, & Golin, 1999) e que se encontra menos relacionada com pessoas mais novas (Howard, et al., 2002; Klosinski & Brooks, 1998).

Poucos estudos relacionam, especificamente, as questões da adesão com o género. Apesar de se observarem diferenças que sugerem ser mais favorável nos homens do que nas mulheres (Jones, et al., 2001; Wenger, et al., 1999), a questão do género parece ser consistentemente alheia à adesão (Holzemer, et al., 1999; Johnston, Ahmad, Smith, & Rose, 1998; Weidle, et al., 1999).

Estudos americanos têm encontrado evidências que demonstram que as pessoas de raça negra ou de minoria étnica têm associados valores inferiores de adesão (Golin, et al., 2002; Johnson, Catz, et al., 2003; Muma, Ross, Parcel, & Pollard, 1995; Ohmit, et al., 1998; Power, Koopman, et al., 2003; Singh, et al., 1996).

A adesão é aparentemente mais difícil para pessoas com uma escolaridade ou um grau de alfabetização mais baixo (Moralez, Figueiredo, Sinkoc, Gallani, & Tomazin,

1998; Sipler, Cross, Lane, Davis, & Williams, 1999). De uma forma consistente com estes estudos, as pessoas com mais escolaridade têm menos problemas com a adesão ao tratamento (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch, & McAuliffe, 2000; Schilder, et al., 1998). Sem qualquer tipo de surpresa, as pessoas com rendimentos mais elevados (Martinez, Marques, Valdes, & Santana, 1998; Pratt, Robinson, Loveday, Pellowe, & Franks, 1998) e com uma habitação estável (Besch, 1995; Broers, Morabia, & Hirschel, 1994; Samet, et al., 1992; Schilder, et al., 1998; Torres-Madriz, Lerner, Ruthazer, Rogers, & Wilson, 2010) encontram menos dificuldades em seguir os seus esquemas terapêuticos.

1.3.2 VIVÊNCIA DA DOENÇA E DO TRATAMENTO

Ao longo da literatura, as questões organizadoras da vivência do VIH/SIDA têm sido analisadas de variadas maneiras, produzindo, por vezes, resultados surpreendentes. Estas questões não dizem apenas respeito à forma como a doença é vivida mas à forma como é pensada e até como deveras é sentida. Apesar de alguns estudos defenderem que o estágio da doença não influencia a adesão (Lorenzen, et al., 1998; Pratt, et al., 2001), outros estudos defendem que aqueles que se encontram num estágio de doença mais avançado percebem um maior risco em não seguir o seu esquema de tratamento e que cumprem mais a toma da medicação (Delgado, et al., 2003; Erlen & Mellors, 1999; Gao & Nau, 2000; Gao, Nau, Rosenbluth, Scott, & Woodward, 2000; Howard, et al., 2002; Ickovics & Meisler, 1997; Klosinski & Brooks, 1998; Murri, Ammassari, Luca, Cingolani, & Antinori, 1999; Singh, et al., 1996).

A duração do tratamento (Fätkenheuer, et al., 1997) e o declínio na adesão são também muito contraditórios. Se por um lado alguns estudos observam uma menor adesão associada à duração do tratamento (Howard, et al., 2002; Mannheimer, et al., 2002; Stone, et al., 1998), outros não encontram nenhuma associação (Lorenzen, et al., 1998; Tuldra, et al., 1999). Os períodos de instabilidade ou de mudança poderiam aumentar aqui o risco de não tomarem a sua medicação (Tesoriero, et al., 2003). Os processos sofridos pelos portadores de uma doença crónica como o VIH, com um longo alcance temporal, estão relacionados com vários aspectos psicossociais da vida, senão com todos, incluindo a empregabilidade e as relações no trabalho, na família e na adaptação a diferentes meios sociais. Estes aspectos serão abordados de uma forma mais detalhada ainda neste capítulo.

Grosso modo, o esquema terapêutico requer a toma de um Inibidor da Protease acrescido de dois ou mais anti-retrovíricos, em diferentes horários do dia, a serem tomados em jejum ou com alimentos e, alguns medicamentos devem ser mantidos em refrigeração. Outros medicamentos, como os profiláticos, comuns em pessoas com um estágio avançado da doença, provocam um incremento no número de tomas por dia. A contagem do número total de medicamentos diários é um factor com uma influência incerta na adesão. Vários estudos observam uma menor adesão entre os esquemas com um maior número de medicamentos (Eldred, Wu, Chaisson, & Moore, 1998; Gallant & Block, 1998; Ickovics & Meisler, 1997; Mehta, Moore, & Graham, 1997), enquanto outros não encontram nenhuma associação (Murphy, Roberts, Martin, Marelich, & Hoffman, 2000; Oelzner, Brandstadt, & Hoffmann, 1996; Singh, et al., 1996; Wenger, et al., 1999). Existem até evidências que um maior número de medicamentos está associado a uma maior adesão (Delgado, et al., 2003; Samet, et al., 1992; Singh, et al., 1996).

Estas conclusões sugerem que estes factores poderão não estar estritamente associados ao número de medicamentos, mas ao número de tomas diárias (Eldred, et al., 1998; Golin, et al., 2002; Howard, et al., 2002; Paterson, et al., 2000; Singh, et al., 1996), não havendo ainda um consenso sobre o seu impacto na adesão (Lorenzen, et al., 1998; Martini, Nasta, Ricci, Parazzini, & Agnoletto, 2000).

Para além das idiosincrasias em torno do seguimento do horário terapêutico, as restrições alimentares, principalmente as que requerem ter a toma de um medicamento com o estômago vazio ou com alimentos (Schönnesson, Diamond, Ross, Williams, & Bratt, 2006; Schönnesson, Ross, & Williams, 2004), acrescentam outra complexidade ao tratamento. A adesão de pessoas com restrições dietéticas é geralmente mais baixa quando comparado com aqueles sem restrições (Hedge & Petrak, 1998), não havendo evidências de que a adesão às doses, ao horário e às próprias restrições dietéticas sejam componentes distintos (Murphy, Marelich, Huffman, & Steers, 2004; Nieuwkerk, et al., 2001; Schönnesson, et al., 2006; Schönnesson, et al., 2004; Stone, 2001).

Em boa verdade, a principal razão encontrada para o insucesso na toma da medicação tem sido, simplesmente, o esquecimento. O esquecimento é aludido de tantos modos que são encontrados na literatura aspectos como não poder incluir a medicação na agenda (Nakashima, et al., 1998), estar longe de casa ou estar ocupado (Johnston, et al., 1998), ser considerado um obstáculo (Paiva, Santos, Ventura-Filipe, Hearst, & Reingold, 1998), estar a dormir (Powell-Cope, White, Henkelman, & Turner,

2003; Walsh, Horne, Dalton, Burgess, & Gazzard, 2001), dificuldades em tomar a dose no local de trabalho (Burgos, Revsin, Vilas, & Fontan, 1998), na rua (Golin, et al., 2002; Walsh, et al., 2001), com alimentos (Adam, Maticka-tyndale, & Cohen, 2003; Walsh, et al., 2001) ou ter que mudar a rotina diária (Gifford, et al., 2000; Powell-Cope, et al., 2003; Stone, 2001).

1.3.3 TOXICIDADE DA MEDICAÇÃO

Os efeitos colaterais relacionados com a toxicidade dos medicamentos têm sido consistentemente uma das variáveis mais específicas associadas a falhas ou interrupções no seguimento do tratamento (Ammassari, et al., 2001; Bartlett, 2002; Burgos, et al., 1998; Catz, et al., 2000; Durante, et al., 2003; Ferreira, Gay, Regnier-Aeberhard, & Bricaire, 2010; Gao, et al., 2000; Gifford, et al., 2000; Halkitis, Parsons, Wolitski, & Remien, 2003; Hecht, et al., 1998; Ickovics & Meisler, 1997; Johnston, et al., 1998; Molassiotis, et al., 2002; Murphy, et al., 2004; Murri, et al., 1999; Nakashima, et al., 1998; Ohmit, et al., 1998; Paiva, et al., 1998; Samet, et al., 1992; Spire, et al., 2002; Stone, 2001; Tuldra, et al., 1999; Weidle, et al., 1999; Williams & Friedland, 1997).

Os efeitos colaterais de cada medicamento anti-retrovírico encontram-se bem descritos e incluem reacções como alergias e alterações da morfologia cutânea, cansaço, diarreia, dor de estômago e com mais frequência as náuseas. Normalmente, após as primeiras semanas de tratamento, estes efeitos tendem a diminuir. Contudo, esta não é uma realidade transversal a todos os doentes, dado que os efeitos colaterais tendem a persistir em alguns casos. Apesar de complexos, estes efeitos são passíveis de serem controlados através da utilização de outros medicamentos na eliminação dos sintomas. Mesmo assim, quando surgem efeitos colaterais, as pessoas tendem rapidamente a descontinuar ou a solicitar uma alteração da medicação (Catz, et al., 2000; Mocroft, et al., 1999). As pessoas com pouca experiência na gestão dos sintomas associados ao tratamento do VIH são susceptíveis de terem uma menor adesão (Gao, et al., 2000), o que tem levado à necessidade de se considerar a história clínica prévia de tratamento. Estudos anteriores demonstram que, por vezes, a antecipação e o medo dos efeitos colaterais (Broers, et al., 1994) e os aspectos físicos de determinados medicamentos, como o sabor, o tamanho ou a sua composição, podem ter um impacto negativo na capacidade das pessoas gerirem a toma da medicação (Crespo-Fierro, 1997). Embora a maioria dos estudos sobre esta matéria demonstrem que os efeitos da toxicidade dos

medicamentos contribuem para uma má resposta terapêutica, outros estudos não encontram nenhuma associação (Atkinson, et al., 2008; Godin, Côté, Naccache, Lambert, & Trottier, 2005; Martini, et al., 2000). Existem até evidências que referem que, por vezes, alguns aspectos relacionados com a gestão da toxicidade da medicação podem levar a uma boa adesão (Johnson & Remien, 2003). Além destas complicações, são ainda identificados efeitos tardios associado a alguns tipos de medicamentos, como é o caso da Síndrome da Lipodistrofia (Carr, et al., 1999). Ainda que em termos fisiológicos não se conheça na totalidade a origem destas alterações, 30-60% das pessoas em tratamento desenvolvem manifestações físicas (Graham, 2000; Mauss, 2000; Oliveira & Meliço-Silvestre, 2002). Destas, cerca de 37% interrompem ou mudam a sua medicação (Kasper, Arboleda, & Halpern, 2000).

1.3.4 ESTIGMATIZAÇÃO, SUPORTE E ISOLAMENTO SOCIAL

As alterações da imagem corporal, resultantes da toxicidade da medicação, tornam as pessoas com VIH/SIDA mais expostas a um reconhecimento público da sua doença. Esta estigmatização poderá levar à discriminação social dos portadores da doença. Goffman (1963) define estigma como um processo dinâmico de desvalorização que é atribuído a um indivíduo perante os outros e que reduz a sua posição social. Por se tratar de uma doença infecto-contagiosa relacionada com os seus primeiros hospedeiros, o estigma associado ao VIH leva algumas pessoas a esconder a sua doença (McDonald, Free, Ross, & Mitchell, 1998). Não sendo inteiramente verdadeiro, este pensamento acaba por se reflectir num conjunto de situações que levam as pessoas a não tomar a sua medicação (Burgos, et al., 1998; Williams & Friedland, 1997). O medo do estigma, discriminação e, por vezes, uma vergonha associada à SIDA, uma manifestação descrita como estigma interiorizado, faz com que a pessoa não tenha coragem de revelar a sua infecção mesmo a familiares ou amigos. Muitas pessoas procuram nos amigos e na família a informação que necessitam para as suas decisões. A percepção de suporte social, ainda que de uma forma modesta, tem sido positivamente associado a uma melhor adesão (Adewuya, et al., 2010; Besch, 1995; Brown, 1998; Clark, Lindner, Armistead, & Austin, 2004; Eldred, Wu, Chaisson, & Moore, 1995; Eraker, et al., 1984; Liu, et al., 2006; Martini, et al., 2000; Morse, Simon, Besch, & Walker, 1995; Morse, et al., 1991; Ncama, et al., 2008; O'Brien, Petrie, & Raeburn, 1992; Paterson, et al., 2000; Power, Tate, McGill, & Taylor, 2003; Pratt, et al., 1998; Williams & Friedland, 1997).

Estes autores identificam características associadas ao suporte social como a divulgação da condição clínica, a procura de apoio, a interacção entre os pares e o facto de viverem com um parceiro.

A ausência destas características, o isolamento, o facto de viverem sozinhos, a ausência de relações sociais e a ausência de um confidente próximo leva a uma pior resposta terapêutica (Besch, 1995; Meisler, et al., 1993; Pratt, et al., 2001; Williams & Friedland, 1997).

Para contrariar estas evidências, a ausência de suporte social pode ter um impacto positivo na adesão (Malcolm, Ng, Rosen, & Stone, 2003; Power, Koopman, et al., 2003).

Ridder e Schreurs (1996) esclarecem que, por vezes, as pessoas que fornecem apoio são a fonte de outros problemas, principalmente quando provém de amigos e de familiares. Estes autores referem que os doentes crónicos expressam satisfação com o suporte social emocional e prático, enquanto o suporte social informativo é visto como uma interferência indesejável.

Ainda em relação ao estigma, a Organização Mundial de Saúde (2003) esclarece que o estigma sentido, em oposição ao que é estabelecido, pode manifestar-se em sentimentos de vergonha, de culpa, ou de inutilidade, que quando combinados com sentimentos de isolamento podem levar a depressão e a sentimentos suicidários, dado que afecta essencialmente a auto-estima do indivíduo.

1.3.5 SAÚDE MENTAL E ADAPTAÇÃO À DOENÇA

Apesar de agir principalmente como indicador de percepção de suporte social, o isolamento encontra-se também estritamente ligado ao quadro teórico de bem-estar. Perceber este processo torna-se essencial para se entender as ramificações psicológicas implicadas na adesão ao tratamento.

A eficácia do tratamento na redução de infecções oportunistas e prolongamento da vida, levam a que um conjunto de aspectos como a qualidade de vida passem a ter um maior interesse no domínio clínico e no da investigação científica. No contexto da doença VIH/SIDA, são utilizados diversos instrumentos no sentido de avaliar a saúde mental desta população. Estes instrumentos variam desde a identificação de aspectos relacionados com os sentimentos, à classificação clínica de um diagnóstico formal de psicopatologia, até à avaliação da qualidade de vida.

As primeiras investigações demonstraram que a adesão ao tratamento do VIH estaria estritamente relacionada com a qualidade de vida dos seus portadores (Holzemer, et al., 1999). Numa perspectiva Psicológica, a qualidade de vida tem sido um conceito difícil de definir dada a diversidade de termos utilizados. A Organização Mundial de Saúde (1994, 1995) define a qualidade de vida como uma percepção que o indivíduo tem do lugar que ocupa na sua cultura e sistema de valores em que vive, assim como em relação às suas expectativas, objectivos, padrões e preocupações. Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida permitem explorar o impacto de uma doença em variados aspectos como no domínio físico, no psicológico, no nível de independência, nas relações sociais, no ambiente, na espiritualidade/religião e no domínio das crenças pessoais (Canavarro, et al., 2006). Apesar de tal mecanismo não ser inteiramente, nem sequer parcialmente conhecido, a auto-eficácia, como factor psicológico que permite a percepção de competências à obtenção do próprio bem-estar (Bandura, 1977, 1982b), leva à necessidade de se obter mais informação sobre a sua influência na qualidade de vida.

Apesar da medicação anti-retrovírica ter aumentado a qualidade de vida das pessoas infectadas por VIH, o tratamento pode, por vezes, ter um efeito negativo para aqueles que se encontram numa fase assintomática (Nieuwkerk, et al., 2000). Se em alguns casos, o tratamento ART é iniciado pelas evidências da progressão da doença resultantes da agressão vírica nas fases denunciadoras de SIDA, noutros, as pessoas encontram-se num estágio assintomático e sentem-se bem. Estas duas questões que se colocam, embora diferentes, têm em comum ter de responder aos desafios que o diagnóstico e o início do tratamento colocam e, simultaneamente, aos implicados no processo de aceitação e adaptação que encerram em si. O processo de negação face à doença pode levar à rejeição da condição de seropositivo e a não procurar ajuda, aconselhamento e tratamento (Guerra, 1994 ; Kalichman, 1998). Assim, a facilidade ou a dificuldade na aceitação e na adaptação a esta condição clínica pode condicionar todo o curso da doença. Esta dinâmica tem vindo a ser explorada como um processo que inclui uma adaptação à doença, ao tratamento e a uma vida quotidiana que proporcione as condições necessárias para a sua própria eficácia (Anderson, et al., 2008; Nam, et al., 2008). O sucesso da adesão à medicação parece ser alcançado quando as pessoas se encontram satisfeitas com o seu tratamento e possuem um esquema terapêutico simplificado (Eldred, et al., 1995; Eldred, Wu, Chaisson, & Moore, 1997; Eraker, et al., 1984; Erlen & Mellors, 1999; Holzemer, et al., 1999; Mallolas, et al., 1998; Morse, et

al., 1995; O'Brien, et al., 1992; Wenger, et al., 1999). A adesão à terapêutica envolve muito mais do que um ajustamento diário a um tratamento, pois os sujeitos têm de aprender a lidar com os problemas psicossociais resultantes da sua doença e simultaneamente com os problemas resultantes do estigma e discriminação, que deixam de ser apenas desencadeados pelas características pessoais dos sujeitos, para passarem a pertencer às características do grupo com o qual essa pessoa se identifica (Bandura, 1992).

Esta situação acaba por resultar num conjunto de desvantagens graves para o controlo da doença. Algumas pessoas referem que, por vezes, não tomam a medicação para evitar problemas relacionados com os efeitos colaterais em situações consideradas importantes, como no início de um relacionamento ou numa situação de entrevista de emprego (Burgos, et al., 1998). Os danos potencialmente desorganizadores de um diagnóstico positivo para o VIH levam a que haja um maior interesse em questões relacionadas com o ajustamento psicológico da doença e aparecimento de quadros psicopatológicos. Num determinado momento, no decurso da doença, as perturbações psiquiátricas são frequentemente encontradas em pessoas infectadas por VIH (Adewuya, et al., 2010; Buhrich & Judd, 1997) e parecem interferir com a adesão (Adewuya, et al., 2010). Os problemas mais encontrados incluem o medo de morrer, as preocupações relacionadas com o tratamento, os sentimentos de culpa, de solidão e o desconforto físico e psicológico (Jelsma, Maclean, Hughes, Tinise, & Darder, 2005; Tozzi, et al., 2004).

Um dos fenómenos psicopatológicos mais discutidos reporta-se, em particular, aos temas depressivos (Adewuya, et al., 2010; Rodkjaer, Laursen, Balle, & Sodemann, 2010). Para os compreendermos melhor, reportar-me-ia ao Professor Doutor Rui Paixão que, num estudo académico sobre Psicopatologia e VIH, cita Rabkin, Goetz, Remien, Williams, Todak e Gorman (1997), que referem que os doentes terminais estariam numa situação “quase natural” de depressão clínica, baseada numa perturbação de humor ajustada à gravidade da situação. Aquilo que Rui Paixão, Rabkin e seus colaboradores (1997) quiseram mostrar é que não estamos perante dois tipos de acontecimentos diferentes, mas estamos antes perante um único sob várias descrições. Isto reveste-se de uma enorme importância para o que se propõe aqui evidenciar, pois a matriz nosológica faz supor que existem acontecimentos que lançam as pessoas para um patamar fenomenológico que, pelas suas implicações disruptivas, se designam de patológicas. A questão é saber até que ponto o aparecimento de algumas perturbações estão associadas

ao curso da própria doença. A manifestação de sintomas psicóticos em indivíduos sem história clínica prévia de perturbação mental tem sido considerada por essa mesma hipótese. É sabido que o envolvimento e a presença do vírus no sistema nervoso central acarreta danos nos neurónios que impedem a regeneração das células cerebrais, podendo provocar uma série de disfunções cognitivas, sobretudo perda de memória, confusão, dificuldade de concentração e, alteração da personalidade (Catz, McClure, Jones, & Brantley, 1999; Ettenhofer, Foley, Castellon, & Hinkin, 2010; Ickovics & Meisler, 1997). Apesar da incidência das alterações cognitivas ter diminuído e ter reduzido a gravidade de casos mais severos de demência associada ao VIH (Dore, et al., 1999) ainda não se chegou a um critério consensual com utilidade clínica que permita fazer uma estimativa da capacidade de penetração no cérebro dos diferentes medicamentos usados.

Mantém-se também alguma controvérsia sobre o papel da terapêutica anti-retrovírica no tratamento de outras anomalias, dado que alguns medicamentos não atingem níveis terapêuticos no SNC. Actualmente, sabe-se que a medicação tem um efeito de protecção destas alterações cognitivas do SNC, responsável pelas actividades diárias, havendo evidências que tem um grau de protecção efectiva contra a deterioração do cérebro (Ettenhofer, et al., 2010; Meisler, et al., 1993).

Apesar de ser aceite e comprovado que os estados depressivos se encontram associados com uma baixa adesão (Besch, 1995; Hirschhorn, Quinones, Goldin, & Metras, 1998; Ickovics & Meisler, 1997; Klosinski & Brooks, 1998; Pratt, et al., 2001; Rodkjaer, et al., 2010; Stein, et al., 2000), outros factores poderiam contribuir para explicar estes resultados. Associados aos fenómenos depressivos surgem os estados de ansiedade que, nalgumas situações, podem acabar por resultar na perda de uma dose da medicação. Embora esta associação nem sempre possa ser estabelecida, estes dois tipos de fenómenos coexistem frequentemente. Recentes investigações colocam em causa este factor e sugerem mesmo que a ansiedade poderá melhorar a adesão (Ingersoll, 2004). Palmer, Salcedo, Miller, Winiarski e Arno (2003) e Wagner (2003) defendem explicitamente que o Transtorno de Personalidade Limítrofe poderia estar na origem destas conclusões. O perfil geral sofrido por este transtorno, também conhecido por Transtorno de Personalidade Borderline, inclui, de acordo com a classificação actual da Organização Mundial de Saúde (CID.10) e com a classificação do DSM-IV-TR, ou com as suas versões anteriores, uma instabilidade no humor, nas relações interpessoais, na auto-imagem, na identidade, no comportamento e no sentimento de si mesmo. Por

vezes, uma vontade da pessoa fugir da realidade ou a forma destas lidarem com os problemas através do consumo de bebidas alcoólicas poderiam estar também na origem de uma baixa adesão (Halkitis, et al., 2003).

1.3.6 CONSUMO DE ÁLCOOL E DE DROGAS

Os problemas relacionados com o consumo de álcool e de drogas devem de ser vistos como um fenómeno consideravelmente importante na avaliação da adesão, não só pela sua elevada prevalência no contexto do VIH/SIDA, mas também pelo aparente risco acrescido que lhe é associado no cumprimento do tratamento (Ickovics & Meisler, 1997; Johnson, Stallworth, & Neilands, 2003; McDonald, et al., 1998; Moatti, Spire, & Duran, 2000; Nakashima, et al., 1998; Ohmit, et al., 1998; Stone, et al., 1998).

O consumo activo de substâncias como a cocaína, as anfetaminas, o haxixe, os sedativos e o consumo moderado a forte de álcool aumentam o risco de não adesão (Duran, et al., 2001; Golin, et al., 2002; Halkitis, et al., 2003; Murphy, Lu, Martin, Hoffman, & Marelich, 2002; Palepu, et al., 2003; Spire, et al., 2002; Tucker, Burnam, Sherbourne, Kung, & Gifford, 2003).

De uma forma consensual, as pessoas que deixaram de consumir drogas parecem não ter problemas no seguimento do esquema terapêutico (Golin, et al., 2002; Howard, et al., 2002; Mocroft, et al., 1999; Ostrop & Gill, 2000; Palepu, et al., 2003; Pratt, et al., 2001). Mocroft e seus colaboradores (1999) demonstraram que os consumos de drogas, particularmente por via intravenosa, estariam associados com uma menor possibilidade de iniciar a terapêutica. Neste contexto, os estudos que se debruçam sobre o consumo de substâncias e, em simultâneo, sobre os factores demográficos sugerem que existe uma pluralidade de factores que poderiam afectar os consumidores de drogas na toma da sua medicação. Os toxicodependentes têm sido descritos na literatura, ainda que de uma forma não intencional, de um modo um tanto quanto estigmatizante pela ênfase que é colocada nos comportamentos inadequados, no caos e na irresponsabilidade (Bouhnik, et al., 2002; Palmer, et al., 2003). Estas situações são agravadas por esta população manter uma relação de desconfiança com os sistemas de saúde, em particular, na relação com os seus médicos (Rollet & Winiarski, 2000).

1.3.7 PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A influência das características relacionadas com a organização dos cuidados de saúde não deve ser subestimada. Estas características incluem o horário de atendimento, a proximidade do ambulatório com o local de residência ou de trabalho, da dificuldade em lá chegar, do tempo de espera da consulta, da privacidade e da confidencialidade dos pacientes (Besch, 1995; Donovan & Blake, 1992; Ickovics & Meisler, 1997; Kammann, Williams, Chesney, & Currier, 1999; Nemecheck & Tritle, 1998; Ryan, 1995).

Vários estudos defendem que existe uma maior susceptibilidade de aumentar a adesão quando há uma maior estabilidade no relacionamento médico-paciente (Morse, et al., 1991; Stone, et al., 1998). Uma maior confiança, uma maior experiência na prescrição de medicamentos e um bom relacionamento são características associadas aos médicos que proporcionam uma melhor adesão (Bakken, et al., 2000; Bond & Hussar, 1991; Catz, et al., 1999; Chesney, 1997; Delgado, et al., 2003; Holzemer, Inouye, Brown, Powell, & Corless, 1998; Jones, Hanson, Dworkin, Kaplan, & Ward, 1998; Malcolm, et al., 2003; Martini, et al., 2000; Motashari, Riley, Selwyn, & Altice, 1998; Murphy, Roberts, Hoffman, Molina, & Lu, 2003).

Os doentes com crenças negativas sobre os médicos parecem estar menos satisfeitos com os cuidados que recebem e têm menos probabilidade de adesão ao tratamento (Bogart, Bird, Walt, Delahanty, & Figler, 2004). Ainda no que diz respeito à atitude do médico, são identificadas uma série de limitações como os médicos serem demasiado imprudentes, demonstrarem pouca compaixão, algum preconceito ou tempo insuficiente no atendimento (Besch, 1995; Crespo-Fierro, 1997; Donovan & Blake, 1992; Ickovics & Meisler, 1997; Kammann, et al., 1999; Nemecheck & Tritle, 1998; Ryan, 1995).

Na perspectiva de Delgado e colaboradores (2003), apesar de muitos estudos colocarem ênfase na relação médico-paciente, este conceito por si só acaba por cair em desuso. A maioria das estratégias utilizadas pelos técnicos de saúde baseiam-se no fornecimento de informação, porque estes sentem que têm o talento, o tempo e o espaço adequado para aconselhar os seus pacientes (Durante, et al., 2003; Golin, Scott, & Reif, 2004). A adesão parece já não estar somente relacionada com a ausência de informação, mas com a necessidade de fornecerem informação com explicações sobre a natureza do VIH, do seu tratamento e dos seus efeitos secundários, das potenciais consequências de uma má adesão e, acima de tudo, com o valor, a qualidade, a clareza e a honestidade da

mesma (DiMatteo, et al., 1993; Haren, Bailey, & Diamond, 1990; Ickovics & Meisler, 1997; Powell-Cope, 1994). Outros estudos demonstram que as estratégias que envolvam o paciente como agente activo nas tomadas de decisão e com uma maior autonomia se revelam mais motivadoras e influenciam positivamente o grau de adesão (Kennedy, Goggin, & Nollen, 2004; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998).

1.3.8 ATITUDES, CRENÇAS E CONHECIMENTOS

O optimismo por parte dos pacientes em relação ao seu tratamento foi visto, até meados dos anos 90, como sendo uma atitude positiva e associada a uma melhor adesão (Jones, et al., 1998; Martini, et al., 2000; Wenger, et al., 1999; Williams, Bowen, Ross, Freeman, & Elwood, 2000). As atitudes, as crenças e os conhecimentos das pessoas sobre a sua doença e sobre o tratamento têm sido uma questão considerada importante. Apesar da atitude poder ser um componente observável do comportamento, a atitude e o comportamento são fenómenos diferentes. A maioria das investigações que se debruçam sobre o estudo das atitudes utiliza o Modelo de Crença da Saúde (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974; Rosenstock, 1974). Este modelo postula um conjunto de crenças como a percepção de susceptibilidade à doença, a gravidade da situação, a percepção dos benefícios e a aceitação dos obstáculos. Destes quatro factores, os estudos encontrados na literatura são orientados principalmente para estas duas últimas variáveis – percepção das vantagens e obstáculos – tidos como fundamentais na adesão ao tratamento. Apenas a percepção dos obstáculos estão associadas a uma sub-optimização da terapêutica (Muma, et al., 1995; Smith, Jensen, & Wachmann, 1996). As experiências relacionadas com a toxicidade parecem contribuir para este tipo de crenças negativas sobre a medicação e a conduzir a alguns casos de insucesso (Duran, et al., 2001; Powell-Cope, et al., 2003; Walsh, et al., 2001). A adesão ao tratamento parece pois não ser apenas uma questão de atitude em relação à adesão, já que este problema seria relativamente fácil de resolver.

Efectivamente parece os pacientes têm por vezes dificuldade em compreender a sua doença (Eldred, et al., 1995; Eraker, et al., 1984; Morse, et al., 1995; O'Brien, et al., 1992), a frequência das doses dos seus esquemas terapêuticos, as restrições dietéticas (Stone, 2001; Weiss, et al., 2003), os objectivos da terapêutica, e que uma baixa adesão pode levar a resistência vírica e abandono do tratamento (Wenger, et al., 1999). Pode-se facilmente concluir que os pacientes não percebem as instruções dadas, o que demonstra

que o simples fornecimento de informação não é suficiente (Bandura, 1989; 1992; 1994; DiClemente & Peterson, 1994; Kirby & DiClemente, 1994). Um indivíduo não se envolverá numa actividade a menos que acredite que é capaz de desenvolver os objectivos com sucesso (Bandura, 1995b; Ponton, Edmister, Ukeiley, & Seiner, 2001). É com base neste pressuposto que aqui se destaca o conceito de auto-eficácia pois acredita-se que um melhor entendimento deste conceito pode ajudar a melhorar a adesão ao tratamento e a desenvolver o que Albert Bandura (1997) designou como a confiança que decorre do conhecimento e a confiança que decorre da personalidade. Assim, e de acordo com o mesmo autor, a primeira só terá significado se acompanhada da segunda.

Parece ser consensual e até pertinente que entre os diferentes aspectos do conhecimento, talvez nenhum seja mais influente na vida quotidiana das pessoas do que as suas próprias concepções de eficácia (Bandura, 1986). É com base neste desígnio que se destaca aqui explicitamente a teoria de auto-eficácia, uma vez que se acredita que, ainda na ausência de uma cura, um melhor entendimento deste conceito possa vir a ajudar as pessoas e os profissionais de saúde a desenvolver o que Bandura (1997) designou como a crença quanto à capacidade para realizar acções necessárias à obtenção de um resultado.

1.4 TEORIA DE AUTO-EFICÁCIA DE BANDURA

Salvo pequenas alterações, optou-se por reproduzir aqui os textos dos artigos de Bandura tal como saíram em publicações anteriores. Apesar desta opção ter, como é evidente, alguns inconvenientes pela repetição de algumas noções, decorre a vantagem de se fazer sobressair aquilo que cada estudo procura operacionalizar.

1.4.1 CONCEITO DE AUTO-EFICÁCIA

A teoria de Bandura (1977) percorre toda a tradição Psicológica, desde as suas expressões simplistas e mecânicas do comportamentalismo – uma corrente das décadas de 40 e de 50 do século XX que, numa breve definição, privilegia a condição de uma resposta em função do estímulo – e das experiências da aprendizagem social, cujos desígnios assentes nas noções cognitivas da década de 50 conduziram ao chamado Paradigma Cognitivo Social. É neste contexto que o psicólogo canadiano, inicialmente inspirado na noção de *effectance* de White (1959), relaciona a percepção de auto-eficácia juntamente com a de auto-controlo e atribui um papel [na motivação e no desempenho] à auto-eficácia como crença na capacidade pessoal de organizar e executar os cursos de acção necessários para gerir situações futuras (1995b).

1.4.2 MOTIVAÇÃO E AUTO-EFICÁCIA

No contexto do VIH, são identificadas evidências que demonstram que, as pessoas mais motivadas têm maior adesão ao tratamento (Eldred, et al., 1998; Gifford, et al., 2000; Golin, et al., 2002; Singh, et al., 1999; Singh, et al., 1996). Em boa verdade, acaba-se sem perceber muito bem de que forma a motivação, por vezes, é avaliada. As teorias explicativas da motivação são múltiplas e filiam-se em tradições de pensamentos que nem sempre são coincidentes.

Os processos cognitivos têm sido considerados factores importantes nas teorias motivacionais. Quando se salientam os processos cognitivos refere-se que para além dos níveis de motivação, os padrões de pensamento e as reacções emocionais podem afectar o comportamento, essencialmente baseados nas crenças, mais do que nos factos reais ou do que nas suas causas (Bandura, 1977). Segundo Leite e seus colaboradores (2002), colocamo-nos no domínio das acções intencionais.

Baseado em investigações anteriores, Bandura (1997) reforçou o efeito do papel mediador da auto-eficácia na motivação cognitiva. As expectativas de auto-eficácia determinam o nível de motivação, tal como se podem reflectir na iniciação, persistência ou abandono de uma estratégia ou comportamento.

Para O’Leary (1985), as expectativas de eficácia sobre a capacidade de cumprir os procedimentos prescritos e conseqüentemente de controlar o próprio estado de saúde, parecem ser um factor importante para o aumento da adesão dos sujeitos à terapêutica médica aconselhada.

A percepção de auto-eficácia parece ser mais relevante para a adesão a planos terapêuticos mais difíceis e exigentes (Horne & Weinman, 1996).

Graham e Weiner (1996) admitem que, entre todos os construtos motivacionais, a auto-eficácia é o preditor mais consistente das mudanças no comportamento, não sendo apenas uma questão de capacidade percebida, mas de crença de que se é capaz.

Vários estudos (Adam, et al., 2003; Golin, et al., 2002; Kemppainen, et al., 2004; Malcolm, et al., 2003; Murphy, et al., 2003; Remien, et al., 2003; Richter, Sowell, & Pluto, 2002; Ryan & Wagner, 2003; Sankar, Luborsky, Schuman, & Roberts, 2002; Stone, et al., 1998; Witteveen & Van Ameijden, 2002) demonstram o valor preditivo das crenças de auto-eficácia na adesão à terapêutica anti-retrovírica.

Estas expectativas têm sido entendidas como a convicção na capacidade pessoal de controlar as circunstâncias que possam dificultar a toma da medicação (Bandura, 1995a; Leite, et al., 2002).

As crenças de auto-eficácia juntamente com a percepção de auto-controlo têm assim um papel na motivação e no desempenho (Bandura, 1986). Na verdade, apesar da importância dada à adesão, esta questão pode, simplesmente, não ser considerado um problema para as pessoas que necessitam de iniciar o tratamento. Um exemplo clássico de Conrad (1985) ilustra bem este aspecto. Segundo este autor, a adesão à medicação de pessoas com epilepsia é parte do próprio processo do doente conquistar um controlo do seu estado de saúde e de gerir as dificuldades do seu quotidiano. No contexto da adesão ao tratamento do VIH/SIDA, existe uma menor possibilidade de ajustar o tratamento às próprias necessidades pessoais, pelas implicações associadas a pequenos desvios da toma da medicação. Uma maior capacidade de controlar os sintomas pode permitir uma diminuição da ansiedade, do medo e da frustração, naquilo que se pode reflectir numa maior autonomia em relação à toma da medicação e aos profissionais de saúde.

1.4.3 PROCESSOS MEDIADORES DE AUTO-EFICÁCIA

Assim, os níveis de auto-eficácia podem aumentar ou impedir a motivação para agir. A auto-eficácia faz a diferença no modo como as pessoas sentem, pensam e agem (Bandura, 1982b; Bandura, 1994).

Os processos cognitivos aparecem como o primeiro tipo de mediador no papel que a percepção de auto-eficácia desempenha num padrão de comportamento. Este processo desenvolve regras para prever e influenciar os acontecimentos, estabelecer metas, estratégias e antecipar possibilidades de sucesso nessas metas que determinam a eficácia na resolução dos problemas. As percepções pessoais de eficácia influenciam, assim, o tipo de cenário antecipatório que as pessoas constroem. Aqueles que possuem um sentido elevado de eficácia visualizam cenários de sucesso que fornecem guias positivos para a sua realização. Os menos propensos à visualização de cenários de sucesso prejudicam a adesão através do acentuar dos aspectos negativos. Um sentido de eficácia elevado favorece a construção cognitiva de acções eficazes, e a percepção de acções eficazes fortalece as auto-percepções de eficácia. As pessoas que se empenham na adesão ao seu tratamento interpretam os resultados das suas acções e utilizam estas interpretações para desenvolver crenças sobre a sua capacidade em seguir a toma da medicação e, por sua vez, agir em conformidade com as crenças criadas.

O segundo processo mediador da expectativa de auto-eficácia diz respeito à selecção de actividades e de locais. As pessoas tendem a evitar situações que excedam as suas capacidades e procuram participar em actividades e em locais onde acreditam poder desempenhar com sucesso determinado comportamento.

Os processos afectivos e motivacionais são o terceiro tipo de mediadores e determinam a intenção de desempenhar o comportamento proposto, o esforço e a persistência face às dificuldades, podendo, assim, influenciar as cognições e as acções (Bandura, 1995b; Bandura, 1997). Em termos de pensamento, um forte sentimento de competência facilita os processos cognitivos. Em termos de sentimentos, um baixo sentido de auto-eficácia está associado a depressões, ansiedade e desamparo. Estas pessoas tendem também a ter uma baixa auto-estima e a serem pessimistas em relação às suas realizações e ao seu desenvolvimento pessoal.

Em qualquer dos domínios, a mudança comportamental é facilitada pelo sentido de controlo pessoal. A motivação e o comportamento são determinados pela perspectiva dos acontecimentos. Este mecanismo de controlo antecipatório agrupa três tipos de

expectativas (Bandura, 1989; Bandura, 1992): (1) a expectativa de resultado da situação, em que as consequências são determinadas pelos acontecimentos ambientais; (2) a expectativa de resultado da acção, em que os resultados ou as consequências derivariam de uma acção; e, (3) a percepção de auto-eficácia, que se centra na crença pessoal quanto às capacidades para realizar uma acção específica necessária à obtenção de um resultado. Embora a percepção de auto-eficácia e a expectativa de resultado da acção se possam relacionar, existem diferenças a serem consideradas. Estes devem ser distinguidos porque, se por um lado a auto-eficácia se refere às crenças sobre a capacidade para agir, por outro, as expectativas dos resultados são determinadas pelas próprias acções. Na realidade são difíceis de distinguir, porque operam em conjunto, não sendo possível a segunda sem a primeira (Bandura, 1992). A auto-eficácia e as expectativas de resultado da acção referem-se à percepção de que se pode mudar a realidade e lidar com os riscos ou ameaças através de uma acção preventiva. As crenças de auto-eficácia relativas à adesão à terapêutica seriam neste caso de dois tipos: eficácia quanto ao resultado – crenças quanto à possibilidade de um comportamento dar origem a um resultado desejado; e, crenças de auto-eficácia, propriamente ditas – crenças pessoais quanto à capacidade pessoal para executar um comportamento. As pessoas que acreditam que os resultados são directamente influenciados pelos seus próprios comportamentos tendem a ser mais activos quando comparados com aqueles que avaliam os acontecimentos como mais fatalísticos (Bandura, 1986). Quando se acredita que se pode actuar para resolver um problema, haverá maior propensão a fazê-lo e a sentir-se mais implicado numa decisão (Bandura, 1997, 2001).

1.4.4 FONTES DE AUTO-EFICÁCIA

As fontes da auto-eficácia respondem à questão “De que forma se criam e se desenvolvem as crenças de auto-eficácia?”. De acordo com a teoria de Bandura (1986; 1982a; 1992, 1997) a percepção de auto-eficácia resulta da interpretação de quatro principais fontes de informação. As crenças de auto-eficácia são desenvolvidas através da avaliação de experiências passadas; da observação do comportamento dos outros; das informações e dos incentivos fornecidos por outros, nomeadamente, pelos profissionais de saúde; e, através das reacções físicas e emocionais.

As experiências de domínio pessoal são entendidas como uma percepção de ter obtido sucesso num desempenho proposto e por ter sido capaz de perseverar a criação e

a execução das acções necessárias para superar os obstáculos a tal desempenho. A percepção de ter fracassado tende a prejudicar a auto-eficácia, principalmente, se estas crenças não estiverem fortemente desenvolvidas (Bandura, 1995b).

A observação do desempenho de outras pessoas em actividades consideradas ameaçadoras sem consequências adversas, pode também criar expectativas nos observadores de que estes serão capazes de realizá-las. Bandura (1994) sublinha que a crença de eficácia pessoal tende a aumentar se concluir que, por esforço próprio, pessoas em situações semelhantes à sua tiveram sucesso no desempenho proposto. Esta fonte de percepção de auto-eficácia tende a diminuir pela observação de modelos sociais que fracassaram em situações semelhantes à sua (Bandura, 1995a). Estas experiências desenvolvem e modificam as expectativas de auto-eficácia, principalmente se se considerarem em condições semelhantes às dos modelos. O que torna um modelo influente, ou não, são certas características pessoais, entre as quais as de similaridade percebida. Por esse motivo a simples observação do êxito dos outros nem sempre é suficiente para criar crenças de auto-eficácia. Para além disso, todas as formas de observação de modelos que apresentam êxito têm apenas um efeito temporário pois deixam de aumentar a auto-eficácia caso, a seguir, não ocorram comprovações de êxito real, assim que aplicarem um esforço na realização da tarefa. Estas experiências vicariantes representam um efeito apenas relativo de influência sobre a auto-eficácia, porque podem ser anuladas por experiências reais de fracasso. Esta fonte de informação é considerada mais fraca do que a anterior, no entanto, é particularmente relevante quando o indivíduo tem pouca experiência na tarefa ou quando se sentem inseguros sobre as suas próprias capacidades.

Outra fonte descrita pelo autor diz respeito à persuasão social ou verbal que é exercida através das avaliações recebidas de outros. As pessoas podem desenvolver percepções de auto-eficácia quando, de alguma forma, são levadas a acreditar que são capazes de desempenhar com sucesso a actividade proposta. As avaliações positivas tendem a desenvolver uma maior percepção de auto-eficácia e a mobilizar um esforço maior e mais sustentado; por outro lado, as avaliações negativas tendem a prejudicar as crenças de auto-eficácia, principalmente, se as experiências de domínio pessoal não foram previamente desenvolvidas (Bandura, 1986; 1995b; 1997). Em boa verdade, esta fonte tende a ter um efeito maior na diminuição da auto-eficácia através de avaliações negativas do que propriamente no aumento destas crenças através de avaliações positivas. Estas informações serão realmente convincentes se partirem de uma pessoa

que goze de credibilidade; se houver uma comprovação através de factos; se cultivar as crenças nas próprias capacidades do indivíduo; e, ao mesmo tempo, se se garantir que o sucesso é alcançável e alcançado.

Os estados e respostas emocionais a determinadas situações desempenham um papel importante e podem afectar as crenças de auto-eficácia das pessoas nas suas próprias capacidades pois dependem daquilo que sentem quando deparados com uma determinada situação. Esta última fonte descrita por Bandura diz respeito a estados ou respostas emocionais e somáticos que correspondem à tensão, ao *stress*, a estados de humor depressivo, cansaço e fadiga que tendem a ser interpretados como um sinal de vulnerabilidade ou disfunção (Bandura, 1986; 1997). Todavia, Bandura (1994) constata que “não é a pura intensidade de reacções emocionais e físicas que é importante, mas sim a forma como são percebidos e interpretados”.

1.4.5 DIMENSÕES DE AUTO-EFICÁCIA

A percepção de auto-eficácia combina três dimensões diferentes denominadas pelo autor (1986; 1997) como magnitude, força e generalização. A magnitude reporta-se aos níveis de dificuldade ou ameaça que o indivíduo acredita ser capaz de superar para desempenhar com sucesso o comportamento. A força está relacionada com o grau de determinação do indivíduo para desempenhar o comportamento proposto. Finalmente, a generalização refere-se à transferência de auto-eficácia entre as suas capacidades e os locais. Esta dimensão tende a ser maior quanto maior for a semelhança entre as actividades a serem realizadas, entre as competências necessárias para a sua realização e entre as situações em que a actividade é realizada. A auto-eficácia numa situação afectaria a auto-eficácia noutras situações incluindo aquelas que não foram ainda vivenciadas.

1.4.6 MEDIDAS DE AUTO-EFICÁCIA

Bandura (1995a) esclarece que as expectativas de auto-eficácia não podem ser medidas directamente, sendo idealmente medidas por um conjunto de variáveis observáveis relacionadas a ela, neste caso, os itens da escala. A generalização da auto-eficácia entre as situações medidas pelas escalas reflecte-se na intensidade da correlação entre os itens. Este conceito tem sido defendido e utilizado de uma forma heurística e útil, com aplicações em muitas áreas e ramos da Psicologia. Em Portugal, destaca-se a

utilização deste género de prova no tratamento da Diabetes (Pereira & Almeida, 2004), Criança Asmática (Morgado, Pires, & Pinto, 2000) e na Artrite Reumatóide (Reis & Pereira, 2002).

1.4.6.1 A Auto-eficácia na Adesão ao Tratamento ART

Foi efectuada uma revisão da literatura que teve como objectivo identificar escalas de auto-eficácia na adesão ao tratamento do VIH. Foi realizada uma pesquisa na MEDLINE e na PsycINFO via EBSO com as seguintes palavras-chave: “HIV”, “adherence” e “Self-Efficacy” de 1996 a 2009.

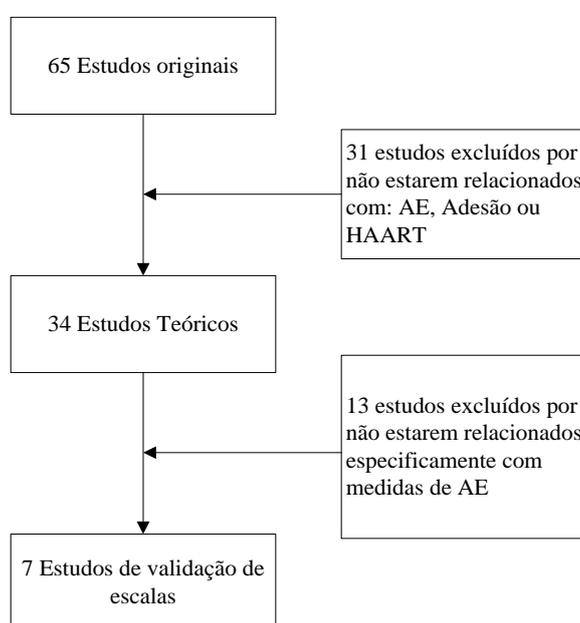


Figura 1. Revisão de estudos sobre o conceito de auto-eficácia

Na sua totalidade, obteve-se acesso a 65 artigos, sendo que na base de dados MEDLINE foram encontrados 64 resumos e na PsycINFO 65 resumos. Concluída esta selecção, encontraram-se 34 artigos correspondentes a estudos teóricos e 13 estudos de validação de escalas de Auto-Eficácia. A análise dos resumos indicou que alguns artigos não eram, especificamente, sobre medidas de auto-eficácia na adesão à terapêutica anti-retrovírica. No geral, a maioria dos artigos encontrados diziam respeito a estudos qualitativos (Adam, et al., 2003; Golin, et al., 2002; Kemppainen, et al., 2004; Malcolm, et al., 2003; Murphy, et al., 2003; Remien, et al., 2003; Richter, et al., 2002; Ryan & Wagner, 2003; Sankar, et al., 2002; Stone, et al., 1998; Witteveen & Van Ameijden,

2002). Observados estes estudos privilegiaram-se as escalas de auto-eficácia para adultos infectados por VIH/SIDA. Dos 21 resumos dos restantes artigos, 10 foram classificados como pertencentes ao estudo de desenvolvimento de escalas específicas e genéricas. Da análise dos 10 artigos foram identificados 7 estudos relativos a medidas específicas de auto-eficácia para a adesão ao tratamento do VIH:

1. Escala de Auto-eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-retroviral (Leite, et al., 2002);
2. HIV Self-Efficacy Questionnaire – HIV-SE (Shively, Smith, Bormann, & Gifford, 2002);
3. Long-Term Medication Behavior Self-Efficacy Scale (Denhaerynck, et al., 2003; Geest, Abraham, Gemoets, & Evers, 1994);
4. HIV Medication-Taking Self-Efficacy Scale (Cha, Erlen, & Kim, 2004);
5. Pictographic Visual Analogue Scale (Kalichman, et al., 2005);
6. Coping Self-efficacy Scale (Chesney, Neilands, Chambers, Taylor, & Folkman, 2006);
7. HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (Johnson, et al., 2007).

1.4.6.2 *Descrição das Escalas de Auto-Eficácia*

Da lista apresentada, apenas não se teve acesso a um exemplar das escalas 3 e 4. Salientam-se aqui as escalas 1, 2, 5, 6 e 7 que não são, de todo, consensuais a respeito das opções metodológicas e conceptuais utilizadas.

A escala de Auto-Eficácia de Leite mede, como referido previamente, as crenças relativas às expectativas de auto-eficácia do sujeito na toma da medicação em situações consideradas difíceis ao longo de 21 itens baseados no seu esquecimento, na atenção e na organização quando a pessoa se sente melhor ou quando se sente pior.

A escala HIV-SE é desenvolvida por 34 itens e é constituída por seis domínios específicos acrescido de 3 itens adicionais na avaliação geral da gestão do tratamento. Estes domínios baseiam-se na gestão do indivíduo em torno do seu humor, na gestão dos seus medicamentos, de sintomas, de fadiga, na comunicação com o técnico de saúde e na percepção do suporte social.

A LTMBSE-scale (Long-Term Medication Behavior Self-Efficacy Scale) é um instrumento constituído de 27 itens e mede o grau de confiança do sujeito na toma da

medicação, ou seja, a resposta numa escala de 4 pontos (1-5) do sujeito sobre as suas expectativas de seguir a adesão ao tratamento.

A HIV-SES (Medication-taking self-efficacy) é constituída por 17 itens e mede as crenças de auto-eficácia dos indivíduos na sua capacidade de aderir ao esquema da medicação, em determinadas condições. Este instrumento utiliza uma escala do tipo Likert de 10 pontos (não confiante [1] a totalmente confiante [10]) de modo a classificar esse nível de confiança.

A Pictographic Medication Adherence Self-Efficacy Scale foi desenvolvida para ser utilizada em pessoas com um menor grau de alfabetização, dificuldades de leitura ou de compreensão do idioma. Os resultados obtidos são medidos numa escala analógica visual pela distância da esquerda (não consigo fazê-lo de certeza) para a direita (de certeza absoluta que consigo fazê-lo).

A escala CSE (Coping Self-Efficacy Scale) mede a confiança das pessoas na relação entre o modo de lidar com problemas na toma da medicação focalizados nas emoções negativas, pensamentos e na obtenção de suporte dos amigos e dos familiares. A escala é constituída por 26 itens e os sujeitos classificam em 11 pontos (de 0 a 10) o grau em que acreditam poder realizar os comportamentos para enfrentar os problemas.

A HIV-ASES (HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale) avalia, segundo os autores, o grau de confiança dos sujeitos na realização dos comportamentos de adesão ao esquema, a indicações dietéticas, ao exercício físico, etc., nos últimos 30 dias. Esta escala, desenvolvida por consenso, contém 12 itens e as respostas variam de 1 a 10.

1.4.6.3 *Observação Directa dos Itens da Escala: Auto-Eficácia e Adesão*

Bandura (1977; 1997) salienta que a auto-eficácia é melhor conceptualizada e medida como um construto multidimensional, com mais utilidade centrada no domínio específico de actividade e de determinado contexto, eventualmente melhor explicativo do papel susceptível a desempenhar (Bandura, 1997; Pajares, 1996). Contudo, o número de estudos realizados sobre o tema da adesão, com algumas conclusões que nem sempre coincidem, acabam por dificultar as comparações que são efectuadas. Estas fragilidades têm sido resolvidas através de estudos que utilizam procedimentos metodológicos meta-analíticos, muito explorados nesta área. Importa referir que a análise de conteúdo dos itens por observação directa é apenas inferencial, isto é, não constitui um processo de

validação mas permite uma análise dos factores comuns às diferentes 5 escalas obtidas e descritas anteriormente.

Quadro 1. Observação directa dos itens das escalas

Barreiras	# <u>n</u> Escalas	# <u>n</u> Itens	Escalas de Auto-Eficácia (AE/SE)				
			AE Leite	HIV-SE	P-VAS	CSE	HIV-ASES
Medo de ser discriminado	2	4	✓				✓
Sentir-se sobrecarregado	5	7	✓	✓	✓	✓	✓
Simplesmente esqueci							
Crenças da eficácia da TARV	2	2	✓				✓
Ficar livre da medicação							
Não compreende o tratamento	1	5		✓			
Problemas financeiros	1	2		✓			
Sem-abrigo/outras doenças							
Efeitos colaterais	3	5	✓	✓			✓
Esquema complicado	2	2	✓	✓			
Gosto/tamanho/ Freq. doses	2	5	✓	✓			
Sentir-se bem/saudável	3	4	✓	✓			✓
Perda de qualidade de vida	2	4	✓	✓			
Incerteza	2	2	✓				✓
Rotina caótica/disruptiva	2	5	✓				✓
Estar a dormir	3	4	✓	✓	✓		
Estar longe de casa	2	4	✓		✓		
Demasiado ocupado/distraído	1	2	✓				
Abastecimento na farmácia	1	1		✓			
Visão negativa do médico	1	1					✓

Como se pode observar, nem todas as escalas apresentadas encerram todas as áreas consideradas barreiras na adesão do tratamento do VIH. O factor comum em todas as escalas diz respeito a “Sentir-se sobrecarregado” e apenas uma escala se focaliza na visão negativa do médico por parte do paciente. Pode-se também observar que a questão relacionada com um dos factores mais apontado para o insucesso da adesão – o esquecimento – não é contemplada por nenhuma das escalas. Esta opção sugere que esta variável se encontra latente ao próprio modelo teórico. Neste sentido Bandura refere que os problemas relacionados com os lapsos têm mais probabilidade de ocorrer nas

condições em que os indivíduos têm uma menor percepção de auto-eficácia para mobilizar os seus recursos.

A auto-eficácia é um domínio específico de avaliação e deve ser contextualizada para uma actividade ou uma situação específica e o modo de a avaliar deve reflectir isso mesmo. Uma abordagem de uma “medida-encaixa-tudo” tem limitações explicativas e um baixo valor preditivo porque a maior parte dos itens de uma medida para todos os propósitos pode ter pouca ou nenhuma relevância para o domínio especificamente seleccionado. Os itens de uma medida global de auto-eficácia são expressos em termos gerais e o esforço que é colocado para servir todos os efeitos deixa descontextualizado e de forma muito ambígua exactamente o que está a ser medido. Para além disso, fica-se sem saber muito bem o nível de tarefa e de exigência que deve ser gerido na situação. Bandura (1995a) esclarece que as escalas devem de incluir impedimentos de diferentes dimensões do comportamento que devem ser aprendidas e sustentadas no contexto social onde será aplicada. Devem assim adaptar-se às áreas de funcionamento que são objecto e interesse de estudo. Quando falamos do contexto da adesão ao tratamento do VIH não há diferença. A importância dos estudos sobre adesão ao tratamento prende-se essencialmente com o facto das escalas de auto-eficácia exigirem a construção de situações realistas e de cenários relevantes (Bandura, 1974). O conceito de auto-eficácia tem sido operacionalizado de uma forma tão diversa que as medidas utilizadas variam desde um modelo de 1 item, a medidas de 21 itens.

Estas discordâncias verificam-se tanto no que diz respeito ao modo de como e quanto avaliar, como aos aspectos teóricos adoptados (domínios) ou ainda se o conceito precede ou procede a adesão à toma da medicação. A questão que é aqui explicitamente colocada diz respeito à medida proposta por Jonhson e seus colaboradores (2007). Estes autores, a partir das instruções prévias do preenchimento da escala, analisam um sentido de auto-eficácia de experiências passadas (Bandura, 1997) e parecem ignorar a hipótese que as pessoas que acreditam na sua eficácia estão dispostas a iniciar ou a persistir no futuro. Na verdade, quando nos referimos à auto-eficácia, referimo-nos concretamente à percepção de auto-eficácia, tal como denominado e como concebido por Bandura.

Leite e seus colaboradores (2002), tal como neste estudo, concordam que a cada item devem ser adicionados uma medida em que o sujeito determine o seu grau de confiança num momento futuro claramente especificado.

Se uma pessoa acredita que, num tratamento que se protela para o resto da vida, ser capaz de atingir os níveis elevados de adesão que são exigidos, devemos esperar que

as medidas de auto-eficácia precedam essa capacidade. A avaliação da auto-eficácia e da adesão no passado devem ser susceptíveis de variar com o fluxo de diferentes representações, pois tudo o que fazemos é realizado com o sentido de transformar um passado, mas também de transformar um futuro que passa a ser ele próprio uma construção interpretativa da nossa realidade.

Capítulo 2 – Método

2.1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo, inicia-se a apresentação do estudo metodológico e descrevem-se os objectivos gerais a que esta investigação se propôs. Formulam-se as hipóteses, as variáveis e as questões organizadoras do estudo, passando a uma breve descrição dos instrumentos utilizados. A população-alvo do presente estudo foi constituída por adultos com diagnóstico de VIH/SIDA, com recomendação para início de tratamento anti-retrovírico, que cumprem a toma da medicação ou que, simplesmente, a abandonaram.

2.2 OBJECTIVOS

Face ao enunciado, considerando toda a especificidade inserida na problemática da infecção por VIH/SIDA, o estudo que integra a segunda parte desta investigação tem como objectivo geral analisar o papel da auto-eficácia na adesão ao tratamento anti-retrovírico. Esta análise resulta das considerações teóricas feitas na primeira parte deste trabalho, particularmente da forma como o conceito de auto-eficácia tem sido abordado na adesão.

Assim, em termos de objectivos específicos pretende-se:

1. Contribuir para a adaptação e validação portuguesa de uma escala de auto-eficácia para a adesão ao tratamento do VIH;
2. Estudar, caracterizar e comparar o grupo clínico e de controlo em relação aos contextos associados à auto-eficácia e à adesão;
3. Estudar, caracterizar e comparar os dois grupos em termos de *coping* (forma de lidar com os problemas), *stress* e suporte social na sua associação com a auto-eficácia;
4. Estudar, caracterizar e comparar os dois grupos em termos de presença de sintomas psicopatológicos na auto-eficácia e na adesão;
5. Estudar a influência dos diversos determinantes (pertencentes a diferentes contextos: consumo de substâncias, estágio da doença, número de tomas e de medicamento) na adesão ao esquema de medicamentos.

2.3 HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO

Para seguir o normal desenrolar do estudo e cobrindo a diversidade de objectivos formulados importava saber: As crenças de auto-eficácia relacionam-se positivamente com a adesão? Os aspectos relacionados com o meio envolvente e a organização na rotina dos doentes interferem com a auto-eficácia e com a adesão? A presença de sintomas psicopatológicos interfere com a auto-eficácia e com a adesão? A auto-eficácia é um bom preditor de adesão à toma da medicação?

Para além da ênfase que é colocada nestas questões, bem como, nos aspectos metodológicos e psicométricos da tradução e da validação da escala, foram formuladas as seguintes hipóteses gerais:

Hipótese 1: Os resultados da escala de crenças de auto-eficácia relacionam-se positivamente com os níveis de adesão necessários para suprimir a carga vírica.

A primeira hipótese pode ser analisada considerando um modelo conceptual de base adoptado por Leite e seus colaboradores (2002). Os autores, ao preconizarem este modelo, têm como ponto de partida a Teoria Cognitiva Social de Bandura, e apoiados em evidências tidas na literatura sobre as dificuldades por parte dos doentes na adesão ao tratamento (Conway, Pond, Hamnett, & Watson, 1996; Muma, et al., 1995; Samet, et al., 1992; Walsh, et al., 2001), suportam a ideia que as crenças de auto-eficácia estariam relacionadas com uma melhor adesão. Assim, e segundo os autores, a primeira hipótese considera o impacto da auto-eficácia na adesão à terapêutica anti-retrovírica.

Hipótese 2: Os resultados da escala de crenças de auto-eficácia conseguem explicar de uma forma isolada a não adesão mesmo quando relacionados com os resultados da percepção de stress, de coping e de satisfação com o suporte social.

A segunda hipótese analisa se um elevado sentimento de auto-eficácia poderia reflectir uma melhor adesão independentemente do *stress*, da forma como as pessoas lidam com os problemas resultantes da toma da medicação e da quantidade da satisfação com suporte social percebido. Foi assumido que o nível de expectativas de auto-eficácia dependeria do interesse das pessoas receber tratamento e que estes tenderiam a ser

favoravelmente mais autônomos e mais confiantes na toma da sua medicação (Catz, et al., 2000; Gifford, et al., 2000; Kennedy, et al., 2004).

Hipótese 3: *Os resultados da escala de crenças de auto-eficácia relacionam-se negativamente com os resultados de sintomatologia psicopatológica.*

A terceira hipótese considera que a presença de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente de sintomatologia depressiva (Adewuya, et al., 2010; Rodkjaer, et al., 2010), teria um efeito negativo na medida em que os indivíduos acreditariam menos nas suas próprias capacidades e tenderiam a ter uma menor adesão.

2.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS E MODELOS TEÓRICOS ADOPTADOS

Um dos temas centrais nas teorias de regulação cognitivo da motivação tem sido a questão da causalidade. O impacto da expectativa de auto-eficácia irá depender da forma como a informação é avaliada cognitivamente, mas também de algumas circunstâncias sociais, situacionais e temporais em que é feita essa mesma avaliação (Bandura, 1977). Partindo da contextualização do conceito colocado na sua diversidade relacional e causal, adoptou-se um conjunto de variáveis representadas na Figura 2.

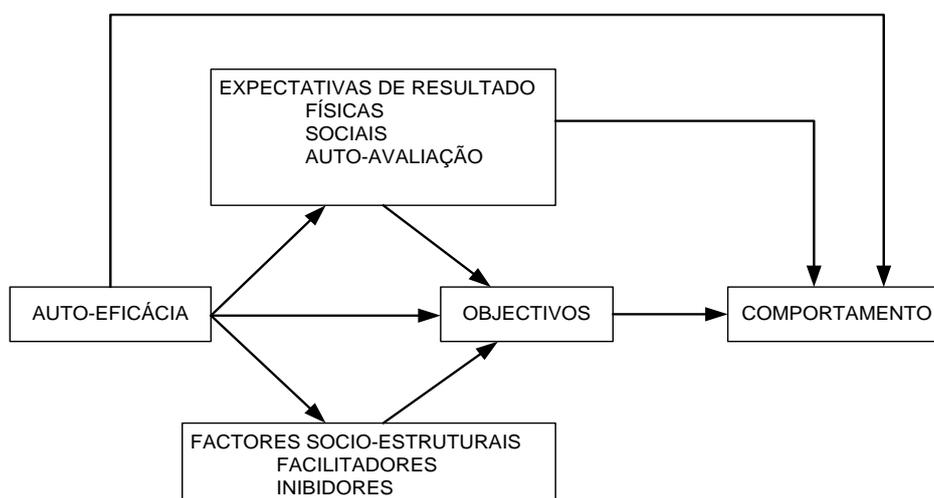


Figura 2. Esquema conceptual das principais variáveis do estudo

Bandura esclarece, embora não demonstrado na Figura, que todas as variáveis no sistema influenciam e são influenciadas de uma forma dinâmica. As apreciações mudam

constantemente e são circulares pois os resultados podem influenciar as variáveis antecedentes. De outro modo, estas variáveis apesar de serem complementares acabam por se desdobrar em diferentes dimensões do problema onde a inclusão de diferentes análises acabou por ser inevitável.

2.5 DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Por não existir nenhum instrumento em Portugal, este trabalho apresenta os resultados da Escala de Auto-eficácia de Leite (Leite, et al., 2002) numa amostra de pessoas infectadas por VIH/SIDA da população portuguesa e caracteriza-se como sendo um estudo de desenvolvimento, tradução e validação de um instrumento (Montero & León, 2007). Utiliza-se um desenho metodológico descritivo, transversal e longitudinal (Barker, Pistrang, & Elliot, 1994; Montero & León, 2007). A uma nova luz, proveniente do pensamento positivo aristotélico e galileiano, esta investigação inscreve-se numa corrente psicológica que explora as potencialidades das crenças de auto-eficácia e dos estudos sobre a adesão à terapêutica, na procura de novas formas de abordar o corpo.

2.6 PARTICIPANTES E PROCEDIMENTO

A aprovação desta investigação foi submetida a uma avaliação por parte da Comissão de Ética Hospitalar do Hospital de São João, tendo sido os Directores dos Serviços directamente informados sobre os objectivos e a duração do estudo. A recolha de dados foi realizada na clínica de ambulatório de VIH, num período de 12 meses (de Janeiro a Dezembro de 2008), tendo as entrevistas sido realizadas, sempre que possível, no dia da consulta de modo a evitar um enviesamento do estudo pela sobrecarga por parte dos doentes à utilização do serviço de ambulatório. Foi ainda realizado um esforço para que pudessem responder ao protocolo de avaliação num local reservado, de modo a garantir assim o seu anonimato. O protocolo foi inicialmente desenvolvido como questionário de auto-resposta, contudo, sempre que os participantes não fossem capazes de preencher o questionário, foram-lhes lidas as instruções de preenchimento, lidas as questões e assinaladas as suas respostas. Para além disso, os questionários poderiam ser levados para casa para serem concluídos. Nestes casos, todos os participantes foram contactados por telefone no final de uma semana, tendo sido o protocolo entregue pessoalmente ou remetido por correio, não havendo lugar a qualquer tipo de reembolso.

Todas as pessoas foram plenamente informadas dos objectivos, da metodologia e do seu papel no estudo. As instruções esclareciam que a participação no estudo consistia no preenchimento de um protocolo de avaliação, realizado em dois momentos, repetido num intervalo mínimo de 12 semanas. Todas as pessoas foram informadas de que a não participação no estudo não teria quaisquer implicações no atendimento clínico habitual. Além disso, os participantes foram convidados a assinar um consentimento informado e esclarecido que os dados teriam unicamente valor colectivo, destacando o seu carácter facultativo e confidencial.

2.6.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

A amostra foi constituída na sua maioria por indivíduos do sexo masculino, caucasianos, e por um número mais reduzido de mulheres (33,3%) e de pessoas de raça negra (3,4%). A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 77 anos ($\underline{M} = 40$; $\underline{DP} = 0,16$). Metade das pessoas possuía 9 anos de escolaridade e 1/3 estava desempregado (29,9%). As características demográficas são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2. Características demográficas da amostra

		Momento			
		Inicial $\underline{N} = 87$		Follow-Up $\underline{N} = 46$	
		\underline{n}	%	\underline{n}	%
Idade – média de anos (\underline{DP})		40,24 (0,16)		41,28 (1,57)	
Género	Feminino	29	33,3	19	40,4
	Masculino	58	65,5	27	57,4
Estado civil	Solteiro	27	31,0	13	27,7
	Casado	35	40,2	20	42,5
	Divorciado	13	14,9	5	10,6
	Separado	6	6,9	5	10,6
	Viúvo	6	6,9	4	8,5
Etnia	Caucasiana	84	96,6	44	93,6
	Negra	3	3,4	3	6,4
Escolaridade – média de anos (\underline{DP})		3,54 (1,49)		3,6 (0,20)	
Profissão	Desempregado	26	29,9	16	34,0
	Empregado	46	52,9	25	53,2
	Estudante	6	6,9	4	8,5
	Reformado	9	10,3	2	4,3

2.6.2 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA AMOSTRA

Um pequeno ($n = 14$, 16,1%), mas importante, número de pessoas não recebe tratamento anti-retrovírico. Aproximadamente 1/3 ($n = 27$; correspondente a 31%) dos participantes encontravam-se num estágio assintomático da doença e cerca de metade (42,5%) não tinha conhecimento do seu estágio serológico.

Sem surpresas, o tipo de vírus mais frequente ($n = 83$; 95%) foi o VIH-1 não tendo sido encontrados os dois tipos diferentes de vírus em simultâneo. No seu conjunto, foram contabilizados cerca de 34 participantes que indicaram corresponderem à transmissão do vírus por relação sexual com um homem, 31% relativos à troca de material no consumo de drogas e 27,6% à transmissão sexual com uma mulher. O maior número de participantes era proveniente do Distrito do Porto (88,5%) e viviam em meio Urbano (80,5%). O tempo médio de diagnóstico da doença foi $M = 8,32$; $\pm DP = 5,81$ (mediana: 8 anos).

Quadro 3. Características epidemiológicas da amostra

		Momento			
		Inicial N = 87		Follow-Up N = 47	
		n	%	n	%
Regime de tratamento	Consulta Externa	73	83,9	40	85,1
	Sem tratamento	14	16,1	7	14,9
Estado serológico	Assintomático	27	31	11	23,4
	Sintomático	8	9,2	4	8,5
	SIDA	15	17,2	13	27,7
	Não sabe	37	42,5	19	40,4
Data do diagnóstico – média anos (<i>DP</i>)		8,32(5,81)		8,32(5,81)	
Tipo do Vírus	VIH-1	83	95,4	44	93,6
	VIH-2	4	4,6	3	6,4
Fonte de infecção	Relação sexual com um homem	34	39,1	22	46,8
	Relação sexual com uma mulher	24	27,6	12	25,5
	Partilha de material no uso de drogas	27	31	12	25,5
	Contacto com sangue	2	2,3	1	2,1
Distrito	Bragança	2	2,3	1	2,1
	Braga	2	2,3	2	4,3
	Porto	77	88,5	39	83
	Aveiro	5	5,7	4	8,5
	Lisboa	1	1,1	1	2,1
Meio onde vive	Urbano	70	80,5	36	76,6
	Rural	17	19,5	11	23,4

2.6.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA AMOSTRA

As principais características clínicas, virológicas e imunológicas, são analisadas em conjunto com a percepção de bem-estar geral subjectiva por parte dos participantes.

Os dados recolhidos confirmam a elevada prevalência de VIH/VHC (33 a 36%), sendo a hipertensão a segunda patologia mais encontrada (8 a 13%) seguida da Diabetes (4,6 a 6,4%) e da Tuberculose (3,4 a 4,3%). A utilização dos serviços de urgência, durante os 30 dias que precederam a recolha de dados, variou em média entre o estudo do momento inicial e o *follow-up* de 9,2 a 13% de pessoas, respectivamente. Da mesma forma, cerca de 12,3 por cento das pessoas manifestaram uma má a muito má percepção subjectiva de bem-estar geral. Foi obtido uma contagem de valores médios de 338,36 células CD4/mm³ e uma mediana de 49 valores da última contagem da carga vírica plasmática apontando para um bom funcionamento imunológico geral.

Quadro 4. Características clínicas da amostra

	Momento				
	Inicial		Follow-Up		
	<u>N</u> = 87		<u>N</u> = 47		
	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	
Co-infecções	28	32	19	40	
Doença(s) provocada(s) pelo VIH/SIDA	12	14	11	23	
Outras patologias	VIH/VHC	29	33	17	36
	Diabetes	4	4,6	3	6,4
	Hipertensão	7	8	6	13
	Tuberculose	3	3,4	2	4,3
	Artrite Reumatóide	1	1,1	1	2,1
	Meningite	1	1,1	1	2,1
Clínica de Ambulatório – <i>média último mês</i>	40	46	25	53	
Serviço de Urgência – <i>média último mês</i>	8	9,2	6	13	
Outros serviços – <i>média último mês</i>	9	10	8	17	
Estado de saúde	Muito Má	2	2,3	2	4,3
	Má	9	10	4	8,5
	Nem Boa Nem Má	35	40	18	38
	Boa	34	39	18	38
	Muito Boa	7	8	5	11
CD4+ – <i>média (DP) da última contagem</i>	338,36 (202,87)		409,49 (32,41)		
Carga vírica – <i>média (DP) da última contagem</i>	45505,63 (225825,85)		9465,57(4270,84)		

Os critérios de inclusão para o estudo foram os seguintes: adultos (> 18 anos); com diagnóstico clínico para o VIH-1, VIH-2 ou VIH-1/VIH-2; em diferentes estádios, fontes e tipos de infecção; com recomendação para iniciar o tratamento com medicação anti-retrovírica; capazes ou não de ler e de escrever Português; sem complicações ao nível do SNC, incapacidade e/ou perturbações mentais graves. O limite máximo de idade não foi restrito, para permitir um maior número de participantes. Foram também aceites recém-diagnosticados de modo a explorar a adesão nos doentes Naïves.

2.7 INSTRUMENTOS E ESTUDOS PSICOMÉTRICOS PRÉVIOS

A escolha dos instrumentos foi realizada, valorizando, essencialmente, a sua adequação aos objectivos propostos. Além das medidas padronizadas utilizadas, foram ainda incluídos no protocolo final de avaliação três fichas de dados referentes a aspectos demográficos, clínicos e laboratoriais.

2.7.1 PERCEPÇÃO DE *STRESS*

Foi utilizado a Escala de Percepção de Stress (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves, & Ramos, 2002) que consiste num instrumento de auto-resposta destinado a avaliar a percepção de *stress* que cada pessoa pensa subjectivamente ter sofrido em determinadas circunstâncias da vida, decorrentes do seu último mês. Cada pergunta tem cinco categorias de resposta, desde “nunca” a “com muita frequência”, respectivamente e ponderadas de 0 a 4, com excepção dos itens em que a ponderação se inverte. Os autores da PSS não indicam pontos de corte e a interpretação da escala tem em conta o valor total obtido: quanto maior, maior o grau de stress percebido.

2.7.2 AVALIAÇÃO DO *COPING*

No sentido de se avaliar o *coping* foram utilizadas todas as subescalas do Brief COPE (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). O preenchimento deste questionário foi precedido de uma breve introdução em que se pediu às pessoas para responderem sobre o modo de lidar com os problemas resultantes da sua doença e do seu tratamento. Este instrumento é constituído por 14 escalas com dois itens cada e as respostas são dadas numa escala ordinal com quatro alternativas (de

“0” a “3” entre “nunca faço isto” até “faço sempre isto”). O resultado final da escala é apresentado como um perfil e as subescalas não são somadas nem há uma nota total.

2.7.3 PERCEPÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA

As crenças de auto-eficácia foram avaliadas através dos 21 itens propostos pela Escala de Expectativas de Auto-eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-retrovírico (Leite, et al., 2002) que constitui, tal como é explícito, a opção de fundo para este estudo. As perguntas da escala foram igualmente enunciadas para uma escala de resposta de tipo Likert (de 5 pontos): capacidade (0 – De certeza que não vou tomar; 1 – Acho que não vou tomar; 2 – Não sei; 3 – Acho que vou tomar; 4 – Vou tomar de certeza). A escala original foi construída através de análise de conteúdo e com base em estudos anteriores tidos na literatura sobre as principais razões consideradas difíceis no seguimento da adesão ao tratamento. A consistência interna foi avaliada pelo *alfa* de Cronbach's de 0,96, o coeficiente de Spearman-brown encontrado foi 0,86 e a correlação Split-half de 0,85 sugerindo que os 21 itens da escala podem constituir uma medida confiável da variável latente. Para a solução apresentada, recorreu-se à estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de esfericidade de Bartlett, cujo objectivo se centrou na identificação da adequabilidade do método de redução de informação. A estatística KMO apresentou um valor de 0,86, correspondendo a um bom valor, e o teste de esfericidade de Bartlett, apresentou-se significativo ($p < 0,00$). Os índices de fiabilidade obtidos através da correlação entre o item e o valor global; e a correlação entre o item e o valor global quando este é excluído apresentam uma correlação superior a 0,35 e são também abonatórios.

2.7.4 SUPORTE SOCIAL

A escala ESSS foi desenvolvida por Ribeiro (1999) para avaliar inicialmente a percepção de suporte social de jovens, sem doença, ao longo de quatro dimensões distintas descritas pelo autor como a percepção de satisfação com amigos, existência de suporte íntimo, família e actividades sociais que realiza. Esta escala é constituída por 15 itens e a nota de cada dimensão resulta da soma dos seus itens em cada dimensão, atribuindo o valor entre “1” e “5” com excepção dos itens invertidos. A nota para a escala total varia entre 15 e 75 sendo que, à nota mais alta, corresponde uma maior percepção de suporte social.

2.7.5 SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Foram utilizadas as nove dimensões do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999; Derogatis, 1982) de modo a analisar diferentes aspectos descritos pelos autores de uma forma breve como: somático, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. A pontuação das dimensões é obtida pela soma dos valores entre 0 a 4 em cada item e divididos pelo número de itens a que o indivíduo respondeu, para essa dimensão.

Ainda com o propósito de estimar a frequência de sintomatologia depressiva, frequente nesta população, foi utilizado o Inventário Depressivo de Beck – BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a; Vaz Serra & PioAbreu, 1973b). A resposta aos itens variam de 0 a 3 pontos e os *scores* variam de 14, 19, 20 a 28 e indicam, respectivamente, a ausência ou presença de níveis leves, moderados a graves de sintomatologia depressiva.

2.7.6 AVALIAÇÃO DA ADESÃO

Foi utilizado um questionário de auto-relato de adesão AACTG – Adults AIDS Clinical Trials Group (Chesney, et al., 2000a). Este instrumento é constituído por nove itens que avaliam a adesão: nos últimos 1-4 dias, semana passada, e periodicamente até aos 3 meses que antecedem o preenchimento do questionário. Este instrumento analisa ainda algumas razões para falhas na adesão ao tratamento, descritas com mais pormenor na observação dos resultados (e.g., consumo de álcool e drogas; utilização de serviços de saúde; atitudes, crenças e conhecimentos sobre a doença e tratamento). Esta medida tem sido considerada válida e fiável, apoiando assim a sua fiabilidade como instrumento de auto-relato de adesão (Johnson, et al., 2007; Reynolds, et al., 2007). Os resultados clínicos referentes à última contagem da carga vírica plasmática foram usados como uma medida de adesão, pois ao tratamento está associado um resultado clínico preciso de sucesso. Para calcular este valor foi utilizado um conceito dicotómico (adesão – valor de carga vírica de RNA VIH < 50 cópias/ml; não adesão – valor de carga vírica RNA VIH > 50 cópias/ml). Ainda ao terminar, os participantes foram questionados sobre a frequência e o grau de incómodo com que experimentaram efeitos colaterais da medicação nas últimas duas semanas que antecederam o preenchimento do protocolo de investigação (nunca, raramente, às vezes e muitas vezes).

2.7.7 FICHAS DE DADOS DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E LABORATORIAIS

A primeira ficha de dados demográficos incluiu características como a idade, o género, a escolaridade, o grupo étnico, o estado civil e o meio de pertença do indivíduo. A segunda ficha de dados de cariz mais clínico e epidemiológico incluiu aspectos como o estado serológico, a presença de comorbilidades, as crenças por parte dos participantes sobre o tipo, fonte, data de infecção e percepção subjectiva de bem-estar em relação ao seu estado de saúde. Para este efeito foi utilizado um item: “De uma forma geral, como está a sua saúde?” analisado através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos com uma classificação de “muito má” a “muito boa”. Estas questões foram incluídas junto com o protocolo final de avaliação, tentando salvaguardar as propriedades psicométricas das versões originais.

Capítulo 3 – Resultados

3.1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo procede-se à apresentação dos principais resultados obtidos e fornece-se uma leitura descritiva de cada instrumento. Estes dados foram analisados e usados como critério concorrente e discriminador da validação da Escala de Leite et al. (2002).

3.2 ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA

3.2.1 ANÁLISE FACTORIAL E CORRELAÇÃO ENTRE OS ITENS DA ESCALA

Com o intuito de se evidenciar as questões que contribuem para a avaliação das diferentes crenças de auto-eficácia, recorreu-se à Análise Factorial de Componentes Principais (AFCP) com rotação Varimax. A distribuição dos vinte e um itens fez-se por quatro componentes, sendo que o primeiro componente explicou 60% da variância total (eigenvalue = 12,60), onde todos os itens apresentaram um peso componencial alto nesse componente ($> 0,45$).

Quadro 5. Análise dos componentes principais.

Factor	Total	Explicação da Variância (%)	Explicação da Variância Acumulada (%)
1	12,60	60,03	60,03
2	1,37	6,53	66,57
3	1,13	5,40	71,97
4	1,11	5,29	77,27

Também conforme a escala original (Leite, et al., 2002), a correlação entre os itens, medida pelo coeficiente de Pearson, foi em média moderada ($r = 0,54$). A correlação item-total corrigida foi maior do que 0,45 indicando que todos os itens contribuem para a medida de auto-eficácia. As menores correlações ocorreram nas situações que diferem entre habilidades cognitivas, afectivas e comportamentais, $r = 0,12$ entre os itens “se eu estiver ocupado ou a divertir-me.” e “se for feriado ou fim-de-

semana.” (AE5 e AE16); $r = 0,15$ “se eu estiver em viagem de passeio ou de trabalho.” e “se for feriado ou fim-de-semana.” (AE6 e AE16). Analisando as correlações mais elevadas constata-se que as experiências negativas e as crenças sobre a confiança no tratamento se encontram preponderantemente ligadas, $r = 0,85$ aos itens “Se eu estiver nervoso ou irritado.” e “Se o medicamento for difícil de engolir.” (AE11 e AE15); $r = 0,84$ aos itens “Se o medicamento tiver um gosto mau ou um cheiro forte.” e “Se eu estiver com alguém que acha mal eu tomar esses medicamentos.” (AE18 e AE20).

Quadro 6. Correlação entre os itens da escala

Item	AE1	AE2	AE3	AE4	AE5	AE6	AE7	AE8	AE9	AE10	AE11	AE12	AE13	AE14	AE15	AE16	AE17	AE18	AE19	AE20	AE21
AE1	1,00	0,60 (0,73)	0,72 (0,82)	0,49 (0,52)	0,73 (0,65)	0,70 (0,7)	0,62 (0,58)	0,46 (0,46)	0,34 (0,22)	0,55 (0,72)	0,60 (0,61)	0,34 (0,50)	0,63 (0,76)	0,41 (0,56)	0,50 (0,70)	0,25 (0,68)	0,63 (0,56)	0,47 (0,86)	0,51 (0,82)	0,57 (0,58)	0,28 (0,47)
AE2		1,00	0,68 (0,59)	0,60 (0,38)	0,62 (0,45)	0,65 (0,49)	0,78 (0,41)	0,46 (0,28)	0,57 (0,15)	0,54 (0,63)	0,71 (0,42)	0,54 (0,32)	0,63 (0,51)	0,48 (0,34)	0,64 (0,52)	0,27 (0,54)	0,53 (0,40)	0,59 (0,63)	0,55 (0,62)	0,54 (0,40)	0,52 (0,43)
AE3			1,00	0,45 (0,65)	0,60 (0,73)	0,70 (0,76)	0,72 (0,64)	0,79 (0,53)	0,57 (0,34)	0,74 (0,78)	0,80 (0,72)	0,62 (0,68)	0,60 (0,79)	0,40 (0,58)	0,64 (0,67)	0,27 (0,61)	0,61 (0,65)	0,63 (0,79)	0,67 (0,78)	0,66 (0,58)	0,52 (0,53)
AE4				1,00	0,43 (0,45)	0,52 (0,48)	0,52 (0,58)	0,29 (0,58)	0,32 (0,42)	0,42 (0,34)	0,53 (0,58)	0,28 (0,52)	0,58 (0,42)	0,47 (0,34)	0,57 (0,38)	0,26 (0,20)	0,57 (0,26)	0,64 (0,46)	0,55 (0,41)	0,64 (0,39)	0,29 (0,34)
AE5					1,00	0,68 (0,74)	0,68 (0,68)	0,40 (0,41)	0,47 (0,26)	0,49 (0,66)	0,49 (0,59)	0,58 (0,60)	0,46 (0,69)	0,39 (0,62)	0,55 (0,65)	0,12 (0,57)	0,67 (0,49)	0,53 (0,60)	0,52 (0,63)	0,46 (0,51)	0,46 (0,53)
AE6						1,00	0,75 (0,62)	0,43 (0,47)	0,42 (0,30)	0,40 (0,68)	0,63 (0,59)	0,42 (0,69)	0,54 (0,73)	0,43 (0,67)	0,60 (0,67)	0,15 (0,59)	0,66 (0,50)	0,65 (0,63)	0,74 (0,65)	0,52 (0,55)	0,31 (0,35)
AE7							1,00	0,52 (0,62)	0,55 (0,38)	0,57 (0,59)	0,76 (0,72)	0,47 (0,53)	0,63 (0,68)	0,51 (0,47)	0,77 (0,65)	0,19 (0,53)	0,60 (0,52)	0,73 (0,57)	0,62 (0,55)	0,56 (0,54)	0,52 (0,50)
AE8								1,00	0,63 (0,52)	0,73 (0,45)	0,60 (0,77)	0,58 (0,36)	0,51 (0,46)	0,44 (0,44)	0,55 (0,44)	0,41 (0,51)	0,49 (0,55)	0,49 (0,41)	0,53 (0,41)	0,52 (0,56)	0,41 (0,22)
AE9									1,00	0,51 (0,26)	0,61 (0,40)	0,52 (0,29)	0,42 (0,27)	0,75 (0,59)	0,51 (0,19)	0,42 (0,27)	0,30 (0,41)	0,56 (0,28)	0,50 (0,34)	0,42 (0,37)	0,42 (0,35)
AE10										1,00	0,75 (0,67)	0,64 (0,60)	0,79 (0,84)	0,45 (0,56)	0,71 (0,74)	0,39 (0,67)	0,66 (0,65)	0,70 (0,74)	0,70 (0,66)	0,79 (0,56)	0,46 (0,40)
AE11											1,00	0,57 (0,43)	0,74 (0,68)	0,57 (0,43)	0,85 (0,60)	0,39 (0,63)	0,56 (0,64)	0,83 (0,64)	0,79 (0,67)	0,80 (0,55)	0,48 (0,37)
AE12												1,00	0,39 (0,57)	0,38 (0,45)	0,64 (0,49)	0,11 (0,36)	0,62 (0,42)	0,57 (0,49)	0,64 (0,48)	0,49 (0,49)	0,62 (0,42)
AE13													1,00	0,59 (0,56)	0,78 (0,85)	0,49 (0,63)	0,70 (0,65)	0,72 (0,77)	0,63 (0,67)	0,81 (0,62)	0,33 (0,46)
AE14														1,00	0,58 (0,53)	0,55 (0,51)	0,53 (0,47)	0,61 (0,45)	0,52 (0,52)	0,62 (0,51)	0,27 (0,41)
AE15															1,00	0,31 (0,64)	0,70 (0,57)	0,82 (0,68)	0,73 (0,58)	0,79 (0,52)	0,49 (0,47)
AE16																1,00	0,25 (0,70)	0,36 (0,64)	0,29 (0,67)	0,46 (0,52)	0,06 (0,29)
AE17																	1,00	0,69 (0,63)	0,68 (0,62)	0,77 (0,50)	0,37 (0,45)
AE18																		1,00	0,90 (0,87)	0,84 (0,55)	0,38 (0,49)
AE19																			1,00	0,79 (0,52)	0,32 (0,53)
AE20																				1,00	0,28 (0,36)
AE21																					1,00

3.2.1 ITENS DA ESCALA, MÉDIA E PESO COMPONENTIAL DOS ITENS

Partindo dos dados anteriores, procedeu-se ao cálculo dos valores individuais de cada um dos factores, tendo-se optado pela média das pontuações atribuídas a cada uma das questões, ou seja, para cada indivíduo, somou-se a totalidade das pontuações às questões em análise e dividiu-se o valor pelo número de questões. Foram contabilizados os indivíduos que responderam a todas as questões envolvidas no cálculo de cada um dos factores (Hill & Hill, 2000), num total de 105 escalas correctamente validadas.

Quadro 7. Itens da escala, média e peso componencial dos itens

Itens da Escala de Expectativas de Auto-eficácia de Leite et al. (2002)		<u>M</u>	<u>P</u>
AE1	Se eu estiver bem de saúde.	3,67 (3,53)	0,76 (0,87)
AE2	Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não apareça no exame de carga vírica.	3,64 (3,18)	0,69 (0,66)
AE3	Se eu estiver aborrecido e me sentir deprimido.	3,76 (3,35)	0,79 (0,91)
AE4	Se eu for discriminado ou rejeitado.	3,69 (3,48)	0,71 (0,61)
AE5	Se eu estiver ocupado ou a divertir-me.	3,54 (3,32)	0,80 (0,80)
AE6	Se eu estiver em viagem de passeio ou de trabalho.	3,64 (3,47)	0,80 (0,82)
AE7	Se eu estiver na rua.	3,56 (3,25)	0,80 (0,78)
AE8	Se eu estiver a sentir-me doente.	3,59 (3,68)	0,67 (0,65)
AE9	Se eu estiver com alguém que não quero que saiba que estou infectado por VIH/SIDA.	3,41 (3,18)	0,90 (0,46)
AE10	Se eu tiver de tomar muitos comprimidos.	3,72 (3,40)	0,84 (0,85)
AE11	Se eu estiver nervoso ou irritado.	3,72 (3,50)	0,75 (0,81)
AE12	Se mudar muito o médico que me atende.	3,62 (3,33)	0,72 (0,68)
AE13	Se eu tiver de tomar medicamentos várias vezes por dia.	3,71 (3,40)	0,85 (0,88)
AE14	Se eu estiver com pessoas estranhas.	3,36 (3,45)	0,81 (0,69)
AE15	Se o medicamento for difícil de engolir.	3,62 (3,45)	0,69 (0,81)
AE16	Se for feriado ou fim-de-semana.	3,7 (3,68)	0,80 (0,76)
AE17	Se eu tiver de mudar o meu horário de comer ou de dormir.	3,62 (3,58)	0,77 (0,74)
AE18	Se o medicamento tiver um gosto mau ou um cheiro forte.	3,59 (3,43)	0,78 (0,85)
AE19	Se eu estiver a fazer coisas fora da minha rotina.	3,64 (3,42)	0,66 (0,84)
AE20	Se eu estiver com alguém que acha mal eu tomar esses medicamentos.	3,69 (3,77)	0,78 (0,71)
AE21	Se os medicamentos me estiverem a fazer mal.	2,84 (2,32)	0,76 (0,58)

3.2.2 VALIDADE CONCORRENTE E DISCRIMINANTE

A correlação entre os domínios das escalas medida pelo coeficiente de Pearson é analisada com mais pormenor na secção da Discussão dos Resultados (ver Capítulo 4).

Quadro 8. Validade concorrente e discriminante da Escala de AE

	Escala de AE	
	Momento	
	Inicial (N=86)	<i>Follow-up</i> (N=47)
Última Contagem de CD4s	0,19*	0,44**
Última Contagem da Carga Vírica	-0,15	-0,78**
PSS – <i>Stress</i>	-0,08	-0,07
BDI – Depressão	-0,42**	-0,04
COPE: <i>Coping</i> Activo	0,26*	0,22
COPE: Planear	0,05	-0,10
COPE: Suporte Instrumental	0,12	0,09
COPE: Suporte Emocional	0,08	0,13
COPE: Religião	0,09	0,10
COPE: Reinterpretação Positiva	0,25*	0,23
COPE: Auto-culpabilização	-0,15	-0,11
COPE: Aceitação	0,30**	0,58**
COPE: Expressão de sentimentos	-0,01	-0,12
COPE: Negação	-0,36**	-0,33*
COPE: Auto-distração	-0,05	-0,26
COPE: Desinvestimento Comportamental	-0,29**	-0,30*
COPE: Uso de Substâncias	-0,30**	-0,33*
COPE: Humor	0,19	0,18
ESSS: Satisfação com Amizades	-0,21*	-0,15
ESSS: Intimidade	0,00	0,22
ESSS: Satisfação com Família	-0,34**	-0,34*
ESSS: Actividades Sociais	0,25*	0,43**
BSI: Somatização	-0,18	-0,35*
BSI: Obsessões-Compulsões	-0,24*	-0,40**
BSI: Sensibilidade Interpessoal	-0,22	-0,45**
BSI: Depressão	-0,28*	-0,42**
BSI: Ansiedade	-0,32**	-0,49**
BSI: Hostilidade	-0,21	-0,41**
BSI: Ansiedade Fóbica	-0,35**	-0,61**
BSI: Ideação Paranóide	-0,28*	-0,54**
BSI: Psicoticismo	-0,33**	-0,52**
BSI: Índice Geral de Sintomas	-0,29**	-0,39**

Nota: Os factores acima descritos correspondem a: AE – Auto-Eficácia; PSS – Perceived Stress Scale; BDI – Beck Depression Inventory; COPE – Coping; ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social; BSI – Brief Sintomes Inventory. * P < .05; ** P < .01

3.3 PERCEPÇÃO DE STRESS (PSS)

3.3.1 ANÁLISE GERAL

Apesar da escala PSS não ser utilizada com referência a um acontecimento específico, trata-se de um instrumento destinado a medir o grau em que as situações de vida da pessoa são percebidas como indutoras de *stress* (Mota-Cardoso, et al., 2002). A consistência interna da escala avaliada pelo alfa de Cronbach's foi no total de 0,46, o coeficiente de Spearman-brown encontrado é de 0,60 e a correlação Split-half é de 0,60. Os resultados da aplicação da PSS encontram-se resumidos no Quadro 9.

Quadro 9. Análise geral do PSS

	Momento			
	Inicial (N = 85)		Follow-Up (N = 47)	
	M	DP	M	DP
Se sentiu incomodado com a ocorrência de acontecimentos inesperados	1,2	1,4	1,5	1,33
Teve a sensação de que não conseguia controlar as coisas mais importantes da sua vida	1,3	1,3	1,2	1,42
Se sentiu nervoso e <i>stressado</i>	2,2	1,2	2,3	1,25
Teve confiança na sua capacidade para resolver os seus problemas pessoais	2,5	1,2	2,5	1,33
Teve a sensação que as coisas estavam a correr a seu favor, que as coisas lhe estavam a correr bem	2,1	1,2	2,2	1,27
Teve a sensação que não conseguia lidar/aguentar com todas as coisas que tinha para fazer	1,4	1,3	1,5	1,28
Teve a sensação de conseguir controlar os acontecimentos irritantes da sua vida	2,7	1,2	2,5	1,15
Teve a sensação que estava “em cima do acontecimento”, isto é, a conseguir controlar tudo o que tinha para fazer	2,5	1,2	2,5	1,23
Deu por si a pensar acerca das coisas que tem que conseguir fazer	1,7	1,1	1,9	1,2
Sentiu que as dificuldades se estavam a acumular de tal modo que não as conseguia resolver	1,5	1,3	1,5	1,33

3.4 COPING (BRIEF COPE)

3.4.1 ANÁLISE GERAL

Os resultados encontrados na versão de Ribeiro e Rodrigues (2004) do Brief COPE desenvolvido por Carver, Scheier e Weintraub (1989) sugerem a utilidade em

estudos nesta população. O objectivo foi de procurar as propriedades da personalidade e, simultaneamente, de discutir os aspectos do *coping* que se colocam na infecção por VIH/SIDA. A consistência interna avaliada pelo alfa de Cronbach's foi 0,79, coeficiente de Spearm-brown de 0,74 e correlação Split-half de 0,74. (Quadro 10).

Quadro 10. Análise geral do Brief-COPE

	Momento			
	Inicial		Follow-Up	
	(N = 86)		(N = 47)	
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
Refugio-me noutras actividades	1,29	1,14	1,02	0,98
Concentro os meus esforços	1,66	1,06	1,72	0,97
Digo que "isto não é verdade"	0,78	1,01	0,77	0,96
Refugio-me no álcool ou drogas	0,33	0,72	0,15	0,41
Procuo apoio emocional	1,19	1,13	1,04	0,88
Desisto de tentar lidar	0,49	0,86	0,57	0,99
Tomo medidas	2,02	0,99	2,11	0,89
Recuso-me a acreditar	0,63	0,93	0,57	0,87
Fico aborrecido e expresso sentimentos	0,97	0,88	0,79	0,85
Peço conselhos e ajuda para enfrentar melhor	0,94	1,06	0,85	1,02
Uso álcool ou drogas	0,28	0,71	0,13	0,39
Tento analisar a situação mais positiva	1,84	1,05	1,94	0,98
Faço críticas a mim mesmo	1,28	1,08	1,21	1,14
Tento encontrar uma estratégia	1,7	1,01	1,79	0,85
Procuo confronto e compreensão	1,34	1,14	1,23	1,02
Desisto de me esforçar	0,49	0,86	0,55	0,90
Procuo algo positivo	1,8	1,03	1,68	0,98
Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	1,3	1,14	0,91	1,1
Faço outras coisas	1,69	1,09	1,38	1,07
Tento aceitar as coisas	2,26	0,92	1,96	0,90
Sinto e expresso os meus sentimentos	1,03	0,98	0,77	0,86
Conforto religião e espiritualidade	1,01	1,21	0,94	1,00
Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	0,63	0,90	0,45	0,74
Tento aprender a viver com a situação	2,34	0,84	2,21	0,83
Penso sobre a melhor forma de Lidar	1,88	1,04	1,81	1,03
Culpo-me pelo que está a acontecer	1,17	1,21	1,06	1,15
Rezo ou medito	1,06	1,14	1,06	1,11
Enfrento a situação com humor	1,29	1,08	1,4	1,22

3.5 SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)

3.5.1 ANÁLISE GERAL

O suporte social é, actualmente, um dos principais conceitos na psicologia da saúde (Dunbar, Ford & Hunt, 1998; Ribeiro, 1999). Os resultados da aplicação da Escala de Satisfação com o Suporte Social encontram-se resumidos em 4 factores: percepção de satisfação com amigos, com a existência de suporte íntimo, percepção de suporte com a família e percepção com as actividades sociais que realiza. A consistência interna foi alfa de Cronbach's de 0,47, Spearman-brown de -1,21 e Split-half de -1,14.

Quadro 11. Análise geral da ESSS

	Momento			
	Inicial (N = 86)		Follow-Up (N = 47)	
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
Só no mundo e sem apoio	3,08	1,52	3,11	1,56
Não saio com amigos tantas vezes quantas gostaria	2,55	1,50	2,62	1,48
Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas gostaria	2,97	1,44	3,43	1,37
Quando preciso desabafar encontro facilmente amigos com quem o fazer	3	1,45	2,79	1,60
Se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	2,56	1,54	2,51	1,47
Sinto falta de alguém que me compreenda e com quem possa desabafar	2,84	1,61	2,77	1,65
Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	2,36	1,42	2,66	1,50
Gostava de participar mais em actividades de organizações	2,97	1,49	2,98	1,34
Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	1,86	1,17	1,98	1,18
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	2,19	1,29	2,15	1,23
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	2,28	1,35	2,06	1,16
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	2,3	1,32	2,28	1,45
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	2,64	1,41	2,66	1,29
Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	2,69	1,38	2,7	1,31
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	2,15	1,25	2,15	1,25

3.6 INVENTÁRIO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS (BSI)

3.6.1 ANÁLISE GERAL

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999; Derogatis, 1982) foi utilizado com o objectivo de analisar a presença de sintomas psicopatológicos na amostra em estudo.

Importa referir que, embora os resultados do BSI possam servir como forma de triagem de situações clinicamente significativas, não se confinam a essa função, dado que permitem avaliar o mal-estar sintomático ao longo de um contínuo que vai desde o mal-estar psicológico, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, formalmente característico das perturbações psiquiátricas (Canavarro, 1999).

Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas dimensões acima descritas fornecem informação sobre o tipo de sintomatologia preponderantemente.

A consistência interna avaliada pelo alfa de Cronbach's de 0,97, o coeficiente de Spearm-brown de 0,94 e correlação Split-half de 0,94.

Quadro 12. Análise geral do BSI

	Momento			
	Inicial (N = 86)		Follow-Up (N = 47)	
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
Nervosismo ou tensão interior	1,8	1,29	1,7	1,38
Desmaios ou tonturas	0,5	0,85	0,3	0,63
Outras pessoas podem controlar os meus pensamentos	0,6	0,91	0,4	0,75
Ideia que os outros são culpados pela maioria dos meus problemas	0,4	0,7	0,5	0,86
Dificuldade em lembrar de coisas passadas ou recentes	1,4	1,28	1,4	1,29
Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	1,6	1,24	1,9	1,35
Dores sobre o coração ou no peito	0,8	0,98	0,8	1,14
Medo na rua	0,3	0,69	0,4	0,78
Pensamentos de acabar com a vida	0,4	0,88	0,4	0,93
Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	1,7	1,32	1,5	1,39
Perder o apetite	1	1,19	1	1,32
Ter um medo súbito sem razão para isso	0,6	0,91	0,8	1,02
Ter impulsos que não se podem controlar	0,8	0,99	0,9	1,12
Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	1,3	1,34	1,1	1,31

(Cont.)

Dificuldade em fazer qualquer trabalho	1,2	1,27	0,9	1,09
Sentir-se sozinho	1,7	1,41	1,5	1,38
Sentir-se triste	1,7	1,32	1,6	1,42
Não ter interesse por nada	1,4	1,4	1,2	1,28
Sentir-se atemorizado	0,7	1,06	0,8	1,11
Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	1,3	1,22	1,1	1,23
Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	1,1	1,08	0,9	1,14
Sentir-se inferior aos outros	1	1,21	0,7	1,08
Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	0,9	1,14	1	1,26
Impressão de que os outros o costuma observar ou falar de si	1,3	1,2	0,9	1,16
Dificuldade em adormecer	1,3	1,35	1,4	1,5
Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	1,5	1,16	1,5	1,24
Dificuldade em tomar decisões	1,3	1,17	0,9	1,02
Medo de Viajar	0,2	0,57	0,3	0,58
Sensação de que lhe falta o ar	0,8	1,02	0,8	0,94
Calafrios ou afrontamentos	0,9	1,08	1	1,09
Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	0,9	1,1	0,7	0,88
Sensação de vazio na cabeça	1,1	1,24	1,1	1,22
Sensação de anestesia no corpo	1,2	1,3	1,2	1,21
Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	0,7	1,09	0,5	1,01
Sentir-se sem esperança perante o futuro	1,3	1,35	1,1	1,41
Ter dificuldade em se concentrar	1,4	1,23	1,4	1,29
Falta de forças em partes do corpo	1,5	1,17	1,5	1,15
Sentir-se em estado de tensão ou aflição	1,2	1,25	0,9	0,98
Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	1,1	1,25	0,9	1,14
Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	0,4	0,84	0,4	0,89
Ter vontade de destruir ou partir coisas	0,6	1,02	0,8	1,11
Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	0,9	1,07	0,8	1,02
Sentir-se mal no meio de multidões	0,8	1,21	0,8	1,23
Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	1	1,22	0,8	1,21
Ter ataques de terror ou pânico	0,3	0,73	0,3	0,7
Entrar facilmente em discussão	0,9	1,04	0,9	1,07
Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	0,6	1	0,4	0,89
Sentir que não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	1,2	1,23	1	1,15
Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	1,2	1,23	1	1,27
Sentir que não tem valor	1	1,16	0,8	1,11
A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	1,5	1,3	1,1	1,23
Ter sentimentos de culpa	1,3	1,35	1	1,26
Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	1,3	1,19	1,1	1,27

3.7 INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK (BDI)

3.7.1 ANÁLISE GERAL

Foi utilizado o BDI, um instrumento validado por Vaz-Serra (1994) e elaborado por Beck et al. (1961). Estes autores referem ainda que este inventário não reflecte uma teoria etiopatogénica da depressão, em particular, mas tem como finalidade avaliar as manifestações comportamentais da depressão que pretendem compreender a presença de sintomatologia depressiva. As dimensões relacionam-se com 11 aspectos cognitivos, com 5 sintomas somáticos, 2 comportamentos observáveis, 2 do afecto e 1 de sintomas interpessoais. O alfa de Cronbach's foi: 0,91, Spearman-brown: 0,84 e Split-half: 0,79.

Quadro 13. Análise geral do BDI

	Momento			
	Inicial (N = 81)		Follow-Up (N = 47)	
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
Estado de ânimo triste (humor)	0,85	0,91	0,62	0,822
Pessimismo	0,93	1,01	0,77	1,026
Sentimento de fracasso	1,05	1,106	0,81	1,056
Insatisfação	0,86	1,034	0,79	1,041
Sentimento de culpabilidade	0,75	0,981	0,51	0,856
Sentimento ou desejo de auto-punição	0,75	0,994	0,47	0,881
Ódio a si mesmo	0,49	0,744	0,36	0,735
Auto-acusação	0,78	0,975	0,64	0,919
Desejos suicidas	0,36	0,763	0,28	0,682
Crises de choro	0,9	1,179	0,72	1,097
Irritabilidade	0,88	0,992	1	1,063
Afastamento social	0,53	0,743	0,4	0,742
Incapacidade de decisão	0,63	0,828	0,43	0,683
Distorção da imagem corporal	0,78	0,922	0,72	0,926
Incapacidade de trabalhar	0,94	0,927	0,77	0,89
Perturbação do sono (acordar precoce)	1,04	1,03	1,15	1,233
Fatigabilidade	1,15	0,776	0,89	0,759
Perda de apetite	0,4	0,719	0,55	0,904
Perda de peso	0,75	1,079	0,49	0,882
Hipocondria	0,79	1,021	0,45	0,717
Diminuição da libido	1,1	1,21	0,85	1,063

3.8 AVALIAÇÃO DA ADESÃO

3.8.1 ANÁLISE GERAL

O esquema terapêutico mais encontrado na amostra era constituído entre 2 a 4 anti-retrovíricos, com uma média de seis doses e média de duas tomas por dia. No geral, a combinação de medicamentos ART incluiu dois NRTIs [Efavirenz (EFV, 33,7%), Tenofovir (TDF, 17,4%)]; três NRTIs [Zidovudina (AZT, 16,3%), Lamivudina (3TC, 25,6%), Emtricitabina+Tenofovir (TVD, 32,6%)]; e três IPs [Saquinavir (SQV, 12,8%), Ritonavir (RTV, 20,9%), Lopinavir/Ritonavir (LPV, 24,4%)]. De todos os participantes, a maioria ($\underline{n} = 65$; 87%) toma 3 medicamentos e um número mais reduzido apenas 1 ($\underline{n} = 0,8\%$) ou 2 ($\underline{n} = 4,5\%$).

Quadro 14. Frequência da Toma da Medicação ART

Nome comercial	Medicamento	Abreviatura	Momento			
			Inicial ($\underline{N} = 81$)		Follow-up ($\underline{N} = 47$)	
			\underline{n}	%	\underline{n}	%
NRTIs – Inibidores da Transcriptase Inversa Não Nucleósídeos						
Viramune	Nevirapina	NVP	1	1,2	-	-
Stocrin	Efavirenz	EFV	29	33,7	15	38,5
Viread	Tenofovir	TDF	15	17,4	5	12,8
NNRTIs – Inibidores da Transcriptase Inversa Protease Nucleótídeos						
Zerit	Estavudina	d4T	3	3,5	1	2,6
Retrovir	Zidovudina	AZT	14	16,3	3	7,7
Epivir	Lamivudina	3TC	22	25,6	6	15,4
Combivir	AZT+3TC	CBV	3	3,5	1	2,6
Ziagen	Abacavir	ABC	2	2,3	-	-
Kivexa/Epzicom	3TC+ABC	KVX	3	3,5	-	-
Videx	Didanosina	ddi	6	7,0	3	7,7
Emtriva	Emtricitabina	FTC	-	-	-	-
Truvada	Emtricitabina+ Tenofovir	TVD	28	32,6	20	51,3
IPs – Inibidores da Protease						
Invirase 500	Saquinavir	SQV	11	12,8	3	7,7
Norvir	Ritonavir	RTV	18	20,9	9	23,1
Kaletra	Lopinavir/Ritonavir	LPV	21	24,4	12	30,8
Reyataz	Atazanavir	ATV	8	9,3	3	7,7
Aptivus	Tipranavir	TPV	1	1,2	-	-
Prezista	Darunavir	PRV	1	1,2	-	-

3.8.2 ADESÃO À MEDICAÇÃO ANTI-RETROVÍRICA

Como referido, foram adoptados métodos padronizados e validados de estudos sobre medidas de auto-relato (AACTG; Chesney et al., 2000a). Foram considerados aderentes ao tratamento os participantes com níveis de 95% ou mais de adesão às doses prescritas no seu esquema anti-retrovírico, nos últimos 4 dias. Ainda foi utilizado um método dicotómico de adesão (0= não toma a medicação; 1= toma a medicação).

Um pequeno, mas um importante, número de pessoas (14%) com infecção por VIH/SIDA não recebe tratamento anti-retrovírico. De uma forma geral, quase todos os participantes (73 de 81) indicaram terem seguido o seu esquema terapêutico nos últimos quatro dias que antecederam o preenchimento do questionário. Os relatos recentes de falhas na adesão mais encontrados foram de 2,9% no último dia.

Após a conclusão do grupo de questões sobre a adesão recente, os participantes foram convidados a responder a duas perguntas sobre: a falha da medicação no último fim-de-semana (sábado/domingo), e da última falha da medicação (por exemplo, nas últimas duas semanas, duas-quatro semanas anteriores, um-três meses, há mais de três meses atrás ou nenhuma falha da medicação). No total, em metade dos casos ($n = 40$) houve falhas na toma da medicação nos últimos 3 meses. Apenas cerca de quatro por cento (3,9%) dos participantes indicaram algumas falhas na toma da sua medicação durante o fim-de-semana, 5,9% indicaram ter falhado a toma da medicação na semana anterior ao preenchimento do questionário, apenas 1 caso nas 1-2 semanas anteriores, 2,9% nas 2-4 semanas anteriores, 14,7% nos últimos 1-3 meses anteriores e 12,7 há mais de três meses. Foi observado que na amostra do momento inicial do estudo houve genericamente uma boa adesão ao cronograma prescrito (72,5%) e um número menos significativo de pessoas com uma baixa adesão ao horário (5%). Aproximadamente metade dos participantes (46,1%) tinha indicações especiais na prescrição dos anti-retrovíricos, sendo que, destes 47 participantes, a maioria (39,2%) segue as instruções especiais do seu tratamento.

Os participantes foram questionados sobre o conhecimento que têm do nome de cada medicamento anti-retrovírico e o número de medicamentos que falharam em cada um desses medicamentos nos últimos quatro dias (Walsh, et al., 2002; Jonhson, et al., 2007). Esta questão quando analisada em simultâneo apresenta algumas limitações, pois inclui um reduzido número de participantes. Contudo, cerca de cinquenta por cento dos

participantes indicaram saber o nome da sua medicação anti-retrovírica. De seguida, fornece-se uma visão geral da adesão à toma da medicação no Quadro 15.

Quadro 15. Avaliação da adesão através de auto-relato AACTG

	Momento			
	Inicial (N = 81)		Follow-Up (N = 47)	
	n	%	n	%
Indicação para medicação ART	81	77,1	40	85,1
Conhecimento do nome do medicamento	43	49,4	27	57,4
Saltou uma toma da medicação nos últimos 4 dias				
Nunca	73	71,6	35	81,4
Um dia	3	2,9	-	-
Dois dias	1	1,0	-	-
Três dias	1	1,0	-	-
Quatro dias	1	1,0	1	2,3
Rigor com que seguiu o horário				
Nunca	2	2,0	1	2,3
Algumas Vezes	2	2,0	2	4,7
Metade do Tempo	1	1,0	-	-
A maior parte do tempo	23	22,5	8	18,6
O tempo todo	51	50,0	25	58,1
Medicação com indicações especiais				
Sim	47	46,1	15	34,9
Não	32	31,4	21	48,8
Seguimento de indicações especiais				
Nunca	1	1,0	1	2,3
Metade do Tempo	3	2,9	1	2,3
A maior parte do tempo	13	12,7	8	18,6
O tempo todo	40	39,2	9	20,9
Sem indicações especiais	22	21,6	17	39,5
Falha da medicação fim-de-semana	4	3,9	1	2,3
Última falha na toma de algum medicamento				
Nunca	41	40,2	24	55,8
Mais de 3 meses	13	12,7	6	14,0
1-3 Meses Atrás	15	14,7	4	9,3
2-4 semanas atrás	3	2,9	1	2,3
1-2 semanas atrás	1	1,0	-	-
Durante a semana passada	6	5,9	1	2,3

3.8.3 EFEITOS COLATERAIS DA MEDICAÇÃO

Os efeitos colaterais da medicação para cada item estão descritos no Quadro 16. Importa destacar o número de pessoas ($\underline{n} = 9$; 8,7%) que referiram sentir sintomas relacionados com efeitos adversos que incomodaram “muito” e “terrivelmente” durante o momento inicial. Importa também salientar o decréscimo significativo do grau com que os efeitos colaterais da medicação incomodaram quando comparado com o período que mediou o momento inicial e o *follow-up* para metade dos casos (4,7%).

Quadro 16. Efeitos colaterais da medicação

Efeitos Colaterais da medicação	Momento			
	Inicial ($\underline{N} = 81$)		Follow-Up ($\underline{N} = 47$)	
	\underline{n}	%	\underline{n}	%
Eu não tive sintomas colaterais	44	42,7	17	39,5
Eu tive sintomas colaterais mas não me incomodou	17	16,5	9	20,9
Eu tive sintomas colaterais e incomodou um pouco	10	9,7	8	18,6
Eu tive sintomas colaterais e incomodou muito	7	6,8	2	4,7
Eu tive sintomas colaterais e incomodou terrivelmente	2	1,9	-	-

3.8.4 CONSUMO DE ÁLCOOL E DE DROGAS

No geral, foi possível obter dados sobre o consumo de álcool e sobre o consumo de drogas a partir de 65% dos 81 participantes. A maioria dos participantes referiram ter um consumo entre moderado a leve de álcool e um baixo consumo de drogas. No total, apenas 9,2% ($\underline{n} = 8$) referiram ter um consumo diário de álcool e na sua maioria ($\underline{n} = 38$; 43,7%) entre 2 a 3 bebidas. Entre as diferentes substâncias consumidas no passado verifica-se predominantemente um maior consumo de canabinóides (60,9%), seguido de cocaína (47,1%), opiáceos (41,4%) e anfetaminas (35,6%). Foram também estas mesmas drogas as mais consumidas nos últimos 6 meses, com uma percentagem de 21,8%, 6,9%, 3,4% e 3,4%, respectivamente. Entre aqueles que não bebem álcool, o consumo de drogas, nos últimos seis meses, foi pouco significativo ($\underline{n} = 2-77$). Os casos que registam o “consumo de mais que uma substância” foram maioritários (69%). Uma vez mais os casos de consumo de cocaína foram aqueles que apresentaram a maior percentagem de associação com outras substâncias (88%), em particular com opiáceos ou álcool. Uma minoria indicou ter consumido cocaína (6%), indicação para tratamento com metadona (9%) e um número significativo ter consumido anfetaminas (37%), no

passado. Comparativamente com o momento inicial do estudo, verificou-se uma diminuição do número de consumo de cocaína e de opiáceos, e um aumento do consumo de anfetaminas (+7,5%) e de pessoas em tratamento com metadona (+11,6%).

Quadro 17. Consumo de álcool e de drogas

	Momento			
	Inicial (N = 81)		Follow-Up (N = 47)	
	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%
Consumo de álcool no último mês				
Nunca	40	46,0	27	58,7
Uma vez por mês	16	18,4	1	2,2
2-3 vezes por mês	6	6,9	4	8,7
1-2 vezes por semana	7	8,0	5	10,9
3-4 vezes por semana	5	5,7	2	4,3
Quase todos os dias	5	5,7	3	6,5
Diariamente	8	9,2	4	8,7
Número de bebidas consumidas				
1-2 bebidas	38	43,7	14	30,4
3-4 bebidas	7	8,0	4	8,7
5-6 bebidas	3	3,4	1	2,2
Consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas entre 2-4 horas				
Nunca	75	86,2	39	84,8
Uma vez por mês	5	5,7	1	2,2
2-3 vezes por mês	3	3,4	4	8,7
1-2 vezes por semana	2	2,3	1	2,2
3-4 vezes por semana	1	1,1	1	2,2
Quase todos os dias	1	1,1	0	,0
Consumo de haxixe				
Últimos 6 Meses	19	21,8	9	19,6
Consumo de cocaína				
Últimos 6 Meses	6	6,9	-	-
Consumo de opiáceos (<i>heroína, morfina e codeína</i>)				
Últimos 6 Meses	3	3,4	-	-
Consumo de anfetaminas (<i>anfetaminas, metanfetaminas, MDA e MDMA</i>)				
Últimos 6 Meses	3	3,4	5	10,9
Tratamento de metadona				
Nunca	60	69,0	37	80,4
Actualmente	7	8,0	9	19,6
No passado	20	23,0	-	-

3.8.5 COMPARAÇÃO DA ADESÃO ENTRE AS VARIÁVEIS E OS GRUPOS DA AMOSTRA

Considerados a diversidade de factores presentes neste estudo, os aspectos que aqui são discutidos devem ser apenas entendidos como uma análise das manifestações comportamentais do problema e apenas foram descritos os valores mais significativos referentes às crenças pessoais na sua relação com a adesão ao tratamento. Importa referir ainda que não são analisados os efeitos colaterais de cada medicamento anti-retrovírico, quer em relação às suas especificidades posológicas, quer em relação aos seus efeitos ao longo do tempo. A adesão ao tratamento e a pontuação média da escala foi comparada nos grupos com “Adesão” e com “Não adesão”. A variável dependente – adesão ao tratamento – foi considerada dicotómica nos dois grupos (0 – não adesão; 1 – adesão). Em ambos os momentos do estudo, as pessoas com adesão ao tratamento tiveram significativamente um maior número médio de expectativa de auto-eficácia, quando comparado com o grupo de pessoas que não tomava a sua medicação anti-retrovírica (média de 26,92 e desvio padrão de 2,43 para o grupo com Adesão; média de 19,37 e desvio padrão de 7,78 para o grupo com Não Adesão; $r = -0,61$; $p = 0,00$). O teste t para a diferença entre as médias de amostras independentes, não assumindo igualdade de variância, foi significativa, sugerindo que as pessoas que não aderem ao tratamento, em média, têm uma menor expectativa de auto-eficácia do que os aderentes. Estes dados encontram-se descritos no Quadro 18.

Quadro 18. Descrição da adesão na auto-eficácia para amostras emparelhadas

		<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>r</u>	Teste <u>t</u>	<u>p</u>	<u>P</u>
Auto-Eficácia	Adesão	26,92	2,43	-0,61	44,01	0,00	0,00
	Não adesão	19,81	7,78				

Para além disso, as expectativas de auto-eficácia foram ainda significativamente associadas a uma carga vírica indetectável (RNA do VIH-1 menor do que 50 cópias/ml) e foram positivamente associados ao aumento de CD4s. A hipótese de que as crenças de auto-eficácia na toma da medicação medeiam positivamente a adesão ao tratamento através da carga vírica foi assim verificada. Os participantes com uma maior percepção de auto-eficácia tiveram uma maior adesão na toma da sua medicação.

Quadro 19. Resultados da Escala de Auto-eficácia e da Adesão através da Carga Vírica

	Última Contagem da Carga Vírica	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>p*</u>
Auto-Eficácia	RNA do VIH-1 < 50 cópias/ml	56	81,38	4,76	0,00
	RNA do VIH-1 > 50 cópias/ml	49	68,92	17,73	

*Resultados de acordo com o teste de Mann-Whitney, com 95% de confiança

No que diz respeito à análise da adesão através do Questionário de Adesão (AACTG; Chesney et al., 2000a) como se pode observar (ver Quadro 20), os valores encontrados na escala de auto-eficácia correlacionam-se negativamente com diferentes domínios, em particular para falhas na toma da medicação nos últimos 4 dias ($r = -0,46$, $p = 0,00$); para falhas da medicação durante o último fim-de-semana; ($r = -0,37$, $p = 0,00$); para a última falha na toma da medicação anti-retrovírica ($r = -0,49$, $p = 0,00$). Pode-se ainda verificar que as expectativas de auto-eficácia foram negativamente associados aos efeitos colaterais da medicação ($r = -0,37$, $p = 0,00$).

Quadro 20. Correlação entre as crenças de auto-eficácia e a adesão AACTG

	Últimos 4 dias (N=84)	Horário (N=84)	Indicações Especiais (N=84)	Último Fim-de-semana (N=84)	Última Falha (N=84)	Efeitos Colaterais (N=85)	CD4 (N=86)	CV (N=86)
Auto-Eficácia	r -0,46**	-0,21*	-0,21*	-0,37**	-0,49**	-0,37**	0,19*	-0,15
	p 0,00	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,05	0,13

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na avaliação da percepção de *stress*, de *coping* e de satisfação com o suporte social.

Quadro 21. Correlação entre auto-eficácia, *stress*, *coping* e suporte social

		PSS	COPE	ESSS
Auto-Eficácia	r	-0,07	0,04	-0,16
	p	0,51	0,65	0,12

Já quanto à terceira hipótese teórica os resultados são analisados de seguida no Quadro 22.

Quadro 22. Correlação entre auto-eficácia e sintomas psicopatológicos

		BSI (N=81)	BDI (N=81)
Auto-Eficácia	r	-0,25*	-0,29**
	p	0,02	0,00

Os resultados referentes aos sintomas psicopatológicos ($r = -0,25$, $p = 0,02$) indicam poder interferir na tomada de decisão, impedindo o indivíduo de resolver uma série de problemas tidos na adesão à medicação. Como afirma Bandura (1986), os indivíduos que acreditam que os resultados são directamente influenciados pelos seus próprios comportamentos tendem a ser mais activos quando comparados com aqueles que avaliam os acontecimentos como mais fatalísticos.

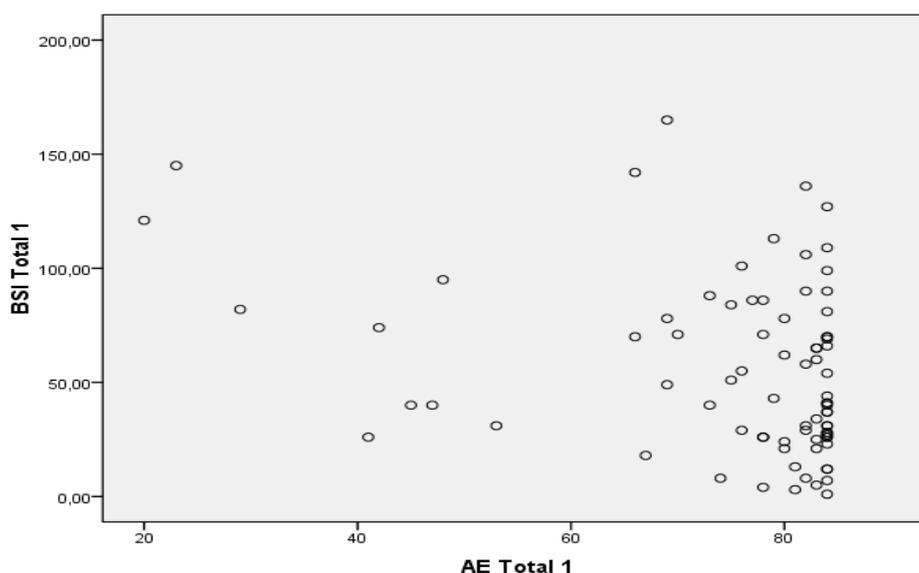


Figura 3. Correlação entre Auto-eficácia e Sintomas Psicopatológicos

A sintomatologia depressiva ($r = -0,29$, $p = 0,00$) foi outra variável associada à auto-eficácia com um efeito negativo na adesão. Os participantes menos deprimidos usam melhores estratégias para lidar com problemas (Bandura, 2004).

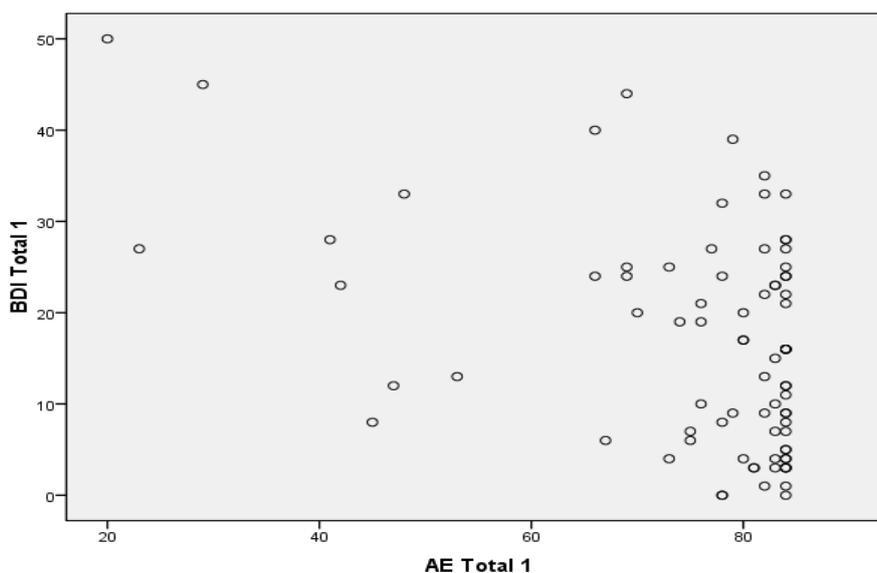


Figura 4. Correlação entre Auto-eficácia e Depressão

Em suma, a auto-eficácia foi entre todas as variáveis a que melhor conseguiu prever uma adesão ao tratamento ($\underline{M} = 81,38$ $\underline{DP} = 4,76$ vs $\underline{M} = 68,92$ $\underline{DP} = 17,73$; $p = 0,00$).

Quadro 23. Avaliação da Adesão através da Carga Vírica

	Adesão	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>p</u>
PSS	< 50	48	47,29	12,85	0,66
	> 50	37	48,04	13,13	
AE	< 50	56	81,38	4,762	0,00
	> 50	49	68,92	17,73	
ESSS	< 50	47	49,59	9,82	0,17
	> 50	39	53,20	9,35	
BDI	< 50	46	15,22	9,69	0,37
	> 50	35	18,66	14,2	
BSI	< 50	46	50,58	29,44	0,60
	> 50	35	60,54	45,82	
COPE	< 50	47	36,21	10,02	0,09
	> 50	39	32,82	11,82	

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Capítulo 4 – Discussão e Conclusão

4.1 INTRODUÇÃO

Neste último capítulo sistematizam-se as principais ideias trabalhadas ao longo da componente teórica e dos resultados mais relevantes e analisados da componente prática. As conclusões aqui apontadas sobre a adesão não incluem aquilo que um autor ou trabalho considerou como provado, mas sim aquilo que é aceite de igual modo pela comunidade científica nos últimos anos. Ao terminar esta dissertação são mencionados aspectos tidos nos procedimentos deste estudo, as suas limitações, deixando em aberto algumas pistas para futuras investigações nesta área.

4.2 MÉTODO

4.2.1 ESTUDO QUALITATIVO EXPLORATÓRIO

Numa fase inicial, foi realizado um estudo de natureza exploratória que consistiu no contacto directo com a população para a preparação psicométrica dos instrumentos de registo a utilizar. Importava, desde logo, conhecer objectivamente as situações consideradas como um obstáculo à adesão ao tratamento, de modo a desenvolver uma tradução e validação da escala portuguesa, com base na versão original, tendo em conta a realidade da população portuguesa de pessoas infectadas por VIH/SIDA.

No processo de validação da escala para a língua portuguesa, foram seguidas distintas fases para a adaptação do instrumento de medida com respeito aos seguintes quatro pontos: tradução e retro-tradução; preparação do estudo qualitativo psicométrico; desenvolvimento das escalas de resposta; e, estudo de campo quantitativo. Todas estas etapas foram cumpridas, sendo de seguida apresentado sucintamente os procedimentos utilizados. Em primeiro lugar, procedeu-se à tradução do instrumento para português de Portugal. Foi solicitado a dois colaboradores independentes a tradução da escala. As duas traduções, assim obtidas, foram estudadas de forma a conseguir um consenso em relação aos aspectos discordantes das mesmas. Após este consenso, solicitou-se uma retroversão para a língua original, a um outro colaborador. Esta retroversão foi debatida

pelo grupo e comparada com a versão anterior, procedendo-se, por fim, às alterações finais que se avaliaram como pertinentes. Esta última fase permitiu detectar os aspectos mais discutíveis da tradução. Este processo beneficiou da colaboração do Professor Doutor Francisco Topa, Professor Associado da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, com profundo conhecimento do Português do Brasil, garantindo assim uma adequada manutenção do sentido das questões.

A preparação do estudo qualitativo, estudo piloto da versão, permitiu introduzir algumas alterações nas instruções da escala, tendo em vista a sua fácil compreensão e aplicação. Embora os autores da escala original optassem por uma escala de respostas de 5 pontos, sugerem a alternativa de uma escala de 4 pontos (Leite, et al., 2002). Com as alterações mencionadas anteriormente, obteve-se a versão final portuguesa.

Os resultados apresentados deverão ser lidos com algum cuidado, uma vez que o presente estudo teve como finalidade averiguar a fidelidade e validade discriminante iniciais da escala. O protocolo foi construído para servir outra análise em curso que pretendeu relacionar variáveis psicológicas como o *stress*, a forma das pessoas lidarem com os problemas resultantes do tratamento, a depressão e o suporte social com outros resultados relacionados com o tratamento, propriamente dito. Existem vários estudos recentes que têm explorado e estudado a auto-eficácia associada a estes contextos, contudo, nenhum deles os estudou em relação à população portuguesa. Entre eles, destacam-se os estudos de Cha, Erlen, Kim, Sereika e Caruthers (2008), Johnson e Neilands (2007), Johnson et al. (2007) e Wolf et al. (2007).

4.2.2 ESCOLHA DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Tendo em conta a variedade de instrumentos existentes, nem todos validados e aferidos para esta população e acoplados em diferentes abordagens teóricas, houve a necessidade de se tomar uma decisão de acordo com os objectivos acima apresentados. Importava desde logo que a escolha dos instrumentos se fizesse sob dois critérios: em primeiro lugar, que permitissem satisfazer um entendimento teórico do papel mediador da auto-eficácia na adesão ao tratamento; e, em segundo lugar, que se tratasse de instrumentos credíveis e aceites pela comunidade científica que servissem como provas de validade concorrente e discriminante. A análise dos valores psicométricos dos diferentes instrumentos aplicados neste estudo merece especial atenção para a compreensão dos resultados obtidos.

4.2.3 DADOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS DOS ITENS

Seleccionados os seis instrumentos de medida – PSS, Brief COPE, ESSI, BSI, BDI, AACTG – passou-se à construção da amostra, considerando-se um total de 19007 respostas, sobre as quais incidiu a análise estatística. O número de participantes (n = 106) ultrapassou o valor de cinco vezes o número de itens, necessários para uma manipulação estatística confortável. Apenas foram retidos na versão final do protocolo de avaliação os itens de instrumentos que apresentassem qualidades métricas adequadas. Seguindo as instruções dadas pelas escalas PSS e ESSI, foram invertidos os seguintes itens: 4, 5, 6, 7, 9 e 10; e 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15, respectivamente. Procedeu-se, igualmente, através da análise do funcionamento diferencial da Escala de Auto-eficácia de Leite et al. (2002), à modificação dos itens AE2, AE 3, AE5, AE8, AE9, AE13, AE15, AE16, AE18, AE19, AE20 e AE21, cujos conteúdos evidenciam enviesamentos em relação à linguagem. A versão do PSS utilizada neste estudo foi a de 10 itens por revelar, segundo os autores, melhores características psicométricas. Do mesmo modo foi removido do protocolo de avaliação um grupo de questões do AACTG relacionadas com as falhas da medicação em cada um dos últimos quatro dias, incluindo especificamente o nome e, em simultâneo, a falha dos medicamentos nesses dias, pelo pequeno número de respostas recolhidas. Foram aqui adoptados métodos padronizados e validados de estudos sobre medidas de auto-relato de adesão à medicação anti-retrovírica. Definiu-se a adesão como medida categórica. Foi ainda analisada a frequência com que seguiram estas instruções nos últimos quatro dias. Para o efeito, foi utilizada uma escala do tipo Likert de 5 pontos, que variou entre “nunca” a “o tempo todo”.

4.2.4 RESULTADOS RELATIVOS À VALIDADE E À PRECISÃO DA ESCALA

Os instrumentos de medição, utilizados no âmbito da psicologia da saúde, que nos permitem verificar em que medida o comportamento se registou ou não, devem possuir propriedades métricas que lhes dêem objectividade, rigor e aceitação, quer por parte da comunidade científica, quer da população em geral, pelo que no essencial essas propriedades são a validade e a fiabilidade (Ribeiro, 1999a: 111-112). A validade de um determinado instrumento refere-se ao grau em que mede aquilo que se propõe medir (Sacket et al., 1989: 259-289; Ribeiro, 1999a: 113-114). A validade externa refere-se ao grau de generalização do teste, na medida em que os seus resultados estão relacionados

com a população à margem do estudo; a validade interna diz respeito ao grau em que os resultados obtidos através dos instrumentos de observação são correctos no contexto da amostra estudada (Sacket et al., 1989).

A primeira etapa da avaliação de uma escala é a verificação do conteúdo dos itens por observação directa (Miles & Huberman, 1984, p.24). Estes autores esclarecem que o objectivo dessa avaliação é verificar se todos os itens parecem medir a variável que a escala se propõe a medir e se o conjunto de itens parece abranger os principais aspectos dessa variável. Isto significa que, embora as questões devam ser diferentes umas das outras, é desejável que constituam um conjunto homogéneo.

De acordo com as orientações de Bandura (2001b; 2006), a validade de conteúdo foi determinada através do coeficiente do Alfa de Cronbach's, utilizado para medir a coerência interna (exemplo: fidelidade) e a análise factorial (homogeneidade dos itens). A validade de construto foi ainda examinada pela verificação da adequabilidade da utilização do conjunto de questões para a construção das diferentes variáveis latentes, através da AFC, através da análise do valor do índice de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), bem como pela significância do teste de esfericidade de Bartlett (Pestana & Gageiro, 2000).

Pretendendo-se comparar os diferentes grupos relativamente aos resultados obtidos, numa segunda fase, procedeu-se à verificação dos pressupostos de normalidade das variáveis e da homogeneidade da variância entre os grupos em comparação, por aplicação, respectivamente, dos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene (Hill & Hill, 2000; Pestana & Gageiro, 2000).

Não se tendo verificado os pressupostos anteriores, tornou-se necessário o recurso a testes de comparação não paramétricos. Em função da natureza da relação entre as variáveis obtidas para os diferentes grupos em análise, aplicaram-se testes não-paramétricos para amostras independentes, tais como o teste de Kruskal-Wallis e o teste de Mann-Whitney, e testes não paramétricos para amostras dependentes tais como o teste de Friedman e o teste de Wilcoxon. Para todos os testes, excepto quando mencionado em contrário, assumiu-se um grau de confiança de 95%.

Ainda no sentido de se avaliar as observações efectuadas por um determinado estudo em que estão presentes variáveis dicotómicas, como é o caso da adesão, deverão ser utilizados índices de sensibilidade e especificidade. Estes são determinados através da comparação entre o instrumento utilizado com um instrumento de medida (padrão) aceite como fiável e com índices de sensibilidade e de especificidade. No contexto do

VIH/SIDA, vários autores consideram não existir nenhum instrumento que possa ser tomado por excelência como *gold standard* (Nachega, Mills, & Schechter, 2010) pelas enormes e incontestáveis limitações apresentadas. O questionário de adesão (Chesney et al., 2000a) utilizado neste estudo tem dado provas de validade em estudos devidamente controlados, tendo sido utilizado como medida de referência (Johnson, et al., 2007; Reynolds, et al., 2007) neste estudo. Para o efeito utilizou-se a questão: “Por favor, indique nos últimos 4 dias, quantos dias falhou todas as suas doses”. As respostas foram dadas numa escala de 4 pontos de Likert variando de zero (nenhum dia) a quatro (quatro dias).

A fiabilidade da escala e dos instrumentos utilizados foram avaliados através da análise de consistência interna dos itens – análise da média dos itens e respectivos desvios-padrão; determinação do coeficiente alpha de Cronbach; determinação da correlação Split-half e do coeficiente de Spearman-Brown – e do estudo das correlações entre o item e o valor global das medidas e entre o item e o valor global excluído esse item. A validade concorrente e discriminante é inspeccionada pela correlação do item com o domínio a que pertence (corrigida para sobreposição) e pelas correlações com os domínios a que não pertence. Para se considerar boa, a convergência e a discriminação devem apontar para valores de correlação de Pearson com o domínio a que pertence superiores ao dos valores de correlação com os domínios a que não pertence, em cerca de 25 pontos.

Depois de avaliar a validade de construto e a fiabilidade da escala, foi estudada a relação das propriedades psicométricas dos instrumentos seleccionados com os factores estabelecidos e acima descritos. De acordo com o carácter exploratório desta análise e com o interesse de construir uma medida válida, foi dada importância ao valor $p < 0,05$, tendo sido apenas realizadas análises bivariadas pela dimensão relativamente pequena da amostra. Comparam-se as distribuições nas duas amostras, para as principais variáveis, pela leitura dos correspondentes valores de p . Além disso, o método de regressão logística foi usado para apreciar Odds Ratios de adesão ao tratamento para a pontuação da auto-eficácia. A expectativa de auto-eficácia para a adesão ao tratamento foi convertida numa nota z padronizada, a partir da extracção do primeiro componente principal (Leite, et al., 2002). Estes Odds Ratios foram calculados como gradientes lineares e, portanto, estimam o aumento (ou a diminuição) na possibilidade de ter aderido ao tratamento quando a pontuação de expectativa de auto-eficácia aumenta. Para a análise estatística dos resultados foi utilizado a versão 17.0 do SPSS.

4.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A versão portuguesa da Escala de Auto-eficácia para a Adesão à Terapêutica Anti-retrovírica testada incluiu os 21 itens. Pensa-se ter contrariado o efeito de possíveis erros no desenho e condução da investigação, assim como da análise e da interpretação dos dados.

No geral, três razões poderão afectar a validade das associações encontradas. Em primeiro lugar, a existência de outras variáveis que são desconhecidas na literatura ou que não foram controladas. Outro aspecto está relacionado com o acaso que a estatística tenta definir e controlar mas que pode explicar erradamente as inferências efectuadas. Para além do viés dos dados obtidos resultante da selecção da amostra, também o viés dos dados resultante dos entrevistadores e do desenho metodológico, nomeadamente da má calibração dos instrumentos, podem confundir os resultados. Importa sublinhar que a generalização dos resultados pode ser limitada por um erro na selecção da amostra, pois este tipo de estudos pode atrair participantes sem quaisquer problemas na adesão, sendo assim um grupo sub-representado. Sem se deixar de se reconhecer algumas vulnerabilidades inerentes ao tipo de amostra estudada, que poderá não ser considerada plenamente representativa, deixou-se em aberto a interpretação dos resultados de outros instrumentos para que se pudesse reflectir sobre eles.

4.3.1 DA AMOSTRA

Participaram neste estudo 115 pessoas com infecção por VIH. Dez participantes não preencheram totalmente o protocolo de avaliação e quarenta e um não o devolveram ou não o preencheram no segundo momento (taxa de retorno: 47%).

A amostra relativa ao estudo piloto foi seleccionada com base em características do estudo da versão original. Esse estudo piloto teve uma amostra de 18 pessoas, 6 do sexo feminino e 12 do sexo masculino com idades compreendidas entre os 19 e 54 anos ($M= 36,33$; $DP= 10,14$).

As análises estatísticas da escala foram conduzidas pelos dados provenientes do conjunto dos dois estudos a partir dos 105 participantes. Todos os participantes tinham indicação para tratamento com medicação anti-retrovírica e quase todos (73/87) se encontravam a cumprir a toma da terapêutica no início do estudo. Destes, mais de dois terços (69%) preencheram o questionário em casa, tendo sido destes cerca de 65%

devolvidos entre uma a duas semanas. As análises estatísticas foram conduzidas pelos dados provenientes do conjunto dos dois estudos a partir dos 105 participantes. O tamanho da amostra para este estudo é relativamente maior quando comparada com a amostra da versão brasileira (Leite et al., 2002).

4.3.2 DA ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA

A Escala de Expectativas para a Auto-eficácia na Adesão à Terapêutica Anti-retrovírica foi submetido a tratamentos estatísticos idênticos ao original e os resultados encontrados são também idênticos à versão original. Como já foi referido a Escala foi administrada a um grupo de 105 participantes com indicação para tratamento. Os 21 itens foram submetidos a uma análise factorial exploratória e de tipo confirmatória, podendo-se antecipar que se obteve uma estrutura factorial coerente com a revisão bibliográfica (Costa, et al., 2008; Leite, et al., 2002). Cada factor identifica uma área da auto-eficácia que influencia a resposta aos itens da escala (Leite, et al., 2002). Após rotação Varimax dos eixos, os resultados confirmam a presença de quatro factores ortogonais, cuja variância total explicada é de 60,03 %. Podemos assumir que os valores de alfa de Cronbach's de 0,96 são bastante satisfatórios (Ferreira & Marques, 1998). A correlação Split-half foi de 0,85 e o coeficiente de Spearman-Brown foi de 0,86. Todos estes valores são indicadores de boa consistência interna. O efeito de chão e tecto da escala foi também examinado para testar a sua sensibilidade na avaliação da adesão ao tratamento. A análise das médias dos itens (situadas entre 2,84 e 3,76) e dos respectivos desvios-padrão (variando entre 0,76 e 0,79) indicam que os itens se encontram bem centrados.

Verifica-se que as amostras são significativamente diferentes na sua distribuição pelos valores das diferentes variáveis consideradas. A validade de construto da escala foi examinada analisando a associação entre o resultado da Escala de Auto-eficácia para a Adesão ao Tratamento Anti-retrovírico e da adesão à medicação.

Os resultados são compatíveis com a hipótese teórica de que as expectativas de auto-eficácia estão positivamente associadas à adesão ao tratamento: a média da expectativa de auto-eficácia foi inferior para os sujeitos não aderentes e superior para os aderentes.

4.3.3 DO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS

Neste estudo não foram analisadas as interações dos medicamentos com os dos consumos de álcool e de drogas. Foi colocada a hipótese de que o consumo de álcool e de drogas aumentariam o risco de abandono ou de falhas no tratamento, contudo, as associações não se revelaram estatisticamente satisfatórias. Vários factores poderiam estar associados aqui à não adesão do ao tratamento. Por outro lado, os resultados sugerem uma significativa má adesão em relação ao consumo de drogas no passado e menos no presente.

4.3.4 DAS CRENÇAS, DO CONHECIMENTO E DA ADESÃO AO TRATAMENTO

Como foi referido, a questão referente ao nome dos medicamentos e à frequência de doses, medida através do Questionário de Adesão AACTG, foi excluída devido ao reduzido número de participantes que responderam a esse item. Esta ausência pode sugerir que esta secção é demasiado complexa ou que os participantes não têm bem a certeza do nome dos medicamentos e, simultaneamente, da frequência das suas tomas. Em suma, uma baixa percepção de auto-eficácia pode conduzir a uma má adesão e a um mau prognóstico, principalmente quando se encontram centradas nas crenças de que a medicação não é eficaz e que diminuem o seu bem-estar. Podemos, então concluir que a auto-eficácia pode também influenciar o bem-estar através de processos cognitivos, motivacionais, afectivos e de processos relacionados com a tomada de decisão (Benight & Bandura, 2004). Um aspecto crítico no estudo da adesão ao tratamento diz respeito à forma como as pessoas mantêm e exercitam o seu sentimento de auto-eficácia. Esta análise poderá não ser fácil por razões de transições de vida, mudanças fisiológicas e barreiras sociais com os quais se deparam.

4.3.5 DOS DOENTES NAÏVES

Um último aspecto diz respeito às reacções psicológicas dos doentes quando o diagnóstico de seropositividade coincide com o início do tratamento, comparado com os casos onde existe um conhecimento prévio do contexto de cronicidade. Os resultados obtidos sugerem que a questão é que, quando existe alguma nebulosidade em torno das crenças sobre a eficácia na adesão à terapêutica, os sentimentos de eficácia pessoal parecem ter menos utilidade para prever os comportamentos de adesão. Isto pode dever-

se ao facto das pessoas não terem uma ideia devidamente clara do esforço, do tempo e da perseverância. Esta mesma ideia é confirmada por Catz, Gore-Felton e McClure (2002) e por Perry e colaboradores (1990). Em tais situações, as pessoas têm falta de experiência para avaliar correctamente o seu sentido de eficácia e não têm opção para avaliar as suas habilidades de conhecimento ou de outras experiências e, muitas vezes, torna-se um indicador muito pobre para predizer a adesão exigida. Bandura defende que um forte sentimento de auto-eficácia é geralmente produto do tempo e de experiências altamente resistentes e previsíveis.

4.3.6 DAS DIMENSÕES E DA SUA INTERPRETAÇÃO

Primeiro, mesmo quando se evidenciam um conjunto de factores tidos na adesão como importantes no seguimento do tratamento, apesar de não ser analisado o seu papel inverso, não significa que seja exactamente nulo. Por muito útil que seja, tentou-se evitar centrar esta investigação em aspectos considerados determinantes na adesão, pois acredita-se que a auto-eficácia não deve ser vista à luz dos modelos lineares do tudo ou do nada, mas como uma dinâmica inerente às particularidades de cada caso. Mesmo quando a percepção de suporte social é alargado, não significa que seja efectivamente recebido. Acredita-se que quanto mais elevado for a percepção de auto-eficácia, maior será a adesão, independentemente do *stress* ou do suporte social percebido.

4.4 CONCLUSÃO

A principal conclusão deste estudo é que as pessoas que desenvolveram um aumento significativo de CD4s e que mantiveram uma supressão da carga vírica, ou que a diminuíram após as 12 semanas de tratamento, foram aquelas que apresentaram uma maior expectativa de auto-eficácia. Após o controlo das variáveis encontradas como estatisticamente significativas que afectaram a adesão, as respostas à escala sugerem que, mesmo quando comparado com a presença de sintomas depressivos, a auto-eficácia é a que melhor prevê a resposta ao tratamento. No entanto, a presença de sintomatologia depressiva tem sido considerada como um risco para a descontinuação do tratamento (Adewuya, et al., 2010; Rodkjaer, et al., 2010). Além disso, algumas características da personalidade e do conhecimento podem ter aqui concorrido para uma maior percepção de auto-eficácia, porque podem contribuir para uma maior percepção de controlo na

evolução da doença, relevantes para a regulação do humor e da qualidade de vida. A relação entre a auto-eficácia e a qualidade de vida é ainda desconhecida, mas ambas parecem contribuir para a adesão. Contudo, como estas duas medidas não foram obtidas em simultâneo, os resultados das crenças de auto-eficácia na adesão ao tratamento, juntamente com as de qualidade de vida, não podem ser totalmente estabelecidas.

O aumento de conhecimento na área da adesão ao tratamento leva à necessidade de se reconhecer que devem ser activamente promovidos níveis elevados de adesão ao tratamento do VIH. Actualmente, os estudos tidos na literatura reflectem uma variedade de métodos a serem utilizados associados a boas práticas clínicas e salientam o papel dos técnicos de saúde na promoção da adesão, sem haver qualquer entendimento sobre como ou quem deverá fazer exactamente o quê. Infelizmente, a possibilidade das pessoas infectadas por VIH/SIDA poderem ter acesso a profissionais de saúde que se insiram numa equipa multidisciplinar, para que desta forma possam ser sensibilizados para uma mudança do comportamento de adesão, não pode ser viável sem o esforço conjunto dos mais interessados sobre este assunto. Apesar de toda a atenção que este assunto possa merecer, Portugal continua a carecer de instrumentos que, devidamente válidos, possam ser utilizados com proveito clínico e científico para benefício desta população. Estas dificuldades são um mal, que claramente identificado, devem passar a ser dito. Por ainda não se ter encontrado uma cura ou uma vacina para travar o avanço do vírus, os governos investem mais na prevenção primária como forma de responder ao aumento do VIH e menos na prevenção secundária e terciária como forma de responder ao aumento do número de casos de SIDA e de mortes que lhes são associados. A ausência de linhas orientadoras para a adesão do tratamento do VIH tem sido uma autêntica desilusão. Naturalmente, aqueles que nas estruturas do Serviço Nacional de Saúde têm a seu cargo o acompanhamento destes doentes, pretendem continuar a privilegiar uma tradição coerente com uma visão biomédica deste problema. Não obstante da doença ser do foro biológico, o problema da adesão aparece como um fenómeno bem mais amplo do que a sua definição poderia fazer supor. A contribuição da Psicologia, como ciência que estuda o comportamento, surge como a que em melhor posição se encontra para avaliar e dar resposta a este problema. Bandura foi fundamental no desenvolvimento de um conceito que proporcionasse uma repulsa de uma abordagem mecânica e simplista do corpo, que de uma maneira geral, caracteriza a tendência actual da Medicina. A ideia epidemiológica de saúde estendida ao domínio do tratamento prossegue ainda com a preocupação dominante da higiene que, em meados

do século XIX, influenciou largamente a abordagem médica actual. Esta tendência baseia-se em princípios tão modernistas e avançados como minimalistas, assentes sobretudo na redução do dano. Inserido numa das mais antigas e respeitáveis ciências, da qual fazem parte inestimáveis contribuições para a Humanidade, a imagem que o médico tem da sua tradição influenciam a formação do seu pensamento e da sua abordagem. Ao contrário da Ciência Psicológica, a Medicina nunca chegou a ter uma ruptura na sua abordagem. O interesse no papel da auto-eficácia neste estudo está relacionado, em termos mais amplos, com um interesse em quebrar esta tradição e, estabelecer um corpo comum em que a ciência psicológica, a saúde e as formas de progresso da medicina não excluam a liberdade das pessoas infectadas por VIH como pensadores, criadores e decisores das suas próprias acções. Acredita-se que a discussão destes aspectos pode auxiliar o médico e o doente a melhorar a eficácia dos resultados terapêuticos.

4.4.1 IMPLICAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os primeiros Modelos Cognitivo-Sociais da motivação salientam a importância da personalidade, do conhecimento e das crenças como mediadores do comportamento, e centram a sua atenção em aspectos subjectivos do indivíduo. O interesse no conceito de Auto-Eficácia neste estudo está também relacionado directamente na procura de um entendimento sobre as crenças que o indivíduo tem nas dificuldades sentidas na toma da medicação anti-retrovírica, principalmente, quando implicam algumas propriedades que lhes conferem um controlo da situação. Numa perspectiva psicológica estes modelos distinguem a probabilidade de sucesso e do valor da tarefa e consideram a combinação destes dois resultados a base da motivação, do desempenho e do comportamento. Os investigadores são unânimes ao afirmarem que as crenças de auto-eficácia não são suficientes para avaliar a adesão ao tratamento, sendo necessário que a pessoa domine conhecimentos sobre o tratamento e que possua a habilidade necessária para que possa agir favoravelmente sobre eles (Ribeiro, 1995). Por sua vez, a informação fornecida isoladamente também não é susceptível de ser, por si só, suficiente para a maioria das pessoas. Acredita-se que as pessoas que possuem um baixo sentimento de auto-eficácia em seguir a adesão do seu tratamento necessitam de um maior reforço, no sentido de se promover um aumento destas crenças, de modo a que se possa reflectir numa mudança de comportamento. Na perspectiva de Bandura, este reforço não consiste simplesmente

em encorajar as pessoas, mas fazer com que estas sejam acompanhadas e que realizem e confirmem que são capazes por si próprias de, neste caso em particular, manter uma supressão da carga vírica, de modo a promover progressivamente a construção de cenários de sucesso.

4.4.2 NORMAS, CRITÉRIOS E PARÂMETROS

A interpretação dos resultados da Escala de Expectativas de Auto-eficácia para a Adesão à Terapêutica Anti-retrovírica pode ser completada com o recurso a outras provas estudadas em Portugal orientadas para a Saúde Mental [nomeadamente do BSI – Brief Sintome Inventori]. Sublinha-se que a escala de auto-eficácia representa apenas uma parte, ainda que importante, de uma análise da adesão que pode ser mais completa, onde se insere a supressão sustentada da carga vírica, a história pessoal de sucesso e de insucesso com a medicação anti-retrovírica e o exame de personalidade. Por sua vez, pode existir alguma fonte de equívoco e preocupação na operacionalização da auto-eficácia associada a algumas interpretações mais rígidas do conceito. Interpretar um resultado de uma escala como indicador exclusivo para classificar aquilo que uma pessoa pensa, sente ou age constitui um exemplo bem elucidativo. Em primeiro lugar, este resultado na Escala é classificado como “qual a certeza de que conseguirá tomar os seus medicamentos (...) conforme o seu esquema terapêutico” (e não como indicador de “incapaz de”, uma vez que, como é sabido, esta classificação não está aliás deliberadamente contemplada no uso deste tipo de escala). Depois, torna-se fundamental trabalhar com intervalos de confiança de cada resultado e do grau de interesse do indivíduo. Os resultados devem ser contextualizados, analisando o momento do diagnóstico e integrando elementos provenientes da história do sujeito ou da observação do seu comportamento na situação de resposta à escala.

4.4.3 APLICABILIDADE DA ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA

Tendo em conta a simplicidade de administração e, sobretudo, a interpretação da escala, os profissionais de saúde que pretendam utilizar este instrumento, devem possuir algum conhecimento na avaliação psicológica. Esta escala contém 21 itens e constitui um questionário auto-administrado em que os respondentes assinalam numa escala tipo Likert um número de 0 a 4, em que o 0 significa “De certeza que não vou tomar”, o 1 significa “Acho que não vou tomar”, o 2 significa “Não sei”, o 3 significa “Acho que

vou tomar” e o 4, “Vou tomar de certeza”. A nota final resulta da soma dos itens e a pontuação pode variar entre 0 e 84. Uma maior pontuação equivale a uma maior expectativa de auto-eficácia e, teoricamente, a um maior grau de adesão. A Escala de Expectativas de Auto-Eficácia para a Adesão à Terapêutica Anti-retrovírica de Leite (2002) apresenta como pré-requisito, relativamente ao seu preenchimento serem adultos e, no caso das mulheres, não gestantes. Acredita-se que a auto-eficácia pode ser aumentada através de intervenções específicas pela modificação de aspectos cognitivos, afectivos e motivacionais. Esta escala necessita de um tempo aproximado de 15 a 20 minutos a ser aplicado.

4.4.4 VANTAGENS E POTENCIALIDADES

Este estudo seguiu as recomendações de Bandura (2001b; 2006) e mostra que a Escala de Expectativa de Auto-Eficácia para a Adesão à Terapêutica Anti-retrovírica (Leite, et al., 2002) possui boas propriedades psicométricas, validade e confiabilidade, permitindo assim a sua utilização na população portuguesa. Julga-se que a utilização desta escala, ainda que com recurso a entrevista, possa ser considerada uma alternativa por parte dos profissionais de saúde, durante o processo terapêutico, para adequada selecção de candidatos a tratamento. No sentido de interpretar melhor as intervenções e abordagens realizadas no tratamento do VIH/SIDA, espera-se ter contribuído para um melhor entendimento da auto-eficácia e do papel susceptível a desempenhar na adesão à terapêutica anti-retrovírica.

4.4.5 LIMITAÇÕES

Por se tratar de uma dissertação, foi necessário tomar naturalmente algumas decisões na selecção dos temas a serem abordados. Uma das primeiras limitações decorre do limite de 150 páginas imposto, que obrigou à omissão de alguns temas. Apesar de explicitamente ser entendida a importância de outros aspectos psicossociais na adesão, não foram incluídos, neste estudo, uma análise mais aprofundada dos efeitos da auto-determinação, do locus de controlo, do estigma associado ao VIH e da qualidade de vida que poderiam ser explorados. Do mesmo modo não foram analisados relações referentes à cultural, género, etnia, religião, orientação sexual, empregabilidade e desenvolvimento pessoal incluindo, aspectos referentes ao envelhecimento. Uma segunda limitação diz respeito ao reduzido número de participantes no segundo

momento, impossibilitando, assim, a análise de dados relativos ao teste-reteste de forma segura. O reduzido número de mulheres e a variabilidade na distribuição desta população foram outra limitação à generalização dos resultados.

4.4.6 DESENVOLVIMENTOS E ESTUDOS FUTUROS

Depreende-se desta leitura a potencial utilidade clínica da escala sendo, contudo, necessário prosseguir com estudos normativos mais aprofundados. Será interessante a condução de estudos em grupos específicos, incluindo crianças e mulheres grávidas com indicação para tratamento profilático de transmissão vertical do VIH. Sugere-se ainda a replicação de mais estudos psicométricos longitudinais, com maior duração, relativos à precisão da estabilidade e da validade concorrente e discriminante da escala com uma maior duração temporal. Torna-se sobretudo fundamental a realização de estudos de carácter interventivo no aumento da adesão. Finalmente, parece existir um interesse em se obter mais informação sobre a influência do papel da auto-eficácia na qualidade de vida.

Bibliografia

- Adam, B. D., Maticka-tyndale, E., & Cohen, J. J. (2003). Adherence practices among people living with HIV. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 15(2), 263-274.
- Adewuya, A. O., Afolabi, M. O., Ola, B. A., Ogundele, O. A., Ajibare, A. O., Oladipo, B. F., et al. (2010). The effect of psychological distress on medication adherence in persons with HIV infection in Nigeria. *Psychosomatics*, 51(1), 68-73.
- Ammassari, A., Murri, R., Pezzotti, P., Trotta, M. P., Ravasio, L., De Longis, P., et al. (2001). Self-reported symptoms and medication side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 28(5), 445-449.
- Anderson, M., Elam, G., Gerver, S., Solarin, I., Fenton, K., & Easterbrook, P. (2008). HIV/AIDS-related stigma and discrimination: Accounts of HIV-positive Caribbean people in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 67(5), 790-798.
- Atkinson, J. H., Heaton, R. K., Patterson, T. L., Wolfson, T., Deutsch, R., Brown, S. J., et al. (2008). Two-year prospective study of major depressive disorder in HIV-infected men. *Journal of Affective Disorders*, 108(3), 225-234.
- Bakken, S., Holzemer, W. L., Brown, M. A., Powell-Cope, G. M., Turner, J. G., Inouye, J., et al. (2000). Relationships between perception of engagement with health care provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, 14(4), 189-197.
- Bandura. (1986). Fearful Expectations and Avoidant Actions as Coeffects of Perceived Self-Inefficacy. *American Psychologist*, 41(12), 1389-1391.
- Bandura, A. (1974). The case of the mistaken dependent variable. *Journal of Abnormal Psychology*, 83(3), 301-303.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982a). The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13(3), 195-199.
- Bandura, A. (1982b). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. S. R. A. Wicklund (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 355-394). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). San Diego: Academic Press.
- Bandura, A. (1995a). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. . In Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45). Melbourne: Cambridge University Press.

- Bandura, A. (1995b). On rectifying conceptual ecumenism. . In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application* (pp. 347-375). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. *New York: W. H. Freeman.*
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective, *Annual Review of Psychology* (Vol. 52, pp. 1-26).
- Bangsberg, D. R., Bronstone, A., Chesney, M. A., & Hecht, F. M. (2002). *Computer-Assisted Self-Interviewing (CASI) to Improve Provider Assessment of Adherence in Routine Clinical Practice. [Article]: JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* December 15, 2002;31 Supplement 3:S107-S111.
- Bangsberg, D. R., Hecht, F. M., Charlebois, E. D., Zolopa, A. R., Holodniy, M., Sheiner, L., et al. (2000). Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS, 14*(4), 357-366.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (1994). Research methods in clinical and counseling psychology. *New York: John Wiley & Sons.*
- Barre-Sinoussi, F., Chermann, J. C., Rey, F., Nugeyre, M. T., Chamaret, S., Gruest, J., et al. (1983). Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science, 220*(4599), 868-871.
- Bartlett, J. G. (2002). *The 2002 Abbreviated Guide to Medical Management of HIV Infection.* Philadelphia.: Baltimore: Johns Hopkins Hospital, Division of Infectious Desases.
- Bartlett, J. G., & Gallant, J. E. (2004). *2004 Medical Management of HIV Infection.* Baltimore: Johns Hopkins Medicine Health Publishing Business Group.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*(4), 561-571.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *Am J Public Health, 64*(3), 205-216.
- Besch, C. L. (1995). Compliance in clinical trials. *AIDS, 9*(1), 1-10.
- Bogart, L. M., Bird, S. T., Walt, L. C., Delahanty, D. L., & Figler, J. L. (2004). Association of stereotypes about physicians to health care satisfaction, help-seeking behavior, and adherence to treatment. *Social Science & Medicine, 58*(6), 1049-1058.
- Bond, W., & Hussar, D. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. *Am J Health Syst Pharm, 48*(9), 1978-1988.
- Bouhnik, A. D., Chesney, M., Carrieri, P., Gallais, H., Moreau, J., Moatti, J. P., et al. (2002). Nonadherence among HIV-infected injecting drug users: The impact of social instability. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 31*(SUPPL. 3), S149-S153.
- Broers, B., Morabia, A., & Hirschel, B. (1994). A cohort study of drug users' compliance with zidovudine treatment. *Archives of Internal Medicine, 154*(10), 1121-1127.
- Brown, M. A., Inouye, J., Powell-Cope, G.M., Holzemer, W.L. & Nokes, K.M. . (1998). Social support and adherence in HIV+ persons, *12th World AIDS Conference.* Geneva: Abstract 32346.
- Bruce, R. D., Kresina, T. F., & McCance-Katz, E. F. (2010). Medication-assisted treatment and HIV/AIDS: Aspects in treating HIV-infected drug users. *AIDS, 24*(3), 331-340.
- Buhrich, N., & Judd, F. K. (1997). HIV and psychiatric disorders. In G. Stewart (Ed.), *Managing HIV.* Sydney: Australasian Medical Publishing Company.
- Burgos, M., Revsin, N. S., Vilas, A., & Fontan, L. (1998). Obstacles in treatment adherence: patient reasons, *12th World AIDS Conference.* Geneva: Abstract 32400.
- Canavarro, M. C. (1999). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos.* Documento enviado pelo autor.

- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.
- Carr, A., Samaras, K., Thorisdottir, A., Kaufmann, G. R., Chisholm, D. J., & Cooper, D. A. (1999). Diagnosis, prediction, and natural course of HIV-1 protease-inhibitor-associated lipodystrophy, hyperlipidaemia, and diabetes mellitus: A cohort study. *Lancet*, 353(9170), 2093-2099.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*(56), 267-283.
- Catz, Kelly, Bogart, Benotsch, & McAuliffe. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19(2), 124-133.
- Catz, McClure, J. B., Jones, G. N., & Brantley, P. J. (1999). Predictors of outpatient medical appointment attendance among persons with HIV. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 11(3), 361-373.
- CDC. (1997). *HIV/AIDS Surveillance Report*. Atlanta, GA: Author.
- Cha, Erlen, & Kim. (2004). Psychometric evaluation of the HIV self-efficacy scale (HIV SES). *Annals of Behavioral Medicine*(27), S148.
- Cha, E., Erlen, J. A., Kim, K. H., Sereika, S. M., & Caruthers, D. (2008). Mediating roles of medication-taking self-efficacy and depressive symptoms on self-reported medication adherence in persons with HIV: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 1175-1184.
- Chesney. (1997). New HAART therapies: adherence challenges and strategies. Evolving HIV treatments: advances and the challenges of adherence, *37th ICAAC Symposium*. Canada: Toronto.
- Chesney, Morin, & Sherr. (2000). Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine*, 50, 1599-1605.
- Chesney, Neilands, Chambers, Taylor, & Folkman. (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British Journal Of Health Psychology*, 11(Pt 3), 421-437.
- Chiasson, M. (2000). New York City AIDS case mortality rates in the era of potent antiretroviral therapy. *Journal of Urban Health*, 77(2), 255-257.
- Clark, H. J., Lindner, G., Armistead, L., & Austin, B.-J. (2004). Stigma, Disclosure, and Psychological Functioning Among HIV-Infected and Non-Infected African-American Women. *Women & Health*, 38(4), 57 - 71.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Conrad, P. (1985). The Meaning of Medications: Another Look at Compliance. *Social Science and Medicine* 23(11), 1131-1138.
- Conway, S. P., Pond, M. N., Hamnett, T., & Watson, A. (1996). Compliance with treatment in adult patients with cystic fibrosis. *Thorax*, 51(1), 29-33.
- Costa, L. S., Latorre, M. d. R. D. d. O., Silva, M. H. d., Bertolini, D. V., Machado, D. M., Pimentel, S. R., et al. (2008). Validação e reprodutibilidade de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral em pais ou cuidadores de crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS. *Jornal de Pediatria*, 84, 41-46.
- Crespo-Fierro, M. (1997). Compliance/adherence and care management in HIV disease. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 8(4), 43-54.

- Curioso, W., Kepka, D., Cabello, R., Segura, P., & Kurth, A. (2010). Understanding the facilitators and barriers of antiretroviral adherence in Peru: A qualitative study. *BMC Public Health, 10*(1), 13.
- CVEDT (2009). Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2008. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- Delgado, J., Heath, K. V., Yip, B., Marion, S., Alfonso, V., Montaner, J. S. G., et al. (2003). Highly active antiretroviral therapy: Physician experience and enhanced adherence to prescription refill. *Antiviral Therapy, 8*(5), 471-478.
- Denhaerynck, K., Abraham, I., Gourley, G., Drent, G., De Vleeschouwer, P., Papajcik, D., et al. (2003). Validity testing of the long-term medication behavior self-efficacy scale. *Journal of Nursing Measurement, 11*(3), 267-282.
- Derogatis, L. R. (1982). Psychopharmacologic applications to cancer. An overview. *Cancer, 50*(9 Suppl. 1), 1962-1967.
- DiClemente, R., & Peterson, J. (1994). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. New York: Plenum.
- DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., et al. (1993). Physicians' Characteristics Influence Patients' Adherence to Medical Treatment: Results From the Medical Outcomes Study. *Health Psychology, 12*(2), 93-102.
- Donovan, J. L., & Blake, D. R. (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? *Social Science and Medicine, 34*(5), 507-513.
- Dore, G. J., Correll, P. K., Li, Y., Kaldor, J. M., Cooper, D. A., & Brew, B. J. (1999). Changes to AIDS dementia complex in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS, 13*(10), 1249-1253.
- Duran, S., Spire, B., Raffi, F., Walter, V., Bouhour, D., Journot, V., et al. (2001). Self-reported symptoms after initiation of a protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clinical Trials, 2*(1), 38-45.
- Durante, A. J., Bova, C. A., Fennie, K. P., Danvers, K. A., Holness, D. R., Burgess, J. D., et al. (2003). Home-based study of anti-HIV drug regimen adherence among HIV-infected women: Feasibility and preliminary results. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, 15*(1), 103-115.
- Eldred, Wu, A., Chaisson, R. E., & Moore, R. D. (1995). *Medication adherence to long-term therapy in HIV disease*. Paper presented at the 11th International AIDS.
- Eldred, Wu, A., Chaisson, R. E., & Moore, R. D. (1997, January 22-26). *Adherence to HAART therapy in HIV disease*. Paper presented at the 4th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Washington, DC.
- Eldred, Wu, A. W., Chaisson, R. E., & Moore, R. D. (1998). Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 18*(2), 117-125.
- Eraker, S. A., Kirscht, J. P., & Becker, M. H. (1984). Understanding and Improving Patient Compliance. *Annals of Internal Medicine, 100*(2), 258.
- Erlen, J. A., & Mellors, M. P. (1999). Adherence to Combination Therapy in Persons Living With HIV: Balancing the Hardships and the Blessings. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care, 10*(4), 75-84.
- Ettenhofer, M. L., Foley, J., Castellon, S. A., & Hinkin, C. H. (2010). Reciprocal prediction of medication adherence and neurocognition in HIV/AIDS. *Neurology, WNL.0b013e3181d3188c3181ca*.
- Fätkenheuer, G., Theisen, A., Rockstroh, J., Grabow, T., Wicke, C., Becker, K., et al. (1997). Virological treatment failure of protease inhibitor therapy in an unselected cohort of HIV-infected patients. *AIDS, 11*(14), F113-F116.

- Ferreira, C., Gay, M. C., Regnier-Aeberhard, F., & Bricaire, F. (2010). Representation of illness and of treatment side effects as determinants of adherence to treatment of HIV patients. *Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH*, 168(1), 25-33.
- Fischl, M., Richman, D., Grieco, M., Gottlieb, M., Volberding, P., Laskin, O., et al. (1987). The efficacy of zidovudine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med*, 317(4), 185-191.
- Flandre, P., Peytavin, G., Meiffredy, V., Saidi, Y., Descamps, D., Delagnes, M., et al. (2002). Adherence to antiretroviral therapy and outcomes in HIV-infected patients enrolled in an induction/maintenance randomized trial. *Antiviral Therapy*, 7(2), 113-121.
- Friedland, G. H., & Williams, A. (1999). Attaining higher goals in HIV treatment the central importance of adherence. *AIDS, Supplement*, 13(1).
- Gallant, J. E., & Block, D. S. (1998). Adherence to antiretroviral regimens in HIV-infected patients: results of a survey among physicians and patients. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 4(5), 32-35.
- Gallo, R., Salahuddin, S., Popovic, M., Shearer, G., Kaplan, M., Haynes, B., et al. (1984). Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science*, 224(4648), 500-503.
- Gao, X., & Nau, D. P. (2000). Congruence of three self-report measures of medication adherence among HIV patients. *Annals of Pharmacotherapy*, 34(10), 1117-1122.
- Gao, X., Nau, D. P., Rosenbluth, S. A., Scott, V., & Woodward, C. (2000). The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 12(4), 387-398.
- Gardner, E. M., Hullsiek, K. H., Telzak, E. E., Sharma, S., Peng, G., Burman, W. J., et al. (2010). Antiretroviral medication adherence and class-specific resistance in a large prospective clinical trial. *AIDS*, 24(3), 395-403.
- Geest, S., Abraham, I., Gemoets, H., & Evers, G. (1994). Development of the long-term medication behaviour self-efficacy scale: qualitative study for item development. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2), 233-238.
- Gifford, A. L., Bormann, J. E., Shively, M. J., Wright, B. C., Richman, D. D., & Bozzette, S. A. (2000). Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 23(5), 386-395.
- Gilbert, J. R., Evans, C. E., Haynes, R. B., & Tugwell, P. (1980). Predicting compliance with a regimen of digoxin therapy in family practice. *Calcified Tissue International*, 32(1), 119-122.
- Godin, G., Côté, J., Naccache, H., Lambert, L. D., & Trottier, S. (2005). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: A one-year longitudinal study. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 17(4), 493-504.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*. New York: Simon and Schuster.
- Golin, Liu, H., Hays, R. D., Miller, L. G., Beck, C. K., Ickovics, J., et al. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine*, 17(10), 756-765.
- Golin, Scott, & Reif. (2004). Adherence counseling practices of generalist and specialist physicians caring for people living with HIV/AIDS in North Carolina. *Journal of general internal medicine*, 19(1), 16-27.

- Graham. (2000). Metabolic disorders among HIV-infected patients treated with protease inhibitors: A review. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25(SUPPL. 1).
- Graham, S., & Weiner, B. (1996). Theories and principles of motivation. In C. Berliner (Ed.), *Handbook of Educational Psychology* (pp. 63-84). New York: Simon & Schuster Macmillan.
- Guerra, M. (1994). *Seropositividade e auto-organização psicológica: um modelo de avaliação da adaptabilidade humana à seropositividade ao vírus da sida*. Unpublished Tese de Doutorado.
- Halkitis, P. N., Parsons, J. T., Wolitski, R. J., & Remien, R. H. (2003). Characteristics of HIV antiretroviral treatments, access and adherence in an ethnically diverse sample of men who have sex with men. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 15(1), 89-102.
- Haren, N., Bailey, E., & Diamond, G. (1990). *Factors affecting participation in a cooperative trial of zidovudine (AZT) vs. placebo in HIV infected patients*. Paper presented at the 6th International Conference on AIDS, San Francisco, California.
- Hecht, F. M., Grant, R. M., Petropoulos, C. J., Dillon, B., Chesney, M. A., Tian, H., et al. (1998). Sexual Transmission of an HIV-1 Variant Resistant to Multiple Reverse-Transcriptase and Protease Inhibitors. *N Engl J Med*, 339(5), 307-311.
- Hedge, B., & Petrak, J. (1998). Take as prescribed: a study of adherence behaviours in people taking anti-retroviral medications, *12th World AIDS Conference*. Geneva.
- Hirschhorn, L., Quinones, J., Goldin, S., & Metras, L. (1998). Highly active HAART therapy in the "real world": experiences in an inner-city community health center, *2th World AIDS Conference*. Geneva: Abstract 32334.
- Ho, D. D., Neumann, A. U., Perelson, A. S., Chen, W., Leonard, J. M., & Markowitz, M. (1995). Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV-1 infection. *Nature*, 373(6510), 123-126.
- Holzemer, Corless, I. B., Nokes, K. M., Turner, J. G., Brown, M. A., Powell-Cope, G. M., et al. (1999). Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease. *AIDS Patient Care and STDs*, 13(3), 185-197.
- Holzemer, Inouye, J., Brown, M. A., Powell, G. M., & Corless, I. B. (1998). Psychological well-being and HIV adherence, *12th World AIDS Conference*. Geneva: Abstract 32368.
- Horne, R., & Weinman, J. (1996). Predicting treatment adherence: an overview of theoretical model. In P. N. M. Conner (Ed.), *Predicting Health Behaviour*. Philadelphia, USA: Open University Press.
- Howard, A. A., Arnsten, J. H., Lo, Y., Vlahov, D., Rich, J. D., Schuman, P., et al. (2002). A prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV-infected women. *AIDS*, 16(16), 2175-2182.
- Hugen, P. W. H. (2002). What can't be cured ... Optimisation of HIV protease inhibitor containing antiretroviral therapy. *Op zoek naar draaglijker HIV-therapie: Wat niet genezen kan worden ...* 137(7), 243-247.
- Ickovics, J. R., & Meisler, A. W. (1997). Adherence in AIDS clinical trials: A framework for clinical research and clinical care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(4), 385-391.
- Ingersoll, K. (2004). The impact of psychiatric symptoms, drug use, and medication regimen on non-adherence to HIV treatment. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 16(2), 199-211.
- Jelsma, J., Maclean, E., Hughes, J., Tinise, X., & Darder, M. (2005). An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving

- HAART. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 17(5), 579-588.
- Johnson, M. O., Catz, S. L., Remien, R. H., Rotheram-Borus, M. J., Morin, S. F., Charlebois, E., et al. (2003). Theory-Guided, Empirically Supported Avenues for Intervention on HIV Medication Nonadherence: Findings from the Healthy Living Project. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(12), 645-656.
- Johnson, M. O., & Neilands, T. B. (2007). Coping with HIV treatment side effects: Conceptualization, measurement, and linkages. *AIDS and Behavior*, 11(4), 575-585.
- Johnson, M. O., Neilands, T. B., Dilworth, S. E., Morin, S. F., Remien, R. H., & Chesney, M. A. (2007). The role of self-efficacy in HIV treatment adherence: Validation of the HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES). *Journal of Behavioral Medicine*, 30(5), 359-370.
- Johnson, M. O., & Remien, R. H. (2003). Adherence to research protocols in a clinical context: Challenges and recommendations from behavioral intervention trials. *American Journal of Psychotherapy*, 57(3), 348-360.
- Johnson, M. O., Stallworth, T., & Neilands, T. B. (2003). The drugs or the disease? Causal attributions of symptoms held by HIV-positive adults on HAART. *AIDS and Behavior*, 7(2), 109-117.
- Johnston, B. E., Ahmad, K., Smith, C., & Rose, D. N. (1998). *Adherence to HAART among HIV-infected patients of the inner city*. Paper presented at the 12th World AIDS Conference.
- Jones, Hanson, D. L., Dworkin, M. S., Kaplan, J. E., & Ward, J. W. (1998). Trends in AIDS-related opportunistic infections among men who have sex with men and among injecting drug users, 1991-1996. *Journal of Infectious Diseases*, 178(1), 114-120.
- Jones, Kruszon-Moran, D., Wilson, M., McQuillan, G., Navin, T., & McAuley, J. B. (2001). *Toxoplasma gondii* infection in the United States: Seroprevalence and risk factors. *American Journal of Epidemiology*, 154(4), 357-365.
- Kalichman. (1998). *Preventing AIDS: a sourcebook for behavioral intervention*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum and Associates.
- Kalichman, Cain, D., Fuhrel, A., Eaton, L., Di Fonzo, K., & Ertl, T. (2005). Assessing medication adherence self-efficacy among low-literacy patients: development of a pictographic visual analogue scale. *Health Educ. Res.*, 20(1), 24-35.
- Kammann, E., Williams, P., Chesney, M. A., & Currier, J. (1999). Predictors of adherence to azithromycin prophylaxis for prevention of mycobacterium avium complex (MAC) disease, *6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Chicago: Abstract 444.
- Kasper, T., Arboleda, C., & Halpern, M. (2000). The impact of patient perceptions of body shape changes and metabolic abnormalities on antiretroviral therapy, *Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference*. Durban, South Africa: Abstract WePpB1380.
- Kempainen, J. K., Levine, R., Buffum, M., Holzemer, W., Finley, P., & Jensen, P. (2004). Antiretroviral adherence in persons with HIV/AIDS and severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(6), 395-404.
- Kennedy, S., Goggin, K., & Nollen, N. (2004). Adherence to HIV Medications: Utility of the Theory of Self-Determination. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 611-628.
- Kirby, D., & DiClemente, R. (1994). School-based Behavioral Interventions to Prevent Unprotected Sex and HIV among Adolescents. In R. DiClemente & J. Person (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. . New York: Plenum Press.

- Klosinski, L. E., & Brooks, R. N. (1998). Predictors of non-adherence to HIV combination therapies, *12th Worlds AIDS Conference*. Geneva: Abstract 32375.
- Larder, B., & Kemp, S. (1989). Multiple mutations in HIV-1 reverse transcriptase confer high-level resistance to zidovudine (AZT). *Science*, *246*(4934), 1155-1158.
- Leite, J. C. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T., & Silveira, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *15*, 121-133.
- Liu, H., Golin, C. E., Miller, L. G., Hays, R. D., Beck, C. K., Sanandaji, S., et al. (2001). A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Annals of Internal Medicine*, *134*(10), 968-977.
- Liu, H., Hu, Z., Li, X., Stanton, B., Naar-King, S., & Yang, H. (2006). Understanding interrelationships among HIV-related stigma, concern about HIV infection, and intent to disclose HIV serostatus: A pretest-posttest study in a rural area of eastern China. *AIDS Patient Care and STDs*, *20*(2), 133-142.
- Lorenzen, T., Stoehr, A., Weitner, L., Adam, A., Jarke, J., & Plettenberg, A. (1998). Compliance with antiretroviral multidrug therapy in HIV-infected patients and reasons for noncompliance, *International Conference on AIDS*. St. Georg, Hamburg, Germany: 12, 596. (abstract no. 32371).
- Lui, K.-J., Darrow, W. W., & Rutherford, G. (1988). A model-based estimate of the mean incubation period for AIDS in homosexual men. *Science*, *240*, 1333-1335.
- Malcolm, S. E., Ng, J. J., Rosen, R. K., & Stone, V. E. (2003). An examination of HIV/AIDS patients who have excellent adherence to HAART. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, *15*(2), 251-261.
- Mallolas, J., Gatell, J. M., Pumarola, T., Martinez, E., Niebla, G., Tortajada, C., et al. (1998). *A pilot study of efficacy and tolerance of indinavir twice daily*. Paper presented at the 38th ICAAC.
- Mannheimer, S., Friedland, G., Matts, J., Child, C., & Chesney, M. (2002). The Consistency of Adherence to Antiretroviral Therapy Predicts Biologic Outcomes for Human Immunodeficiency Virus-Infected Persons in Clinical Trials. *Clinical Infectious Diseases*, *34*(8), 1115-1121.
- Martinez, M., Marques, A., Valdes, J., & Santana, J. (1998). Factors associated in a Hispanic cohort with effective adherence and desired clinical results in patients with triple HAART therapy (including one PI), *12th World AIDS Conference*. Geneva: Abstract 32403.
- Martini, M., Nasta, P., Ricci, E., Parazzini, F., & Agnoletto, V. (2000). Perceptions of disease and therapy are factors influencing adherence to antiretroviral therapy [5]. *Sexually Transmitted Infections*, *76*(6), 496-497.
- Mauss, S. (2000). HIV-associated lipodystrophy syndrome. *AIDS*, *14*(SUPPL. 3).
- McDonald, R., Free, D., Ross, F., & Mitchell, P. (1998). Client preferences for HIV inpatient care delivery. *AIDS Care*, *10*, S123.
- Mehta, S., Moore, R. D., & Graham, N. M. H. (1997). Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, *11*(14), 1665-1670.
- Meisler, A., Ickovics, J., Walesky, M., Fiellen, M., Showronski, C., & Friedland, G. (1993). *Adherence to clinical trials among women, minorities and injecting drug users*. Paper presented at the 9th International Conference on AIDS.
- Miller, Liu, H., Hays, R. D., Golin, C. E., Beck, C. K., Asch, S. M., et al. (2002). How well do clinicians estimate patients' adherence to combination antiretroviral therapy? *Journal of General Internal Medicine*, *17*(1), 1-11.
- Moatti, J. P., Spire, B., & Duran, S. (2000). A review of socio-behavioural studies on adherence to antiretroviral treatments: Beyond biomedical models? *Un bilan des*

- recherches socio-comportementales sur l'observance des traitements dans l'infection a VIH: Au dela des modeles biomedicaux?*, 48(2), 182-197.
- Mocroft, A., Madge, S., Johnson, A. M., Lazzarin, A., Clumeck, N., Goebel, F.-D., et al. (1999). A Comparison of Exposure Groups in the EuroSIDA Study: Starting Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), Response to HAART, and Survival. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 22(4), 369.
- Molassiotis, A., Nahas-Lopez, V., Chung, W. Y. R., Lam, S. W. C., Li, C. K. P., & Lau, T. F. J. (2002). Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV infected patients. *International Journal of STD and AIDS*, 13(5), 301-310.
- Montaner, J. S., Reiss, P., Cooper, D., Vella, S., Harris, M., & Conway, B. (1998). A randomised, double-blind trial comparing combinations of nevirapine, didanosine, and zidovudine for HIV-infected patients. *Journal of the American Medical Association*.(279), 930-936.
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Moralez, R., Figueiredo, V. M., Sinkoc, M. C. B., Gallani, C., & Tomazin, S. L. (1998). Adherence of patients with AIDS to treatment with HAART medications: difficulties related and proposition of attenuating measures, *12th World AIDS Conference*. Geneva: Abstract 42442.
- Morgado, M. V., Pires, A., & Pinto, J. R. (2000). Auto-eficácia na criança asmática. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 121-128.
- Morse, E. V., Simon, P. M., Besch, C. L., & Walker, J. (1995). Issues of recruitment, retention, and compliance in community-based clinical trials with traditionally underserved populations. *Applied Nursing Research*, 8(1), 8-14.
- Morse, E. V., Simon, P. M., Coburn, M., Hyslop, N., Greenspan, D., & Balson, P. M. (1991). Determinants of subject compliance within an experimental anti-HIV drug protocol. *Social Science & Medicine*, 32(10), 1161-1167.
- Moss, A. R., & Bacchetti, P. (1989). Natural history of HIV infection. *AIDS*, 3(2), 55-62.
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R. C., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O stress nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Motashari, F., Riley, E., Selwyn, P. A., & Altice, R. L. (1998). Acceptance and adherence with HAART therapy among HIV-infected women in a correctional facility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome & Human Retrovirology*, 18, 341-348.
- Muma, R. D., Ross, M. W., Parcel, G. S., & Pollard, R. B. (1995). Zidovudine adherence among individuals with HIV infection. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 7(4), 439 - 448.
- Murphy, Lu, M. C., Martin, D., Hoffman, D., & Marelich, W. D. (2002). Results of a pilot intervention trial to improve antiretroviral adherence among HIV-positive patients. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*, 13(6), 57-69.
- Murphy, Marelich, Huffman, & Steers. (2004). Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 16(4), 471-484.
- Murphy, Roberts, Martin, Marelich, & Hoffman. (2000). Barriers to Antiretroviral Adherence among HIV-Infected Adults. *AIDS Patient Care & Stds*, 14(1), 47-58.
- Murphy, Roberts, K. J., Hoffman, D., Molina, A., & Lu, M. C. (2003). Barriers and successful strategies to antiretroviral adherence among HIV-infected monolingual Spanish-speaking patients. *AIDS Care*, 15(2), 217.
- Murri, R., Ammassari, A., Luca, A. D., Cingolani, A., & Antinori, A. (1999). Definition and measurement of adherence to antiretroviral drugs in HIV-1-infected patients. *The Lancet*, 353(9168), 1974-1974.

- Nachega, J. B., Mills, E. J., & Schechter, M. (2010). Antiretroviral therapy adherence and retention in care in middle-income and low-income countries: Current status of knowledge and research priorities. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 5(1), 70-77.
- Nakashima, A. K., Horsley, R., Frey, R. L., Sweeney, P. A., Weber, J. T., & Fleming, P. L. (1998). Effect of HIV reporting by name on use of HIV testing in publicly funded counseling and testing programs. *Journal of the American Medical Association*, 280(16), 1421-1426.
- Nam, Fielding, Avalos, Dickinson, Gaolathe, & Geissler. (2008). The relationship of acceptance or denial of HIV-status to antiretroviral adherence among adult HIV patients in urban Botswana. *Social science & medicine* 67(2), 301-310.
- Ncama, B. P., McInerney, P. A., Bhengu, B. R., Corless, I. B., Wantland, D. J., Nicholas, P. K., et al. (2008). Social support and medication adherence in HIV disease in KwaZulu-Natal, South Africa. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1757-1763.
- Nemecheck, P., & Tritle, D. (1998). A survey evaluating pharmacy-related resources and their relation to drug adherence, *12th World AIDS Conference*. Geneva: Abstract 32398.
- Nieuwkerk, P. T., Gisolf, E. H., Colebunders, R., Wu, A. W., Danner, S. A., Sprangers, M. A., et al. (2000). Quality of life in asymptomatic- and symptomatic HIV infected patients in a trial of ritonavir/saquinavir therapy. *AIDS*, 14(2), 181-187.
- Nieuwkerk, P. T., Sprangers, M. A. G., Burger, D. M., Hoetelmans, R. M. W., Hugen, P. W. H., Danner, S. A., et al. (2001). Limited Patient Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy for HIV-1 Infection in an Observational Cohort Study. *Arch Intern Med*, 161(16), 1962-1968.
- O'Brien, M. K., Petrie, K., & Raeburn, J. (1992). Adherence to Medication Regimens: Updating a Complex Medical Issue. *Med Care Res Rev*, 49(4), 435-454.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behaviour Research and Therapy*, 23(4), 437-451.
- Oelzner, S., Brandstadt, A., & Hoffmann, A. (1996). Correlations between subjective compliance, objective compliance, and factors determining compliance in geriatric hypertensive patients treated with triamterene and hydrochlorothiazide. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 34(6), 236-242.
- Ohmit, S., Schuman, P., Schoenbaum, E. E., Rompalo, A., Cohen, M., Richardson, J., et al. (1998). Adherence to antiretroviral (ART) among women in the HIV Epidemiology Research Study (HERS) and Women's Inter-Agency HIV Study (WIHS), *12th International Conference on AIDS*. Geneva, Switzerland: Abstract 32347.
- Oliveira, J., & Melo-Silvestre, A. (2002). *História natural da infecção VIH*. Paper presented at the IX Congresso Virtual HIV/AIDS.
- Ostrop, N. J., & Gill, M. J. (2000). Antiretroviral Medication Adherence and Persistence with Respect to Adherence Tool Usage. *AIDS Patient Care and STDs*, 14(7), 351-358.
- Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Paiva, V., Santos, N., Ventura-Filipe, E., Hearst, N., & Reingold, A. (1998). *Compliance with reverse transcriptase inhibitors or combination therapy among HIV/women in São Paulo, Brazil*. Paper presented at the 12th World Conference of AIDS, Geneva.
- Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66(4), 543-578.
- Palella, F. J., Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J., Satten, G. A., et al. (1998). Declining Morbidity and Mortality among Patients with Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection. *N Engl J Med*, 338(13), 853-860.

- Palepu, A., Tyndall, M., Yip, B., O'Shaughnessy, M. V., Hogg, R. S., & Montaner, J. S. G. (2003). Impaired Virologic Response to Highly Active Antiretroviral Therapy Associated With Ongoing Injection Drug Use. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32(5), 522-526.
- Palmer, N. B., Salcedo, J., Miller, A. L., Winiarski, M., & Arno, P. (2003). Psychiatric and Social Barriers to HIV Medication Adherence in a Triply Diagnosed Methadone Population. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(12), 635-644.
- Paredes, R., Lalama, C. M., Ribaud, H. J., Schackman, B. R., Shikuma, C., Gigue, F., et al. (2010). Pre-existing minority drug-resistant HIV-1 variants, adherence, and risk of antiretroviral treatment failure. *Journal of Infectious Diseases*, 201(5), 662-671.
- Paterson, D., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E., Squier, C., et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), 21-30.
- Paterson, D., Swindells S., Mohr, J., Brester M., Vergis E., & Squier C. (1999). *How much adherence is enough? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMMS Caps*. Paper presented at the 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Abstract 92.
- Pereira, M. G., & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 585-595.
- Perno, C. F. a. b., Cozzi-Lepri, A. c., Balotta, C. d., Bertoli, A. a., Violin, M. d., Monno, L. e., et al. (2002). Low prevalence of primary mutations associated with drug resistance in antiviral-naïve patients at therapy initiation. *AIDS*, 16(4), 619-624.
- Ponton, M. K., Edmister, J. H., Ukeiley, L. S., & Seiner, J. M. (2001). Understanding the role of self-efficacy in engineering education. *Journal of Engineering Education*, 90 (2), 247-251.
- Portaria nº 103/2005, de 25 de Janeiro – Integra infecção pelo VIH na lista das doenças de declaração obrigatória.
- Powell-Cope. (1994). Family caregivers of people with AIDS: negotiating partnerships with professional health care providers. *Nursing Research*, 43, 324-330.
- Powell-Cope, White, J., Henkelman, E. J., & Turner, B. J. (2003). Qualitative and quantitative assessments of HAART adherence of substance-abusing women. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 15(2), 239-249.
- Power, R., Koopman, C., Volk, J., Israelski, D. M., Stone, L., Chesney, M. A., et al. (2003). Social support, substance use, and denial in relationship to antiretroviral treatment adherence among HIV-infected persons. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(5), 245-252.
- Power, R., Tate, H. L., McGill, S. M., & Taylor, C. (2003). A qualitative study of the psychosocial implications of lipodystrophy syndrome on HIV positive individuals. *Sexually Transmitted Infections*, 79(2), 137-141.
- Pratt, Robinson, Loveday, Pellowe, & Franks. (1998). *Improvement in sexual drive and a falling viral load are associated with adherence to HAART therapy*. Paper presented at the 12th World AIDS Conference.
- Pratt, Robinson, Loveday, Pellowe, Franks, Hankins, et al. (2001). Adherence to antiretroviral therapy: Appropriate use of self-reporting in clinical practice. *HIV Clinical Trials*, 2(2), 146-159.
- Rabkin, J. G., Goetz, R. R., Remien, R. H., Williams, J. B. W., Todak, G., & Gorman, J. M. (1997). Stability of mood despite HIV illness progression in a group of homosexual men. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 231-238.

- Raffa, J., Tossonian, H., Grebely, J., DeVlaming, S., & Conway, B. (2006). Existence of Intermediate antiretroviral (ARV) adherence thresholds in the development of drug resistance, *Anais do XVI International AIDS Conference 2006*. Toronto, Canada.
- Reis, F., & Pereira, M. G. (2002). Ajustamento psicossocial em adultos com artrite reumatóide. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 7(2), 249-263.
- Remien, R. H., Hirky, A. E., Johnson, M. O., Weinhardt, L. S., Whittier, D., & Le, G. M. (2003). Adherence to medication treatment: A qualitative study of facilitators and barriers among a diverse sample of HIV + men and women in four U.S. cities. *AIDS and Behavior*, 7(1), 61-72.
- Reynolds, N. R., Sun, J., Nagaraja, H. N., Gifford, A. L., Wu, A. W., & Chesney, M. A. (2007). Optimizing measurement of self-reported adherence with the ACTG adherence questionnaire: A cross-protocol analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46(4), 402-409.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Richman, D., Fischl, M., Grieco, M., Gottlieb, M., Volberding, P., Laskin, O., et al. (1987). The toxicity of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med*, 317(4), 192-197.
- Richter, D. L., Sowell, R. L., & Pluto, D. M. (2002). Attitudes toward antiretroviral therapy among African American women. *American Journal of Health Behavior*, 26(1), 25-33.
- Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 71-82.
- Rodkjaer, L., Laursen, T., Balle, N., & Sodemann, M. (2010). Depression in patients with HIV is under-diagnosed: A cross-sectional study in Denmark. *HIV Medicine*, 11(1), 46-53.
- Rollet, C., & Winiarski, M. G. (2000). Responding to distrust of the medical system. *Focus (San Francisco, Calif.)*, 15(8), 5-6.
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Ryan. (1995). 'Going public' and 'watching sick people'-the clinic setting as a factor in the experiences of gay men participating in AIDS clinical trials. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 7(2), 147 - 158.
- Ryan, & Wagner, G. J. (2003). Pill taking 'routinization': A critical factor to understanding episodic medication adherence. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 15(6), 795-806.
- Samet, J. H., Linman, H., Steger, K. A., Dhawan, R. K., Chen, J., Shevitz, A. H., et al. (1992). Compliance with zidovudine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus type 1: A cross-sectional study in a municipal hospital clinic. *The American Journal of Medicine*, 92, 495-502.
- Sankar, A., Luborsky, M., Schuman, P., & Roberts, G. (2002). Adherence discourse among African-American women taking HAART. *AIDS Care*, 2, 203-218.
- Schilder, A. J., Hogg, R. S., Goldstone, I., Stathdee, S., Schechter, M. T., & O'Shaughnessy, M. V. (1998). Adult social identity is part of culturally competent HIV care for sexual minorities and affects care seeking behaviours and therapeutic adherence., *12th World AIDS Conference*. Geneva: Abstract 32355.
- Schönnesson, L. N., Diamond, P. M., Ross, M. W., Williams, M., & Bratt, G. (2006). Baseline predictors of three types of antiretroviral therapy (ART) adherence: A 2-year

- follow-up. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 18(3), 246-253.
- Schönnesson, L. N., Ross, M. W., & Williams, M. (2004). The HIV Medication Self-Reported Nonadherence Reasons (SNAR) index and its underlying psychological dimensions. *AIDS and Behavior*, 8(3), 293-301.
- Sethi, A. K., Celentano, D. D., Gange, S. J., Moore, R. D., & Gallant, J. E. (2003). Association between Adherence to Antiretroviral Therapy and Human Immunodeficiency Virus Drug Resistance. *Clinical Infectious Diseases*, 37(8), 1112-1118.
- Shively, M., Smith, T. L., Bormann, J., & Gifford, A. L. (2002). Evaluating self-efficacy for HIV disease management skills. *AIDS and Behavior*, 6(4), 371-379.
- Singh, N., Berman, S. M., Swindells, S., Justis, J. C., Mohr, J. A., Squier, C., et al. (1999). Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 29(4), 824-830.
- Singh, N., Squier, C., Sivek, C., Wagener, M., Hong Nguyen, M., & Yu, V. L. (1996). Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: Prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 8(3), 261-269.
- Sipler, A. M., Cross, J. T., Lane, D. R., Davis, T. C., & Williams, L. M. (1999). The relationship between literacy, race, and adherence to patient HAART therapies. In A. 108 (Ed.), *6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Chicago: Abstract 108.
- Smith, E., Jensen, L., & Wachmann, C. H. (1996). Patterns and trends in clinically recognized HIV seroconversions among all newly diagnosed HIV-infected homo-/bisexual men in Denmark, 1991-1994. *AIDS*, 10(7), 765-770.
- Spire, B., Duran, S., Souville, M., Leport, C., Raffi, F., & Moatti, J.-P. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science & Medicine*, 54(10), 1481-1496.
- Stein, M. D., Crystal, S., Cunningham, W. E., Ananthanarayanan, A., Andersen, R. M., Turner, B. J., et al. (2000). Delays in seeking HIV care due to competing caregiver responsibilities. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1138-1140.
- Stone, V. E. (2001). Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: Lessons from research and clinical practice. *Clinical Infectious Diseases*, 33(6), 865-872.
- Stone, V. E., Clarke, J., Lovell, J., Steger, K. A., Hirschhorn, L. R., Boswell, S., et al. (1998). HIV/AIDS patients' perspectives on adhering to regimens containing protease inhibitors. *Journal of General Internal Medicine*, 13(9), 586-593.
- Tesoriero, J., French, T., Weiss, L., Waters, M., Finkelstein, R., & Agins, B. (2003). Stability of adherence to highly active antiretroviral therapy over time among clients enrolled in the treatment adherence demonstration project. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 33(4), 484-493.
- TheWHOQOLGroup. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- TheWHOQOLGroup. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- Torres-Madriz, G., Lerner, D., Ruthazer, R., Rogers, W. H., & Wilson, I. B. (2010). Work-related Barriers and Facilitators to Antiretroviral Therapy Adherence in Persons Living with HIV Infection. *AIDS and Behavior*, 1-8.

- Tozzi, V., Balestra, P., Murri, R., Galgani, S., Bellagamba, R., Narciso, P., et al. (2004). Neurocognitive impairment influences quality of life in HIV-infected patients receiving HAART. *International Journal of STD and AIDS*, 15(4), 254-259.
- Tucker, J. S., Burnam, M. A., Sherbourne, C. D., Kung, F.-Y., & Gifford, A. L. (2003). Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *The American Journal of Medicine*, 114(7), 573-580.
- Tuldra, A., Ferrer, M., Fumaz, R., Bayes, R., Paredes, R., Burger, M., et al. (1999). Monitoring Adherence to HIV Therapy. *Arch Intern Med*, 159(12), 1376-1377.
- UNAIDS/WHO. Epidemiological Fact Sheets on HIV and AIDS. 2008 Update
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973). *Aferição dos quadros clínicos depressivos. I - Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos*. Coimbra Médica, XX.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973a). *Aferição dos quadros clínicos depressivos. I - Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos*. Coimbra Médica, XX, 623-644.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973b). *Aferição dos quadros clínicos depressivos. II - Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do "Inventário Depressivo de Beck"*. Coimbra Médica, XX, 713-736.
- Wagner, G. J. (2003). Does discontinuing the use of pill boxes to facilitate electronic monitoring impede adherence? [2]. *International Journal of STD and AIDS*, 14(1), 64-65.
- Walsh, Hertogs, K., & Gazzard, B. (2000). Viral resistance, adherence and pharmacokinetic indices in patients on successful and failing PI based HAART., *40th ICAAC*. Toronto, Ontario.
- Walsh, Horne, Dalton, Burgess, & Gazzard. (2001). Reasons for non-adherence to antiretroviral therapy: Patients' perspectives provide evidence of multiple causes. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 13(6), 709-720.
- Walsh, Mandalia, S., & Gazzard, B. G. (2002). Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *AIDS*, 16(2), 269-277.
- Weidle, P. J., Ganea, C. E., Irwin, K. L., McGowan, J. P., Ernst, J. A., Olivo, N., et al. (1999). Adherence to antiretroviral medications in an inner-city population. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 22(5), 498-502.
- Weiss, L., French, T., Finkelstein, R., Waters, M., Mukherjee, R., & Agins, B. (2003). HIV-related knowledge and adherence to HAART. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 15(5), 673-679.
- Wenger, N., Gifford, A., Liu, H., Chesney, M., & Golin, C. (1999). *Patient characteristics and attitudes associated with HAART adherence*. Paper presented at the VI Conference on retrovirus and opportunistic infections, Washington DC.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66(5), 297-333.
- Williams, Bowen, A., Ross, M., Freeman, R., & Elwood, W. (2000). Perceived compliance with AZT dosing among a sample of African-American drug users. *International Journal of STD and AIDS*, 11(1), 57-63.
- Williams, & Friedland, G. (1997). Adherence, compliance, and HAART. *AIDS Clinical Care*, 9(7), 51-53.
- Williams, Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17, 269-276.

- Witteveen, E., & Van Ameijden, E. J. C. (2002). Drug users and HIV-combination therapy (HAART): Factors which impede or facilitate adherence. *Substance Use and Misuse*, 37(14), 1905-1925.
- Wolf, M. S., Davis, T. C., Osborn, C. Y., Skripkauskas, S., Bennett, C. L., & Makoul, G. (2007). Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Education and Counseling*, 65(2), 253-260.
- Zolopa, A. R., Shafer, R. W., Warford, A., Montoya, J. G., Hsu, P., Katzenstein, D., et al. (1999). HIV-1 Genotypic Resistance Patterns Predict Response to saquinavir-ritonavir Therapy in Patients in Whom Previous Protease Inhibitor Therapy Had Failed. *Ann Intern Med*, 131(11), 813-821.

ANEXOS

1. Protocolo de Avaliação

Esta investigação não careceu do emprego de quaisquer meios adicionais por parte da instituição acolhedora para além do acesso a adultos infectados por VIH/SIDA. A realização deste estudo implicou apenas a recolha de informação junto da população e de informação referente a dados clínicos e laboratoriais. Desta feita, o protocolo de avaliação foi constituído na sua totalidade pelos seguintes instrumentos:

Escala de Auto-eficácia para a Adesão à Terapêutica Anti-retrovírica (Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro & Silveira, 2002);

Escala de Percepção de Stress (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; versão de Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves, & Ramos, 2002);

Brief COPE (Carver et al., 1989; Ribeiro & Rodrigues, 2004);

Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999);

Inventário Depressivo de Beck (Beck, et al., 1961; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973);

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Derogatis, 1993; Canavarro, 1995);

Questionário de Auto-relato de Adesão AACTG (Chesney et al., 2000a).

Foi ainda colocado junto com o protocolo de avaliação, fichas referentes a:

Consentimento Informado;

Dados Sócio-demográficos; e,

Dados Clínicos e Laboratoriais.

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Objectivo Geral: Esta investigação tem como objectivo desenvolver um estudo exploratório (a validação) de um instrumento de avaliação da auto-eficácia na adesão à terapêutica anti-retrovírica, caracterizar factores relacionados com a adesão e estudar a relação entre adesão, saúde mental e auto-eficácia.

Papel dos Participante: A sua colaboração neste projecto consiste no preenchimento de um protocolo de avaliação que inclui uma Escala de Auto-eficácia para a Adesão à Terapêutica. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos da sua vida. A auto-eficácia refere-se às expectativas pessoais quanto à capacidade para realizar um comportamento específico. Quando falamos de auto-eficácia para a adesão referimo-nos às crenças quanto à sua capacidade para tomar a medicação conforme prescrito pelo seu médico assistente. As respostas dadas neste questionário serão usadas para ajudar outras pessoas que precisam de tomar a medicação. Por favor, responda da melhor forma às questões que se seguem, se não souber responder, por favor, peça ajuda.

Os investigadores deste projecto comprometem-se a:

Garantir a total confidencialidade dos dados que forem fornecidos pelos participantes;

Utilizar os dados somente para fins de investigação (unicamente com valor colectivo);

A sua participação neste estudo é voluntária e não tem quaisquer implicações (não prejudica) no seu atendimento clínico habitual.

Consentimento Informado

Eu, _____, declaro ter consciência dos objectivos do estudo, bem como, do meu papel enquanto participante.

_____, _____ de _____ de 20_____

Assinatura: _____

Data _____		Participante	Entrevistador	Ambos
Processo _____	Forma de administração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As respostas que deste questionário serão usadas para ajudar outras pessoas que precisam de tomar a medicação para a infecção por VIH/SIDA. Por favor, responda da melhor forma a todas as perguntas deste questionário. Se desejar não responder a alguma questão avance. Se não souber como responder à questão peça ajuda. Por favor, coloque uma cruz (X) no local apropriado.

Dados pessoais

Idade _____ anos

Género Feminino Masculino Transgender

Etnia Caucasiano Negra Outra

Por favor, indique quantos anos de escolaridade tem: _____

1. Profissão (actual) _____ Distrito (onde vive) _____

2. Meio onde vive Urbano (cidade) Rural (campo)

3. Estado Civil

Solteiro(a) Casado(a) União de Facto
 Separado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

4. Estado serológico VIH

Assintomático Sintomático SIDA

5. Encontra-se actualmente a tomar algum medicamento anti-retrovírico?

Sim Não

10. Esta questão diz respeito a sintomas que provavelmente teve na toma da sua medicação.

Por favor, assinale o grau de incómodo dos sintomas, nas últimas 4 semanas.

<i>Não tive sintomas associados a efeitos colaterais da medicação</i>		<i>Tive efeitos adversos e...</i>			
<input type="checkbox"/>		Não me incomodou	Incomodou um pouco	Incomodou muito	Incomodou terrivelmente
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA PARA A ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTI-RETROVÍRICA

(Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro, & Silveira, 2002)

Há pessoas que, em algumas situações, não conseguem tomar a medicação contra o VIH/SIDA como indicado pelo seu médico. Diga apontando aqui, qual a certeza de que, desde hoje até a próxima consulta, conseguirá tomar os seus medicamentos, conforme o seu esquema terapêutico. Imagine que está a ler... Vou conseguir tomar os medicamentos contra o VIH/SIDA de acordo com o meu esquema terapêutico...

	Não vou tomar de certeza	Acho que não vou tomar	Não sei	Acho que vou tomar	Vou tomar de certeza
1. Se eu estiver bem de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não apareça no exame de carga vírica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se eu estiver aborrecido e me sentir deprimido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se eu for discriminado ou rejeitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu estiver ocupado ou a divertir-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se eu estiver em viagem de passeio ou de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se eu estiver na rua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se eu estiver a sentir-me doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se eu estiver com alguém que não quero que saiba que estou infectado por VIH/SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se eu tiver de tomar muitos comprimidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se eu estiver nervoso ou irritado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se o meu médico assistente mudar muitas vezes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se eu tiver de tomar medicamentos várias vezes por dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Se eu estiver com pessoas estranhas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se o medicamento for difícil de engolir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Se for feriado ou fim-de-semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Se eu tiver de mudar o meu horário de comer ou de dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Se o medicamento tiver um gosto mau ou um cheiro forte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Se eu estiver a fazer coisas fora da minha rotina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Se eu estiver com alguém que acha mal eu tomar esses medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Se os medicamentos me estiverem a fazer mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE PERCEÇÃO DE STRESS

(Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves, &, Ramos, 2002)

Em cada caso ser-lhe-á pedido a frequência com que se sente ou pensa de uma determinada maneira, DURANTE O ÚLTIMO MÊS. Para cada questão escolha uma das seguintes alternativas:

- 0 – Nunca;
- 1 – Quase nunca;
- 2 – Algumas vezes;
- 3 – Com alguma frequência;
- 4 – Frequentemente

	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência se sentiu perturbado com a ocorrência de acontecimentos inesperados?	<input type="checkbox"/>				
2. No último mês, com que frequência Teve a sensação de que não conseguia controlar as coisas mais importantes da sua vida?	<input type="checkbox"/>				
3. No último mês, com que frequência Se sentiu nervoso e <i>stressado</i> ?	<input type="checkbox"/>				
4. No último mês, com que frequência Teve confiança na sua capacidade para resolver os seus problemas pessoais?	<input type="checkbox"/>				
5. No último mês, com que frequência Teve a sensação que as coisas estavam a correr a seu favor, que as coisas lhe estavam a correr bem?	<input type="checkbox"/>				
6. No último mês, com que frequência Teve a sensação que não conseguia lidar/aguentar com todas as coisas que tinha para fazer?	<input type="checkbox"/>				
7. No último mês, com que frequência Teve a sensação de conseguir controlar os acontecimentos irritantes da sua vida?	<input type="checkbox"/>				
8. No último mês, com que frequência Teve a sensação que estava “em cima do acontecimento”, isto é, a conseguir controlar tudo o que tinha para fazer?	<input type="checkbox"/>				
9. No último mês, com que frequência Deu por si a pensar acerca das coisas que tem que conseguir fazer?	<input type="checkbox"/>				
10. No último mês, com que frequência Sentiu que as dificuldades se estavam a acumular de tal modo que não as conseguia resolver?	<input type="checkbox"/>				

BRIEF COPE

(Carver et al., 1989; Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Queremos saber o modo como lida com o *stress* na sua vida desde o seu diagnóstico ao seu tratamento. Cada item/frase expressa um modo particular de lidar com o problema. Tente, em pensamento, classificar cada item/frase separadamente dos outros.

	Nunca faço isto	Faço isto por vezes	Em média é isto que faço	Faço quase sempre isto
1. Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Simplesmente desisto de tentar lidar com isto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Faço críticas a mim próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Procuro o conforto e compreensão de alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv., ler, sonhar, ou ir às compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tento aprender a viver com a situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Culpo-me pelo que está a acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Rezo ou medito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Enfrento a situação com sentido de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

(Ribeiro, 1999)

Por favor, indique para a resposta que melhor qualifica a sua forma de pensar.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INVENTÁRIO DEPRESSIVO

(Beck, et al., 1961; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973)

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha uma única afirmação. A que melhor descreve a forma COMO SE SENTE NO MOMENTO ACTUAL.

- Não me sinto triste
- Ando "neura" ou triste
- Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo
- Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim
- Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado

- Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro
- Sinto-me com medo do futuro
- Sinto que não tenho nada a esperar do que surja do futuro
- Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
- Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

- Não tenho a sensação de ter fracassado
- Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
- Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
- Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos
- Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)

- Não me sinto descontente com nada em especial
- Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo
- Não tenho satisfação com as pessoas que me alegravam antigamente
- Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
- Sinto-me descontente com tudo

- Não me sinto culpado com nada em particular
- Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor
- Sinto-me bastante culpado
- Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada
- Considero que sou mau e não valho absolutamente nada

- Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo
- Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal
- Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado
- Sinto que mereço ser castigado
- Quero ser castigado

- Não me sinto descontente comigo
- Estou desiludido comigo
- Não gosto de mim
- Estou bastante desgostoso comigo
- Odeio-me

- Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa
- Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros
- Culpo-me das minhas próprias faltas
- Acuso-me de tudo de mal que me acontece

- Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo
- Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar
- Sinto que seria melhor morrer
- Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse
- Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade

- Actualmente não choro mais do que o costume
- Choro agora mais do que o costume
- Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo
- Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade

- Não fico mais irritado do que ficava
- Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava
- Sinto-me permanentemente irritado
- Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente

- Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
- Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
- Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
- Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito

- Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
- Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões
- Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas
- Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão

- Não acho que tenho pior aspecto do que costumava
- Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente
- Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente
- Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo

- Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
- Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar
- Não consigo trabalhar tão bem como de costume
- Tenho que despende um grande esforço para fazer o que for
- Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja

- Consigo dormir tão bem como dantes
- Acordo mais cansado de manhã do que era habitual
- Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer
- Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais de que cinco horas

- Não me sinto mais cansado do que o habitual
- Fico cansado mais facilmente do que antigamente
- Fico cansado quando faço seja o que for
- Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja

- O meu apetite é o mesmo de sempre
- O meu apetite não é tão bom como costumava ser
- Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
- Perdi por completo todo o apetite que tinha

- Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente
- Perdi mais de 2,5 quilos de peso
- Perdi mais de 5 quilos de peso
- Perdi mais de 7,5 quilos de peso

- A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
- Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas e desagradáveis
- Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa
- Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto

- Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
- Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar
- Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual
- Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

BSI

(Derogatis, 1993; 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	<input type="checkbox"/>				
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>				
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>				
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>				
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>				
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>				
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>				
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>				
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>				
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>				
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>				
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>				
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>				
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>				
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>				
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>				
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>				
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>				
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>				
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>				
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>				
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>				
23. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	<input type="checkbox"/>				
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>				
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>				
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>				

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

DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

As questões que se seguem dizem respeito à sua condição clínica. Por favor, assinale para cada afirmação a resposta que acredita estar mais próxima daquilo que pensa para si.

1. Regime de tratamento?

- Internamento Ambulatório (Consulta Externa) Sem Tratamento

2. Como está a sua saúde?

- Muito Má Má Nem boa nem má Boa Muito Boa

3. Qual o seu estado serológico para o VIH?

- Assintomático Sintomático SIDA Não sabe

4. Tipo de Vírus

- VIH-1 VIH-2 VIH-1 e VIH-2

5. Acredita que foi infectado(a) pelo VIH através de:

- Relação sexual com um homem
- Relação sexual com uma mulher
- Partilha de material no uso de drogas
- Contacto com sangue

6. Há quanto tempo pensa ter sido infectado? _____ (anos)

7. Tem alguma doença provocada pelo VIH/SIDA?

- Sim Não Se SIM, qual(ais)? _____

8. Para além das anteriores, tem alguma outra doença?

- Sim Não Se SIM, qual(ais)? _____

9. Esta secção é preenchida com a ajuda do entrevistador ou com a ajuda do seu médico assistente. Por favor, indique:

Última contagem de Linfócitos T CD4+ _____ (ml)

Última contagem de Carga Vírica Plasmática _____ (cópias/ml)

CONSUMO DE ÁLCOOL E DE DROGAS

As questões que se seguem dizem respeito ao uso de álcool ou de drogas, que teve no passado ou que tem actualmente.

1. Nos últimos 30 dias com que frequência consumiu bebidas alcoólicas?

Diariamente	Quase todos os dias	3 ou 4 vezes por semana	1 ou 2 vezes por semana	2 ou 3 vezes por mês	Uma vez por mês	Nunca
<input type="checkbox"/>						

Se respondeu NUNCA, por favor, passe para a questão 4.

2. Nos últimos 30 dias, quantas bebidas tomou nos dias em que consumiu álcool?

1 ou 2 bebidas por dia	3 ou 4 bebidas por dia	5 ou 6 bebidas por dia	7 ou 8 bebidas por dia	9 ou 11 bebidas por dia	12 ou mais bebidas por dia
<input type="checkbox"/>					

3. Nos últimos 30 dias quantas vezes tomou 5 ou mais bebidas alcoólicas “de uma só vez”, por outras palavras, durante um curto espaço de tempo (2-4 horas)?

Diariamente	Quase todos os dias	3 ou 4 vezes por semana	1 ou 2 vezes por semana	2 ou 3 vezes Por mês	Uma vez por mês	Nunca
<input type="checkbox"/>						

4. As questões que se seguem dizem respeito ao uso de drogas, no passado ou actualmente.

Por favor, responda SIM ou NÃO para cada uma das questões.

a. Já alguma vez consumiu haxixe?

Sim Não

a. Se SIM, consumiu nos últimos 6 meses?

Sim Não

b. Já alguma vez consumiu cocaína?

Sim Não

b. Se SIM, consumiu nos últimos 6 meses?

Sim Não

c. Alguma vez consumiu heroína?

Sim Não

c. Se SIM, consumiu nos últimos 6 meses?

Sim Não

d. Alguma vez consumiu outra(s) droga(s)?

Sim Não

d. Se SIM, consumiu nos últimos 6 meses?

Sim Não

Se SIM, qual(ais)? _____

e. Já alguma vez esteve em tratamento de metadona?

Nunca Actualmente No passado

QUESTIONÁRIO DE ADESÃO – AACTG

(Chesney et al., 2000)

A. QUESTIONÁRIO DE ADESÃO. Por favor, responda da melhor forma que puder a todas as perguntas deste questionário. Se não souber como responder à questão, peça ajuda.

1. Encontra-se actualmente a tomar os seguintes medicamentos nesta frequência e nas doses da lista.

Nome do medicamento	# Tomas por dose (Tomas por Hora)	# Tomas por Dia (Horas do Dia)

Para compreendermos de que forma segue o seu esquema terapêutico, por favor, diga-nos verdadeiramente quantas vezes falhou a medicação. Não se preocupe em dizer que não toma todos os comprimidos. Diga apenas o que realmente faz, e não aquilo que pensa que “queremos ouvir”.

B. Esta parte do questionário diz respeito ao estudo da medicação que provavelmente falhou. Por favor, indique nos últimos 4 dias, quantos dias falhou TODAS as suas doses. Escolha uma das opções.

- Nenhum
- Um dia
- Dois dias
- Três dias
- Quarto dias

C. A maioria dos medicamentos anti-retrovíricos têm de ser tomados de acordo com um horário específico, por exemplo, “duas vezes por dia” ou “todas as 8 horas”. Com que rigor seguiu o horário prescrito pelo médico nos últimos 4 dias?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nunca | Algumas vezes | Metade do tempo | A maior parte do tempo | O tempo todo |
| <input type="checkbox"/> |

D. Algum medicamento do seu esquema terapêutico exige instruções especiais, como por exemplo, tomar a medicação “com comida”, “com o estômago vazio” ou “com muitos líquidos”?

Sim Não

Se SIM, com que frequência seguiu estas instruções ao longo dos últimos quatro dias?

Nunca	Algumas vezes	Metade do tempo	A maior parte do tempo	O tempo todo
<input type="checkbox"/>				

E. Algumas pessoas dizem que se esquecem de tomar a medicação durante o fim-de-semana. Falhou alguma da sua medicação a semana passada – Sábado ou Domingo?

Sim Não

F. Quando foi a última vez que falhou a toma de algum medicamento?

- Durante a semana passada
- 1-2 semanas atrás
- 2-4 semanas atrás
- 1-3 meses atrás
- Há mais de 3 meses atrás
- Nunca me esqueci da medicação

G. A questão que se segue diz respeito à utilização dos serviços de saúde, nos últimos 30 dias. Por favor, responda SIM ou NÃO para cada uma das questões.

Recorreu ao serviço de Ambulatório de VIH nos últimos 30 dias?

Sim Não Se respondeu sim, por favor, indique o número de vezes ? _____

Recorreu serviço de urgência nos últimos 30 dias?

Sim Não Se respondeu sim, por favor, indique o número de vezes ? _____

Recorreu a outro(s) serviço(s) de saúde nos últimos 30 dias?

Sim Não Se respondeu sim, por favor, indique o número de vezes ? _____

Muito obrigado pela sua importante ajuda.

2. Distribuição da Amostra em Função dos Instrumentos de Avaliação

Quadro 24. Teste de Mann-Whitney, Wilcoxon e Z para a Auto-eficácia

	Auto-Eficácia
Mann-Whitney U	727
Wilcoxon W	1952
Z	-4,248
p	0

Quadro 25. Teste de Normalidade para Hipótese 1

CV	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	Df	p	Statistic	df	p	
Auto-Eficácia	< 50	0,291	56	0	0,558	56	0,00
	> 50	0,21	49	0	0,804	49	0,00

Quadro 26. Teste de Mann-Whitney, Wilcoxon e Z para PSS, AE, ESS, BDI, BSI e COPE

	PSS	AE	ESSS	BDI	BSI	COPE
Mann-Whitney U	839	727	760,5	712	750,5	725
Wilcoxon W	2015	1952	1888,5	1793	1831,5	1505
Z	-0,435	-4,248	-1,355	-0,887	-0,52	-1,663
p	0,663	0	0,175	0,375	0,603	0,096

Quadro 27. Teste de normalidade para as Hipóteses 2 e 3

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
AE	0,28	79	0	0,629	79	0,00
ESSS	0,069	79	0,00*	0,99	79	0,77
BDI	0,114	79	0,013	0,948	79	0,00
BSI	0,13	79	0,002	0,941	79	0,00
COPE	0,081	79	0,00*	0,987	79	0,61

3. Quadros de Análises Bivariadas

Quadro 28. Distribuição da adesão pelos dados demográficos no Momento Inicial

		4 dias (N =102)	Horário (N =102)	Indicações especiais (N =102)	Fim-de- semana (N =102)	Última falha (N=102)	Efeitos colaterais (N =103)	CD4 (N =105)	CV (N=105)
Idade	r	-0,08	-0,09	-0,12	-0,02	-0,12	-0,08	-0,05	0,08
	p	0,45	0,37	0,24	0,86	0,22	0,42	0,65	0,42
Género	r	-0,08	0,00	-0,17	-0,14	-0,05	-0,12	0,14	-0,15
	p	0,41	0,98	0,08	0,17	0,62	0,23	0,16	0,12
Etnia	r	0,12	0,14	-0,03	0,13	0,07	0,07	-0,11	-0,02
	p	0,23	0,17	0,75	0,19	0,50	0,45	0,28	0,85
Escolaridade	r	-0,16	0,00	-0,10	-0,07	-0,16	-0,10	0,16	-0,11
	p	0,11	1,00	0,31	0,50	0,12	0,31	0,11	0,26
Profissão	r	-0,16	-0,12	-0,17	-0,13	-0,16	-0,02	0,08	-0,17
	p	0,11	0,22	0,08	0,20	0,10	0,87	0,42	0,08
Distrito	r	-0,06	-0,10	-0,05	-0,05	-0,07	-0,05	-0,19*	0,00
	p	0,54	0,34	0,60	0,60	0,46	0,61	0,05	0,98
Meio	r	0,02	-0,03	0,08	0,02	-0,04	0,03	-0,03	0,03
	p	0,87	0,79	0,40	0,81	0,70	0,74	0,79	0,74
Estado civil	r	-0,07	-0,11	-0,05	0,01	-0,14	-0,08	0,00	0,13
	p	0,47	0,27	0,64	0,96	0,17	0,42	0,99	0,18

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 29. Distribuição pelos dados demográficos no Momento *Follow-Up*

		4 dias (N =43)	Horário (N =43)	Indicações especiais (N =43)	Fim-de- semana (N =43)	Última falha (N =43)	Efeitos colaterais (N =43)	CD4 (N =47)	CV (N =47)
Idade	r	-0,26	-0,01	-0,05	-0,20	-0,33*	-0,28	-0,01	-0,26
	p	0,09	0,96	0,74	0,21	0,03	0,07	0,93	0,08
Género	r	-0,15	0,06	-0,23	-0,01	-0,11	-0,03	0,26	-0,07
	p	0,34	0,69	0,14	0,97	0,50	0,88	0,08	0,64
Etnia	r	0,11	0,16	-0,06	0,13	0,06	0,07	-0,22	0,17
	p	0,49	0,32	0,72	0,41	0,69	0,64	0,13	0,26
Escolaridade	r	-0,12	0,03	0,29	-0,30*	-0,11	-0,04	0,42**	-0,12
	p	0,44	0,84	0,06	0,04	0,47	0,79	0,00	0,41
Profissão	r	0,01	-0,30*	-0,11	-0,01	0,03	0,00	0,09	0,12
	p	0,96	0,04	0,47	0,94	0,87	0,98	0,53	0,42
Distrito	r	0,27	-0,11	-0,16	-0,31*	0,28	-0,07	0,15	-0,01
	p	0,08	0,50	0,30	0,04	0,07	0,66	0,33	0,93
Meio	r	-0,10	-0,20	-0,07	-0,04	-0,06	-0,06	0,04	-0,18
	p	0,54	0,19	0,67	0,82	0,70	0,71	0,80	0,23
Estado civil	r	0,13	0,16	0,22	0,02	0,05	0,03	0,02	-0,06
	p	0,42	0,31	0,16	0,88	0,76	0,85	0,92	0,69

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 30. Distribuição da adesão pelos dados clínicos no Momento Inicial

		4 dias (N=102)	Horário (N=102)	Indicações especiais (N=102)	Fim-de- semana (N=102)	Última falha (N=102)	Efeitos colaterais (N=102)	CD4 (N=105)	CV (N=105)
Regime tratamento	r	0,74**	0,49**	0,20*	0,70**	0,65**	0,67**	-0,34**	0,09
	p	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,36
Estado de saúde	r	-0,34**	-0,30**	-0,16	-0,26**	-0,25*	-0,38**	0,23*	-0,13
	p	0,00	0,00	0,10	0,01	0,01	0,00	0,01	0,18
Estado serológico	r	-0,13	-0,19	-0,02	-0,09	-0,14	-0,02	-0,03	0,10
	p	0,19	0,05	0,87	0,37	0,17	0,82	0,75	0,31
Tipo de vírus	r	0,03	-0,03	-0,07	0,05	-0,01	0,07	-0,15	0,01
	p	0,73	0,75	0,51	0,59	0,89	0,45	0,13	0,90
Fonte de infecção	r	-0,10	-0,06	-0,07	-0,19*	-0,03	-0,10	0,05	-0,13
	p	0,33	0,53	0,51	0,05	0,73	0,31	0,64	0,18
Doença(s) VIH/SIDA	r	-0,16	-0,10	-0,07	-0,08	-0,15	-0,14	0,26*	-0,37**
	p	0,15	0,34	0,51	0,45	0,18	0,20	0,01	0,00
Outra(s) doença(s)	r	-0,02	0,02	0,11	-0,10	0,07	-0,02	-0,02	0,09
	p	0,88	0,83	0,30	0,35	0,53	0,89	0,88	0,40
Util. Ambulatório	r	-0,02	-0,13	0,00	0,06	-0,05	0,08	-0,09	0,14
	p	0,85	0,23	0,99	0,61	0,63	0,48	0,39	0,18
Ambulatório (freq.)	r	0,16	0,16	0,08	0,03	,243*	0,05	-0,06	-0,07
	p	0,13	0,14	0,47	0,80	0,03	0,62	0,57	0,54
Util. Urgência	r	-0,21*	-0,23*	-0,10	-0,15	-0,18	-0,16	0,07	0,02
	p	0,04	0,03	0,35	0,17	0,09	0,15	0,53	0,84
Urgências (freq.)	r	0,18	0,18	0,11	0,16	0,12	0,12	-0,13	0,00
	p	0,11	0,09	0,31	0,15	0,27	0,28	0,23	0,97
Util. outros serviços	r	-0,19	-0,06	-0,12	-0,21	-0,19	-0,20	0,07	0,04
	p	0,09	0,60	0,28	0,05	0,08	0,07	0,51	0,72
Outro(s) serviço(s) (freq.)	r	0,32**	0,19	0,12	0,31**	0,28**	0,30**	-0,17	-0,01
	p	0,00	0,08	0,29	0,00	0,01	0,00	0,12	0,93

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 31. Distribuição da adesão pelos dados clínicos no Momento *Follow-Up*

		4 dias (N =43)	Horário (N =43)	Indicações especiais (N =43)	Fim-de- semana (N =43)	Última falha (N =43)	Efeitos colaterais (N =43)	CD4 (N =47)	CV (N =47)
Regime de tratamento	r	0,94**	0,53**	0,12	0,93**	0,89**	0,87**	-0,35*	0,71**
	p	0,00	0,00	0,46	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00
Estado de saúde	r	-0,06	0,00	-0,10	-0,22	0,00	-0,30	0,28	-0,10
	p	0,73	0,98	0,51	0,16	0,98	0,05	0,05	0,51
Estado serológico	r	-0,17	0,00	-0,02	0,00	-0,17	-0,03	-0,05	0,05
	p	0,28	0,98	0,89	0,99	0,28	0,88	0,74	0,75
Tipo do Vírus	r	0,30*	0,07	0,01	-0,09	0,27	0,12	0,02	0,26
	p	0,05	0,67	0,96	0,55	0,08	0,43	0,92	0,08
Fonte de infecção	r	-0,10	-0,08	-0,21	-0,22	-0,01	-0,21	0,17	-0,02
	p	0,52	0,63	0,17	0,15	0,94	0,18	0,26	0,91
Doença(s) VIH/SIDA	r	-0,21	-0,29	-0,10	-0,24	-0,17	-0,24	0,39**	-0,35*
	p	0,19	0,06	0,55	0,11	0,28	0,12	0,01	0,02
Outra(s) doença(s)	r	-0,19	-0,07	-0,06	-0,06	-0,13	-0,17	-0,12	-0,22
	p	0,22	0,64	0,72	0,72	0,40	0,27	0,41	0,14
Util. Ambulatório	r	0,05	0,01	0,08	0,14	0,03	0,19	0,09	0,08
	p	0,77	0,97	0,61	0,38	0,87	0,21	0,54	0,60
Ambulatório (freq.)	r	-0,13	-0,24	-0,18	-0,16	-0,15	-0,20	-0,24	-0,13
	p	0,42	0,13	0,24	0,32	0,33	0,20	0,11	0,40
Util. Urgência	r	0,15	-0,08	-0,08	0,11	0,21	0,07	0,19	0,12
	p	0,33	0,61	0,59	0,49	0,17	0,66	0,19	0,41
Urgências (freq.)	r	-0,14	0,07	0,08	-0,10	-0,19	-0,08	-0,24	-0,10
	p	0,39	0,66	0,64	0,54	0,22	0,63	0,11	0,49
Util. outros serviços	r	0,17	-0,02	0,16	0,12	0,18	0,16	-0,04	0,15
	p	0,27	0,90	0,30	0,43	0,26	0,30	0,81	0,32
Outro(s) serviço(s) (freq.)	r	-0,16	0,03	-0,15	-0,12	-0,18	-0,15	-0,16	-0,12
	p	0,30	0,85	0,33	0,46	0,26	0,35	0,29	0,43

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 32. Distribuição da adesão pelos instrumentos de avaliação no Momento Inicial

	Adesão 100% (N =102)	Últimos 4 dias (N =102)	Horário (N =102)	Adesão Instr. Especiais (N =102)	Fim-de- semana (N =102)	Última falha (N =102)	
PSS Total	r	0,21	0,20	0,15	0,00	0,08	0,24*
	p	0,05	0,07	0,18	0,99	0,46	0,02
AE Total	r	-0,47**	-0,46**	-0,21*	-0,21*	-0,37**	-0,49**
	p	0,00	0,00	0,03	0,03	0,00	0,00
ESSS Total	r	0,20	0,14	0,20	0,19	0,18	0,05
	p	0,07	0,22	0,06	0,09	0,11	0,65
BDI Total	r	0,33**	0,30**	0,18	0,10	0,28*	0,23*
	p	0,00	0,01	0,11	0,37	0,01	0,04
BSI Total	r	0,28**	0,31**	0,23*	0,16	0,28*	0,24*
	p	0,01	0,01	0,04	0,17	0,01	0,03
Cope Total	r	-0,18	-0,09	-0,18	0,07	-0,28**	0,07
	p	0,09	0,39	0,10	0,55	0,01	0,55
Conhecimento	r	0,82**	0,81**	0,49**	0,19	0,69**	0,71**
	p	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00
Instr. especiais	r	0,83**	0,79**	0,53**	0,51**	0,75**	0,68**
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Efeit. Colaterais	r	0,87**	0,85**	0,52**	0,17	0,81**	0,72**
	p	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00
CD4+	r	-0,42**	-0,45**	-0,17	-0,06	-0,39**	-0,40**
	p	0,00	0,00	0,09	0,53	0,00	0,00
Carga Vírica	r	0,17	0,16	0,15	0,17	0,16	0,11
	p	0,09	0,12	0,14	0,10	0,10	0,29

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 33. Distribuição da adesão pelos instrumentos de avaliação no Momento *Follow-up*

		Adesão 100% (N =43)	Últimos 4 dias (N =43)	Horário (N =43)	Adesão Instr. especiais (N =43)	Fim-de- semana (N =43)	Última falha (N =43)
PSS Total	r	-0,01	-0,01	-0,01	0,13	0,00	-0,08
	p	0,96	0,96	0,96	0,41	0,99	0,60
AE Total	r	-0,78**	-0,77**	-0,42**	-0,12	-0,77**	-0,72**
	p	0,00	0,00	0,00	0,44	0,00	0,00
ESSS Total	r	-0,12	-0,09	-0,06	0,19	-0,14	-0,09
	p	0,44	0,56	0,69	0,23	0,36	0,57
BDI Total	r	0,13	0,05	0,22	0,26	0,16	0,03
	p	0,40	0,77	0,17	0,09	0,32	0,85
BSI Total	r	0,36*	0,32*	0,23	0,10	0,40**	0,25
	p	0,01	0,04	0,15	0,53	0,01	0,11
Cope Total	r	-0,10	-0,12	-0,17	-0,01	-0,03	-0,21
	p	0,50	0,44	0,28	0,95	0,86	0,19
Conhecimento	r	0,81**	0,77**	0,39**	0,02	0,80**	0,77**
	p	0,00	0,00	0,01	0,90	0,00	0,00
Instr. especiais	r	0,75**	0,67**	0,48**	0,45**	0,75**	0,58**
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Efeit. Colaterais	r	0,87**	0,80**	0,45**	0,12	0,83**	0,73**
	p	0,00	0,00	0,00	0,45	0,00	0,00
CD4+	r	-0,35*	-0,29	-0,14	-0,15	-0,47**	-0,14
	p	0,02	0,06	0,38	0,35	0,00	0,38
Carga Vírica	r	0,71**	0,67**	0,38**	0,11	0,66**	0,62**
	p	0,00	0,00	0,01	0,50	0,00	0,00

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 34. Distribuição da adesão pelos domínios dos instrumentos no Momento Inicial

		Adesão 100% (N =102)	Últimos 4 dias (N =102)	Horário (N =102)	Adesão Instr. dietéticas (N =102)	Fim-de- semana (N =102)	Última falha (N =102)
COPE: Coping Activo	r	-0,35**	-0,33**	-0,13	-0,13	-0,38**	-0,22*
	p	0,00	0,00	0,24	0,26	0,00	0,04
COPE: Planear	r	-0,23*	-0,16	-0,07	-0,04	-0,25*	-0,04
	p	0,03	0,16	0,51	0,73	0,02	0,74
COPE: Suporte Instrumental	r	-0,14	-0,06	-0,13	0,04	-0,28**	0,04
	p	0,20	0,56	0,23	0,71	0,01	0,69
COPE: Suporte Emocional	r	-0,09	-0,09	-0,18	0,14	-0,21*	0,00
	p	0,39	0,39	0,11	0,19	0,05	0,97
COPE: Religião	r	-0,15	-0,13	-0,09	0,09	-0,15	-0,14
	p	0,18	0,23	0,41	0,44	0,18	0,21
COPE: Reinterpretação Positiva	r	-0,36**	-0,31**	-0,29**	-0,05	-0,35**	-0,20
	p	0,00	0,00	0,01	0,64	0,00	0,07
COPE: Auto-culpabilização	r	0,16	0,14	0,09	0,00	0,15	0,18
	p	0,14	0,22	0,42	0,98	0,17	0,11
COPE: Aceitação	r	-0,33**	-0,27*	-0,14	0,14	-0,30**	-0,21*
	p	0,00	0,01	0,21	0,21	0,01	0,05
COPE: Expressão de sentimentos	r	0,02	0,02	-0,10	0,04	-0,12	0,16
	p	0,87	0,87	0,38	0,71	0,29	0,15
COPE: Negação	r	0,38**	0,44**	0,23*	0,08	0,25*	0,41**
	p	0,00	0,00	0,03	0,48	0,02	0,00
COPE: Auto-distração	r	-0,06	0,00	-0,01	0,03	-0,08	0,09
	p	0,61	0,98	0,91	0,82	0,45	0,39
COPE: Desinvestimento Comportamental	r	0,24*	0,26*	-0,03	0,12	0,18	0,32**
	p	0,02	0,01	0,78	0,28	0,10	0,00
COPE: Uso de Substâncias	r	0,26*	0,33**	0,16	0,03	0,19	0,29**
	p	0,02	0,00	0,14	0,77	0,08	0,01
COPE: Humor	r	-0,34**	-0,26*	-0,35**	-0,05	-0,31**	-0,13
	p	0,00	0,02	0,00	0,64	0,00	0,24
ESSS: Satisfação com Amizades	r	0,16	0,14	0,19	0,14	0,14	0,09
	p	0,15	0,20	0,09	0,21	0,22	0,41
ESSS: Intimidade	r	0,00	-0,03	0,09	0,01	0,05	-0,05
	p	0,97	0,80	0,42	0,92	0,67	0,67
ESSS: Satisfação com Família	r	0,29**	0,23*	0,22*	0,04	0,20	0,23*
	p	0,01	0,03	0,04	0,75	0,07	0,03
ESSS: Actividades Sociais	r	-0,08	-0,10	-0,09	0,19	-0,03	-0,20
	p	0,44	0,39	0,41	0,08	0,80	0,06

(Cont.)

		Adesão 100% (N =102)	Últimos 4 dias (N =102)	Horário (N =102)	Adesão Instr. dietéticas (N =102)	Fim-de- semana (N =102)	Última falha (N =102)
BSI: Somatização	r	0,23*	0,28*	0,19	0,06	0,24*	0,24*
	p	0,04	0,01	0,10	0,63	0,03	0,03
BSI: Obsessões-Compulsões	r	0,22	0,26*	0,18	0,16	0,24*	0,21
	p	0,05	0,02	0,10	0,17	0,03	0,06
BSI: Sensibilidade Interpessoal	r	0,20	0,23*	0,19	0,05	0,25*	0,16
	p	0,07	0,04	0,09	0,65	0,02	0,16
BSI: Depressão	r	0,28**	0,29**	0,24*	0,10	0,30**	0,20
	p	0,01	0,01	0,03	0,37	0,01	0,07
BSI: Ansiedade	r	0,33**	0,36**	0,26*	0,27*	0,31**	0,29**
	p	0,00	0,00	0,02	0,01	0,01	0,01
BSI: Hostilidade	r	0,22*	0,23*	0,13	0,22	0,22*	0,17
	p	0,04	0,04	0,25	0,06	0,05	0,13
BSI: Ansiedade Fóbica	r	0,32**	0,31**	0,22*	0,13	0,26*	0,29**
	p	0,00	0,01	0,04	0,27	0,02	0,01
BSI: Ideação Paranóide	r	0,14	0,19	0,14	0,17	0,15	0,18
	p	0,22	0,09	0,21	0,13	0,18	0,12
BSI: Psicoticismo	r	0,26*	0,26*	0,25*	0,05	0,27*	0,18
	p	0,02	0,02	0,03	0,70	0,02	0,11
BSI: Índice Geral de Sintomas	r	0,23*	0,26*	0,14	0,15	0,19	0,23*
	p	0,03	0,02	0,21	0,18	0,10	0,04

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 35. Distribuição da adesão pelos domínios dos instrumentos no Momento *Follow-Up*

		Adesão 100% (N =43)	Últimos 4 dias (N =43)	Horário (N =43)	Adesão Instr. dietéticas (N =43)	Fim-de- semana (N =43)	Última falha (N =43)
COPE: Coping Activo	r	-0,27	-0,21	-0,12	-0,09	-0,33*	-0,25
	p	0,07	0,18	0,43	0,58	0,03	0,11
COPE: Planear	r	-0,01	0,04	0,14	-0,02	-0,07	0,01
	p	0,96	0,80	0,37	0,92	0,67	0,95
COPE: Suporte Instrumental	r	-0,05	-0,08	-0,04	0,05	0,02	-0,08
	p	0,75	0,61	0,82	0,76	0,90	0,62
COPE: Suporte Emocional	r	-0,23	-0,28	-0,18	0,06	-0,11	-0,30
	p	0,13	0,07	0,25	0,70	0,48	0,05
COPE: Religião	r	-0,22	-0,25	-0,20	0,04	-0,13	-0,39**
	p	0,15	0,11	0,20	0,81	0,40	0,01
COPE: Reinterpretação Positiva	r	-0,18	-0,18	-0,08	0,02	-0,24	-0,15
	p	0,22	0,26	0,59	0,89	0,12	0,33
COPE: Auto-culpabilização	r	0,15	0,10	0,17	0,01	0,16	0,04
	p	0,31	0,51	0,27	0,98	0,29	0,80
COPE: Aceitação	r	-0,59**	-0,62**	-0,45**	0,03	-0,56**	-0,62**
	p	0,00	0,00	0,00	0,84	0,00	0,00
COPE: Expressão de sentimentos	r	0,12	0,11	-0,13	-0,17	0,20	0,09
	p	0,42	0,49	0,40	0,28	0,21	0,59
COPE: Negação	r	0,06	0,09	-0,17	-0,14	0,17	0,01
	p	0,68	0,55	0,28	0,37	0,27	0,96
COPE: Auto-distração	r	0,16	0,19	-0,02	0,21	0,14	0,10
	p	0,28	0,21	0,92	0,17	0,37	0,54
COPE: Desinvestimento Comportamental	r	0,29*	0,31*	0,21	0,11	0,35*	0,22
	p	0,05	0,04	0,18	0,47	0,02	0,15
COPE: Uso de Substâncias	r	0,35*	0,33*	0,08	-0,06	0,40**	0,28
	p	0,01	0,03	0,60	0,72	0,01	0,07
COPE: Humor	r	-0,12	-0,17	-0,24	-0,20	-0,05	-0,06
	p	0,42	0,27	0,12	0,21	0,75	0,70
ESSS: Satisfação com Amizades	r	0,11	0,07	-0,01	0,22	0,16	0,02
	p	0,45	0,67	0,93	0,16	0,32	0,89
ESSS: Intimidade	r	-0,27	-0,25	-0,20	-0,03	-0,28	-0,20
	p	0,07	0,10	0,20	0,84	0,07	0,20
ESSS: Satisfação com Família	r	0,32*	0,33*	0,26	0,14	0,28	0,31*
	p	0,03	0,03	0,10	0,37	0,07	0,04
ESSS: Actividades Sociais	r	-0,43**	-0,33*	-0,14	0,08	-0,51**	-0,31*
	p	0,00	0,03	0,36	0,60	0,00	0,04

(Cont.)

		Adesão 100% (N =43)	Últimos 4 dias (N =43)	Horário (N =43)	Adesão Instr. dietéticas (N =43)	Fim-de- semana (N =43)	Última falha (N =43)
BSI: Somatização	r	0,24	0,25	0,20	0,16	0,28	0,13
	p	0,11	0,11	0,19	0,32	0,07	0,40
BSI: Obsessões-Compulsões	r	0,22	0,20	0,24	0,18	0,29	0,13
	p	0,14	0,21	0,12	0,25	0,06	0,42
BSI: Sensibilidade Interpessoal	r	0,41**	0,35*	0,20	0,00	0,43**	0,29
	p	0,00	0,02	0,20	0,99	0,00	0,06
BSI: Depressão	r	0,34*	0,29	0,18	0,10	0,38*	0,20
	p	0,02	0,06	0,24	0,51	0,01	0,21
BSI: Ansiedade	r	0,26	0,24	0,20	0,10	0,30	0,18
	p	0,08	0,12	0,21	0,52	0,06	0,25
BSI: Hostilidade	r	0,24	0,19	0,06	0,02	0,30	0,15
	p	0,11	0,23	0,70	0,88	0,05	0,35
BSI: Ansiedade Fóbica	r	0,45**	0,44**	0,29	0,06	0,47**	0,40**
	p	0,00	0,00	0,06	0,71	0,00	0,01
BSI: Ideação Paranóide	r	0,37*	0,32*	0,14	-0,11	0,42**	0,34*
	p	0,01	0,03	0,38	0,49	0,01	0,02
BSI: Psicoticismo	r	0,44**	0,41**	0,22	0,06	0,45**	0,34*
	p	0,00	0,01	0,15	0,69	0,00	0,02
BSI: Índice Geral de Sintomas	r	0,23	0,18	0,22	0,20	0,28	0,10
	p	0,13	0,26	0,15	0,21	0,07	0,51

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).