

Luiza Azem Camargo

Associação entre expectativa de autoeficácia, suporte familiar, indicativos de transtornos mentais e adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com HIV e aids.

São Paulo
2012

Luiza Azem Camargo

Associação entre expectativa de autoeficácia, suporte familiar, indicativos de transtornos mentais e adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com HIV e aids.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Infectologia em Saúde Pública

Orientadora: Dra. Elvira Maria Ventura Filipe

São Paulo

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES-SP

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

Camargo, Luiza Azem

Associação entre expectativa de autoeficácia, percepção de suporte familiar, indicativos de transtornos mentais e adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com HIV e aids – Luiza Azem Camargo - São Paulo, 2012.

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Infectologia em Saúde Pública

Orientador: Elvira Maria Ventura Filipe

1. Adesão à medicação 2. Antirretrovirais 3. Autoeficácia 4. Apoio social 5. Família 6. Saúde mental

SES/CCD/CD-268/12

Ao meu avô, Anis Azem (em memória),
por me inspirar profissionalmente, sendo
meu exemplo de dedicação, competência
e, acima de tudo, humanidade no cuidado
em saúde.

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Elvira Maria Ventura Filipe, pela atenção e paciência na orientação do trabalho. Por ter lidado com a minha teimosia de forma tão generosa e por ter contribuído grandemente para o meu amadurecimento como pesquisadora.

Aos membros da banca de qualificação, Prof. Dr. Makilm Nunes Baptista, Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão e Profa. Dra. Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins, pelas valiosas contribuições no aprimoramento do trabalho.

Aos professores e amigos do Laboratório de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Patrícia Izar, Emma Otta, Vera Bussab, Leandro Nascimento, Gabriela Andrade, Altay de Souza e Lia Viegas, por terem percebido meu interesse pela pesquisa e me incentivado nesse caminho. Com vocês dei os meus primeiros passos como pesquisadora e sou muito grata a isso.

Aos colegas do Ambulatório, Divisão Científica e Biblioteca do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, por terem tornado possível a realização do trabalho, disponibilizando todos os recursos que precisei para tanto. Em especial, Dr. Francisco Ivanildo de Oliveira Júnior, Mônica Ferreira Dias e Margarete Leme Costa Carli.

Aos colegas do projeto de adesão do SEAP HIV/aids do HCFMUSP - "Casa da aids", pela oportunidade de aprendizado e troca de experiências sobre o assunto. E também à Dra. Eliana Battaggia Gutierrez, por ter aceitado meu convite para a banca de defesa.

À minha família (avó, pais, irmão, cunhada, tios, primos e agregados), pelo apoio incondicional e suporte afetivo nos momentos em que quase desisti. Em especial à minha mãe, Marina Azem, por acreditar em mim mais do que eu mesma o faço. Muito obrigada também à Cecília Azem Corrêa, pela ajuda no *abstract*, e à Suzana Camargo de Almeida, pela ajuda na revisão do português.

Aos meus amigos, pelo incentivo e pela compreensão por todos os momentos em que os troquei pelo mestrado. Em especial à amiga Maria Rita Polo Gascón, fiel companheira e ouvido nos momentos mais difíceis.

Às secretárias da pós-graduação, pela atenção e disponibilidade em me ajudar com as coisas práticas e os prazos atrasados.

Ao Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho, pelo auxílio fundamental com as análises estatísticas de regressões. Muito obrigada!

E por fim, agradeço imensamente aos pacientes do Ambulatório do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, que gentilmente se dispuseram a participar da pesquisa. A contribuição deles foi sem dúvida essencial para a realização do trabalho e possibilidade de futuros desdobramentos deste.

Resumo

A adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral tem sido um dos maiores desafios atuais no contexto HIV/aids. Se por um lado o surgimento dessa terapêutica proporcionou um aumento na sobrevivência e na qualidade de vida dos pacientes, por outro, a adesão irregular ao tratamento tem implicações tanto pessoais como sociais, com o surgimento e disseminação de vírus-resistência, por exemplo. São diversos os fatores associados a não adesão ao tratamento. Neste estudo foram privilegiados e investigados os fatores relativos à saúde mental e suporte familiar. Para tanto, foi aplicado um questionário semiestruturado composto de informações sociodemográficas, clínicas e adesão, e dos instrumentos Escala de Expectativa de Auto Eficácia para seguir Prescrição de Antirretroviral (EAE), Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Foram entrevistados 73 pacientes com HIV/aids em tratamento antirretroviral no ambulatório do Instituto de Infectologia Emílio Ribas e consultados os respectivos prontuários e registros de retirada de medicação da farmácia. O programa estatístico SPSS foi utilizado para análise dos dados. Os resultados apontam índices significativos de adesão irregular aos antirretrovirais e de perfis sintomáticos para transtornos mentais na amostra estudada. Foram encontradas correlações significativas entre adesão e o Fator “Desejo de Morte” do QSG, entre adesão e expectativa de autoeficácia e entre adesão e todos os fatores do IPSF, evidenciando a importância desses fatores na temática da adesão ao tratamento.

Palavras-chave: adesão à medicação; antirretrovirais; autoeficácia; apoio social; família; saúde mental.

Abstract

Patients adherence to antiretroviral drug therapy has been one of the major problems in the HIV/AIDS context. If, on one hand, the advent of this therapy provided an increase in patients life expectancy and in their quality of life, on the other hand the irregular adherence to the therapy has personal as well as social implications. The outbreak and spreading of a virus resistance is an example. There are many factors associated to non-adherence to the therapy. In this study, factors related to mental disorders and family support were favored and investigated. For that matter, a semi-structured questionnaire composed of social-demographic, clinic and adherence information was applied. The Self-Efficacy Expectation Scale to follow the Antiretroviral Prescription (EAE), the Goldberg General Health Questionnaire (QSG) and the Perception of Family Support Inventory (IPSF) were also used. Seventy-three HIV/AIDS patients in antiretroviral therapy were interviewed, at the Emilio Ribas Infectious Diseases Institute, and their files and records of drug withdrawals from the pharmacy were conferred. The SPSS statistic program was used to analyze the data. The results point at significant indicators of irregular adherence to the antiretroviral therapy and of symptomatic profiles of mental disorders in this population. A statistical significant correlation between adherence and the "Wish of Death" QSG Factor, between adherence and self-efficacy, and between adherence and all the IPSF factors were found, demonstrating the importance of these factors in the setting of themes to adherence to the therapy.

Key-words: medication adherence; Anti-Retroviral Agents; self-efficacy; social support; family; mental health.

Lista de abreviaturas e siglas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BAI – Inventário de Ansiedade de Beck

BDI – Inventário de Depressão de Beck

EAE - Escala de Expectativa de Auto Eficácia para seguir prescrição Antirretroviral

HAART – *Highly Active Antiretroviral Therapy* ou TARV combinada

HCV – Hepatite C

HSH – homens que fazem sexo com homens

IPSF – Inventário de Percepção de Suporte Familiar

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial de Saúde

QSG – Questionário de Saúde Geral

SAME – Seção de Arquivo Médico e Estatística

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

UDI – Usuários de drogas injetáveis

UNAIDS – United Nations Programme on HIV/aids

WHO – World Health Organization

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1	Taxas de incidência/100.000 hab. em indivíduos maiores de 13 anos, segundo sexo e categoria de exposição.....	16
Tabela 2	Distribuição de frequência de Estado Marital.....	54
Tabela 3	Distribuição de frequência de Religião.....	55
Tabela 4	Distribuição de frequência de Situação Ocupacional.....	57
Tabela 5	Distribuição de frequência de Fonte de Renda.....	57
Tabela 6	Distribuição de frequência de drogas usadas.....	59
Tabela 7	Resultados da Escala de Expectativa de Auto Eficácia.....	64
Tabela 8	Resultados do Inventário de Percepção de Suporte Familiar.....	65
Tabela 9	Perfis Sintomáticos dos fatores do QSG.....	65
Tabela 10	Informações obtidas dos prontuários comparadas com as autorreferidas nos questionários.....	66
Tabela 11	Distribuição da percentagem do total esperado de retiradas de medicações na farmácia em um ano.....	68
Tabela 12	Correlações encontradas com a variável idade.....	69
Tabela 13	Correlações encontradas com a variável renda familiar.....	69
Tabela 14	Correlações significativas com a quantidade retirada de medicação da farmácia nos últimos 12 meses.....	70
Tabela 15	Correlações significativas com CD4.....	70
Tabela 16	Correlações significativas com carga viral.....	71
Tabela 17	Correlações do Fator 1 (Afetivo-Consistente) do IPSF com a EAE e fatores do QSG.....	71
Tabela 18	Correlações do Fator 2 (Adaptação Familiar) do IPSF com a EAE e fatores do QSG.....	71
Tabela 19	Correlações do Fator 3 (Autonomia Familiar) do IPSF com a EAE e fatores do QSG.....	72
Tabela 20	Correlações do Fator Geral do IPSF com a EAE e fatores do QSG.....	72
Tabela 21	Regressão linear múltipla final.....	73

Figura 1	Distribuição de Escolaridade.....	56
Figura 2	Caracterização de composição familiar.....	58
Figura 3	Frequência do uso de drogas.....	59
Figura 4	Principais motivos de esquecimento de doses prescritas.....	61
Figura 5	Principais motivos de abandono de tratamento.....	62
Figura 6	Distribuição dos tipos de medicações psiquiátricas.....	66

Sumário

Introdução.....	13
Capítulo 1 – Revisão da Literatura.....	15
1. Breve panorama da epidemia e de saúde mental.....	15
2. Adoecimento e conflito psíquico.....	24
3. Suporte familiar.....	31
4. Adesão e fatores associados.....	36
Capítulo 2 – Objetivos.....	42
Capítulo 3 – Material e Métodos.....	43
1. Participantes.....	43
2. Local.....	43
3. Instrumentos.....	44
4. Procedimentos.....	49
5. Análise dos dados.....	51
5.1. Codificação de variáveis.....	52
6. Aspectos Éticos.....	53
Capítulo 4 – Resultados.....	54
1. Características sociodemográficas.....	54
2. Características clínicas.....	58
3. Escores da EAE e do IPSF.....	63
4. Escores do QSG.....	65
5. Resultados obtidos dos prontuários médicos e registros da farmácia.....	65
6. Correlações bivariadas de Spearman (ρ).....	69
7. Regressões lineares múltiplas.....	73
Capítulo 5 – Discussão.....	74
Conclusão.....	85
Referências.....	87
Anexos.....	94

Introdução

A adesão à terapia antirretroviral (TARV) é assunto recorrente entre profissionais de saúde que trabalham na assistência às pessoas vivendo com HIV e aids e tem se destacado entre os maiores desafios a serem superados. As dificuldades ultrapassam a compreensão deste problema em si e situam-se desde sua definição, passando pela avaliação até os meios de intervenção existentes (Brasil, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adesão como a extensão na qual o comportamento de uma pessoa – tomando medicamentos, seguindo uma dieta e/ou fazendo alterações no estilo de vida, corresponde às recomendações combinadas com um profissional de saúde (WHO, 2003). Tal conceito é tomado como fundamento para o presente estudo, pois além de ter implícita a ideia de que o sujeito concorda com o tratamento, pressupõe participação ativa e conjunta deste com o profissional de saúde nas decisões concernentes a seu tratamento.

De acordo com a literatura disponível, muitos são os fatores associados às condutas de adesão à TARV. Há também diversas publicações sobre medidas de avaliação e intervenções nessa temática (Jordan *et al*, 2000; Adão, Caraciolo, 2007; Brasil, 2008). No entanto, são poucos os estudos que aproximam saúde mental e adesão à TARV, e dos publicados disponíveis, a maioria parece ser de estudos estrangeiros (Gordillo *et al*, 1999; Duong *et al*, 2001; Ammassari *et al*, 2004; Yun *et al*, 2005; Meade *et al*, 2008; Weiss, Bangsberg, 2008).

De modo geral, existem dois grupos de fatores predominantes associados à adesão, fatores inerentes ao indivíduo, como características pessoais, de personalidade ou mesmo intrapsíquicas; e fatores não inerentes ao indivíduo, que se referem a características da doença, do tratamento, entre outras (Jordan *et al*, 2000). Serão investigados nesse estudo fatores relativos à saúde mental e bem-estar psicológico e social do indivíduo. Do ponto de vista psicanalítico, por exemplo, fala-se em resistências associadas ao tratamento, na medida em que este é sentido

pelo sujeito como uma ameaça à sua integridade, por colocar em pauta conteúdos inconscientes ameaçadores, possivelmente associados à aceitação de seu diagnóstico (Laplanche, Pontalis, 2001).

O sofrimento psíquico decorrente do HIV e da aids é evidenciado pela prevalência de transtornos mentais nessa população, que chega a ser o dobro da população geral, sendo em grande parte transtornos de humor, particularmente a depressão (Sadock, Sadock, 2007). Somam-se a isso o estigma e a discriminação, fatores que frequentemente associam-se a tais transtornos, implicando ainda em baixa percepção de suporte social ou familiar por parte do sujeito (Brasil, 2008).

Dessa maneira, o presente trabalho pretende aproximar a saúde mental da temática da adesão, avaliando condições dessa natureza que possam de alguma forma estar interferindo na adesão à TARV. Por meio de um breve panorama epidemiológico, pretende-se contextualizar a temática da adesão dentro da epidemia da aids, abordando sua importância, e em seguida destacar as implicações em saúde mental para as pessoas vivendo com HIV e aids. Serão apresentados alguns aspectos psicológicos associados ao adoecimento por aids e à importância do suporte familiar nesse contexto, bem como algumas evidências de estudos encontrados associando adesão, suporte social e familiar e saúde mental.

Para o trabalho de campo, foi elaborado um questionário semiestruturado visando contemplar parte significativa dos fatores associados à adesão à TARV descritos na literatura; e selecionados instrumentos validados e de relevância na área da avaliação psicológica, buscando investigar os fatores referentes à saúde mental e suporte familiar, objetivos desse trabalho.

Com os resultados encontrados espera-se contribuir para o cuidado e assistência às pessoas vivendo com HIV e aids, pois se acredita que se conhecendo os fatores relevantes, possa se pensar em estratégias não só de intervenção no problema, mas também e principalmente de prevenção.

Capítulo 1 – Revisão da Literatura

1. Breve panorama da epidemia e de saúde mental

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) é uma doença que se manifesta no organismo humano após a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Esse vírus ataca diretamente as células de defesa do organismo, mais precisamente os linfócitos T CD4+. Em decorrência da diminuição dessas células os indivíduos vão se tornando imunodeprimidos, ou seja, conforme a infecção evolui o sistema de defesa do organismo vai se fragilizando e tornando-se deficiente e incapaz de defender-se adequadamente do ataque de micro-organismos invasores, ficando o soropositivo (portador do HIV) vulnerável às chamadas doenças oportunistas, quando se atinge o estado de aids. As formas de transmissão e infecção mais conhecidas são: transfusão de sangue e hemoderivados, contato com material perfuro cortante contaminado, relações sexuais e transmissão materno-infantil (por meio do parto ou amamentação) (Brasil, 2011a).

O alto índice de morbidade e mortalidade torna a aids, desde o aparecimento do primeiro caso no início da década de 80, um urgente problema de saúde pública. Diversos desafios foram sendo colocados à humanidade: científicos, sociais, físicos, emocionais e profissionais. Houve períodos de desconhecimento da etiologia e modos de transmissão, de identificação do vírus, da determinação de fatores e comportamentos de risco, do aprimoramento de testes laboratoriais e da necessidade de revisão de normas de biossegurança e de direitos humanos (Gir, *et al.*, 2005).

O perfil epidemiológico e as tendências iniciais de infecção e transmissão também foram se modificando ao longo dos anos. A ideia da existência de grupos de risco específicos (ex: homossexuais e usuários de drogas injetáveis - UDI) deu lugar à ideia de comportamentos de risco (ex: sexo desprotegido), e posteriormente à de vulnerabilidade. A disseminação

entre heterossexuais passa a ser evidente, e esta é hoje a subcategoria de exposição sexual com maior número de casos notificados (Tabela 1). Como consequência, a incidência de aids também aumentou entre as mulheres, e com isso, aumentou ainda a taxa de transmissão materno-infantil (ou vertical) (Tabela 1), embora esta última esteja em declínio graças aos avanços em termos de prevenção. Observa-se ainda um aumento do número de casos entre os segmentos da sociedade com menor nível de escolaridade e baixa condição socioeconômica, bem como uma interiorização da epidemia no país (Moraes *et al.*, 2006; Dourado *et al.*, 2006; Brasil, 2007).

Tabela 1 Taxas de incidência/100.000 hab. em indivíduos maiores de 13 anos, segundo sexo e categoria de exposição (Brasil, 2011b).

		<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>	
<i>Categoria exposição</i>		<i>1980-97</i>	<i>2011</i>	<i>1980-97</i>	<i>2011</i>
<i>Sexual</i>	<i>Homossexual</i>	24,2	21,6	-	-
	<i>Bissexual</i>	14,2	7,6	-	-
	<i>Heterossexual</i>	17,4	40,9	79,6	82,8
<i>Sanguínea</i>	<i>UDI</i>	26,3	5,5	17,3	2,4
	<i>Hemofílico</i>	0,8	0,0	-	-
	<i>Transfusão</i>	0,9	0,0	2,5	0,0
<i>Transmissão Vertical</i>		0,0	0,4	0,0	0,9
<i>Ignorado</i>		16,1	24,0	0,5	13,9
<i>Total</i>		100,0	100,0	100,0	100,0

Atenta-se para uma diferença significativa de incidência entre os sexos na categoria de exposição heterossexual, que predomina no sexo feminino. Por outro lado, no sexo masculino é predominante a incidência na categoria de exposição homossexual (Tabela 1). Além disso, outra consideração deve ser feita com relação à sexualidade, que pode não ser fielmente apontada nos dados, pois se sabe que estes são geralmente apurados por meio de autorrelatos e que a revelação da homossexualidade

ainda é difícil, envolta em uma série de estigmas e preconceitos, o que implica na possibilidade de os dados acerca de homo e bissexuais aparecerem subestimados.

No que se refere aos altos índices de morbidade e mortalidade, houve grande queda com a introdução de potentes esquemas antirretrovirais (ARV) na prática clínica e com a utilização de profilaxias primárias de rotina para infecções oportunistas (Rachid, Schechter, 2005). Os primeiros medicamentos antirretrovirais começam a ser pesquisados ainda na década de 80, mas os benefícios que proporcionavam ao paciente eram temporários, devido à baixa eficácia na recuperação imunológica e sobre a redução da carga viral. A partir de 1996, com o advento de novas classes de ARV, inicia-se a utilização da terapia ARV combinada (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – HAART), e passa-se então à obtenção de êxitos significativos no tratamento da infecção pelo HIV (Seidl *et al.*, 2007).

A HAART proporcionou condições para que a aids passasse a ser considerada uma doença crônica, e não mais uma sentença de morte. Essa terapia medicamentosa interfere na multiplicação do HIV no organismo, e com isso, na progressão da doença para aids. A partir de então, com a distribuição universal dos medicamentos ARV, ou seja, a distribuição gratuita para todos os indivíduos que necessitam do tratamento houve um aumento na sobrevivência e uma melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV no Brasil (Gir *et al.*, 2005).

Nos primeiros anos pós-HAART foram observadas importantes diminuições no número de internações hospitalares, na ocorrência de complicações oportunistas e na mortalidade associada ao HIV. Entre os anos de 1995 a 1999, houve uma queda de aproximadamente 50% na taxa de óbitos entre homens no país. Já o número de internações por doenças oportunistas, como tuberculose, foi reduzido em 80%. Esses progressos também estão relacionados à melhoria no cuidado clínico e a alguns aspectos epidemiológicos, mas principalmente ao papel da terapia combinada. Em junho de 2005, cerca de 161 mil pessoas já recebiam

tratamento de aids fornecido pelo Ministério da Saúde e distribuído na rede pública (Brasil, 2007; Brasil, 2011a).

Atualmente, pode-se dizer que diversas problemáticas referentes à epidemia foram superadas e que há um predomínio das políticas de combate à aids e campanhas de prevenção e conscientização da população (Machado, 2006). Por meio dos Boletins do Ministério da Saúde e da UNAIDS (United Nations Programme on HIV/aids) é possível observar em números os ganhos em termos de prevenção e tratamento. Porém, sabe-se que os números referentes à epidemia continuam crescendo e que novos desafios vêm surgindo (UNAIDS, WHO, 2010; Brasil, 2011b).

Mundialmente, cerca de 2,6 milhões de novas pessoas contraíram o HIV no ano de 2009. Isso representa um terço ou 19% a menos que no ano de 1999. Com relação ao tratamento, só no ano de 2009 aproximadamente 1,2 milhões de pessoas receberam TARV pela primeira vez, o que significou um aumento de 30% de pessoas em tratamento em apenas um ano. A expansão do acesso ao tratamento contribuiu, dessa forma, para o declínio de 2,1 em 2004 para 1,8 milhões de mortes relacionadas ao HIV e aids em 2009, cerca de 19% a menos. Esse declínio reflete um aumento da acessibilidade à TARV, bem como de cuidado e suporte às pessoas vivendo com HIV e aids, principalmente nos países de baixa e média renda. No entanto, para as 33,3 milhões de pessoas vivendo com HIV e aids no mundo, embora reais, esses ganhos ainda são considerados frágeis (UNAIDS, WHO, 2010).

Também no ano de 2009, a UNAIDS anunciou uma meta de eliminação virtual da transmissão materno-infantil para o ano de 2015. Acredita-se que isso será possível nos 10 países mais severamente afetados por essa forma de infecção graças às ações de prevenção em pessoas jovens (UNAIDS, WHO, 2010).

Das cerca de 15 milhões de pessoas vivendo com HIV e aids nos países considerados de baixa e média renda, e que necessitam de tratamento, por volta de 5,2 milhões têm acesso à TARV, o que implica em menos mortes relacionadas à epidemia, embora essas cinco milhões de

pessoas não representem mais do que 35% do total. Na África subsaariana particularmente, estima-se que de 2004 para 2009 o número de mortes tenha caído cerca de 20% (UNAIDS, WHO, 2010), o que representa um ganho bastante significativo, pois nessa região a aids é a principal causa de morte (Lewi *et al.*, 2003).

Nas Américas Central e do Sul registrou-se cerca de 92.000 novos casos e 58.000 mortes relacionadas à HIV/aids no ano de 2009. Hoje se estima que aproximadamente 1,4 milhões de pessoas vivam com HIV/aids nesses países, sendo em torno de 36.000 crianças. Cerca de um terço dessas pessoas vivem no Brasil, onde os esforços de prevenção precoce e tratamento têm sido considerados de grande importância para a manutenção da prevalência de HIV abaixo de 1% em adultos, durante toda última década (UNAIDS, WHO, 2010). Ainda assim, no ano de 2010, 11.965 pessoas morreram de causas relacionadas à aids no Brasil (Brasil, 2011b).

Até a primeira metade de 2011 foram notificados 608.230 casos de aids no Brasil, sendo mais da metade destes na região Sudeste. No entanto, a maior taxa de incidência (por 100.000 hab.) no ano de 2010 foi na região Sul (28,8), seguida da região Norte (20,6) e Sudeste (17,6). Embora a região Nordeste tenha apresentado a menor taxa de incidência (12,6) nesse ano, percebe-se que, ao contrário das demais regiões, o número de casos nessa região vem aumentando (Brasil, 2011b).

Os números continuam crescendo e o panorama da epidemia nas Américas Central e do Sul tem mudado pouco. Destaca-se ainda o fato de uma parcela significativa dos casos nesses países concentrarem-se nas redes de homens que fazem sexo com homens (HSH), cuja prevalência nessa população em 12 desses países gira em torno de 10% (UNAIDS, WHO, 2010). Ao encontro desse dado observa-se, por exemplo, que no Brasil a prevalência da infecção pelo HIV na população HSH jovem, de 17 a 22 anos, passou de 0,56% em 2002, para 1,2% em 2007. Entre homens de faixa etária de 15 a 24 anos, por sua vez, houve aumento proporcional da categoria HSH, passando de 31,8% das infecções registradas em 1998, para 46,4% em 2010, com um aumento da proporção de casos nas regiões

Sudeste, Sul e Centro-Oeste, diminuição no Nordeste e estabilização na região Norte (Brasil, 2011b).

Portanto, pode-se observar que apesar de tantos ganhos, ainda existem muitos desafios em termos de prevenção, conscientização e acessibilidade ao tratamento a serem vencidos. Paralelo a isso, destacam-se também os desafios em termos de direitos humanos. Sabe-se que o estigma, desde o início da epidemia, destaca-se como um dos maiores problemas a serem superados e que repercute em muitas esferas da vida das pessoas com HIV e aids. A UNAIDS considera ainda que estigma, discriminação e violência contra pessoas transgênero e homens que fazem sexo com homens, aumenta o risco de infecção pelo HIV não só para essa população, mas também para seus respectivos parceiros (as) (UNAIDS, WHO, 2010).

Outro desafio diz respeito à saúde mental, esfera de conhecimentos e práticas que desde o aparecimento dos primeiros casos de aids na década de 80, viu-se diante de uma complexidade ímpar de fenômenos e sintomas associados. Ao abordar a origem e história de estudos psiquiátricos voltados para a aids, Cohen (2008) aponta algumas dificuldades no atendimento dos primeiros pedidos de interconsulta na década de 80, quando ainda era grande o desconhecimento de muitas das implicações do HIV e da aids e conseqüentemente o medo de contágio, inclusive por parte da equipe de saúde, que tinha dificuldades em aceitar e atender esses pacientes. Segundo a autora, o primeiro artigo da área foi publicado nos Estados Unidos em 1983, e tratava sobre o impacto psicossocial da aids e a necessidade de mais literatura na área.

Um levantamento dos artigos subsequentes publicados nos Estados Unidos indicou que estes abordavam assuntos como a necessidade de compaixão, suporte e entendimento para lidar com o medo, depressão e alienação vividas pelos pacientes; estigma e discriminação; observações descritivas, estudos de caso, documentação e prevalência de diagnósticos psiquiátricos; complicações neuropsiquiátricas ou neurocognitivas; e várias

publicações sobre a importância e necessidade de uma aproximação ou abordagem biopsicossocial nos casos de HIV/aids (Cohen, 2008).

São ainda apontados, segundo Cohen (2008), como os cinco problemas mais comuns encontrados na abordagem de saúde mental no contexto HIV/aids, a apresentação de sintomas psiquiátricos em doenças clínicas, as complicações psiquiátricas decorrentes de doenças ou tratamentos clínicos, a resposta psicológica à doença ou tratamentos clínicos, a apresentação de sintomas clínicos em doenças ou tratamentos psiquiátricos, e a comorbidade de doença clínica e psiquiátrica. Soma-se a isso a dificuldade de hospitalização de pacientes HIV positivos com transtornos mentais e de personalidades graves, incrementada pela redução de possibilidades de internação com a recente luta antimanicomial, que nesse sentido reduziu os recursos de saúde disponíveis.

Algumas síndromes psiquiátricas clássicas, como os transtornos de ansiedade e depressão, são frequentemente associadas a doenças relacionadas ao HIV. Tal associação evidencia-se no fato de a prevalência dos transtornos psiquiátricos mais graves na população infectada pelo HIV ser maior do que na população geral (Moraes *et al.*, 2006). A incidência de transtorno depressivo entre pacientes HIV, por exemplo, é a complicação psiquiátrica descrita com mais frequência, podendo variar de 4 a 40%. Sabe-se ainda que pelo menos 50% dos pacientes com HIV/aids manifestam complicações neuropsiquiátricas, sendo que, em cerca de 10% deles, tais complicações são o primeiro sinal da doença (Sadock, Sadock, 2007).

Um estudo realizado por dois psiquiatras de um grande hospital escola de São Paulo, que visava avaliar a prevalência de depressão maior e outros transtornos depressivos em 120 mulheres infectadas pelo HIV e comparar essa prevalência entre pacientes assintomáticas e sintomáticas para HIV, obteve 25,8% de diagnósticos para depressão maior, sendo 13,3% nas pacientes assintomáticas e 38,3% nas sintomáticas. Vale ressaltar que ao menos 48% da amostra já havia experimentado ao menos um episódio de depressão maior, antes ou depois do diagnóstico de HIV (Mello, Malbergier, 2006).

Outro estudo, realizado na Paraíba, com 91 sujeitos soropositivos de ambos os sexos, que dentre seus objetivos visava avaliar a prevalência de sintomatologia depressiva por meio de um instrumento de avaliação psicológica, obteve que, 64% da amostra apresentavam sintomatologia moderada ou grave para depressão. Esse estudo destaca a dificuldade de avaliar a depressão em função da fronteira imprecisa, e por vezes arbitrária, entre as formas clínicas e subclínicas da depressão (Castanha *et al*, 2006).

Dentre os sintomas frequentemente referidos nas sintomatologias moderada e grave para depressão, observa-se a ideação suicida ou pensamento sobre morte. Nos pacientes com HIV e aids, por exemplo, encontram-se estudos avaliando particularmente essa sintomatologia. Um desses estudos visava investigar a prevalência e preditores de ideação e tentativas passadas de suicídio em homens homo e bissexuais, soropositivos (n=164) ou não (n=65) para HIV. Um escore de ideação suicida foi estabelecido por meio de cinco itens selecionados do BDI (Inventário de Depressão de Beck) e da versão de 28 itens do QSG (Questionário de Saúde Geral de Goldberg), que apresentaram altos níveis de consistência interna (alfa de Cronbach 0,89). Os pacientes sintomáticos para HIV (n=85) apresentaram níveis mais altos de ideação suicida que os assintomáticos (n=79) e os soronegativos, e foram encontrados altos níveis de tentativa de suicídio passada tanto em soronegativos (29%) quanto soropositivos (21%). Dentre os fatores preditivos associados destacaram-se histórico de transtorno psiquiátrico (particularmente depressão), de uso de drogas e suicídio na família (Brian Kelly *et al*, 1998).

Também visando avaliar prevalência de ideação e tentativa de suicídio em soropositivos, foram avaliados 1560 pacientes com uma bateria de testes que incluía os módulos de depressão e uso de substância da CIDI (Composite Internacional Diagnostic Interview) e o BDI. Os resultados indicaram 26% de pacientes com histórico de ideação e 13% de tentativa de suicídio anterior. Os pacientes que reportaram pensamentos, ideação ou tentativa de suicídio, apresentaram escores significativamente maiores no

BDI ($p < 0,0001$) e maiores índices de episódio depressivo maior atual ($p = 0,01$) do que os pacientes que não reportaram (Badiel *et al*, 2011).

Outros diagnósticos ou sintomas que também merecem destaque nos pacientes com HIV e aids são os transtornos de adaptação ou ajustamento (5 a 20%), insônia, dependência ou uso abusivo de álcool e outras drogas e, em menor número, os transtornos psicóticos (Sadock, Sadock, 2007). A associação entre transtornos psiquiátricos e a infecção pelo HIV pode relacionar-se ao maior risco de exposição ao HIV acarretado por alguns transtornos psiquiátricos, como o transtorno bipolar, por exemplo; às circunstâncias de vida frequentemente associadas ao diagnóstico do HIV, como perda de emprego, abandono ou desestruturação familiar; ou mesmo à reação ao diagnóstico, como culpa ou medo da dor e da morte. Por outro lado, os transtornos psiquiátricos podem ser resultantes da própria infecção pelo HIV, pela ação do mesmo no sistema nervoso central (SNC), pela ocorrência de doenças oportunistas ou mesmo pela ação de medicamentos utilizados no tratamento (Moraes *et al.*, 2006).

Cournos e Mckinnon (2008) apontam para a importância do diagnóstico diferencial e manejo em saúde mental, e advertem para o fato dos transtornos mentais nessa população serem subdiagnosticados. Se detectados e tratados corretamente, os transtornos mentais podem não somente ter um bom prognóstico, como interferir positivamente nas práticas de sexo seguro. Outro estudo, um levantamento sobre as consequências dos transtornos mentais na infecção pelo HIV, aponta para a interferência destes na progressão da infecção, para as mudanças imunológicas associadas, por exemplo, à depressão, e para o fato destes quadros poderem inclusive interferir na adesão à TARV (Meade *et al*, 2008).

Por outro lado, existem pessoas que vivem com HIV e aids e não apresentam sintomatologia alguma em saúde mental, enquanto outras apresentam uma complexa multiplicidade de sintomas e desordens, que podem ou não estar associadas com o diagnóstico ou tratamento do HIV e da aids. Sendo assim, destaca-se a importância fundamental de uma aproximação biopsicossocial do problema e de uma avaliação que leve em

consideração não somente o presente, mas toda a história pregressa do indivíduo, visando sua melhor compreensão como um todo (Cohen, Chao, 2008).

Tal consideração pode apresentar implicações positivas também no que diz respeito ao tratamento do HIV e da aids, na adesão ao mesmo e também em termos de redução de riscos em saúde pública (Cohen, Chao, 2008). Os aspectos concernentes à saúde mental têm se mostrado bastante relevantes e com sérias implicações ao tratamento, podendo inclusive serem determinantes nas condutas de (não) adesão (Camargo, Capitão, 2008).

2. Adoecimento e conflito psíquico

Ao se deparar com uma doença orgânica, a subjetividade humana esbarra em um “real” concreto, de natureza patológica, que produz uma infinidade de aspectos psicológicos, evidenciados não apenas no próprio sujeito, mas também na família e/ou profissionais de saúde. Algumas manifestações da subjetividade diante da doença orgânica como sentimentos, emoções, desejos, pensamentos, comportamentos, lembranças, fantasias, sonhos, conflitos, estilos de vida e de adoecer, compõe um conjunto de sentidos conferidos à doença (Simonetti, 2004).

O modo como esses aspectos serão avaliados ou interpretados pelo psicólogo depende de seu enfoque teórico, o que implica em formas específicas de entendimento e abordagem durante, por exemplo, uma entrevista clínica (Romano, 2008). Nesta seção, serão apresentados alguns aspectos psicológicos relativos ao adoecer e, especificamente, relativos ao adoecer por HIV e aids, sob o enfoque psicodinâmico, o qual explica os fenômenos mentais, de forma geral, como resultantes do desenvolvimento de conflitos (Gabbard, 2006).

Os conflitos teriam origem em forças inconscientes que, ao tentarem se expressar, encontrariam forças opostas no sentido de impedir sua emergência. Poderia ser um desejo e uma defesa contra este, instâncias

intrapíquicas com objetivos ou prioridades diferentes, ou ainda, um impulso em contraposição a uma exigência da realidade externa (Gabbard, 2006).

O modelo conceitual da mente que inclui o inconsciente advém da teoria psicanalítica freudiana, cujo modelo topográfico (consciente, pré-consciente, inconsciente) desenvolvido inicialmente reconhecia dois tipos de conteúdo mental inconsciente e considerava os sintomas como resultado de lembranças reprimidas de eventos ou ideias. O método catártico foi desenvolvido com o intuito de tornar essas ideias conscientes e, conseqüentemente, reparar os sintomas. Entretanto, esse modelo inicial foi revisto pelo próprio Freud, e introduzida à teoria estrutural tripartite de ego, id e superego (Gabbard, 2006).

“Ego é a instância que Freud, na sua segunda teoria do aparelho psíquico, distingue do id e do superego. Do ponto de vista *tópico*, o ego está numa relação de dependência tanto para com as reivindicações do id, como para com os imperativos do superego e exigências da realidade. Embora se situe como mediador, encarregado dos interesses da totalidade da pessoa, a sua autonomia é apenas relativa. Do ponto de vista *dinâmico*, o ego representa eminentemente, no conflito neurótico, o polo defensivo da personalidade; põe em jogo uma série de mecanismos de defesa, estes motivados pela percepção de um afeto desagradável (sinal de angústia). Do ponto de vista *econômico*, o ego surge como um fator de ligação dos processos psíquicos; mas, nas operações defensivas, as tentativas de ligação da energia pulsional são contaminadas pelas características que especificam o processo primário: assumem um aspecto compulsivo, repetitivo, desreal” (Laplanche, Pontalis, 2001, p.124).

Diante de tal definição, pode-se pensar na estrutura egóica como fundamental em situações de angústia, como é o caso do adoecimento. Botega (2006) aponta que, na situação de doença orgânica o sujeito se vê também frente a um estresse psicológico significativo, e lança mão de diversos mecanismos de adaptação a esta situação. Do ponto de vista

psicodinâmico, o ego se defende por meio de mecanismos de defesa como negação - o sujeito passa a agir como se não estivesse sob ameaça; regressão - modo de funcionamento ligado a etapas mais precoces do desenvolvimento, colocando-se numa situação de dependência afetiva do outro; e deslocamento - o sujeito pode direcionar sentimentos como raiva ou culpa para outrem no sentido de aplacar a angústia que não consegue conter.

O sujeito se vê então diante de uma angústia expressa no corpo por uma doença, e na mente por meio do que a psicanálise denomina conflito psíquico, que ocorre quando:

“... no sujeito, opõe-se exigências internas contrárias. O conflito pode ser manifesto (entre um desejo e uma exigência moral, por exemplo, ou entre dois sentimentos contraditórios) ou latente, podendo este exprimir-se de forma deformada no conflito manifesto e traduzir-se particularmente pela formação de sintomas, desordens do comportamento, perturbações de caráter, etc. A psicanálise considera o conflito como constitutivo do ser humano, e isto em diversas perspectivas: conflito entre o desejo e a defesa, conflito entre os diferentes sistemas ou instâncias, conflitos entre as pulsões, e por fim o conflito edipiano, onde não apenas se defrontam desejos contrários, mas onde estes enfrentam a interdição (Laplanche, Pontalis, 2001, p.89).

Quando o corpo está em silêncio, o sujeito muitas vezes se “esquece” dele, sente como se este estivesse totalmente submetido aos seus desejos e modo de funcionamento. A doença serve pra “lembrar” o sujeito de que ele tem corpo, que pode morrer. A maneira como cada um vivencia o adoecimento é pessoal, depende de fatores como personalidade, capacidade de tolerar frustrações, vantagens e desvantagens advindas da posição de doente, bem como de sua relação com as pessoas de seu projeto de vida (Botega, 2006).

Então, uma vez sob ameaça, o sujeito se defende como pode, de acordo com características próprias e individuais, visando sua recuperação e

retomada do equilíbrio anterior perdido. Do ponto de vista psíquico, o ego também se defende, lançando mão de mecanismos de defesa e recolhendo sua energia, visando sua integridade e a reparação da “ferida” causada pela doença. A energia circundante no ego é chamada libido, e seu estado de recolhimento em situações como essa se remete a um estágio precoce de desenvolvimento psicosssexual denominado narcisismo (Cedaro, 2005; Laplanche, Pontalis, 2006).

“O narcisismo primário designa um estado precoce em que a criança investe toda sua libido em si mesma. O narcisismo secundário designa um retorno ao ego da libido retirada de seus investimentos objetais”. “Para Freud, o narcisismo secundário não designa apenas certos estados de regressão; é também uma estrutura permanente do sujeito: a) No plano econômico, os investimentos de objeto não suprimem os investimentos do ego, antes existe um verdadeiro equilíbrio energético entre estas duas espécies de investimento; b) No plano tópico, o ideal do ego representa uma formação narcísica que nunca é abandonada” (Laplanche, Pontalis, 2006, p.290).

Desta forma, o sujeito retira o investimento de suas relações como um todo (libido de objeto) e o volta para si (libido de ego), visando sua recuperação. Pode-se dizer assim, que o narcisismo é uma espécie de cimento que sustenta a integridade do ego e que todo ser humano precisa de um grau mínimo de investimento narcísico para se sustentar. Só há vida enquanto há libido circundante no ego e essa energia teria um papel reparador quando a integridade do ego é ameaçada (Cedaro, 2005).

O “recolhimento libidinal” em doentes orgânicos é uma espécie de reparação da ferida narcísica causada pela doença, a qual iria de encontro à ilusão de integridade plena e ao desejo de autobastância do sujeito. Esse recolhimento seria equivalente ao que o ego faz constantemente por intermédio do sono e seu efeito reparador. No caso do doente, trata-se de uma defesa pela qual o aparelho psíquico se protege de gastos desnecessários de energia para usá-la a favor de seu restabelecimento. No

entanto, o deixar de investir não exclui a necessidade de ser investido. O indivíduo precisa do amor e do apoio do outro como uma forma de compensação por aquilo que a doença lhe tirou (Cedaro, 2005). Por isso, torna-se fundamental o apoio afetivo, social e familiar nos processos de adoecimento e recuperação do sujeito.

As defesas são mecanismos necessários, transitórios, e ocorrem automaticamente, de forma inconsciente, tendo em comum o objetivo de proteção do ego. Tais mecanismos dizem muito a respeito de um sujeito e podem ser classificados de acordo com uma hierarquia, de imaturos ou patológicos até maduros ou saudáveis, podendo também servir como um bom parâmetro de saúde psicológica (Gabbard, 2006).

Outro aspecto defensivo do ego, que fica evidente nas situações de adoecimento e, particularmente quando o sujeito se submete ao tratamento de sua doença, são as resistências. Freud fala de resistência à psicanálise como tratamento, conceito esse que do ponto de vista psíquico, pode ser estendido a outros tipos de tratamento. Trata-se de um obstáculo à elucidação dos sintomas e progressão do tratamento, que parece estar situado numa espécie de repulsa associada a um conteúdo inconsciente, tornando difícil que esse conteúdo se torne consciente e aceito pelo sujeito (Laplanche, Pontalis, 2001). Desta maneira, o tratamento oferecido ao sujeito também pode ser sentido pelo ego como ameaça, na medida em que este pode significar ter que aceitar ou tornar conscientes conteúdos considerados repulsivos pelo ego.

Nesse sentido, destaca-se a importância do manejo terapêutico ou da figura do terapeuta ou profissional responsável pelo tratamento. Freud fala da importância da transferência para o manejo das resistências, que são atualizadas na figura do terapeuta, cabendo a este interpretá-las e utilizá-las a favor do tratamento (Laplanche, Pontalis, 2001). Ou seja, a relação estabelecida entre paciente e terapeuta parece oferecer um caminho para o manejo das resistências e, conseqüentemente, pode repercutir positivamente no tratamento.

No contexto do adoecer pela infecção por HIV, o sujeito se vê acometido por uma doença incurável, ele tem no seu corpo uma marca indelével, com a qual passa a conviver indefinidamente. Isso significa que o indivíduo não pode se “recolher” e ignorar o mundo por um período tão longo assim, bem como é impossível que um outro lhe dispense total atenção nesse tempo. Somam-se a isso, os estigmas referentes às formas de contágio e os frequentes relatos envolvendo sentimentos de culpa e perda da dignidade, como se a aids fizesse o sujeito menor, deficitário e menos digno, até mesmo de cuidado (Cedaro, 2005).

A aids é um exemplo marcante de um tipo de perda que exige um trabalho de luto incessante, por si mesmo, seu próprio ego e o que era antes da doença – o corpo sem a presença de uma ameaça. São inúmeras perdas, algumas abruptas, tão logo se constate a doença, e outras conforme os efeitos do vírus ou do tratamento vão se apresentando. Ou seja, ao longo da evolução da doença o sujeito vivencia processos de luto distintos e pode ter que adotar várias mudanças na vida para continuar vivendo. Dentre esses processos de luto, destaca-se a perda de aspectos valorizados do próprio ego e o sentimento de perda do ideal de si mesmo, fonte de sustentação da autoestima (Cedaro, 2005).

Particularmente a respeito do tratamento, este pode oferecer muitas resistências, na medida em que por vezes traz consigo desconforto físico e comprometimento da qualidade de vida, promovendo sentimento de perda do estilo de vida que se tinha antes, sem a necessidade do tratamento. Muitas dificuldades são referidas pelos pacientes, repercutindo em baixos índices de adesão e complicações múltiplas da doença (Jordan *et al.*, 2000; Bonolo *et al.*, 2007). As resistências podem estar associadas a conteúdos inconscientes inaceitáveis pelo ego – conteúdos que podem estar associados às representações da doença e aceitação desta, por exemplo. Dentre as intervenções possíveis nesse sentido, cabe ao profissional tentar estabelecer um bom vínculo com o paciente, visando motivá-lo ao tratamento por meio do manejo adequado das resistências e da transferência (Laplanche, Pontalis, 2001).

Outro aspecto que se apresenta é o fato da aids poder aproximar o sujeito da melancolia, pois o sentimento de menos valia advindo do luto de ter uma doença estigmatizante compromete também a autoestima. É bastante frequente, por exemplo, o rebaixamento desta sob a forma de autorrecriação ou pelo sentimento de estar sofrendo uma punição. A autoestima depende intimamente da libido narcisista, e diferencia luto de melancolia na medida em que a perturbação desta não aparece em processos normais de luto (Cedaro, 2005).

A aids é tida como a personificação de algo temido e pode significar a concretização de uma das grandes fontes de angústia do homem, que é a certeza da finitude e inevitabilidade da morte. O sujeito se vê brutalmente ameaçado, precisa recolher sua libido e buscar do outro o investimento e apoio necessário para se recuperar, mas isso pode não ser possível, pois muitas vezes significa ter que revelar condutas e um estilo de vida mantido em sigilo e, como consequência, ter que buscar estratégias psíquicas para lidar com a rejeição (Cedaro, 2005).

Pode-se pensar então que no adoecimento por aids a doença e o tratamento não sejam as únicas ameaças às quais o ego do sujeito está submetido. O medo da rejeição faz com que muitos nem mesmo revelem o seu diagnóstico, e o outro, de quem o sujeito necessitaria de apoio para que seu ego pudesse recolher sua libido e se recuperar, passa a ser também uma ameaça à sua integridade. Por outro lado, há muitas vezes o desejo de proteger ou poupar a família do conhecimento do diagnóstico, o que também faz com que muitos guardem sua doença em segredo. O sujeito dispõe então uma energia que não tem, e da qual necessitaria para se recuperar psicologicamente, para lidar com uma ferida que é indelével – a aids, e as outras ameaças advindas desta. Portanto, não é de se estranhar a alta prevalência de transtornos mentais, particularmente os transtornos de humor, em pessoas vivendo com HIV e aids, descrita na seção anterior.

A depressão é o transtorno de humor mais frequente, e do ponto de vista psicodinâmico, pode ser entendida como decorrente da autodepreciação acentuada, resultado da raiva que o sujeito volta para seu

interior devido à identificação com o objeto perdido (Gabbard, 2006). Bleichmar (1983), por sua vez, fala também de uma depressão narcisista, causada por não atingir a identificação com o ego ideal. Tal sentimento pode ser causado tanto decorrente do estabelecimento de metas elevadas, quanto por um sentimento egóico de menos valia.

Percebe-se então, que esses conceitos podem ser ilustrados ou verificados no exposto sobre a psicodinâmica dos sujeitos que se veem ameaçados pelo HIV e aids - a depressão como resultado de um luto patológico e identificação com o objeto perdido (si mesmo), de uma autodepreciação acentuada, ou ainda, como resultado da impossibilidade de atingir a identificação com o ego ideal ou aquilo se pensava ou desejava ser. Porém, vale lembrar que a alta prevalência de transtornos mentais em pacientes com HIV e aids não se deve apenas a fatores intrapsíquicos. São também relevantes fatores relativos ao próprio vírus (HIV), ao tratamento ARV, às doenças oportunistas e fatores pré-existentes ao diagnóstico de HIV (Moraes *et al*, 2006).

3. Suporte familiar

“A família é o microssistema fundamental para a interação das pessoas com o seu ambiente nos diversos níveis ecológicos. É o palco do desenvolvimento humano, das transições ecológicas e dos processos proximais. Nela as pessoas tanto constroem suas histórias e suas rotinas quanto são construídas pela permeabilidade dos valores, tradições e segredos da intergeracionalidade e do que dela herdam” (Koller *et al*, 2012, p.156).

O conceito de família envolve a ideia de um conjunto de indivíduos unido por laços transgeracionais e interdependentes, bem como a ideia destes como atores no desenvolvimento psíquico e social do indivíduo (Doron, Parot, 1998). No entanto, percebe-se nas últimas décadas que tanto o conceito quanto as configurações familiares vêm sofrendo alteração. Como

forma-se a família, qual sua importância e como desempenha seu papel na sociedade são questões que não perderam seu valor. Mas nota-se que a família não é mais o principal e único sistema ecológico de orientação dos indivíduos. Novas organizações e reorganizações familiares foram se estabelecendo e desafiando o modelo paternalista-cristão. O novo cenário revela, por exemplo, um microsistema que independe de homem e mulher viverem juntos ou separados (Koller *et al*, 2012).

Atualmente, observam-se famílias compostas por pais ou mães presentes ou ausentes demais, julgando-se negligentes com a educação dos filhos ou “cegos” diante dos perigos (Campos, 2012). Além disso, Roudinesco (2003) aponta para o “desejo de família” emergente em grupos até bem pouco tempo tidos como “perversos” e “desviantes” – homossexuais, homens e mulheres, parecem querer se normalizar e reivindicam direito a casamento, adoção e procriação medicamente assistida.

Diante disso, fica evidente que não se pode falar em um único modelo ou estrutura familiar, e conseqüentemente, também não se pode falar no suporte ou apoio fornecido por esta como algo que se dê sempre da mesma forma. O conceito de apoio ou suporte, de forma geral, remete-se a situações de agressão ou estresse nas quais o indivíduo necessita contar com os recursos de seu grupo social. A ausência de apoio ou suporte social pode agravar o impacto dos acontecimentos sobre as esferas física e psíquica e é tida como fator de risco em muitas situações (Doron, Parot, 1998).

De acordo com os conceitos de família apresentados, pode-se considerá-la entre os ditos grupos sociais, os quais parecem mediar situações de estresse por meio do apoio fornecido ao indivíduo. Ressaltando-se que por se tratar de um grupo definido anteriormente como ator do desenvolvimento psíquico e social do indivíduo, é provável que a importância do apoio da família se destaque dos demais grupos sociais em muitas situações, ou não, dependendo da configuração e do tipo de contato que o indivíduo tenha com esse grupo.

As situações em que o indivíduo vê sua saúde ameaçada, certamente estão entre aquelas em que este necessita contar com o apoio da família. No entanto, o adoecimento traz consigo algumas particularidades que podem comprometer esse apoio. O impacto de uma doença aguda e inesperada pode desestruturar uma família, promover uma crise, trazer à tona sentimentos difíceis de lidar ou provocar divisões de opiniões entre os membros, ao mesmo tempo em que necessitam tomar decisões no sentido do enfrentamento da doença da melhor maneira possível. Por sua vez, uma doença crônica, de curso longo e indeterminado, pode exigir contínua adaptação de papéis na dinâmica familiar, gerar sobrecarga de alguns cuidadores ou promover crises com tendência de se agravarem ao longo do tempo (Romano, 2008).

Percebe-se que da mesma forma que o indivíduo precisa elaborar a situação de adoecimento e adaptar-se a ela, o mesmo também pode acontecer com a família, que por essa ou outras razões, pode acabar não tendo condições de dar suporte nessa situação, ou dando de forma insuficiente ou inadequada. No contexto HIV/aids soma-se a isso o fato de tratar-se de uma doença estigmatizante, repleta de preconceitos, diante da qual os indivíduos se veem assombrados pelo medo da rejeição e repulsa do outro, incluindo a família. Com isso, o indivíduo acaba muitas vezes não podendo contar com o apoio que necessitaria para enfrentar o adoecimento, ou se privando deste antes mesmo de saber se pode contar, mantendo sua doença em segredo.

Esse suporte (ou falta dele) pode repercutir não somente no modo como o sujeito lida com a sua doença, mas também na recuperação da sua saúde como um todo, daí a importância de se verificar e avaliar a influência desse fator em contextos diversos. Um estudo buscou avaliar o suporte familiar recebido por jovens de 14 a 24 anos no enfrentamento do HIV. Foi feito um exame retrospectivo dos prontuários e avaliados o suporte familiar em 50 jovens, de 2003 a 2007, em dois momentos distintos: antes e depois da descoberta do diagnóstico. Os resultados indicam que o suporte familiar foi percebido por esses jovens predominantemente como regular e

insatisfatório. Dentre as repercussões que esse fator poderia trazer no enfrentamento do HIV, é mencionada a influência na adesão à TARV (Davey *et al*, 2009).

Outro estudo, avaliou suporte social, “status” de saúde e saúde mental em 626 pessoas vivendo com HIV e aids. Dentre os objetivos, destacou-se a observação sobre a estrutura da rede de relações sociais dos participantes. Verificou-se que aqueles que nomearam uma ou mais pessoas específicas de sua rede social como significativas apresentaram melhores índices de saúde mental (não física) do que aqueles que referiram apenas suporte geral ou inespecífico, evidenciando relação positiva entre suporte social e saúde mental (Reich *et al*, 2010).

Destaca-se a importância remetida a fatores relacionados aos suportes social e familiar em estudos recentes na área da saúde e também da avaliação psicológica, que hipotetizam a relação destes com aspectos psicológicos e sociais de amostras específicas de pacientes (Baptista, 2005; Baptista, 2007; Baptista, Dias, 2007); bem como iniciativas de desenvolvimento de instrumentos capazes de mensurar a percepção de tais fatores pelo paciente (Baptista, 2005; Baptista, 2007; Baptista, Dias, 2007). Como consequência do desenvolvimento de tais instrumentos, pode-se ter a possibilidade de avaliação da percepção desse tipo de suporte pelo paciente e influência do mesmo sobre os processos de saúde doença.

Um instrumento dessa natureza é o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), desenvolvido e validado por um pesquisador de uma Universidade brasileira, com o objetivo de avaliar de que forma o indivíduo percebe a relação com sua família. Foram realizados estudos psicométricos no sentido de verificar evidências de validade do instrumento, foram comparados os componentes do mesmo em duas configurações e avaliados três métodos de fidedignidade, com índices bastante satisfatórios em todos esses parâmetros. O IPSF mostrou-se capaz de avaliar a percepção de suporte familiar e o estudo de seus componentes que resultou em três dimensões desse suporte (Afetivo-consistente, Adaptação familiar, e

Autonomia familiar), que explicaram 41,43% da variância total do construto (Baptista, 2005; Baptista, 2007; Baptista, Dias, 2007).

Vale assinalar que uma das evidências de validade de um instrumento com qualidades psicométricas adequadas é a existência de estudos que evidenciem sua relação com outras variáveis. No caso do IPSF, não só essas evidências são encontradas (Baptista *et al*, 2008; Baptista *et al*, 2009), como algumas delas dizem respeito a correlações negativas (fracas e significativas) entre o IPSF e escalas de depressão (BDI e EDEP) (Baptista *et al*, 2008b; Baptista *et al*, 2010) e entre o IPSF e o QSG (Questionário de Saúde Geral de Goldberg), que avalia perfis sintomáticos ou indicativos para transtornos mentais comuns ou não psicóticos, bem como um escore de saúde geral (Souza *et al*, 2008), evidenciando mais uma vez uma importante relação entre suporte familiar e saúde mental.

O estudo mencionado que buscou correlacionar as dimensões do IPSF com os fatores do QSG, foi realizado com 530 estudantes de São Paulo e obteve correlações negativas significativas para a maioria das dimensões dos dois instrumentos. De forma geral, temos então que a percepção de um suporte familiar satisfatório está associada a uma menor sintomatologia em saúde mental nos cinco fatores do QSG. Outro dado significativo desse estudo foi a correlação também negativa e significativa entre a situação econômica e alguns fatores do QSG (Souza *et al*, 2008).

Estudos como esses evidenciam a importância da avaliação de fatores implicados nas manifestações de saúde e doença, e remetem-se à importância da psicologia no campo da saúde, que vem se constituindo como uma das formas de se compreender não somente o adoecimento, mas as maneiras pelas quais o ser humano pode manter-se saudável (Capitão *et al*, 2005). Evidenciam-se relações significativas entre saúde mental e suporte familiar, bem como repercussões positivas da presença de suporte familiar em contextos de saúde, particularmente no contexto HIV/aids.

4. Adesão e fatores associados

Uma problemática atual no contexto HIV/aids diz respeito à adesão dos pacientes à TARV. Segundo diretrizes do Ministério da Saúde uma boa adesão ao tratamento significa tomar corretamente os medicamentos antirretrovirais, seguir as doses corretas pelo tempo pré-estabelecido, bem como aderir ao serviço de saúde responsável (Brasil, 2007). Essa recomendação tem implícita uma noção de obediência e de que as medicações prescritas podem não ter sido fruto de uma decisão compartilhada. Por isso, em Manual publicado em 2008 sobre condutas de adesão, o Ministério da Saúde frisa que a adesão é um processo colaborativo, de negociação entre usuário e profissionais de saúde e que visa fortalecer a autonomia para o autocuidado (Brasil, 2008).

A complexidade desse conceito pode ser facilmente percebida na medida em que se constata que os índices de adesão de grande parte dos estudos atuais não são satisfatórios ou adequados para uma parcela significativa dos usuários. Enquanto alguns estudos apontam uma taxa média de adesão de 50% para todos os tipos de tratamento (Jordan *et al.*, 2000), outros mostram que a adesão à terapêutica ARV pode variar entre 40 e 80% (Lignani Júnior *et al.*, 2001). Outro estudo (Bonolo *et al.*, 2007), que teve por objetivo apresentar uma revisão da literatura sobre adesão ao tratamento, refere uma prevalência média de não-adesão de 30,4%, ou seja, em média, cerca de 70% dos pacientes em tratamento apresentam índices de adesão considerados adequados.

Um estudo que visava avaliar as retiradas de medicação da farmácia em dois centros de referência públicos de Belo Horizonte - MG, no período de um ano após a primeira prescrição, e identificar fatores associados com as retiradas irregulares e abandono de tratamento, verificou que são altos os índices de retirada irregular (57,9%) e abandono (30,3%), que os fatores morar fora de Belo Horizonte, ter contagem de linfócitos TCD4+ maior que 200 células/mm³ e uso de esquema sem inibidor de protease estavam associados com retirada irregular, e que o abandono mostrou associação

com não fazer uso de outra medicação e ter registro de não adesão no prontuário médico. (Gomes et al, 2009).

Deve-se atentar para as consequências da adesão inadequada ao tratamento. Se individualmente a não adesão ao tratamento implica em falência terapêutica e conseqüente prejuízo ao tratamento, coletivamente existe a ameaça de disseminação de HIV multirresistente. Isso porque a adesão irregular faz com que o vírus vá ficando familiarizado com múltiplas drogas e conseqüentemente, estas passam a não exercer efeito algum sobre sua multiplicação dentro do organismo. A não adesão ao tratamento é a principal causa de desenvolvimento de resistência viral às drogas e de falha terapêutica não só do esquema vigente, mas também de esquemas futuros (Rachid, Schechter, 2005).

Com relação ao índice considerado adequado, a maioria dos estudos estabelece um ponto de corte que varia de 80 a 100% de uso das drogas prescritas. No entanto, não existe um método padronizado para avaliação da adesão ao tratamento e nem mesmo um nível de adesão definido como ideal. Atualmente, são utilizadas algumas estratégias nas quais a adesão é aferida de forma indireta (exames laboratoriais, por exemplo), sendo, portanto, imperfeita. Daí a recomendação de se associar mais de uma abordagem e de se considerar o método utilizado e o nível de definição da adesão no momento de avaliar os resultados (Jordan *et al.*, 2000; Bonolo *et al.*, 2007; Caraciolo, 2007).

Dentre os métodos de avaliação utilizados merecem ser citados as medidas subjetivas, baseadas em autorrelatos; e as objetivas, baseadas em contagens de exames laboratoriais (CD4, carga viral) ou de pílulas (Jordan *et al.*, 2000; Bonolo *et al.*, 2007; Weiss, Bangsberg, 2008). Embora classicamente acredite-se que os autorrelatos tendam a superestimar as medidas de adesão, porque parte dos pacientes não é fiel à realidade, eles podem ser bons indicadores quando bem conduzidos (Jordan *et al.*, 2000; Duong *et al.*, 2001; Bonolo *et al.*, 2007). Outra medida bastante empregada são os registros da farmácia, que podem ser utilizados para monitorar as retiradas de medicações e obter indícios de abandono de tratamento ou

mesmo uso irregular das medicações, de acordo com a frequência de dispensação pela farmácia (Caraciolo, 2008).

Existem ainda as medidas ditas combinadas, que além de autorrelatos e contagens, podem incluir o uso de escalas para investigação de comportamentos de adesão (Bonolo *et al.*, 2007). Um exemplo de escala desse tipo é a “Escala de Expectativa de Auto Eficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral”, desenvolvida, publicada e validada no Brasil (Leite *et al.*, 2002). A escala investiga a expectativa de autoeficácia do indivíduo para seguir a prescrição em situações difíceis. É baseada na perspectiva cognitivo-social de Bandura (1986, apud Leite *et al.*, 2002) – que considera a experiência de ter tido sucesso no desempenho proposto como fonte de informação efetiva para o desenvolvimento do senso de autoeficácia.

Com relação aos motivos associados à adesão ou não adesão à TARV, pode-se dizer que são diversos e de diferentes naturezas. Observa-se na literatura fatores relacionados à pessoa sob tratamento, à doença, ao tratamento em si e ao serviço ou profissional de saúde (Jordan *et al.*, 2000; Adão, Caraciolo, 2007; Brasil, 2008), alguns dos quais explicitados a seguir.

- Fatores relacionados à pessoa sob tratamento: perfil socioeconômico, sexo, idade, renda, escolaridade, uso de drogas (Jordan *et al.*, 2000; Adão, Caraciolo, 2007; Brasil, 2008), aceitação e nível de conhecimento da doença, sintomas psicológicos ou transtornos psiquiátricos associados (Adão, Caraciolo, 2007; Brasil, 2008) e percepção de suporte social ou material inadequados (Brasil, 2008).

- Fatores relacionados à doença: falta de sintomas aparentes, cronicidade e a melhora de parâmetros laboratoriais (Jordan *et al.*, 2000; Adão, Caraciolo, 2007; Brasil, 2008).

- Fatores relacionados ao tratamento: tempo, tipo e complexidade de regime terapêutico, efeitos colaterais adversos, caracterização da doença e objetivos do tratamento e mudança de estilo de vida (Jordan *et al.*, 2000; Adão, Caraciolo, 2007; Brasil, 2008).

- Fatores relacionados ao serviço e profissional de saúde: relação médico-paciente, postura e linguagem do profissional, confiança na equipe de saúde, tempo de duração da consulta e aspectos de acessibilidade ao Serviço (Jordan *et al.*, 2000; Adão, Caraciolo, 2007; Brasil, 2008).

Visando atender aos objetivos deste estudo, serão privilegiados dentro da temática da adesão os estudos de evidências de condições associadas à saúde mental e percepção de suporte social e familiar. Nesse sentido, destacam-se fatores como estresse psíquico, expectativa de autoeficácia e a não adaptação da rotina ou estilo de vida com as medicações (Bonolo *et al.*, 2007); assim como a ocorrência de depressão e a falta de suporte (ou percepção deste como inadequado) familiar ou social (Gordillo *et al.*, 1999; Bonolo *et al.*, 2007; Brasil, 2008).

O estudo de validação da “Escala de Expectativa de Auto Eficácia para seguir prescrição Antirretroviral” (EAE) apontou associação positiva entre a expectativa de autoeficácia e a adesão ao tratamento. Os processos mediadores da expectativa de autoeficácia no comportamento humano são discutidos em amplas revisões de literatura, que reforçam a hipótese de que a expectativa de autoeficácia regula ações humanas intencionais ao agir sobre processos cognitivos, afetivos, motivacionais e seletivos (Leite *et al.*, 2002).

Weiss e Bangsberg (2008) apontam que pessoas com desordens psiquiátricas em geral e/ou uso de drogas costumam apresentar níveis mais baixos de adesão. Sobre o uso de drogas, é fundamental distinguir o uso atual em relação ao do passado. Com relação à saúde mental, a maioria das investigações tem focado na depressão, utilizando mais escalas de sintomas contínuos do que categorias diagnósticas de depressão propriamente ditas.

Foi de fato encontrada na literatura associação entre não adesão e sintomas depressivos, na qual os pacientes com sintomas depressivos chegaram a ser considerados três vezes mais propensos, que os sem sintomas depressivos, a não adesão ao regime terapêutico (Ammassari *et al.*, 2004). Chega-se a mencionar que, além de apresentar alta prevalência de depressão, os pacientes com HIV/aids que apresentam tal transtorno

podem melhorar seus índices de adesão após prescrição de antidepressivos, e atingir índices ainda mais altos de adesão se aderentes também ao antidepressivo (Yun *et al.*, 2005; Weiss, Bangsberg, 2008).

Um estudo realizado em Belo Horizonte – MG partiu do pressuposto de que depressão e ansiedade são comuns entre pacientes com HIV e aids e buscou investigar se de fato podem ser preditores de não adesão. A adesão foi autorreportada e a ansiedade e depressão mensuradas por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Dos 293 indivíduos avaliados em dois centros de referência, 51,5% e 40,6% tinham sintomas de ansiedade e depressão respectivamente, que iam de leves a severos. A prevalência de não adesão foi de 37,2% e os resultados apontaram risco elevado de não adesão para os pacientes com sintomas severos de ansiedade, sem nenhuma associação estatística entre adesão e depressão (Campos *et al.*, 2010).

Buscando verificar a relação entre sintomas psicopatológicos, qualidade de vida e adesão à TARV em 125 pacientes de um hospital do Porto (Portugal), utilizou-se os instrumentos BSI (Inventário Breve de Sintomas), CEAT-VIH (Questionário de Avaliação de Adesão à TARV) e o WHOQOL-Bref (Questionário Breve de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde). Os resultados apontaram correlação negativa entre sintomas psicopatológicos e adesão ($p < 0,01$), indicando maior frequência de sintomas psicopatológicos em níveis mais baixos de adesão. Também foram encontradas correlações positivas ($p < 0,01$) entre adesão e todos os domínios de qualidade de vida, e correlação negativa entre esses domínios e sintomas psicopatológicos (Reis *et al.*, 2009).

No que se refere ao suporte social ou familiar, alguns estudos apontam este como fator que pode interferir tanto positiva quanto negativamente na adesão (Gordillo *et al.*, 1999; Bonolo *et al.*, 2007; Seidl *et al.*, 2007). Uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com 120 portadores de HIV/aids, que visava investigar fatores biopsicossociais preditivos para adesão à TARV, encontrou altos índices referidos de adesão (apenas 4,2% referiram baixa adesão), baixos escores de ansiedade (75,9%

entre mínimo e leve na BAI) e depressão (69,2% entre mínimo e leve na BDI), correlação negativa entre ansiedade e adesão ($r=-0,40$; $p<0,001$), e entre depressão e adesão ($r=-0,5$; $p<0,001$); e correlação positiva entre suporte social, qualidade de vida e adesão à TARV ($r=0,4$; $p<0,001$), destacando a importância do suporte social como moderador do estresse em contextos relacionados ao processo saúde-doença (Calvetti, 2010).

Outro trabalho, também realizado no Rio Grande do Sul, com 63 pacientes com HIV/aids, encontrou resultados semelhantes. Aqui se destacou, além da correlação positiva entre suporte social e adesão ($r=0,43$; $p<0,001$), o índice significativo do grau de adesão caracterizado como baixo ou insuficiente (47,6%) e a correlação negativa entre depressão e adesão ($r=-0,43$; $p<0,001$) (Giovelli, 2009).

Percebe-se então a existência de evidências de associação entre adesão e fatores psicossociais, embora grande parte seja proveniente de estudos realizados fora do país. Dessa forma, tomando a adesão à TARV como manifestação de saúde e a não adesão como um problema, pretende-se investigar possíveis fatores associados a essas condutas do lugar de profissional de saúde mental, ou seja, privilegiando a investigação de indicadores e transtornos mentais e percepção de suporte familiar.

Capítulo 2 – Objetivos

Como hipóteses principais do estudo, esperava-se encontrar evidências de associação entre adesão à TARV, expectativa de autoeficácia, saúde mental e suporte familiar, ou seja, que esses fatores de fato interferissem tanto positiva quanto negativamente nas condutas de (não) adesão à TARV. Desta forma, são objetivos do presente estudo:

1. Objetivo Geral

Investigar a associação entre expectativa de autoeficácia, indicativos de transtornos mentais, percepção de suporte familiar e adesão à TARV em pacientes com HIV e aids de um ambulatório de São Paulo.

2. Objetivos Específicos

- Descrever os aspectos sócio-demográficos e clínicos predominantes na amostra;
- Avaliar indicadores (esquecimentos de doses, dados de exames laboratoriais e percentagem das doses prescritas retirada da farmácia) de adesão à TARV;
- Verificar a prevalência de indicadores de transtornos mentais comuns (não psicóticos);
- Avaliar os níveis de percepção de suporte familiar nesses pacientes.

Capítulo 3 – Material e Métodos

O presente estudo segue uma abordagem quantitativa não experimental transversal, um delineamento correlacional (Cozby, 2003; Dancey, Reidy, 2006); e é composto de um questionário semiestruturado; instrumentos validados para avaliação de expectativa de autoeficácia, de indicativos de transtornos mentais e percepção de suporte familiar; e um roteiro para busca de dados em prontuários e registros de retirada de medicações da farmácia.

1. Participantes

Foram entrevistados 73 pacientes com HIV/aids, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que tinham conhecimento do seu diagnóstico e que no momento da entrevista estavam em tratamento ARV no ambulatório do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, há pelo menos dois meses (tempo máximo para retorno à consulta após a primeira prescrição).

2. Local

A pesquisa foi realizada no ambulatório de infectologia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas – IIER, situado à Avenida Doutor Arnaldo, número 165, Cerqueira César, São Paulo – SP. Os dados foram coletados em uma das salas disponíveis no ambulatório durante o horário das consultas agendadas pelas equipes médicas. A coleta de dados teve duração aproximada de dezoito meses não contínuos (de abril a agosto de 2009; de janeiro a junho, e setembro a novembro de 2010; e de fevereiro a maio de 2011) tendo havido alguns períodos de interrupção em função de intercorrências. Todas as entrevistas e demais procedimentos referentes a esta pesquisa foram realizados pela própria autora.

3. Instrumentos

Foi utilizado um questionário semiestruturado (Anexo 1), composto por perguntas fechadas e abertas, bem como instrumentos validados para avaliação da expectativa de autoeficácia para seguir prescrição antirretroviral (Escala de Expectativa de Auto Eficácia para seguir Prescrição Antirretroviral, Anexo 2), de indicativos de transtornos mentais (Questionário de Saúde Geral de Goldberg) e da percepção de suporte familiar (Inventário de Percepção de Suporte Familiar).

A) Informações sociodemográficas (Anexo 1)

Roteiro elaborado pela autora, composto de questões como, por exemplo, sexo, idade, cor/raça, escolaridade, estado marital e renda familiar. Estas questões foram elaboradas pensando-se em fatores que, conforme apresentado, têm sido considerados relevantes pelas revisões da literatura acerca da temática da adesão ao tratamento.

B) Informações clínicas e sobre adesão (Anexo 1)

Roteiro também elaborado pela autora, composto de questões como, tempo de diagnóstico e tratamento de HIV, forma de infecção, uso de drogas, número de doenças oportunistas e internações e outros tratamentos. Nesse momento, as informações sobre adesão foram aferidas por autorrelato, por meio de perguntas sobre quais medicamentos toma, quantas doses e quantos esquecimentos de tomadas ocorreram na última semana e no último mês. Em momento posterior, conforme será descrito adiante, a

adesão foi aferida por meio do registro de exames laboratoriais nos prontuários médicos e registros de retirada das medicações na farmácia.

C) Escala de Expectativa de Auto Eficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral (Leite *et al.*, 2002) (Anexo 2)

A escala investiga a expectativa de autoeficácia em situações consideradas difíceis para seguir a prescrição; situações que exigem maior planejamento, atenção e organização para tomar a medicação; situações nas quais o indivíduo tende a diminuir sua preocupação com a doença e experiências e efeitos negativos relacionados com a medicação. Os itens foram desenvolvidos por meio da análise do conteúdo de entrevistas individuais realizadas com pacientes em tratamento ou que haviam abandonado o mesmo, e depoimentos de profissionais de saúde.

No estudo de validação da escala, a consistência interna foi alta (*alfa* de Cronbach=0,96), o que sugere uma medida confiável da variável estudada, e a média dos escores dos itens (codificados de 0 a 4) variou nas diferentes situações. A menor média foi de 2,32 para o item “*se os remédios estiverem me causando algum efeito ruim*”, e a maior foi de 3,77 para o item “*se eu estiver com alguém que acha que é bobagem eu tomar esses remédios*”. O estudo de validade de construto, por sua vez, revelou associação entre o escore de expectativa de autoeficácia e a adesão ao tratamento, estando o primeiro positivamente associado ao segundo.

Trata-se de uma escala composta de 21 itens ou situações apresentadas ao sujeito, às quais se deve responder para cada situação se não vai tomar mesmo (0), acha que não vai tomar (1), não sabe (2), acha que vai tomar (3) ou com certeza vai tomar a medicação (4). Sendo assim, dispõe-se de um escore para cada uma das 21 situações apresentadas, que pode variar de 0 a 4, sendo que, quanto mais próximo de 4, maior a expectativa de autoeficácia para a situação. Sugere-se um escore baseado na soma dos itens, codificados de 0 a 4, que foi adotado pelo presente

estudo para viabilizar as correlações com as pontuações dos outros instrumentos utilizados.

D) Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG (Adaptação Brasileira: Pasquali *et al.*, 1996)

O QSG é um instrumento de avaliação psicológica, de uso restrito e privativo do psicólogo, e por isso não é apresentado nos anexos. Foi desenvolvido em 1972 por Goldberg, na Inglaterra, com o objetivo de identificar a severidade do distúrbio psiquiátrico do respondente. A origem dos itens se baseou em estudo sobre a doença mental e experiência clínica. Quatro áreas psiquiátricas principais deram suporte à elaboração dos itens: depressão, ansiedade e distúrbio psicológico, inadequação social e hipocondria. Foram realizados estudos para determinar precisão, fidedignidade e validade do teste.

Em função de sua eficácia na identificação de pessoas com transtornos mentais, o QSG foi traduzido e adaptado para a população brasileira em 1996. Foram realizados os estudos necessários para validação, e alguns itens foram alterados para melhor compreensão na língua portuguesa. Em suma, é um instrumento válido e preciso recomendado para avaliação de transtornos mentais não desviantes da população.

O QSG é composto de 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos, apresentados em um folheto e respondidos em uma escala tipo Likert. Trata-se de um instrumento cujos itens compõem e permitem interpretação dos fatores: Stress Psíquico, Desejo de Morte, Desconfiança no Próprio Desempenho (autoeficácia), Distúrbios do Sono, Distúrbios Psicossomáticos e Saúde Geral. A interpretação dos fatores se deu baseada na análise do conteúdo semântico dos itens.

Dispõe-se de protocolos e manual para apuração do QSG, nos quais consta a existência de um escore bruto para cada um dos fatores (Stress

Psíquico, Desejo de Morte, Desconfiança no Próprio Desempenho, Distúrbios do Sono e Distúrbios Psicossomáticos) e um escore bruto geral do questionário (Saúde Geral), que são convertidos em percentis correspondentes para posterior classificação em escores sintomáticos. É chamado perfil sintomático o exposto por percentis maiores ou iguais a 90; são considerados limítrofes percentis entre 85 e 90; e não sintomáticos percentis menores que 85.

Dessa forma, considerou-se para análise do QSG uma variável numérica (percentis), que foi utilizada para correlações com os outros instrumentos e variáveis de interesse; e uma categórica (perfis sintomáticos), para caracterização da amostra em termos de indicadores de saúde mental.

E) Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF (Baptista, 2007; Baptista, Dias, 2007; Teodoro, 2012)

Trata-se de um instrumento reconhecido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), de uso privativo do psicólogo, por isso também não está nos anexos. Avalia a forma como o indivíduo percebe sua relação com a família. Os itens foram construídos com base em diversos instrumentos nacionais e internacionais e ainda por meio dos relatos de 100 estudantes de uma Faculdade de Psicologia do interior de São Paulo, que responderam a uma pergunta aberta sobre o que seria, em sua opinião, uma família ideal.

O IPSF demonstrou qualidades psicométricas muito boas relacionadas aos tipos de fidedignidade estudados e após procedimentos de validação e verificação de consistência interna entre os itens, a versão final foi composta de 42 questões, sendo todas fechadas, respondidas em uma escala de três pontos, modelo Likert de sentido e pontuação crescente. A análise fatorial extraiu a presença de três fatores: Fator 1 - Afetivo-Consistente - com 21 itens, evidencia as relações afetivas positivas intrafamiliares; Fator 2 - Adaptação Familiar - com um total de 13 itens que expressam sentimentos negativos em relação à família; e Fator 3 -

Autonomia Familiar - com 8 itens, demonstra a percepção de autonomia que o indivíduo tem de sua família.

Para avaliação do IPSF dispõe-se de quatro variáveis numéricas, correspondentes aos fatores avaliados pelo Inventário: Afetivo-Consistente (F1), Adaptação Familiar (F2), Autonomia Familiar (F3) e Fator Geral, relativo à pontuação geral.

Após a aplicação do questionário e instrumentos supracitados, foram feitas consultas aos prontuários e aos registros de retirada de medicação na farmácia de todos os participantes, conforme descrito no item abaixo.

F) Roteiro para busca de dados em prontuários e registros da farmácia (Anexo 3)

Também elaborado pela autora, foi preenchido em ocasião posterior à aplicação do questionário, sem a presença dos sujeitos da pesquisa, mas com o consentimento destes. Trata-se de um instrumento, também semiestruturado, composto de duas partes. A primeira é composta de informações clínicas obtidas do prontuário médico do paciente, como CD4, carga viral, número de infecções oportunistas, número de internações e outras. A segunda parte apresenta itens referentes a informações obtidas do SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde), sistema informatizado que tem por objetivo gerenciar e controlar a distribuição de medicamentos para os pacientes e fornecimento para as Unidades Dispensadoras de Medicamentos.

Com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e consentimento dos sujeitos da pesquisa, obteve-se acesso ao SICLOM e conseqüentemente a informações sobre a quantidade e regularidade de retiradas de medicação de cada sujeito na farmácia no ano anterior à data da entrevista. Optou-se por usar esta medida como indicador de adesão ao

tratamento, uma vez que boa parte do levantamento bibliográfico feito sobre adesão ao tratamento aponta os dados de retirada da farmácia como bons indicadores para avaliar adesão (Adão, Caraciolo, 2007; Bonolo *et al*, 2007; Brasil, 2008; Gomes *et al*, 2009).

Conforme apresentado, no presente estudo buscou-se então associar mais de uma medida de adesão – autorrelato, exames laboratoriais e registros de retirada de medicações da farmácia. Desta maneira, dispõe-se de mais de um indicador de adesão, pois conforme descrito na literatura apresentada nos capítulos anteriores, alguns indicadores são considerados imprecisos se utilizados isoladamente.

4. Procedimentos

Foi solicitado ao SAME (Seção de Arquivo Médico e Estatística) um relatório com a grade horária semanal dos ambulatórios de infectologia e de especialidades a fim de se evitar a coleta de dados em dias ou períodos de atendimento dos ambulatórios de saúde mental, evitando com isso que os dados fossem predominantemente coletados em horários com maior probabilidade de se encontrar pacientes com algum grau de sofrimento ou transtorno mental, com a preocupação de não se enviesar a amostra.

Sendo assim, a coleta de dados foi realizada em horários ou períodos de ambulatórios de infectologia, evitando-se os descritos no parágrafo anterior. Foi também estabelecido que os dias e horários de coleta de dados seriam alternados periodicamente, dentro do possível, de modo a cobrir a maior parte possível dentre os horários de ambulatório de infectologia existentes.

Todos os participantes foram então convidados na sala de espera e corredores do ambulatório pela própria pesquisadora. Primeiramente, a pesquisadora se apresentava e verificava os critérios de inclusão (descritos na seção 1 deste capítulo). Em seguida, os pacientes convidados a

participar do estudo eram encaminhados a uma das salas do ambulatório, onde foram informados sobre a pesquisa, e esclarecidos sobre os objetivos, instrumentos a serem aplicados e tempo de duração da entrevista. Caso os pacientes ainda não tivessem passado pela consulta médica, estes eram orientados a solicitar que alguém (acompanhante ou profissional da enfermagem) os avisasse quando fossem chamados pelo médico ou, se isso não fosse possível, que retornassem a sala da pesquisa após terem passado pela consulta, para não correrem o risco de perdê-la.

O questionário e instrumentos foram aplicados na ordem em que aparecem descritos nessa seção. O tempo de duração da aplicação foi em média 40 minutos. Todas as informações sobre a pesquisa constam no Termo de Consentimento Livre-esclarecido (Anexo 4), que foi preenchido e assinado por todos que consentiram a participação, de acordo com os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos. Em ocasião posterior à entrevista, foram coletados dados complementares no prontuário do paciente e em registros de retirada de medicação na farmácia, conforme já descrito na seção 3 deste capítulo e presente no Anexo 3.

Foram encontradas algumas dificuldades durante a coleta dos dados no ambulatório como, falta de salas para realização das entrevistas, muitas recusas por parte dos pacientes convidados a participar do estudo, bem como períodos em que a coleta precisou ser interrompida. O número exato de recusas não foi registrado, mas estima-se que tenha sido aproximadamente igual ao número de sujeitos entrevistados.

A falta de salas pode ser explicada pelo fato de, na época da coleta, o ambulatório estar funcionando em espaço reduzido, em um andar do Instituto, onde anteriormente funcionava uma enfermaria. Era comum, por exemplo, principalmente no horário de ambulatório dos residentes, presenciá-los procurando salas para a assistência e precisar ceder a da pesquisa para que pudessem atender.

Com relação aos períodos em que a coleta de dados precisou ser interrompida, um deles foi durante o período da gripe A, época em que os pacientes manifestaram resistência em permanecer qualquer tempo a mais

do que o da consulta no ambulatório, devido ao medo de contrair a doença; e os demais se deram por outras intercorrências.

5. Análise dos dados

Os dados obtidos por meio dos questionários, prontuários e registros da farmácia foram organizados em um banco de dados no Excel (Pacote Home Office 2010), para posterior transferência para o SPSS (versão 17.0), onde foram tratados estatisticamente.

Após transferência dos dados para o SPSS as variáveis foram configuradas em numéricas e categóricas para em seguida dar início às análises. Primeiramente foi feita a análise descritiva, em que se calcularam médias, valores mínimos e máximos e desvios-padrão das variáveis numéricas e, as frequências das variáveis categóricas. Feitas as análises descritivas, procederam-se as análises de associação e correlação entre as variáveis. O nível de significância foi estabelecido em 5% (0,05).

Por se tratar de um número restrito de participantes e por não podermos afirmar se tratar de uma população com distribuição normal, optou-se pelo uso do coeficiente de correlação de Spearman (*rho*), que transforma os escores originais em postos antes de fazer os cálculos. Esse coeficiente verifica a existência ou não de relação entre variáveis, a direção (positiva, negativa ou zero) e a força ou magnitude desse relacionamento (de 0 a 1) (Dancey, Reidy, 2006). Dessa maneira, foram cruzadas entre si todas as variáveis numéricas de interesse.

Para o cruzamento entre variáveis categóricas, foi utilizado o χ^2 (qui-quadrado), que mede a associação entre duas variáveis desse tipo. Para o cruzamento entre algumas variáveis numéricas e categóricas, para que fosse possível verificar algumas diferenças de médias entre grupos, também se optou pela estatística não paramétrica, que não exige certas condições dos dados como, por exemplo, distribuição normal (Dancey, Reidy, 2006).

Para o cruzamento entre uma variável numérica e uma categórica com dois grupos, foi utilizado o teste Mann-Whitney, já para o cruzamento entre uma variável numérica e uma categórica com mais de dois grupos, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. Ambos os testes avaliam se existe diferença estatística significativa entre as médias de diferentes condições (Dancey, Reidy, 2006).

Por fim, foram realizadas análises de regressão linear múltipla, visando verificar se e como variáveis de interesse aos objetivos do estudo podem ser consideradas explicativas ou previsoras de outras variáveis (dependentes ou de critério) (Dancey, Reidy, 2006).

5.1. Codificação de variáveis

Conforme mencionado anteriormente o questionário semiestruturado foi composto de perguntas abertas e fechadas. Por isso, vale destacar que as variáveis provenientes das perguntas abertas foram categorizadas posteriormente de acordo com as respostas predominantes. São elas as variáveis categóricas “Natural de”, Ocupação, Fonte de Renda, forma de infecção, “pra quem contou sobre o diagnóstico”, familiar soropositivo, coinfeção, qual droga e/ou álcool faz ou fez uso, frequência do uso, efeitos colaterais, motivos de falhas na TARV e motivos de interrupção da TARV.

Também vale mencionar o fato de algumas variáveis numéricas terem sido posteriormente transformadas em categóricas, visando uma melhor caracterização da amostra. Foi o caso dos indicadores de transtornos mentais, conforme já apresentado e previsto na metodologia do instrumento (QSG) e também do indicador de adesão proveniente dos registros de retirada de medicação da farmácia. No caso do segundo, o número de retiradas de medicação no período de um ano foi transformado em duas outras variáveis categóricas – uma binária e outra com 5 categorias.

6. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Infectologia Emílio Ribas sob o número de protocolo 71/08. A aplicação dos questionários apenas foi realizada após consentimento formal dos participantes que atendiam aos critérios estabelecidos pelo presente estudo. Neste documento foram esclarecidos aos participantes os objetivos do estudo, bem como apresentados os instrumentos utilizados na pesquisa.

É importante ressaltar que o sigilo foi e será mantido e para isto, não serão citados nomes de qualquer espécie na pesquisa, apenas serão mencionados os resultados característicos de grupos específicos delineados após o tratamento estatístico dos dados.

Vale mencionar ainda que, os pacientes foram informados que poderiam desistir da pesquisa e que caso o quisessem, poderiam solicitar sua exclusão a qualquer momento da entrevista ou até o arquivamento de seus dados, uma vez que as entrevistas não foram identificadas com nomes e, depois de arquivados, não seria mais possível identificar o participante.

Capítulo 4 – Resultados

1. Características sociodemográficas

Dentre as características sociodemográficas da amostra estudada, destacam-se a predominância do sexo masculino, com 61,6% (n=45); a idade variou de 29 a 67 anos (M=44,7; DP=9,2); 50,7% (n=37) naturais e 89% (n=65) residentes da Capital ou Grande São Paulo; 45,2% (n=33) declararam-se brancos, 35,6% (n=26) pardos e 19,2% (n=14) negros. Com relação à orientação sexual, 68,5% (n=50, 22 do sexo masculino e 28 do sexo feminino) declararam-se heterossexuais, 24,7% (n=18, todos do sexo masculino) homossexuais e 6,8% (n=5, todos do sexo masculino) bissexuais. A Tabela 2 apresenta os dados referentes ao estado marital e a Tabela 3 à religião.

Tabela 2 Distribuição de frequência de Estado Marital

Estado Marital	f	%
Solteiro	26	35,6
Casado	12	16,4
Separado/Divorciado	9	12,3
Amasiado	20	27,4
Viúvo	6	8,2
Total	73	100

Tabela 3 Distribuição de frequência de Religião

Religião	f	%
Católica	27	37
Candomblé	1	1,4
Evangélica	25	34,2
Espírita	7	9,6
Não tem	13	17,8
Total	73	100

Com relação ao estado marital (Tabela 2), se somarem-se as frequências relativas aos que se denominaram casados e amasiados, 43,8% (n=32) da amostra se relaciona atualmente com alguém. No que se refere aos dados de religião apresentados na Tabela 3, nota-se que 82,2% (n=60) das pessoas declararam ter religião, com predominância de católicos e evangélicos, e frequências bem semelhantes nas duas categorias.

A escolaridade foi pesquisada por meio de uma variável numérica e outra categórica. Na numérica encontra-se média referida de 9 anos de estudo (DP= 4,3). A Figura 1 apresenta a distribuição encontrada na variável categórica, com predominância dos níveis Fundamental (Incompleto e Completo) e Ensino Médio Completo.

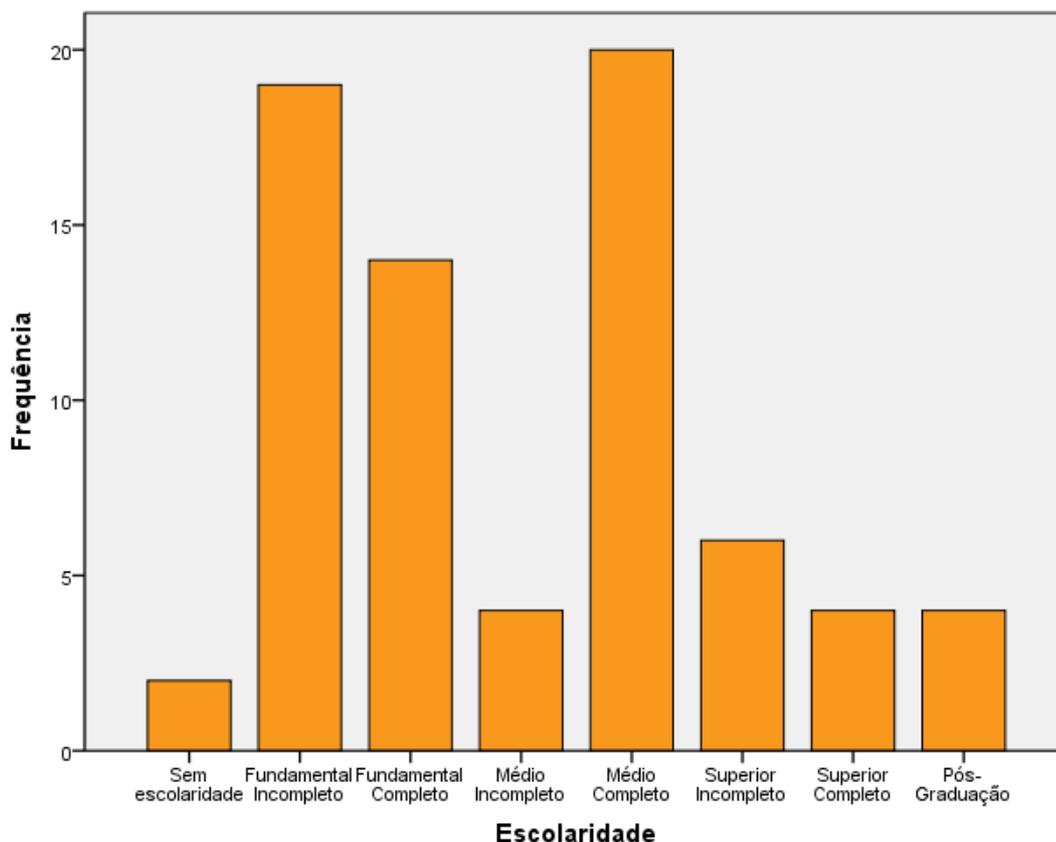


Figura 1 Distribuição de Escolaridade

A renda familiar foi medida em número de salários mínimos e variou de 0 a 100 ($M=4,8$; $DP=11,6$). A ocupação e fonte de renda foram indagadas por meio de perguntas abertas e categorizadas posteriormente de acordo com as respostas que mais predominaram. As Tabelas 4 e 5 apresentam respectivamente a distribuição de ocupação e fonte de renda dos participantes. Nota-se na Tabela 4 que apenas cerca de metade da amostra referiu trabalho formal ou informal e, que cerca de 30% da amostra está aposentada ou afastada do trabalho. Observa-se que esses dados também se refletem na Tabela 5, em que cerca de 30% referiu renda proveniente de aposentadoria ou benefício.

Tabela 4 Distribuição de frequência de Situação Ocupacional

Ocupação	f	%
Trabalho	36	49,3
Aposentado (a)	15	20,5
Afastado (a) do trabalho	7	9,6
Desempregado (a)	12	16,4
Do lar	3	4,1
Total	73	100

Tabela 5 Distribuição de frequência Fonte de Renda

Fonte de Renda	f	%
Trabalho	28	38,4
Aposentadoria/benefício INSS	28	38,4
Trabalho/ajuda/benefício de familiares	9	12,3
Trabalho + outra renda	5	6,8
Outra renda	3	4,1
Total	73	100

No que se refere ao tipo de moradia, 57,5% (n=42) referiu morar em casa própria e 28,8% (n=21) paga aluguel. Foi feita uma pergunta aberta visando investigar com quem essas pessoas moram. A Figura 2 mostra a categorização das respostas obtidas, em que se pode observar que boa parte da amostra mora com parceiro (a) ou família e uma parcela também significativa mora sozinha. O número de pessoas na moradia variou de 1 a 15 (M=2,6; DP=2,1).

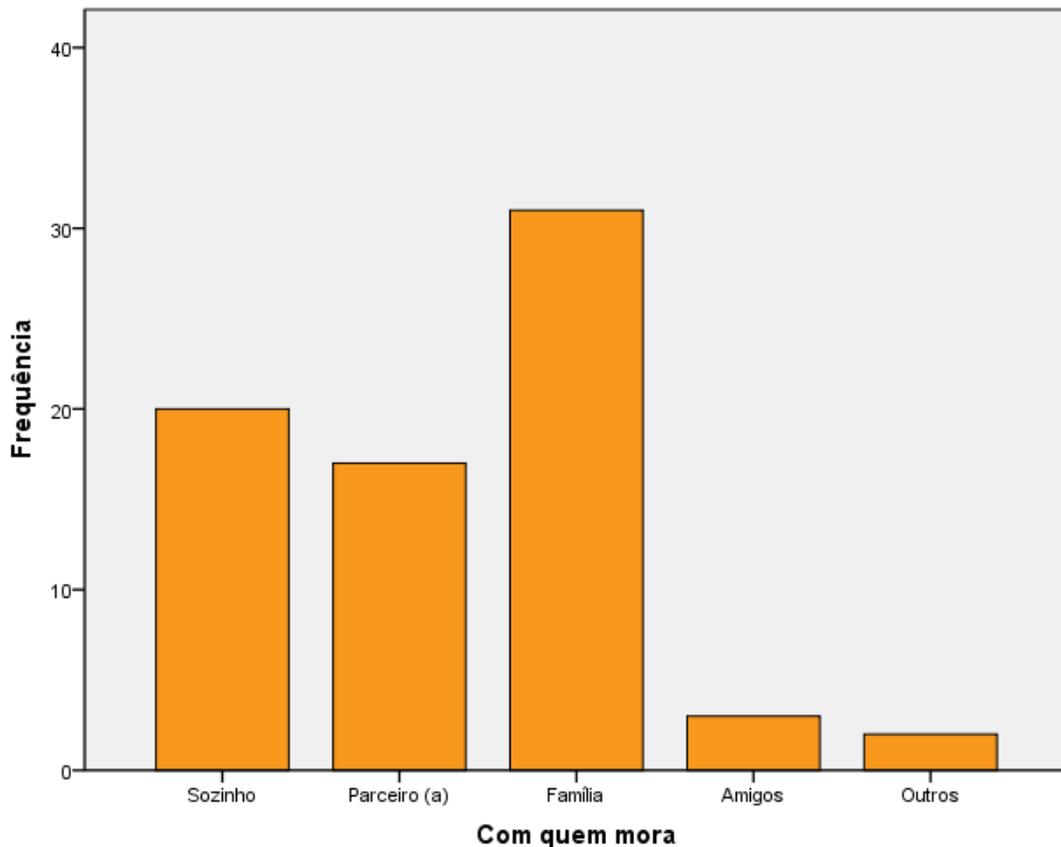


Figura 2 Caracterização de composição familiar

2. Características clínicas

Sobre a forma de infecção pelo HIV 87,7% (n=64) referiram ter contraído o HIV por via sexual, sendo que destes, 56,2% (n=41) por via heterossexual. O tempo de diagnóstico variou de 7 a 324 meses (ou 27 anos) (M=146,2 meses (ou 12,1 anos); DP=72,3 meses (ou 6 anos)). O tempo de TARV variou de 7 a 263 meses (ou 21,9 anos) (M=118,1 meses (ou 9,8 anos); DP=51,8 meses (ou 4,3 anos)).

Quando consultados sobre o sigilo do diagnóstico, 93,2% (n=68) referem ter contado para alguém, e destes, aproximadamente 80% (n=60) somente para família ou amigos. E ainda, 31,5% (n=23) referiram ter alguém na família com HIV, predominantemente filhos e/ou parceiros (as).

Com relação à presença de coinfeção, 30,1% (n=22) afirmaram ter outro diagnóstico de doença infectocontagiosa, além do HIV. Destes, 54,5%

(n=12) disseram ter hepatite C (HCV). Quanto ao uso de drogas e/ou álcool, obteve-se que 43,8% (n=32) fazem ou já fizeram algum uso de alguma substância. A natureza da substância usada e a frequência do uso podem ser observadas respectivamente na Tabela 6 e Figura 3.

Tabela 6 Distribuição de frequência de drogas usadas

Drogas	f	%
Somente álcool	12	16,4
Álcool + outra(s) droga(s)	12	16,4
Outra(s) droga(s)	9	12,3
Total	33	45,2

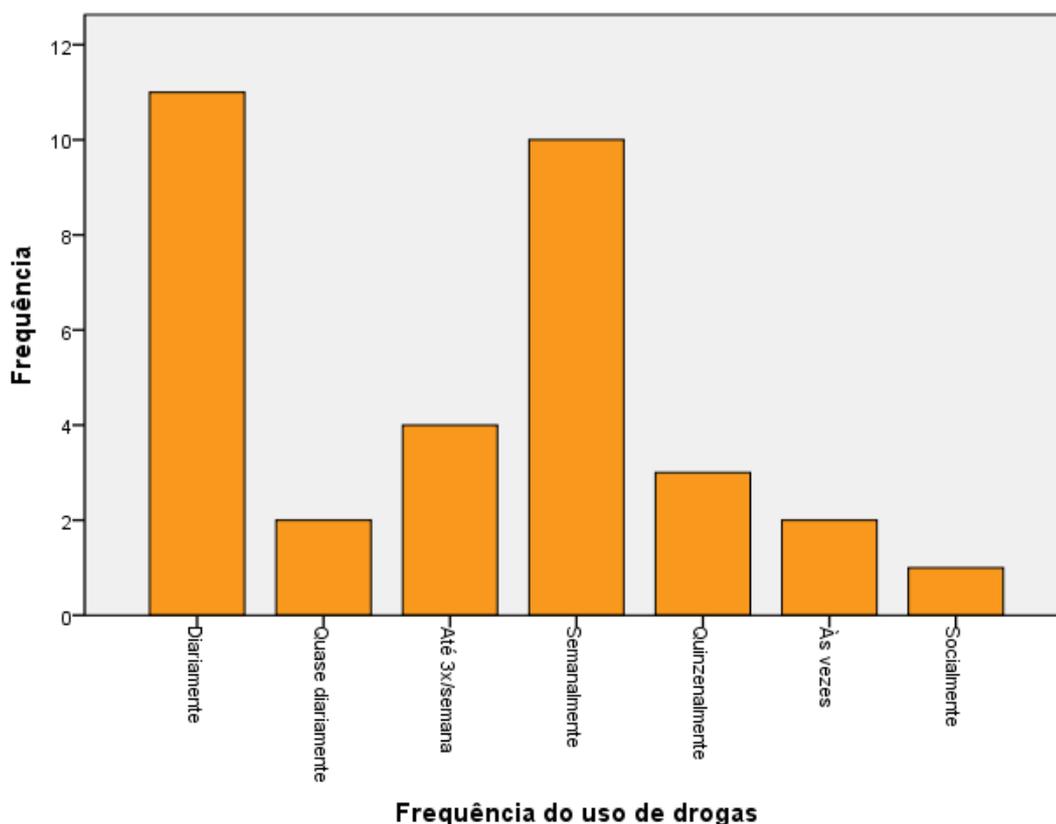


Figura 3 Frequência do uso de drogas

Dentre as variáveis referentes à TARV e que visavam avaliar a adesão e investigar possíveis fatores associados a esta por meio de autorrelato, destacam-se a presença e/ou número de efeitos colaterais, de mudanças de esquemas terapêuticos, número de drogas e/ou doses prescritas em uso, estimativa de esquecimentos e abandono de tratamento. Sobre efeitos colaterais 75,3% (n=55) relataram ter tido algum efeito colateral em um ou mais momentos ao longo do tratamento; o número de efeitos distintos referidos variou de 1 a 7 (M=2,1; DP=1,2). Também 75,3% (n=55), mas não necessariamente os mesmos que afirmaram ter tido efeitos colaterais, já fizeram alguma mudança de esquema na TARV. A quantidade de mudanças referidas variou de 1 a 8 (M=2,5; DP=1,6).

O número de drogas prescritas referidas variou de 1 a 6 (M=3; DP=0,9) e o de doses prescritas de 2 a 13 (M=5,1; DP= 2,2). Os esquecimentos referidos variaram de 0 a 14 na última semana (M=0,9; DP=2,5), e de 0 a 70 no último mês (M=5,7; DP=13,7). Vale destacar que 39,7% (n=29) não sabiam dizer os nomes das drogas prescritas e apenas conseguiam identificá-las por meio de imagens (para tanto, optou-se pela utilização de material ilustrativo do Ministério da Saúde, que continha fotografias dos diferentes comprimidos). Os motivos de esquecimento foram investigados por meio de pergunta aberta e categorizados posteriormente, conforme aparece na Figura 4. Sobre a categoria “Sintomas Psicológicos”, esta foi assim denominada por se referir a sintomas como “depressão”, “nervoso”, “ansiedade”, e outros autorreferidos pelos sujeitos como motivos de esquecimento e/ou abandono de tratamento.

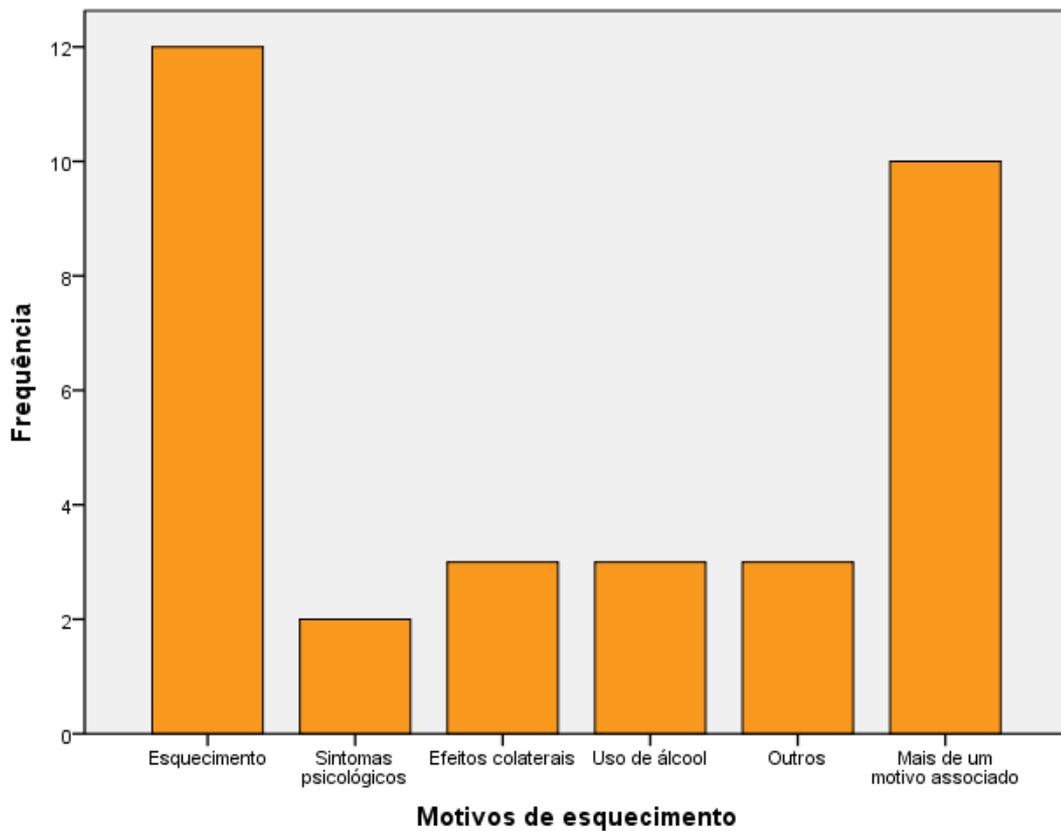


Figura 4 Principais motivos de esquecimento de doses prescritas

Quanto ao abandono de tratamento, 45,2% (n=33) referiram já ter abandonado alguma vez. O tempo de abandono variou de 1 a 36 meses (M= 6; DP=6,8) e os motivos podem ser observados na Figura 5.

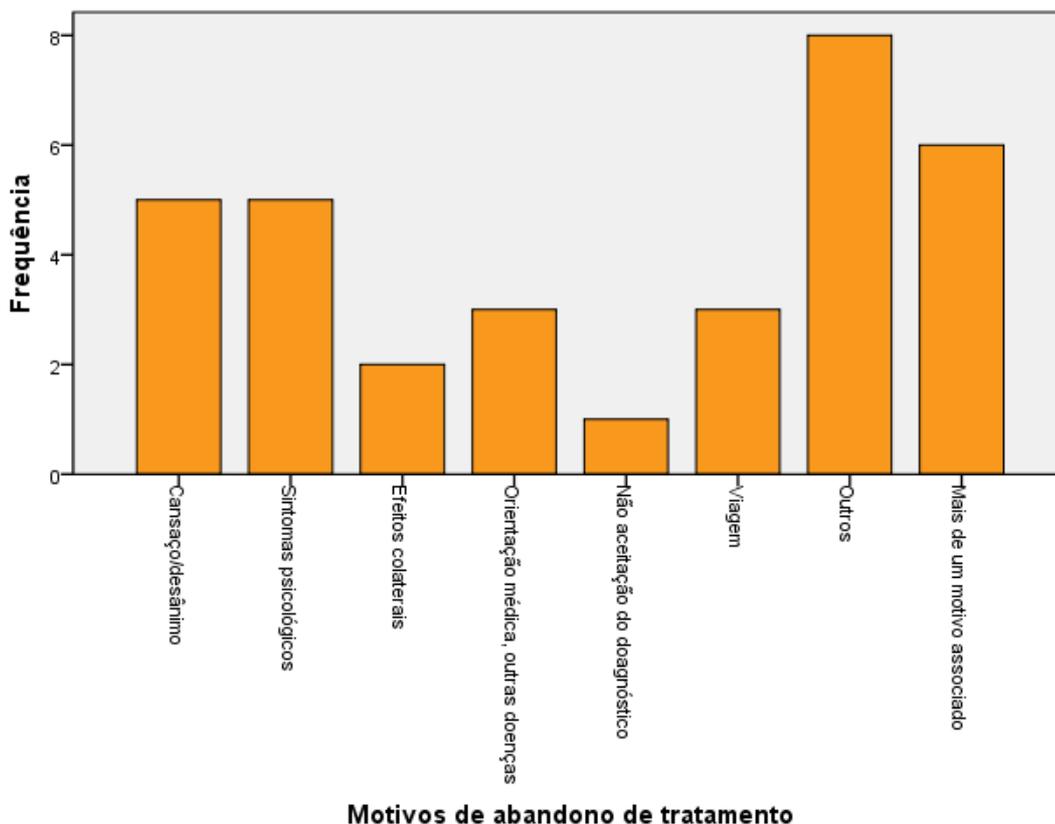


Figura 5 Principais motivos de abandono de tratamento

Com relação à ocorrência prévia de doenças oportunistas e/ou internações decorrentes do HIV/aids, 69,9% referiram ter tido alguma doença oportunista e os mesmos 69,9% (n=51) referiram ter tido alguma internação devido ao HIV/aids. O número de doenças oportunistas referidas variou de 1 a 5 (M=2,2; DP=1,1). O número de internações referidas variou de 1 a 20 (M=2,3; DP=2,9).

Ainda visando investigar fatores que pudessem se relacionar com a adesão à TARV foi avaliada a relação dos participantes com o médico infectologista e com a instituição onde fazem o tratamento, ambas por meio de autorrelato e medidas tanto por variáveis numéricas quanto categóricas. A relação com o médico foi tida como muito satisfatória por 57,5% (n=42) e como satisfatória por 21,9% (n=16) dos participantes. As categorias “muito insatisfatória”, “insatisfatória” e “nem insatisfatória nem satisfatória” somam 20,6% (n=15). Com relação às mudanças de médico ao longo do tratamento, 64,4% (n=47) referiram ao menos uma (M=2,7; DP=1,5; máx.=7).

No que se refere à relação com a instituição onde fazem tratamento, esta é tida como muito satisfatória por 60,3% (n=44) e como satisfatória por 24,7% (n=18). As categorias “muito insatisfatória”, “insatisfatória” e “nem insatisfatória nem satisfatória” somam 15% (n=11). O fato de fazerem ou não tratamento com outros especialistas, além do infectologista, na instituição também foi tido como fator de proximidade entre paciente e instituição. Obteve-se que 64,4% (n=47) fazem algum outro tratamento na instituição, e a quantidade variou de 1 a 6 especialistas (M=2,5; DP=1,4).

Dentre os tratamentos que fazem na instituição, foi perguntado também sobre o acompanhamento em especialistas de saúde mental. Nesse caso, dos 64,4% que afirmaram fazer outros tratamentos, 37% (n=27) afirmaram passar regularmente com a psiquiatria e apenas 5,5% (n=4) com a psicologia.

3. Escores da Escala de Expectativa de Auto Eficácia (EAE) e do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)

A Tabela 7 apresenta as médias e desvios-padrão obtidos para cada uma das 21 situações da EAE.

Tabela 7 Resultados da Escala de Expectativa de Auto Eficácia

<i>Situações</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>AE 1</i>	3,85	0,54
<i>AE 2</i>	3,85	0,49
<i>AE 3</i>	3,53	1,1
<i>AE 4</i>	3,73	0,88
<i>AE 5</i>	3,37	1,13
<i>AE 6</i>	3,77	0,59
<i>AE 7</i>	3,62	1,03
<i>AE 8</i>	3,63	1,06
<i>AE 9</i>	3,48	1,21
<i>AE 10</i>	3,49	1,02
<i>AE 11</i>	3,68	0,91
<i>AE 12</i>	3,34	1,3
<i>AE 13</i>	3,48	1,04
<i>AE 14</i>	3,51	1,16
<i>AE 15</i>	3,40	1,22
<i>AE 16</i>	3,86	0,56
<i>AE 17</i>	3,73	0,75
<i>AE 18</i>	3,55	1,09
<i>AE 19</i>	3,62	0,96
<i>AE 20</i>	3,96	0,2
<i>AE 21</i>	2,33	1,78
<i>AE Total</i>	74,77	10,79

A Tabela 8, por sua vez, apresenta os valores mínimos, máximos, médias e desvios-padrão obtidos para os fatores do IPSF.

Tabela 8 Resultados do Inventário de Percepção de Suporte Familiar

Fatores IPSF	Mínimo	Máximo	M	DP
<i>Afetivo-Consistente (F1)</i>	5	42	28,1	9,8
<i>Adaptação Familiar (F2)</i>	4	26	18,2	6,6
<i>Autonomia Familiar (F3)</i>	3	16	13,4	3,1
<i>Geral</i>	25	84	59,8	16,5

4. Escores do Questionário de Saúde Geral (QSG)

A Tabela 9 apresenta os perfis sintomáticos da amostra para cada um dos fatores do QSG e o perfil sintomático de Saúde Geral.

Tabela 9 Perfis Sintomáticos dos fatores do QSG

Fatores do QSG	<i>Sintomático</i> (Percentil > ou igual a 90)	<i>Limítrofe</i> (Percentil entre 85 e 90)	<i>Não sintomático</i> (Percentil <85)
<i>Stress Psíquico</i>	35,6% (n=26)	2,7% (n=2)	61,6% (n=45)
<i>Desejo de Morte</i>	31,5% (n=23)	-	68,5% (n=50)
<i>Desconfiança no próprio desempenho</i>	28,8% (n=21)	9,6% (n=7)	61,6% (n=45)
<i>Distúrbios do Sono</i>	38,4% (n=28)	12,3% (n=9)	49,3% (n=36)
<i>Distúrbios Psicossomáticos</i>	32,9% (n=24)	1,4% (n=1)	65,8% (n=48)
<i>Saúde Geral</i>	38,4% (n=28)	2,7% (n=2)	58,9% (n=43)

5. Resultados obtidos dos prontuários médicos e registros da farmácia

Foram examinados 71 prontuários médicos dos 73 sujeitos avaliados, tendo sido inviável o exame de 2 prontuários devido ao fato de se tratarem

de pacientes cujos prontuários não estavam disponíveis devido ao grande número de consultas agendadas. Nesses prontuários foram verificadas informações acerca de exames laboratoriais (CD4 e Carga Viral) e dados clínicos e de adesão à TARV. Os resultados dos últimos exames de CD4 variaram de 3 a 1.722 células/mm³ (M=486,8; DP=329). Para carga viral, constatou-se que 68,5% (n=50) apresentava valor indetectável. Nos que apresentaram carga viral detectável os resultados variaram de 69 a 500.000 cópias/ml (M=40.419,5; DP=110.056,8).

As informações sobre TARV, doenças oportunistas, internações e coinfeção foram comparadas com as obtidas por autorrelato nos questionários. Quando não conferiam, era verificado se diferia para mais ou menos em quantidade no prontuário. Essas comparações podem ser verificadas na Tabela 10.

Tabela 10 Informações obtidas dos prontuários comparadas com as autorreferidas nos questionários

Informações prontuários	Confere com autorrelato	Difere para mais	Difere para menos
<i>Esquema TARV</i>	71,2% (n=52)	-	-
<i>Tempo de TARV</i>	39,7% (n=29)	26% (n=19)	31,5% (n=23)
<i>N Doenças Oportunistas</i>	41,1% (n=28)	58,9% (n=43)	-
<i>N Internações</i>	54,8% (n=40)	11% (n=8)	32,9% (n=24)
<i>Presença de coinfeção</i>	86,3% (63%)	-	-

O número de drogas prescritas variou de 1 a 6 (M=3; DP=1,04), o que confere aproximadamente com o obtido nos questionários. O tempo de TARV registrado variou de 3 a 200 meses (ou 16,6 anos) (M=109,6 meses (ou 9,1 anos); DP=43,7 (ou 3,6 anos)). Com relação a doenças oportunistas, havia registro de ocorrência em 84,9% dos prontuários, e o número destas variou de 1 a 13 (M=4,06; DP=2,8). O número de internações registradas variou de zero a 11 (M=1,1; DP=1,8).

Os dados de saúde mental verificados nos prontuários foram se o sujeito faz e/ou tem histórico de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico na instituição, e se toma alguma medicação psicotrópica e quais são elas. Constatou-se que 32,9% (n=24) estavam em acompanhamento psiquiátrico e esta mesma percentagem apresentava histórico de passagens anteriores na psiquiatria; 8,2% (n=6) estavam em acompanhamento psicológico e 19,2% (n=14) apresentavam passagens anteriores na psicologia; e 35,6% (n=26) estavam fazendo uso de uma ou mais medicações psicotrópicas. A Figura 6 apresenta a distribuição dos tipos de medicação psicotrópica tomada por essa amostra. O número de medicações variou de 1 a 4 (M=2; DP=0,7).

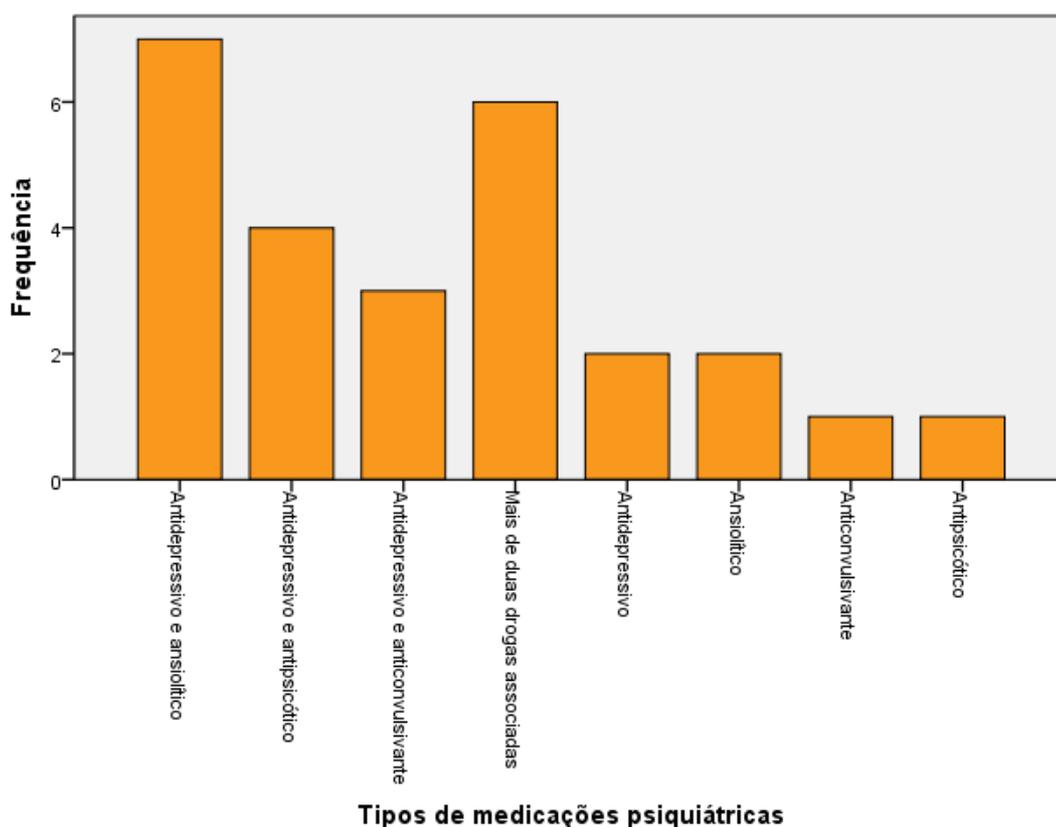


Figura 6 Distribuição dos tipos de medicações psiquiátricas

O último dado buscado em prontuários foi um indicativo de adesão, ou seja, se havia alguma observação nas evoluções médicas que indicava alguma dificuldade ou falha na adesão à TARV por parte do sujeito. Tal

indicativo apareceu em 27,4% (n=20) dos prontuários. Finalmente, nos registros informatizados de retirada de medicações da farmácia foram coletadas informações também visando avaliar adesão à TARV. Primeiramente procurou-se saber se o paciente retirou medicação no mês anterior à entrevista, e constatou-se que 68,5% (n=50) retiraram. Depois se calcularam quantas retiradas foram feitas no período de um ano, também anterior à entrevista. Esperava-se que fosse feita uma retirada/mês, totalizando 12 retiradas; e as retiradas em duplicata (quando o paciente por algum motivo retira medicação para mais de um mês) foram computadas de acordo com a quantidade de medicação retirada (ex: retirou para 2 meses = 2 retiradas, retirou para 3 meses = 3 retiradas). Aqui se obteve que a quantidade de retiradas de medicação variou de 0 a 12 (M=8,5; DP=3,6).

Conforme apresentado no método, essa variável numérica foi posteriormente transformada em duas outras variáveis categóricas, procurando dar maior visibilidade à percentagem do total esperado (100%) de medicações que foi retirada no período de um ano. Uma dessas variáveis (binária) indica que 50,7% (n=37) fizeram menos do que 75% das retiradas esperadas. A outra deixa mais clara e detalhada a distribuição da percentagem do total esperado de retiradas de medicações na farmácia na amostra, e pode ser observada na Tabela 11.

Tabela 11 Distribuição da percentagem do total esperado de retiradas de medicações na farmácia em um ano

Retiradas de Medicação	f	%
0-25%	9	12,3
26-50%	9	12,3
51-75%	19	26
76-99%	12	16,4
100%	24	32,9
Total	73	100

6. Correlações bivariadas de Spearman (ρ)

Os primeiros cruzamentos foram entre as variáveis sociodemográficas e as demais (variáveis referentes à adesão, EAE, IPSF, QGG e dados de prontuários). As tabelas 12 e 13 apresentam respectivamente as correlações significativas com as variáveis idade e renda familiar. Com relação às outras variáveis sociodemográficas, encontramos uma correlação significativa entre anos de estudo e a pontuação de EAE ($\rho=0,25$; $P=0,05$) e uma correlação entre a variável anos de estudo e o número de doenças oportunistas referidas ($\rho=0,30$; $P=0,05$).

Tabela 12 Correlações encontradas com a variável idade

Idade versus	ρ	P
Quantidade Efeitos colaterais	-0,29	0,05
EAE	0,26	0,05
F1 (IPSF)	0,28	0,05
F2 (IPSF)	0,23	0,05
IPSF Total	0,29	0,05
Desejo de Morte (QSG)	-0,26	0,05
Quantidade Oportunistas prontuário	0,27	0,05

Tabela 13 Correlações encontradas com a variável renda familiar

Renda Familiar versus	ρ	P
F2 (IPSF)	0,24	0,05
IPSF Total	0,27	0,05
Stress Psíquico (QSG)	-0,28	0,05
Desconfiança no próprio desempenho (QSG)	-0,28	0,05
Distúrbios Psicossomáticos (QSG)	-0,26	0,05
Saúde Geral (QSG)	-0,30	0,01

Foram tomadas como variáveis referentes à adesão à TARV os relatos de esquecimento de doses, os dados de exames laboratoriais (CD4 e carga viral) e a quantidade retirada de medicação da farmácia nos últimos 12 meses. Do cruzamento dessas variáveis entre si e com as demais, foram obtidas correlações significativas envolvendo a quantidade retirada de medicação da farmácia nos últimos 12 meses (Tabela 14) e os valores de CD4 (Tabela 15) e carga viral (Tabela 16). Não foram encontradas correlações significativas com variáveis como efeitos colaterais de medicação e abandono de tratamento antirretroviral.

Tabela 14 Correlações significativas com a quantidade retirada de medicação da farmácia nos últimos 12 meses

Quantidade retirada de medicações 12m versus	<i>rho</i>	<i>p</i>
Esquecimentos na última semana	-0,34	0,01
Esquecimentos no último mês	-0,34	0,01
CD4	0,25	0,05
Carga Viral	-0,68	0,01
EAE	0,36	0,01
F1 (IPSF)	0,40	0,01
F2 (IPSF)	0,38	0,01
F3 (IPSF)	0,25	0,05
IPSF Geral	0,43	0,01
Desejo de Morte (QSG)	-0,26	0,05

Tabela 15 Correlações significativas com CD4

CD4 versus	<i>rho</i>	<i>p</i>
Carga Viral	-0,64	0,01
Quantidade Internações prontuário	-0,28	0,05
Quantidade Oportunistas prontuário	-0,25	0,05
Distúrbios do Sono (QSG)	0,24	0,05

Tabela 16 Correlações significativas com carga viral

Carga Viral versus	<i>rho</i>	<i>p</i>
Stress Psíquico (QSG)	-0,55	0,01
Distúrbios do Sono (QSG)	-0,57	0,01
Saúde Geral (QSG)	-0,46	0,05

Também foram cruzadas entre si as variáveis do EAE, IPSF e QSG, para verificar possíveis correlações entre os instrumentos. Os resultados desses cruzamentos podem ser observados nas tabelas 17, 18, 19 e 20, que mostram respectivamente as correlações de F1 (Fator Afetivo-Consistente), F2 (Fator Adaptação Familiar), F3 (Fator Autonomia Familiar) e o Fator Geral do IPSF com a EAE e os fatores do QSG.

Tabela 17 Correlações do Fator 1 (Afetivo-Consistente) do IPSF com a EAE e fatores do QSG

F1 (IPSF) versus	<i>rho</i>	<i>p</i>
EAE	0,42	0,01
Desejo de Morte (QSG)	-0,33	0,01
Distúrbios Psicossomáticos (QSG)	-0,23	0,05
Saúde Geral (QSG)	-0,23	0,05

Tabela 18 Correlações do Fator 2 (Adaptação Familiar) do IPSF com a EAE e fatores do QSG

F2 (IPSF) versus	<i>rho</i>	<i>p</i>
EAE	0,39	0,01
Stress Psíquico (QSG)	-0,43	0,01
Desejo de Morte (QSG)	-0,38	0,01
Distúrbios do Sono (QSG)	-0,32	0,01
Distúrbios Psicossomáticos (QSG)	-0,38	0,01
Saúde Geral (QSG)	-0,38	0,01

Tabela 19 Correlações do Fator 3 (Autonomia Familiar) do IPSF com a EAE e fatores do QSG

F3 (IPSF) versus	<i>rho</i>	<i>p</i>
EAE	0,39	0,01
Stress Psíquico (QSG)	-0,38	0,01
Desejo de Morte (QSG)	-0,27	0,05
Desconfiança no próprio desempenho (QSG)	-0,26	0,05
Distúrbios do Sono (QSG)	-0,32	0,01
Distúrbios Psicossomáticos (QSG)	-0,32	0,01
Saúde Geral (QSG)	-0,34	0,01

Tabela 20 Correlações do Fator Geral do IPSF com a EAE e fatores do QSG

IPSF Geral versus	<i>rho</i>	<i>p</i>
EAE	0,47	0,01
Stress Psíquico (QSG)	-0,36	0,01
Desejo de Morte (QSG)	-0,39	0,01
Desconfiança no próprio desempenho (QSG)	-0,23	0,05
Distúrbios do Sono (QSG)	-0,25	0,05
Distúrbios Psicossomáticos (QSG)	-0,35	0,01
Saúde Geral (QSG)	-0,34	0,01

Foram feitas associações entre variáveis categóricas como, por exemplo, sexo e perfis sintomáticos, estado marital e perfis sintomáticos, e outras, mas não foram obtidos resultados significativos. Também não foram encontradas diferenças de médias entre grupos, como, por exemplo, médias de retirada de medicações por sexo, estado marital, perfis sintomáticos, entre outras.

7. Regressões lineares múltiplas

Buscou-se aqui verificar se e quais variáveis predizem melhor a adesão ao tratamento. Para tanto, a variável numérica de adesão representada pela quantidade de retirada de medicações na farmácia nos últimos 12 meses antes da data da entrevista foi testada como variável dependente (desfecho), e as variáveis EAE, QSG (Fatores e Geral) e IPSF (Fatores e Geral) como variáveis independentes.

Primeiramente foi utilizado o método FORWARD, que mantém no final somente as variáveis preditoras mais significativas, que apontou para o IPSF somente, explicando aproximadamente 15% da variância da variável de adesão. Em seguida foi feita a mesma análise com o método ENTER, que mantém todas as variáveis na análise, significativas ou não. A variância explicada aumentou para 29%, contudo, ocorreu o problema da multicolinearidade (variáveis preditoras apresentaram-se muito relacionadas, por volta de 0,70 para cima). Embora Isso não interfira no resultado final (29% da variância explicada), sabe-se que interfere no resultado relacionado a cada uma das variáveis preditoras. Por isso, foi feita mais uma análise, desta vez sem as variáveis que estavam muito relacionadas (Fator Geral, F1 e F2 do IPSF). Optou-se por retirar as variáveis F1 e F2 do IPSF e analisar novamente, utilizando o método ENTER. A variância explicada foi de 28% e não houve multicolinearidade (Tabela 21).

Tabela 21 Regressão linear múltipla final

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² <i>ajustado</i>	<i>Erro</i> <i>padrão</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1	0,529 ^a	0,280	0,177	3,330	2,723	0,010 ^a

a (preditores): QSG_F1; QSG_F2; QSG_F3; QSG_F4; QSG_F5; QSG_Geral; IPSF_F3; IPSF_Geral; AE_Total

Capítulo 5 – Discussão

Como características sociodemográficas que se mostraram predominantes na amostra observa-se sexo masculino no geral, heterossexuais no sexo feminino, homossexuais no sexo masculino, que se denominaram da raça branca/caucasiana, em relacionamento afetivo estável (casados ou amasiados) e com religião declarada. A idade média foi de aproximadamente 45 anos e a escolaridade média de 9 anos completos. Atenta-se para a renda familiar média de aproximadamente 5 salários mínimos, mas com DP=12, o que indica grande disparidade entre os sujeitos da amostra. Com relação à situação ocupacional e fonte de renda, nota-se que apenas cerca de 50% da amostra declarou trabalho formal e informal e que a renda de cerca de 30% da amostra provém de benefício ou aposentadoria.

Nas características clínicas referidas nos questionários e referentes ao HIV/aids a média de tempo de diagnóstico foi de 12 anos e de TARV foi de 10 anos; grande parte infectou-se por via sexual, predominantemente heterossexual; 30% apresenta coinfeção, sendo metade destes HIV+HCV; e 70% teve em média duas manifestações de doença oportunista e foi internado devido a essas manifestações. Com relação à forma de infecção, vale lembrar os aspectos mencionados anteriormente sobre a dificuldade ainda frequente de revelação da orientação sexual, e sobre as diferenças significativas entre os sexos nas diferentes categorias de exposição.

Com relação às características clínicas obtidas dos prontuários médicos a média de tempo de TARV foi de aproximadamente 9 anos e concordou em cerca de 40% dos casos com o referido nas entrevistas, o restante diferiu metade para mais e metade para menos; as manifestações de doença oportunista apareceram em aproximadamente 85% dos prontuários (quase 15% a mais que nas entrevistas), e em cerca de 60% destes diferiram também em quantidade, sendo duas vezes maior nos prontuários do que o referido nas entrevistas; a concordância para número de internações foi por volta de 55% e em aproximadamente 33% diferiu para

menos nos prontuários. Não foi possível aferir o tempo de diagnóstico HIV nos prontuários.

Percebe-se uma tendência de superestimar o tempo de TARV, bem como o número de internações. Acredita-se que o tempo de tratamento e número de internações podem ser superestimados em função do desgaste provocado ao longo do tempo pelo tratamento, pois cerca da metade da amostra referiu episódio de abandono e o motivo foi muitas vezes associado a cansaço e desânimo; sem contar que cerca de 75% da amostra referiu ter ou já ter tido efeitos colaterais decorrentes do tratamento. O desgaste provocado pelos efeitos colaterais relativos ao tratamento é mencionado na literatura estudada, sendo associado muitas vezes à adesão irregular e abandono do tratamento, o que por sua vez, pode aumentar o número de internações decorrentes de doenças oportunistas (Rachid, Schechter, 2005; Bonolo *et al*o, 2008; Brasil, 2008; Brasil, 2011a). Com relação ao número de internações, este pode ter sido superestimado ainda pela possibilidade de terem referido internações ao longo da vida, e não apenas decorrentes do HIV.

A percentagem substancial de doenças oportunistas referidas e registradas nos prontuários pode ser explicada pela característica da amostra, cujo tempo de infecção e tratamento ultrapassa 10 anos. Ao contrário do número de internações, o número de doenças oportunistas referido é subestimado. Aqui, questiona-se se de fato os pacientes sabem definir e caracterizar uma doença oportunista, pois podem ter deixado de referir sua ocorrência em função disso. Um dado que corrobora esse questionamento é a correlação positiva encontrada entre anos de estudo e número de doenças oportunistas referidas ($\rho=0,30$; $P= 0,05$), ou seja, pessoas com mais anos de estudo tendem a referir maior número de doenças oportunistas.

Com relação ao uso de álcool e drogas, embora chame atenção o fato de aproximadamente 45% da amostra ter referido usar ou já ter usado, sabe-se da importância de se determinar se o uso é atual ou passado (Weiss e Bangsberg, 2008), o que não se pôde fazer pelo modo como a questão foi

formulada, sem contar que esse dado não se correlacionou significativamente com nenhum outro.

A adesão à TARV foi aferida por meio de autorrelato, registros de retirada de medicação da farmácia e dados clínicos de exames laboratoriais. Os autorrelatos são acerca de esquecimentos de doses, cuja média referida na semana anterior à entrevista foi de 1 comprimido, e no último mês de 6 comprimidos esquecidos. Também foi perguntado sobre o esquema de TARV em uso, e aqui se destaca o fato de cerca de 40% da amostra não saber dizer o nome das medicações, indicando apenas por meio de imagens. Levando em consideração a complexidade de alguns esquemas terapêuticos, pode-se pensar que esse dado vá ao encontro do apontado sobre o conhecimento de doenças oportunistas, cujo número foi subestimado por grande parte dos sujeitos. No entanto, os índices estimados de adesão irregular ao tratamento que serão discutidos adiante também podem fornecer uma explicação para esse dado, que seria a de que os sujeitos não sabem referir seus esquemas por não tomarem regularmente as doses.

A constatação de adesão irregular à TARV ganha força quando se constata que cerca de 30% dos esquemas referidos pelos sujeitos nas entrevistas discordam dos registrados nos prontuários. Também foi de aproximadamente 30% os registros encontrados nas evoluções clínicas dos prontuários que mencionavam algum tipo de indicativo de não adesão ou adesão irregular à TARV.

Outra medida indireta por autorrelato utilizada foi a EAE. Conforme se pode observar nos resultados, essa escala apresentou altos escores, todos entre 3 e 4 pontos em 20 das 21 situações apresentadas, indicando alta expectativa de autoeficácia em situações consideradas difíceis para tomar a medicação. A menor pontuação foi na AE 21 – “*se os remédios estiverem me causando efeito ruim*”, e a maior foi na AE 20 – “*se eu estiver com alguém que acha bobagem eu tomar esses remédios*”, resultados que vão ao encontro dos publicados na validação do instrumento (Leite *et al*, 2002).

Os dados de retirada de medicação da farmácia, por sua vez, indicam que quase 32% dos sujeitos não retirou a medicação no mês anterior à entrevista, e que em média, deixavam de retirar a medicação pelo menos 3 vezes ao ano. Também proveniente dos dados da farmácia temos que metade dos sujeitos fez menos do que 75% das retiradas esperadas de medicação, sendo que destes, cerca de 25% retirou menos da metade. Os dados de exames laboratoriais se apresentaram satisfatórios, com média de CD4 acima de 400 cópias/mm³ e carga viral indetectável em quase 70% dos casos, e também podem ser considerados bons indicadores de adesão, pois se correlacionaram significativamente com os dados de retirada de medicações da farmácia. O CD4 teve correlação positiva ($\rho=0,25$; $P=0,05$) e a carga viral dos sujeitos com valor detectável correlação negativa ($\rho=-0,68$; $P=0,01$) com a quantidade de retiradas de medicação da farmácia.

Percebe-se então que a adesão aferida por meio de autorrelato tende a ser superestimada se comparada à mensurada nos registros da farmácia e até mesmo nos prontuários. No entanto, conforme descrito na literatura (Jordan *et al.*, 2000; Duong *et al.*, 2001; Bonolo *et al.*, 2007), também podem ser indicadores confiáveis, o que acabou se confirmando no presente estudo, pois tanto a média de esquecimentos na última semana ($\rho=-0,34$; $P=0,01$) quanto no último mês ($\rho=-0,34$; $P=0,01$) se correlacionaram negativamente com a quantidade de retiradas de medicações da farmácia; e a pontuação total da EAE se correlacionou positivamente ($\rho=0,36$; $P=0,01$). Dessa forma, ao associar-se mais de um indicador para tentar aferir adesão, percebeu-se que, nesse estudo, a quantidade de medicações retiradas na farmácia no período de 12 meses pode ser considerada o melhor e mais preciso indicador de falhas na adesão à TARV.

De acordo com os resultados apontados por este último indicador, estima-se que a adesão média da amostra desse estudo à TARV tenha estado entre 50 e 75%, o que vai ao encontro dos resultados encontrados na literatura; chamando atenção para o fato de apenas aproximadamente 33% da amostra ter retirado 100% da quantidade de doses esperadas, pois a maioria dos estudos estipula uma adesão adequada se tomadas entre 80 e

100% das doses prescritas (Jordan *et al.*, 2000; Duong *et al.*, 2001; Bonolo *et al.*, 2007).

Aparecem predominantemente como motivos referidos para esquecimentos e abandono do tratamento o cansaço, desânimo, efeitos colaterais da medicação, uso de drogas ou álcool e “depressão”, e embora não tenham sido encontradas correlações significativas entre esses motivos e outros dados de adesão, eles refletem as queixas que aparecem em muitos dos artigos da literatura sobre adesão (Brasil, 2008; Jordan *et al.*, 2000; Bonolo *et al.*, 2007).

Os dados de saúde mental, obtidos por meio do QSG, indicam que cerca de 30% a 35% da amostra apresenta perfil sintomático para transtorno mental, com destaque para o fator “Distúrbios do Sono”, que indicou cerca de 40% de sintomáticos mais 12% de limítrofes. Embora não se tenha dados de outros estudos com o QSG para população com HIV e aids, esses índices vão ao encontro dos descritos por Sadock e Sadock (2007) sobre prevalência de transtornos mentais comuns nessa população. Com relação ao índice de distúrbios do sono, pode-se pensar neste como um indicador de sintoma frequentemente associado à depressão, e também na possibilidade de a própria doença ou tratamento estarem interferindo ou provocando esse tipo de alteração, por ter esta condição se mostrado tão frequente. Um dado que vai ao encontro dessa hipótese é a correlação positiva encontrada entre CD4 e distúrbios do sono ($\rho=0,24$; $P=0,05$). Sabe-se, por exemplo, que um tratamento conduzido de forma adequada (aderente) leva a aumento nos valores de CD4 e diminuição da carga viral (Rachid, Schechter, 2005).

Dentre os dados de saúde mental obtidos nas entrevistas e nos prontuários destaca-se a percentagem de pacientes que referiram estar em acompanhamento psiquiátrico (37%) e que tinham registro deste no prontuário (aproximadamente 33%), que foi parecida com a percentagem de perfis sintomáticos apontados pelo QSG, embora não se possa afirmar que esses sujeitos coincidam. Nota-se que mesmo com os esforços da pesquisadora no sentido de evitar os períodos de atendimento dos psiquiatras, é substancial a parcela da amostra em acompanhamento com

esta especialidade, o que não necessariamente implica em viés na amostra, pois não foram entrevistados pacientes predominantemente nos ambulatórios da psiquiatria.

Feitas as caracterizações em termos de adesão e saúde mental, buscou-se correlacionar as variáveis desses dois aspectos da amostra no sentido de tentar-se alcançar os objetivos desse estudo, ou seja, verificar a influência de indicativos de transtornos mentais na adesão ao tratamento. A única correlação direta encontrada entre saúde mental e adesão foi a correlação negativa entre desejo de morte e a quantidade de retirada de medicações da farmácia ($\rho=-0,26$; $P=0,05$), apontando que os sujeitos menos aderentes apresentam maiores escores indicativos de desejo de morte. Percebe-se inclusive que esse desejo é mais acentuado em sujeitos mais novos, o que pode levar ao questionamento de se a não adesão à TARV não seria justamente uma tentativa de ir ao encontro desse desejo. Por outro lado, é preciso lembrar que o desejo de morte aparece em muitos casos de sintomatologia depressiva, transtorno bastante frequente em pessoas que vivem com HIV e aids (Sadock, Sadock, 2007), dado esse que também aparece indicado em estudos que visavam investigar a ideação suicida em pacientes com HIV, mostrando que os indícios de ideação estão fortemente correlacionados com escores de depressão (Brian Kelly *et al*, 1998; Badiel *et al*, 2011).

Em termos dos demais fatores associados à adesão, destaca-se a percepção de suporte familiar, pois todos os fatores do IPSF se correlacionaram positivamente com a quantidade de medicação retirada da farmácia (Fator Afetivo-consistente $\rho=0,40$, $P=0,01$; Fator Adaptação Familiar $\rho=0,38$, $P=0,01$; Fator Autonomia Familiar $\rho=0,25$, $P=0,05$; e Fator Geral $\rho=0,43$, $P=0,01$), indicando que, quanto maior for a percepção de suporte familiar maior será a adesão. Esses resultados corroboram os de outros estudos (Gordillo *et al.*, 1999; Bonolo *et al.*, 2007; Seidl *et al.*, 2007; Giovelli, 2009; Calveti, 2010), enfatizando a importância desses aspectos na temática da adesão.

Além disso, trata-se de correlações que eram esperadas também do ponto de vista teórico. Sabe-se que o suporte familiar (e social) funciona como mediador de estresse em situações potencialmente agressivas ao indivíduo, como é o caso do adoecimento, situação em que este se vê ameaçado em sua integridade física e psíquica, e precisa do outro para se recuperar. Particularmente no caso do adoecimento por HIV e aids, o tratamento é um estressor significativo e também sentido como ameaça pelo indivíduo, que pode manifestar muitas resistências a ele em função do temor frente a essa ameaça, daí o pressuposto de que a família nessa situação possa funcionar não somente como mediadora de estresse, mas também como facilitadora do processo de recuperação, representado pela adesão ao tratamento (Doron, Parot, 1998; Laplanche, Pontalis, 2001; Cedaro, 2005).

Ainda pensando em investigar algumas características desse suporte, foi perguntado aos participantes sobre o sigilo do diagnóstico. Isso por conta de todo o estigma e temor da rejeição que permeia o diagnóstico HIV, e que muitas vezes compromete a viabilidade do suporte (Cedaro, 2005). Observou-se que da percentagem de cerca de 93% que afirmou ter revelado seu diagnóstico para alguém, cerca de 80% revelou para ao menos um familiar, o que significa dizer que o suporte familiar é de fato buscado e valorizado.

Em termos de fatores preditivos da adesão, os resultados indicaram que o Fator Geral do IPSF prediz por si só, 15% da variância da adesão, e que as variáveis IPSF, EAE e QSG, juntas predizem 28%. Embora sejam índices não muito altos, são preditores, e conferem ainda mais significado às correlações anteriores.

As demais correlações encontradas não dizem respeito à adesão, mas podem interferir indiretamente nesta e por isso merecem ser também discutidas, buscando contemplar alguns objetivos específicos deste trabalho. As variáveis idade e renda familiar se destacaram dentre as sociodemográficas, e observou-se que sujeitos mais velhos tendem a apresentar maior percepção de suporte familiar ($\rho=0,29$; $P=0,05$), menos efeitos colaterais da TARV ($\rho=-0,29$; $P=0,05$) e maior expectativa de

autoeficácia ($\rho=0,26$; $P=0,05$); enquanto sujeitos com maior renda familiar apresentam maior pontuação no fator Adaptação Familiar do IPSF ($\rho=0,24$; $P=0,05$) e menores escores nos fatores Stress Psíquico ($\rho=-0,28$; $P=0,05$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($\rho=-0,28$; $P=0,05$), Distúrbios Psicossomáticos ($\rho=-0,26$; $P=0,05$) e Saúde Geral do QSG ($\rho=-0,30$; $P=0,01$). Nota-se que idade e renda de fato aparecem na literatura como fatores que podem influenciar as condutas de adesão (Jordan *et al*, 2000; Bonolo *et al*, 2008; Brasil, 2008), e que os achados associando renda à percepção de suporte familiar e saúde mental já estiveram previamente associados em outros estudos (Souza *et al*, 2008).

Com relação aos dados clínicos, obtiveram-se correlações negativas significativas entre carga viral e os fatores Stress Psíquico ($\rho=-0,55$; $P=0,01$), Distúrbios do Sono ($\rho=-0,57$; $P=0,01$) e Saúde Geral do QSG ($\rho=-0,46$; $P=0,05$), indicando que indivíduos com carga viral detectável mais alta apresentam menos alterações mentais, o que certamente contraria a tese principal desse estudo, já que foi encontrada correlação negativa entre carga viral e adesão ($\rho=-0,68$; $P=0,01$), indicando que sujeitos com carga viral alta possivelmente não aderem à TARV, ou seja, provavelmente esse achado se refere a indivíduos não aderentes. Pode-se pensar no tratamento como um causador de estresse, pois sabe-se que este também pode interferir negativamente na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e aids, quando apresentam, por exemplo, os diversos efeitos colaterais de curto e longo prazo da TARV (Jordan *et al.*, 2000; Brasil, 2008).

Do ponto de vista psíquico, considerando a doença e o tratamento mais uma vez como ameaças ao ego do sujeito, causas de sofrimento e conflito psíquico, pode-se pensar que o sujeito não aderente esteja fazendo uso do mecanismo de defesa de negação para lidar (ou não lidar) com o tratamento, e possivelmente com a doença, mantendo seu bem-estar psíquico e, conseqüentemente, apresentando menos sintomas indicativos de transtornos mentais que o sujeito aderente (Laplanche, Pontalis, 2001; Cedaro, 2005; Botega, 2006).

O CD4, por sua vez, apresentou correlações negativas com carga viral ($\rho=-0,64$; $P=0,01$) e com o número de internações ($\rho=-0,28$; $P=0,05$) e de doenças oportunistas ($\rho=-0,25$; $P=0,05$) registradas no prontuário, ou seja, quanto maior o CD4, menor a carga viral e em decorrência disso, menor a quantidade de doenças oportunistas e de internações. Estas associações eram esperadas, pois se sabe que valores mais altos de CD4 implicam em valores menores (e até indetectáveis) de carga viral (objetivos principais da TARV), bem como em uma menor probabilidade de manifestações de doenças oportunistas, e consequentemente de internações devido a essas manifestações (Rachid, Schechter, 2005; Brasil, 2011a).

Finalmente, destacam-se as diversas correlações significativas dos fatores do IPSF com a pontuação total de EAE (Fator Afetivo-consistente $\rho=0,42$, $P=0,01$; Fator Adaptação Familiar $\rho=0,39$, $P=0,01$; Fator Autonomia Familiar $\rho=0,39$, $P=0,01$; e Fator Geral $\rho=0,47$, $P=0,01$) e com os fatores do QSG (ver tabelas 17, 18, 19 e 20). São correlações positivas entre IPSF e EAE, indicando que quanto maior a percepção de suporte familiar, maior a expectativa de autoeficácia para seguir prescrição de TARV; e correlações negativas entre os fatores do IPSF e os do QSG, indicando que, quanto maior a percepção de suporte familiar, menores os escores em boa parte dos fatores indicativos de transtornos mentais. Esses resultados confirmam os de outro estudo mencionado anteriormente, que também buscou evidenciar a relação entre suporte familiar e saúde mental (Souza *et al*, 2008).

Do ponto de vista teórico, estas associações também implicam em dizer que o sofrimento psíquico pode ser evitado ou diminuído pelo suporte familiar. No caso desse trabalho, os sujeitos foram abordados e entrevistados enquanto acometidos por um processo de doença e tratamento desta, conforme já dito, ameaçados física e psiquicamente. E sabe-se que sob essa condição, o sofrimento psíquico, os conflitos, sintomas e mesmo os transtornos mentais, podem aparecer em decorrência da impossibilidade de elaboração da situação. Sendo assim, percebe-se que,

quando a família vai ao encontro das necessidades de suporte do sujeito, esse suporte familiar pode atuar como atenuador em termos de saúde mental. Do contrário, quando isso não ocorre, pode existir maior chance de sofrimento mental (Laplanche, Pontalis, 2001; Cedaro, 2005).

Tendo em vista os resultados apresentados, pode-se afirmar que o presente estudo traz contribuições significativas para a área da saúde, para o contexto HIV/aids e para a temática de adesão tratamento. Como principal fator limitante, destaca-se o fato da amostra ser relativamente pequena e possivelmente não representativa da população estudada, o que não invalida os achados encontrados, que apontam fatores e relações significativas a serem aprofundadas em futuros estudos, bem como necessidades de intervenções em contextos específicos. Por meio do conhecimento de fatores associados às condutas de adesão ou não adesão, e do modo como esses influenciam essas condutas, pode-se pensar, por exemplo, em instrumentos e estratégias para o manejo dessas situações tanto na assistência quanto na prevenção.

Considerando que nesse estudo foi avaliada especificamente a percepção de suporte familiar, para pesquisas futuras propõem-se avaliar outros tipos de suporte (social, por exemplo), visando um conhecimento mais abrangente do modo como os diferentes tipos de suporte ou apoio recebidos ou percebidos interferem positiva ou negativamente em contextos de saúde e doença. Com relação à saúde mental, foram avaliados por meio do QSG apenas indicativos ou sintomas em saúde mental, não tendo sido feitos diagnósticos de qualquer espécie. Por isso, como desdobramento para futuras pesquisas vale a pena aventar a possibilidade de investigar diagnósticos específicos em saúde mental como, por exemplo, a depressão, transtorno de humor descrito como o mais frequente no contexto estudado; ou ainda, a avaliação de fatores de personalidade individuais possivelmente associados às condutas investigadas.

Também podem ser propostas intervenções em contextos distintos como, por exemplo, o estabelecimento de protocolos de triagem e avaliação multi e interprofissional da adesão à TARV, ou mesmo protocolos

específicos para triagem em saúde mental e serviço social, na medida em que o suporte social e familiar aparece como fator fundamental e atenuador de agravos à saúde. Nesse sentido, os resultados também apontam a necessidade de desenvolver estratégias para o envolvimento de familiares, amigos, ou a pessoa de confiança para quem o diagnóstico foi revelado, na atenção e cuidado ao paciente com HIV/aids.

Conclusão

Propôs-se avaliar a adesão à TARV em pacientes com HIV e aids e buscar associação desta com as variáveis expectativa de autoeficácia, percepção de suporte familiar e indicativos de transtornos mentais. Pode-se dizer que esse propósito foi atingido e que foram obtidos resultados bastante significativos. A adesão foi aferida por mais de uma medida de avaliação, autorreferidas ou não, que se correlacionaram entre si. Foi obtida uma estimativa de que a amostra tome em média entre 50 e 75% das drogas prescritas, e o registro de retirada de medicações da farmácia foi considerado o indicador de adesão mais preciso.

Em termos de saúde mental, os resultados do QSG indicaram cerca de 35% de perfis sintomáticos para transtornos mentais na amostra. Portanto, são observados índices significativos tanto para adesão irregular à TARV, quanto para saúde mental, embora essas duas variáveis não necessariamente estejam correlacionadas. Um fator do QSG obteve correlação direta com adesão, e este se refere a “desejo de morte”, possivelmente relacionado à depressão, transtorno mais frequente nessa população.

A expectativa de autoeficácia obteve correlação positiva com adesão, indicando que pode ser um instrumento autorreferido confiável para avaliar essa conduta, desde que bem conduzido e associado a outras medidas. A percepção de suporte familiar mostrou-se a variável com maior número de correlações significativas, tanto com a adesão, quanto com as demais variáveis. Todos os fatores do IPSF correlacionaram-se positivamente com a adesão e com a EAE, e negativamente com a maioria dos fatores do QSG, apontando o suporte familiar como um fator que contribui para a adesão, para a expectativa de autoeficácia e para a saúde mental.

A associação dessas variáveis também foi destacada do ponto de vista teórico psicodinâmico, considerando-se o diagnóstico e tratamento de HIV e aids como potencialmente estressores e ameaçadores à integridade física e psíquica do sujeito, e o suporte familiar como mediador fundamental

para que o sujeito possa se “recolher”, elaborar e enfrentar todas as implicações dessa situação.

Dentre os resultados encontrados e não esperados, destaca-se uma correlação entre adesão e indicativos de transtornos mentais, evidenciada pela correlação negativa entre carga viral e alguns fatores do QSG. Embora essa relação vá de encontro à tese desse trabalho, ela pode e foi discutida teoricamente. No entanto, merece destaque também a reflexão que suscita em termos da adesão ao tratamento, que por meio desta relação fica evidenciada como um fenômeno multideterminado.

Falar em uma conduta multideterminada significa dizer que se trata de uma conduta que é determinada por múltiplos e variáveis fatores ao mesmo tempo, e também que, o fato de um determinado fator interferir de forma positiva ou negativa em um sujeito, não determinará que este interfira da mesma forma em todos os sujeitos. Portanto, concluir que um indicativo ou sintoma de transtorno mental interfere de forma negativa na adesão à TARV de um paciente, não pode nem deve levar à conclusão de que os transtornos mentais sempre interferem negativamente na adesão. E o mesmo pode ser dito com relação à percepção de suporte familiar. Por isso, pensa-se que a adesão não deva ser avaliada apenas coletivamente, mas também individualmente e de acordo com características e especificidades de indivíduos ou grupos específicos.

Acredita-se que o presente trabalho possa contribuir não somente para os estudos atuais dos fatores associados à adesão à TARV, mas também para os estudos em termos de saúde mental das pessoas vivendo com HIV e aids. Destaca-se o fato de não se ter encontrado na literatura outro estudo que tenha feito uso do IPSF e do QSG nessa população, instrumentos validados, que puderam fornecer adequadamente os indicadores buscados nesse estudo, e que podem certamente ser utilizados por psicólogos (são instrumentos de uso privativo desses profissionais) em estudos futuros, visando aprofundamentos e desdobramentos do tema estudado.

Referências

Adão VM, Caraciolo JMM. Fatores que influenciam a adesão aos antirretrovirais. . In: Caraciolo JMM, Shimma E. (Editores) Adesão da teoria à prática – Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST e aids; 2007. p. 28-42.

Ammassari A, Antinori A, Aloisi MS, Trotta MP, Murri R, Bartoli L, Monforte AA, Wu AW, Starace F. Depressive Symptoms, Neurocognitive Impairment, and Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected Persons. *Psychosomatics*. [internet]. 2004; 45(5): 394-402. [citado 25 agosto 2008]. Disponível em: <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/45/5/394>

Badiee J, Moore DJ, Atkinson JH, Vaida F, Gerard M, Duarte NA, Franklin D, Gouaux B, McCutchan JA, Heaton RK, McArthur J, Morgello S, Simpson D, Collier A, Marra CM, Gelman B, Clifford D, Grant I. Lifetime suicidal ideation and attempt are common among HIV+ individuals. *Journal of Affective Disorders*. [internet]. 2012; 136: 993–9. [citado 4 setembro 2012]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711003958>

Baptista MN. Desenvolvimento do inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*. [internet]. 2005; 10(1): 11-19. [citado 22 agosto 2008]. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1413-82712005000100003&script=sci_arttext&lng=pt

Baptista MN. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Componencial em duas Configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*. [internet]. 2007; 27(3): 496-509. [citado 29 agosto 2008]. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000300010&lng=pt&nrm=iso

Baptista MN, Dias RR. Fidedignidade do Inventário de Percepção de suporte Familiar – IPSF. *Avaliação Psicológica*. [internet]. 2007; 6(1): 33-37. [citado 29 agosto 2008]. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712007000100005&lng=pt&nrm=iso

Baptista MN, Alves GAS, Santos TMM. Suporte Familiar, Auto Eficácia e *Locus* de Controle, Evidências de validade entre os Construtos. *Psicologia Ciência e Profissão*. [internet]. 2008; 28(2): 260-270. [citado 26 julho 2011]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000200004

Baptista MN, Souza MS, Alves GAS. Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Psico-USF. [internet]. 2008b; 13(2): 211-220. [citado 26 julho 2011]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-82712008000200008&script=sci_arttext

Baptista MN, Teodoro MLM, Cunha RV, Santana PR, Carneiro AM. Evidência de validade entre o Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF e Familiograma – FG. Psicologia: reflexão e crítica. [internet]. 2009; 22(3): 466-473. [citado 26 julho 2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722009000300018&script=sci_arttext

Baptista MN, Carneiro AM, Sisto FF. Estudo Psicométrico de Depressão (EDEP e BDI) e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF. Psicologia em Pesquisa UFJF. [internet]. 2010; 4(1): 65-73. [citado 26 julho 2011]. Disponível em: <http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2010/07/v4n1a09.pdf>

Bleichmar H. Depressão: um estudo psicanalítico. Porto Alegre: Artmed; 1983.

Bonolo P de F, Gomes RR de FM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas de adesão. Epidemiol. Serv. Saúde. [internet]. 2007; 16(4): 261-78. [citado 28 agosto 2008]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1679-49742007000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Botega NJ. Reação à doença e à hospitalização. In: Botega NJ, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 49-66.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST-AIDS. [internet]. s.d. [citado 22 ago. 2007]. Disponível em <http://www.aids.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. . Programa Nacional de DST-AIDS. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST-AIDS. [internet]. s.d. [citado 26 jul. 2011a]. Disponível em <http://www.aids.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids.DST. [Internet]. 2011b; [citado 17 mar. 2012]. Disponível em http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim_epidemiologico_2011

Brian Kelly B, Raphael B, Judd F, Perdices M, Kernutt G, Burnett P, Dunne M, Burrows G. Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and HIV Infection. Psychosomatics [internet]. 1998; 39 (5): 405–415. [citado 4 setembro 2012].

Disponível em:

http://eprints.qut.edu.au/27121/1/Kelly_Raphael_Judd1998b.pdf

Calvetti, PU. Fatores biopsicossociais preditivos para a adesão e qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/aids bem-sucedidas no tratamento de Saúde. Tese de Doutorado. [internet]. 2010; PUC-RS. [citado 26 julho 2011]. Disponível em:

http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca.crt/PRISLA_UCKER_CALVETTI.pdf

Camargo L, Capitão CG. Reflexões e propostas acerca da avaliação psicológica no contexto HIV/aids. Rev. SBPH. 2009; 12(1): 71-84.

Campos LN, Guimarães MDC, Remien RH. Anxiety and Depression Symptoms as Risk Factors for Non-adherence to Antiretroviral Therapy in Brazil. AIDS Behav. [internet]. 2010; 14: 289-299.[citado 26 julho 2011]. Disponível em:

<http://www.springerlink.com/content/h147700717257307/>

Campos DC. Saudade da família no futuro ou o futuro sem família? In: Baptista MN, Teodoro MLM (Orgs.). Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 74-86.

Capitão CG, Scortegagna AS, Baptista M.N. A Importância da Avaliação Psicológica na Saúde. Avaliação Psicológica [internet].2005; 4(1): 75-82. [citado 30 abril 2007]. Disponível em:

<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/avp/v4n1/v4n1a09.pdf>

Caraciolo JMM. Adesão aos antirretrovirais. In: Caraciolo JMM, Shimma E. (Editores) Adesão da teoria à prática – Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST e aids; 2007. p. 10-26.

Castanha AR, Coutinho MPL, Saldanha AAW, Ribeiro CG. Repercussões Psicossociais da Depressão no Contexto da Aids. Psicologia Ciência e Profissão. [internet]. 2006; 26(1): 70-81.[citado 26 julho 2011]. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932006000100007&script=sci_arttext

Cedaro JJ. A ferida na alma: os doentes de aids sob o ponto de vista psicanalítico. Instituto de Psicologia; USP. [Tese de doutorado]; 2005.

Cohen MA. History of AIDS Psychiatry: A Biopsychosocial Approach – Paradigm and Paradox. In: Cohen MA, Gorman JM (editors). Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008. p. 3-14.

Cohen MA, Chao D. A Biopsychosocial Approach to Psychiatric Consultation in Persons with HIV and AIDS. In: Cohen MA, Gorman JM (editors).

Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008. p. 61-72.

Cournos F, McKinnon K. Epidemiology of Psychiatry Disorders Associated with HIV and AIDS. . In: Cohen MA, Gorman JM (editors). Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008. p. 39-48.

Cozby PC. Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento. Tradução: Gomide PIC, Otta E. São Paulo: Editora Atlas; 2003.

Dancey CP, Reidy J. Estatística sem matemática para psicologia. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Davey MP, Foster J, Milton K, Duncan TM. Collaborative Approaches to Increasing Family Support for HIV Positive Youth. Families, Systems, & Health. [internet]. 2009; 27 (1): 39–52. [citado 26 outubro 2012]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/fsh/27/1/39/>

Doron R, Parot F. Dicionário de Psicologia. São Paulo: Editora Ática; 1998.

Dourado I, Veras MA de S, Barreira D, Brito AM de. Tendências de epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. Rev Saúde Pública [internet]. 2006; 40(Supl): 9-17. [citado 27 maio 2007]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/03.pdf>

Duong M, Piroth L, Grappin M, Forte F, Peytavin G, Buisson M et al. Evaluation of the patient medication adherence questionnaire as a tool for self-reported adherence assessment in HIV-infected patients on antiretroviral regimens. HIV Clinical Trials [internet]. 2001; 2(2): 128-35. [citado 12 agosto 2007]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11590521>

Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Giovelli GRM. Relação entre sintomas de depressão, suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento em pessoas que vivem com HIV/aids. Dissertação de Mestrado. [internet]. 2009; PUC-RS. [citado 26 julho 2012]. Disponível em: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/rela%C3%A7%C3%A3o-sintomas-depress%C3%A3o-suporte-social-qualidade-vida-ades%C3%A3o-ao-tratamento/id/42260428.html

Gir E, Vaichulonis CG, OLIVEIRA MD. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. Rev. Latino-am. Enfermagem [internet]. 2005; 13(5): 634-41. [citado 27 maio 2007]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a05.pdf>

Gomes RRFM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimarães MDC. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2009; 25(3):495-506. [citado 10 setembro 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n3/04.pdf>

Gordillo V, del Amo J, Soriano V, González-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*. [internet]. 1999; 13: 1763-69. [citado 25 agosto 2008]. Disponível em: <http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/abstract.00002030-199909100-00021.htm;jsessionid=L6CLyWzCnc9nrJQn6cLnfg6i6kG81dqvgGMs3fC3PhnMIZzIFNMF!231517226!181195629!8091!-1>

Jordan MS, Lopes JF, Okazaki E, Komatsu, CL, Nemes MIB. Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral em AIDS: Revisão da Literatura Médica. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E. *Ta difícil de engolir? Experiências de adesão ao Tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepaids; 2000. p. 5-25.

Koller SH, Antoni CD, Carpena MEF. Famílias de crianças em situação de vulnerabilidade social. In: Baptista MN, Teodoro MLM (Orgs.). *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 156-65.

Laplanche J, Pontalis. *Vocabulário de psicanálise*. 4ª. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

Leite JC de C, Drachler M de L, Centeno MO, Pinheiro CAT, Silveira VL da. Desenvolvimento de uma Escala de Auto-eficácia para adesão ao Tratamento Anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. [internet]. 2002; 15(1): 121-133. [citado 22 agosto 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722002000100014&script=sci_arttext&lng=pt

Lewi DS, Turcato Jr. G, Castelo Filho A, Diaz RS. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. In: Prado FC do, Ramos J de A, Valle JR do. *Atualização Terapêutica*. 21ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 288-93.

Lignani Júnior L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da Adesão aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2001; 35(6): 495-501. [citado 27 maio 2007]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n6/7060.pdf>

Machado CV. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2006, 20(1): 44-49. [citado 6 outubro 2007]. Disponível em: http://journal.paho.org/?a_ID=875#xpan3

Meade CS, Kalichman SC, Stoff DM. The Role of Psychiatric Disorders in HIV Transmission and Prevention. . In: Cohen MA, Gorman JM (editors). Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008. p. 269-280.

Mello VA, Malbergier A. Depression in women infected with HIV. Rev. Bras. Psiquiatr.[internet]. 2006; 28(1): 10-17. [citado 31 julho 2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000100004&script=sci_arttext

Moraes MJ de, Oliveira ACP de, Tostes M de A. AIDS e psiquiatria. In: Botega NJ, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 373-94.

Pasquali L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos ALM. Questionário de Saúde Geral de Goldberg: Manual Técnico QSG. Adaptação Brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

Rachid M, Schechter M. Manual de HIV/AIDS. 8a ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.

Reich EA, Lounsbury DW, Zaid-Muhammad S, Rapkin BD. Forms of social support and their relationships to mental health in HIV positive persons. Psychology, Health & Medicine. [internet]. 2010; 15(2): 135–45. [citado 26 outubro 2012]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13548501003623930>

Reis AC, Lencastrea L, Guerra MP, Remorb E. Relação entre Sintomatologia Psicopatológica, Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida na Infecção HIV e AIDS. Psicologia: Reflexão e Crítica. [internet]. 2009; 23(3): 420-9. [citado 9 agosto 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n3/02.pdf>

Romano BW. Manual de Psicologia Clínica para Hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.

Roudinesco E. A Família em desordem. Rio de Janeiro: Zahar; 2003.

Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Tradução: Dornelles C, Monteiro C, Ortiz IS, Cataldo RC. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Seidl EMF, Melchiades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. CAD. Saúde Pública [internet]. 2007; 23(10): 2305-16. [citado 13 agosto 2008]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2007001000006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Simonetti A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Souza MS, Baptista MN, Alves GAS. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. Aletheia. [internet]. 2008; 28:45-59. [citado 26 julho 2011]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Teodoro MLM. Alguns instrumentos para avaliação familiar no Brasil. In: Baptista MN, Teodoro MLM (Orgs.). Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 168-75.

UNAIDS, WHO. AIDS epidemic update. [internet]. 2010.[citado 3 abril 2012]. Disponível em: <http://www.unaids.org>

WHO (World Health Organization). Adherence to long-term therapies – evidence for actions. [internet]. 2003. [citado 7 março 2012]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

Weiss JJ, Bangsberg DR. Psychiatric Aspects of Adherence to Medical Care and Treatment for HIV/AIDS. . In: Cohen MA, Gorman JM (editors). Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008. p. 281-295.

Yun LWH, Maravi M, Kobayashi JS, Barton PL, Davidson AJ. Antidepressant Treatment Improves Adherence to Antiretroviral Therapy Among Depressed HIV-Infected Patients. Acquir. Immune Defic. Syndr. [internet]. 2005; 38(4): 432-438. [citado 25 agosto 2008]. Disponível em: <http://www.jaids.org/pt/re/jaids/abstract.00126334-200504010-00008.htm;jsessionid=L6GMJ8DYKZS05nSNnJxK2RvX6htvnxcy3z4yJsDxQpZVtIWTTv7q!231517226!181195629!8091!-1>

Anexos

Anexo 1

Questionário semiestruturado, incluindo:

- A) Informações sociodemográficas
- B) Informações clínicas e sobre adesão

Anexo 2

C) Escala de Expectativa de Auto Eficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral (Leite et al., 2002)

Anexo 3

Roteiro para busca de dados em prontuários e registros da farmácia

Anexo 4

Termo de Consentimento Livre-esclarecido

Anexo 5

Autorização do Comitê de Ética para início do estudo

Anexo 1 – Questionário semiestruturado:

A. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

- 01.** Identificação Nº: _____ **02.** Idade: _____.
- 03.** Sexo: (1- Feminino; 2- Masculino)
- 04.** Natural de: _____.
- 05.** Residente em:
(1- ZN; 2-ZS; 3- ZL; 4- ZO; 5- Grande SP; 6- Interior de SP; 7- Fora do Estado)
- 06.** Cor ou Raça: (1- Branca; 2- Negra; 3- Amarela; 4- Parda; 5- Indígena)
- 07.** Religião: (1- Católica; 2- Candomblé; 3- Evangélica; 4- Espírita; 5- Judaica; 6- Protestante; 7- Outra _____.)
- 08.** Estado Marital:
(1- Solteiro; 2- Casado; 3- Separado/Divorciado; 4- Amasiado; 5- Viúvo; 6- Outro _____.)
- 09.** Opção Sexual: (1- Heterossexual; 2- Homossexual; 3- Bissexual; 4- Outro _____.)
- 10.** Nível de Escolaridade:
(1- Não sabe ler nem escrever; 2- Lê e escreve; 3- Fundamental Incompleto; 4- Fundamental Completo; 5- Médio Incompleto; 6- Médio Completo; 7- Superior Incompleto; 8- Superior Completo; 9- Pós-graduação)
- 11.** Número de Anos de Estudo: _____.
- 12.** Ocupação: _____.
- 13.** Fonte de Rendimento: _____.
- 14.** Renda Familiar: _____ salários mínimos.
- 15.** Tipo de residência: (1- Própria; 2- Alugada; 3- Doadada; 4- Nenhuma; 5- Outra _____.)
- 16.** Com quem mora: (1- Sozinho(a); 2- Parceiro(a); 3- Família; 4- Amigos; 5- Outros _____.)
- 17.** Quantas pessoas moram na casa: _____.

B. INFORMAÇÕES CLÍNICAS E SOBRE ADESÃO

- 01.** Há quanto tempo sabe do diagnóstico de HIV? _____ meses.
- 02.** Qual foi a forma de infecção? _____.
- 03.** Você contou para alguém sobre o seu diagnóstico? (1-Sim; 2-Não)
- 04.** Para quem? _____.
- 05.** Tem diagnóstico de outras doenças Infecto-contagiosas? (1-Sim; 2-Não) Qual(is)?

06. _____.

07. _____.

08. Faz ou fazia uso de drogas ou bebidas alcoólicas? (1-Sim; 2-Não) Qual(is)?

09. _____.

10. _____.

11. _____.

12. _____.

13. Com que frequência? _____.

14. Há quanto tempo iniciou tratamento ARV? _____ meses.

15. Teve ou tem algum efeito colateral? (1-Sim; 2-Não)

16. Qual(is)? _____

17. Já mudou alguma vez de remédio? (1- Sim; 2- Não)

18. Quantas? _____.

B.a. Quais remédios e quantas doses de cada você toma atualmente?

ARV	Doses/Dia	Outros	Doses/Dia
19. _____.	20. _____.	26. _____.	27. _____.
21. _____.	22. _____.	28. _____.	29. _____.
23. _____.	24. _____.	30. _____.	31. _____.
25. Total de doses ARV/dia _____.		32. Total de doses outros/dia _____.	

B.b.1. Destes, quantos você deixou de tomar na última semana?

33. _____ doses ARV.

34. _____ doses outros.

B.b.2. E no último mês?

35. _____ doses ARV.

36. _____ doses outros.

37. Qual(is) foi(ram) o(s) motivo(s)? _____

38. Já interrompeu alguma vez o tratamento? (1-Sim; 2-Não)

39. Por quanto tempo? _____ meses.

40. Qual(is) foi(ram) o(s) motivo(s)? _____

41. Faz acompanhamento com outros especialistas além do infectologista? (1-Sim; 2-Não)

42. Quais? _____.

(1- Cardiologista; 2- Cirurgião Geral; 3- Cirurgião Plástico; 4- Dentista; 5- Dermatologista; 6- Endocrinologista; 7- Fonoaudiólogo; 8- Ginecologista; 9- Hematologista; 10- Hepatologista; 11- Neurologista; 12- Oftalmologista; 13- Otorrinolaringologista; 14- Proctologista; 15- Psicólogo; 16- Psiquiatra; 17- Terapeuta Ocupacional; 18- Urologista; 19 - Outros: _____).

43. Nº total de especialidades: _____.

44. Já teve alguma doença oportunista? (1-Sim; 2-Não). Quais?

45. _____.

46. _____.

47. _____.

48. _____.

49. _____.

50. _____.

51. Nº total: _____.

52. Já foi internado alguma vez? (1-Sim; 2-Não)

53. Quantas? _____.

54. Já mudou de médico alguma vez? (1-Sim; 2-Não)

55. Quantas? _____.

56. Como você avalia sua relação com o seu médico?

(1- muito insatisfatória; 2- insatisfatória; 3- nem insatisfatória, nem satisfatória; 4- satisfatória; 5- muito satisfatória)

57. E com a instituição (hospital)?

(1- muito insatisfatória; 2- insatisfatória; 3- nem insatisfatória, nem satisfatória; 4- satisfatória; 5- muito satisfatória)

Anexo 2

C. ESCALA DE EXPECTATIVA DE AUTO-EFICÁCIA PARA SEGUIR PRESCRIÇÃO ANTI-RETROVIRAL

Há pessoas que, em algumas situações, não conseguem tomar os remédios contra o vírus da aids como explica a receita. Diga apontando aqui (mostrar escala), qual a certeza de que, desde hoje até a próxima consulta, você conseguirá tomar os remédios da aids, como na receita, nas seguintes situações: Imagine que é você quem está lendo... Vou conseguir tomar os remédios contra o vírus da AIDS como explica a receita...

	Não vou tomar mesmo	Acho que não vou tomar	Não sei	Acho que vou tomar	Com certeza vou tomar	Cd.
Se eu estiver bem de saúde.						AE1
Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não aparece no exame de carga viral.						AE2
Se eu estiver aborrecido e me sentindo pra baixo.						AE3
Se eu for discriminado ou rejeitado.						AE4
Se eu estiver ocupado ou me divertindo.						AE5
Se eu estiver em viagem de passeio ou de trabalho.						AE6
Se eu estiver na rua.						AE7
Se eu estiver me sentindo doente.						AE8
Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da AIDS.						AE9
Se eu tiver de tomar muitos comprimidos.						AE10
Se eu estiver nervoso ou irritado.						AE11
Se mudar muito o médico que me atende.						AE12
Se eu tiver de tomar remédios várias vezes por dia.						AE13
Se eu estiver com pessoas estranhas.						AE14
Se o remédio for difícil de engolir.						AE15
Se for feriado ou final de semana.						AE16
Se eu tiver de mudar meu horário de comer ou de dormir.						AE17
Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte.						AE18
Se eu estiver fazendo coisas fora da minha rotina.						AE19
Se eu estiver com alguém que acha bobagem eu tomar esses remédios.						AE20
Se os remédios estiverem me causando efeito ruim.						AE21

Anexo 3 – Roteiro para busca de dados em prontuários e registros da farmácia.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE A SEREM OBTIDAS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

01. Classificação da infecção pelo HIV:

(1- A1; 2- A2; 3- A3; 4- B1; 5- B2; 6- B3; 7- C1; 8- C2; 9- C3)

02. Início do tratamento ARV: ____ / ____ / ____.

03. Hipótese de infecção: _____.

04. Esquema ARV atual: _____.

05. CD4: _____ células/mm³.

06. CD8: _____ células/mm³.

07. Carga Viral: _____ cópias/ml.

08. Número de internações: _____.

09. Doenças oportunistas: (1-Sim; 2-Não)

10. _____.

11. _____.

12. _____.

13. _____.

14. _____.

15. _____.

16. Nº total: _____.

17. Acompanhamento de outra(s) doença(s) infectocontagiosa(s)? (1-Sim; 2-Não). Qual(is)?

18. _____.

19. _____.

20. Acompanhamento Psiquiatria: (1-Sim; 2-Não)

21. Acompanhamento Psicologia: (1-Sim; 2-Não)

21.a. Hipótese(s) Diagnóstica(s):

22. _____.

23. _____.

24. Faz uso de medicamentos psicotrópicos? (1-Sim; 2-Não) Quais?

25. _____.

26. _____.

27. _____.

28. _____.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE A SEREM OBTIDAS DA FARMÁCIA

01. Entrevista realizada em: ____/____/____.

02. O paciente retirou medicação no mês anterior à entrevista? (1-Sim; 2-Não).

03. Quantas vezes nos últimos 12 meses o paciente retirou medicações ARV na farmácia? ____

Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre-esclarecido.

Termo de consentimento livre-esclarecido para participação em pesquisa acadêmica. (de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde- Brasília – DF).

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa chamada “Associação entre expectativa de autoeficácia, suporte familiar, indicativos de transtornos mentais e adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com HIV e aids”. O objetivo dessa pesquisa é saber se fatores como sexo, idade, o número de anos que você estudou, suas condições de moradia, o quanto ganha por mês, sua relação com sua família, o tipo de remédio que você toma e há quanto tempo, e o seu estado de saúde física e mental (fatores psicossociais) interferem na sua aceitação e no jeito que você segue o seu tratamento médico (adesão). A sua participação é muito importante para que possamos entender melhor as dificuldades encontradas pelas pessoas durante o tratamento médico e o porquê dessas dificuldades. Com isso, podemos contribuir para uma melhor assistência à saúde de modo geral.

A sua participação é completamente voluntária e você é livre para recusar caso não se sinta à vontade para participar. A sua aceitação ou recusa em participar da pesquisa não trará nenhum prejuízo no seu atendimento no hospital, e também não envolve pagamento em espécie alguma.

Caso você decida participar, o que pedimos é que você responda a cinco questionários: o primeiro com perguntas como sexo, idade, o número de anos que você estudou, suas condições de moradia, o quanto ganha por mês, e outras; o segundo sobre seu estado de saúde e seu tratamento médico; o terceiro sobre as possíveis dificuldades que você sente no seu tratamento ou para tomar remédio; o quarto sobre a forma como você percebe ou sente a sua relação com a sua família e o quinto sobre o seu estado de saúde geral e o modo como você tem se sentido ultimamente. O seu prontuário médico e os seus registros da farmácia também serão consultados, com o objetivo de coletar informações sobre os seus últimos exames (CD4, CD8 e Carga Viral), consultas médicas, estado de saúde, e sobre a quantidade de vezes que você costuma retirar as suas medicações na farmácia.

A aplicação dos questionários ocorrerá em uma sala localizada no ambulatório do Instituto de Infectologia “Emilio Ribas” (IIER), com duração de 40 minutos a 1 (uma) hora. A pesquisa não apresenta nenhum risco, incômodo ou desconforto para você. E também não traz nenhum benefício imediato, além de ajudar os pesquisadores a conhecer melhor quais são e como as pessoas lidam com as dificuldades encontradas em seu tratamento médico. Com isso, podemos pensar em como diminuir ou evitar essas dificuldades.

As informações coletadas pelos questionários e no seu prontuário médico são sigilosas e o seu nome não será revelado em nenhum momento.

Se durante a pesquisa você quiser desistir, não será prejudicado no atendimento em qualquer serviço deste hospital. Caso haja alguma dúvida ou comentário relacionado à pesquisa, você pode falar com os(as) pesquisadores(as).

Qualquer dúvida, por favor, entrar em contato com os(as) pesquisadores(as) pelos telefones: (11) 4112-8442 (Luiza), (11) 3087-9902 (Dra. Elvira) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Infectologia Emílio Ribas: (11) 3896-1406.

Mais uma vez, estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Eu, _____ li e entendi (ou alguém me explicou) as informações contidas neste termo de consentimento, e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa chamada *“Associação entre expectativa de autoeficácia, suporte familiar, indicativos de transtornos mentais e adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com HIV e aids”* e recebi 1 (uma) cópia do presente termo de consentimento.

Nome do Participante

Nome do Pesquisador

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Anexo 5 – Autorização do Comitê de Ética para início do estudo.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS
DIVISÃO CIENTÍFICA
SERVIÇO DE ENSINO E PESQUISA

DIVISÃO CIENTÍFICA

PROTÓCOLO DE PESQUISA Nº 71/2008
TÍTULO: "INVESTIGAÇÃO DA INFLUÊNCIA DE FATORES PSICOSSOCIAIS NA ADEÇÃO
AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL EM PACIENTES COM HIV/AIDS"
PESQUISADOR RESPONSÁVEL NO IIER: ROBERTO FOCACCIA
AUTOR PRINCIPAL: LUIZA AZÉM CAMARGO
COLABORADORES: CLAUDIO GARCIA CAPITÃO
ORIENTADOR: ELVIRA MARIA VENTURA FILIPE

AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DO ESTUDO

Devidamente aprovado pela Comissão Científica, Comitê de Ética em Pesquisa e Diretoria Técnica de Departamento deste Instituto, e regular quanto às informações sobre financiamento do projeto, o protocolo de pesquisa acima está **AUTORIZADO** para ter início.

Registre-se. Comunique-se.

São Paulo, 21 de novembro de 2008.

Profa. Dra. Luíza Helena Falleiros Arlant
Chefe da Seção de Pesquisas e Trabalhos Científicos