

**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Psicologia**

**INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E  
COMPORTAMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTI-RETROVIRAL EM PESSOAS VIVENDO COM  
HIV/AIDS**

**Quintino de Medeiros Faustino**

Brasília, 2006

**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Psicologia**

**INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E COMPORTAMENTO  
DE ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL EM PESSOAS  
VIVENDO COM HIV/AIDS**

Quintino de Medeiros Faustino

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de Brasília  
como requisito parcial para a obtenção  
do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, 2006

## **Comissão Examinadora**

**Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl**

Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília – UnB – Presidente

**Profa. Dra. Celeste Aída Nogueira Amato**

Faculdade de Medicina - Universidade de Brasília – UnB – Membro

**Profa. Dra. Elizabeth Queiroz**

Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília – UnB – Membro

**Profa. Dra. Célia Maria Lana da Costa Zannon - Suplente**

Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília – UnB – Suplente

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer:

Aos participantes do grupo de pesquisa, que foram o motivo e a razão de ser desse trabalho. Graças à contribuição deles, pudemos refletir sobre meios para ajudar aqueles que se digladiam diariamente com as dificuldades inerentes ao tratamento para a aids, mas que buscam sempre, com um espírito guerreiro, encontrar forças para persistirem na luta diária pela vida.

Cabe um agradecimento especial à Regiane Gomes, secretária do Com-Vivência, e à Débora Mendonça, que diretamente me auxiliaram na realização desta tarefa. Estendo esse agradecimento aos demais profissionais do Projeto Com-Vivência, que é um ponto fundamental de apoio material e, principalmente, emocional para as pessoas que vivem com HIV/aids. Fica também um agradecimento para os funcionários do HUB que contribuíram, direta ou indiretamente, com esse trabalho.

Queria agradecer aos mestres-doutores do Instituto de Psicologia e da UnB que desde 1997 se dispõem em momentos de doação, buscando sempre oferecer, mesmo em condições insólitas ou insalubres, o melhor do que tinham aprendido e criado ao longo dos seus valorosos anos de formação. Cabe aqui um agradecimento especial para as professoras Elizabeth Queiroz, Celeste Aída N. Amato e Célia M. L. C. Zannon, que aceitaram o convite para fazer parte da comissão examinadora dessa dissertação, e que muito têm a contribuir com nosso trabalho e com os desdobramentos que possam advir dele.

Fica registrado, ainda, o meu mais profundo agradecimento à Professora Dra. Eliane M. F. Seidl, pelos anos de orientação que me fizeram crescer muito enquanto profissional e pessoa, mas que tiveram, acima de tudo, um papel fundamental na formação da minha identidade enquanto psicólogo. Saio dessa experiência com a certeza de que o profissional de psicologia tem um papel importante a desempenhar na sociedade e que seu conhecimento pode ajudar e muito, especialmente aqueles que são esquecidos ou desfavorecidos e que mais precisam de ajuda. Eliane, muito obrigado por tudo e espero que nossos caminhos continuem se encontrando.

Também queria agradecer aos companheiros e companheiras do Banco do Brasil que cobriram minhas ausências e me incentivaram a realizar esse trabalho. Queria deixar registrado um agradecimento especial ao amigo José Maia, que me ajudou na revisão do texto final.

Aos meus pais, irmãos, cunhados e sobrinhos, que tiveram paciência e compreensão pelas minhas ausências, mas principalmente, porque me ajudaram ao me instigar a buscar sempre o melhor, a buscar sempre o novo e a pesquisar o que a vida nos esconde e nos revela a cada amanhecer. Muito do que sou hoje, com certeza é um pedacinho de cada um de vocês.

Quero dedicar um parágrafo especial para minha esposa, Maria Cristina, que me acompanha desde o início dessa jornada, inclusive nas noites e dias de clausura que juntos compartilhamos nas bibliotecas e salas de estudo dessa cidade. Muito obrigado pelo estímulo, apoio, ajuda e compreensão nessa jornada, com certeza grande parte desse trabalho é seu.

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	iv
<b>LISTA DE FIGURAS E TABELAS</b> .....	viii
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	x
<b>RESUMO</b> .....	xi
<b>ABSTRACT</b> .....	xiii
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	01
1.1 A pandemia da era moderna – HIV e aids .....	01
1.2 Onde a aids e o HIV estão nos dias de hoje? .....	04
1.3 Da certeza da morte para a esperança de vida - o surgimento da terapia anti-retroviral (TARV) .....	06
1.4 Adesão ao tratamento – a solução ou um problema? .....	11
1.5 Enfoque cognitivo-comportamental e atuação com pessoas vivendo com HIV/aids .....	14
1.6 Auto-eficácia, aids e adesão .....	23
1.7 HIV/aids e estratégias de enfrentamento .....	30
1.8 Por que estudar adesão ao tratamento em pessoas que vivem com HIV/aids? .....	33
<b>2. MÉTODO</b> .....	36
2.1 Objetivos .....	36
2.2 Participantes .....	37
2.3 Delineamento .....	41
2.4 Instrumentos de coleta de dados .....	42
2.4.1 Roteiro de entrevista de linha de base I – aspectos sociodemográficos e médico-clínicos .....	43
2.4.2 Escala de expectativa de auto-eficácia para seguir prescrição anti-retroviral .....	44
2.4.3 Escala Modos de Enfrentamento de Problemas .....	45
2.4.4 Roteiro de entrevista de linha de base II .....	46
2.4.5 Roteiro de entrevista de linha de base III .....	47
2.5 Procedimento de coleta de dados: linhas de base e a intervenção em grupo .....	47

2.6 Análise de dados .....	55
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
3.1 TARV e conduta de adesão.....	57
3.2 ARV: presença de efeitos colaterais, dificuldades para aderir, percepção sobre a proteção da TARV e relação com a boa saúde .....	58
3.3 Cumprimento do horário de ingestão da medicação, percepção sobre a situação de saúde e impedimento de atividades cotidianas .....	65
3.4 Auto-eficácia.....	66
3.5 Estratégias de enfrentamento .....	70
3.6 Satisfação com a equipe e com o serviço de saúde.....	75
3.7 Contagens de CD4 e carga viral.....	76
3.8 Percepções dos participantes sobre HIV/aids – trechos de relatos .....	78
3.9 Avaliação sobre os encontros e sugestões dos participantes .....	81
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>83</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>97</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>98</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>109</b>
7.1 Anexo I - Cartaz de convite para participação no grupo de adesão.....	110
7.2 Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	112
7.3 Anexo III - Roteiro de Entrevista LBI – Aspectos Sociodemográficos.....	114
7.4 Anexo IV - Roteiro de Entrevista LBI – Aspectos Médico-clínicos .....	116
7.5 Anexo V - Escala de expectativa de auto-eficácia para seguir prescrição anti-retroviral.....	121
7.6 Anexo VI - Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP .....	123
7.7 Anexo VII - Roteiro de Entrevista LBII .....	126
7.8 Anexo VIII - Roteiro de Entrevista LBIII.....	130
7.9 Anexo IX - Quadro de Vantagens e Desvantagens.....	134
7.10 Anexo X - Guia de tratamento facilitado .....	136
7.11 Anexo XI - Ficha de auto-monitoramento do comportamento de adesão aos ARV .....	138
7.12 Anexo XII - Aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética.....	140

## Lista de Figuras e Tabelas

Página

<b>Tabela 1.</b> Descrição sucinta das técnicas cognitivo-comportamentais empregadas nos encontros. ....	49
<b>Tabela 2.</b> Número de doses prescritas para os participantes por semana e por mês e auto-relato do total de doses não ingeridas na última semana e no último mês nas LBI, LBII e LBIII. ....	57
<b>Tabela 3.</b> Presença de efeitos colaterais, nível de desconforto, grau de dificuldade, nível de proteção oferecido e dependência da boa saúde dos ARV nas LBI, LBII e LBIII. ....	59
<b>Tabela 4.</b> Atraso para ingestão da medicação, condição de saúde atual e existência de condição que atrapalhasse a realização das atividades cotidianas dos participantes nas LBI, LBII e LBIII.....	65
<b>Tabela 5.</b> Amostras pareadas, diferença das médias, valores do teste <i>t</i> e nível de significância dos participantes na Escala de Auto-eficácia. ....	69
<b>Tabela 6.</b> Médias e desvios padrão da amostra do estudo de validação da EMEP, segundo Seidl e cols (2001). ....	70
<b>Tabela 7.</b> Valores do teste <i>t</i> de <i>Student</i> do Participante 1, nas LBI, LBII e LBIII obtidos na EMEP. ....	72
<b>Tabela 8.</b> Valores do teste <i>t</i> de <i>Student</i> do Participante 2 nas LBI, LBII e LBIII obtidos na EMEP. ....	73

<b>Tabela 9.</b> Valores do teste <i>t</i> de <i>Student</i> do Participante 3 nas LBI e LBIII obtidos na EMEP.....	74
<b>Tabela 10.</b> Níveis de satisfação com o atendimento médico, a qualidade das consultas médicas, o atendimento dos demais profissionais e com a rotina de atendimento. ....	75
<b>Tabela 11.</b> Resultados e mês de realização dos exames de CD4 e carga viral de P1. ...	77
<b>Tabela 12.</b> Resultados e mês de realização dos exames de CD4 e carga viral de P2. ...	77
<b>Tabela 13.</b> Resultados e mês de realização dos exames de CD4 e carga viral de P3. ..	78
<b>Figura 1.</b> Escores dos participantes na Escala de Expectativa de Auto-eficácia para seguir Prescrição Anti-retroviral nas LBI, LBII e LBIII. ....	67
<b>Figura 2.</b> Escores do Participante 1 na EMEP nas LBI, LBII e LBIII. ....	71
<b>Figura 3.</b> Escores do Participante 2 na EMEP nas LBI, LBII e LBIII. ....	72
<b>Figura 4.</b> Escores do Participante 3 na EMEP nas LBI e LBIII. ....	74

## Lista de siglas

**Aids** – Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

**ARV** – Anti-retroviral

**AZT** – Zidovudina

**CDC** – Centers for Disease Control and Prevention

**CV** – Carga Viral

**DNA** – Ácido desoxirribonucléico

**ddC** – Zalcitabina

**ddI** – Didanosina

**EMEP** – Escala Modos de Enfrentamento de Problemas

**GRID** – Gay Related Immune Deficiency

**HAART** – Highly Active Antiretroviral Treatment (Terapia Antiretroviral Altamente Ativa)

**HIV** – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

**HIV+** – Soropositivo(a)

**HUB** – Hospital Universitário de Brasília

**HTLV-III** – Human T-Lymphotropic Virus Type III (Vírus Linfotrópico das Células “T” Tipo III)

**LAV** – Lymphadenopathy Associated Virus (Vírus associado à Linfadenopatia)

**LBI** – Linha de Base I

**LBII** – Linha de Base II

**LBIII** – Linha de Base III

**P1** – Participante 1

**P2** – Participante 2

**P3** – Participante 3

**P4** – Participante 4

**QV** – Qualidade de Vida

**RNA** – Ácido ribonucléico

**TARV** – Terapia anti-retroviral

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## RESUMO

A aids tem sido responsável por esforços concentrados de pesquisa e atenção em saúde. Tais iniciativas conseguiram grandes avanços nas possibilidades terapêuticas, que vieram acompanhadas de novas exigências para as pessoas soropositivas em tratamento, como a necessidade de níveis elevados de adesão, da ordem de 95% das doses prescritas. O presente estudo teve como objetivo descrever e avaliar os efeitos de intervenção cognitivo-comportamental em grupo sobre o comportamento de adesão ao tratamento anti-retroviral de pessoas soropositivas, com dificuldades de adesão, em três momentos: antes da intervenção (linha de base I), ao término da realização do grupo (linha de base II) e três meses após a intervenção (linha de base III). Foram comparados o comportamento de adesão ao tratamento anti-retroviral e os resultados de variáveis psicológicas (estratégias de enfrentamento e expectativa de auto-eficácia para seguir prescrição anti-retroviral) e biológicas (CD4 e carga viral). A intervenção consistiu de cinco encontros, um por semana, com duração de duas horas cada. O comportamento de adesão foi avaliado pelo percentual de perda auto-relatada de doses dos medicamentos anti-retrovirais na última semana e/ou no último mês, considerado insatisfatório diante de perda superior a 5% das doses prescritas. Roteiros de entrevista e escalas padronizadas para a população brasileira foram usados na coleta de dados e na avaliação das linhas de base. Duas pessoas foram submetidas à intervenção (P1 e P2); e um participante (P3), que não aderiu ao grupo, funcionou como sujeito controle e foi entrevistado nas linhas de base I e III. Nas linhas de base II e III, P1 e P2 relataram níveis de adesão superiores a 95% das doses prescritas. Quanto às variáveis psicológicas, P1 apresentou, na terceira avaliação, aumento significativo nos escores de auto-eficácia ( $t=4,56$ ;  $p<0,001$ ) e do

enfrentamento focalizado no problema ( $t=4,46$ ;  $p<0,001$ ), ao lado de níveis adequados das demais estratégias de enfrentamento. P2 também apresentou aumento significativo no escore de auto-eficácia ( $t=5,26$ ;  $p<0,001$ ), e do enfrentamento focalizado no problema ( $t=3,85$ ;  $p=0,002$ ). P3 manteve a conduta de não adesão e não apresentou mudança na medida de auto-eficácia na linha de base III; no entanto, observou-se aumento nos escores de todas as modalidades de enfrentamento. Para os indicadores de CD4 e carga viral, percebeu-se melhora nos indicadores de P1, um quadro grave de imunodeficiência para P2, sem melhora durante o estudo, e piora nos indicadores de P3. Os resultados encontrados indicam a possibilidade de aplicação satisfatória da intervenção em grupo, de base cognitivo-comportamental, e dos instrumentos utilizados no estudo, para o atendimento de pessoas HIV+ com dificuldades de adesão. O reduzido número de participantes, bem como o emprego do auto-relato como medida principal da adesão, levam à necessidade de parcimônia quanto às conclusões acerca da eficácia da intervenção e à generalização dos resultados desse trabalho.

Palavras-chave: HIV/aids, adesão ao tratamento anti-retroviral, enfrentamento, auto-eficácia, intervenção cognitivo-comportamental.

## ABSTRACT

The AIDS has been responsible for concentrated efforts of research and care in health. Such initiatives had obtained great advances in the therapeutical possibilities, which had come followed by new requirements for the seropositive people in treatment, as the need of high levels of adherence, that consists on 95% of the prescribed doses. The current study objectified to describe and evaluate, in group, the effects of cognitive-behavioral intervention on the behavior of adherence to the anti-retroviral treatment for seropositive people, with difficulties of adherence, at three moments: before the intervention (base line I), to the end of the realization of the group (base line II) and three months after the intervention (base line III). The behavior of adherence to the antiretroviral treatment and the results of the psychological (strategies of coping and expectation of self-efficacy to follow anti-retroviral prescription) and biological (CD4 and viral load) variables had been compared. The intervention consisted of five meetings, one per week, with two hours of duration each one. The adherence behavior was evaluated by the percentage of the self-related loss of doses of antiretroviral medicines in the last week and/or the last month, considered unsatisfactory ahead loss larger than 5% of the prescribed doses. Scripts of interview and standardized scales for Brazilian population had been used in the factgathering of data and in the evaluation of the base lines. Two people had been submitted to the intervention (P1 and P2); and one participant (P3), who didn't adhere to the group, functioned as a control subject and he was interviewed in the base lines I and III. In the base lines II and III, P1 and P2 had told levels of adherence superior than 95% of the prescribed doses. About the psychological variables, P1 presented, in the third evaluation, significant increase in scores of self-efficacy ( $t=4,56$ ;  $p<0,001$ ) and of the

copied focused on the problem ( $t=4,46; p<0,001$ ), closed to adequate levels of the others strategies of coping. P2 also presented significant increase in his scores of self-efficacy ( $t=5,43; p<0,001$ ), and of the coping focused on the problem ( $t=3,85; p=0,002$ ). P3 kept the behavior of no adherence and he didn't present any changing in the measure of self-efficacy in the base line III; however, an increasing in the scores of all the coping modalities was observed. For the indicators of CD4 and viral load, it was perceived improvement in the indicators of P1, a serious picture of immunodeficiency for P2, without improvement during the study, and worsening in the indicators of P3. The found results indicate the possibility of satisfactory application of the intervention in group, of cognitive-behavioral base, and the instruments used in the study, for the care with people living with HIV/Aids. The reduced number of participants, as well as the use of the self-report as main measure of adherence, leads to the need of parsimony related to the effectiveness of the intervention and the generalization of the results of this study.

Key words: HIV/aids, antiretroviral treatment adherence, coping, self-efficacy, cognitive-behavioral intervention.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 A pandemia da era moderna – HIV e aids

Ao longo da história da humanidade, várias pandemias foram responsáveis pela morte de milhares e até de milhões de pessoas, em um curto espaço de tempo. Algumas surgiram e desapareceram depois do extermínio de grandes contingentes populacionais, outras foram recorrentes, ressurgindo e acometendo, por mais de uma vez, populações do mundo. Existem diversas teorias que tentam encontrar uma explicação plausível para tais eventos, tendo grande força as explicações que relacionam o surgimento dessas pandemias a grandes mudanças na ordem social, como flutuações na densidade populacional, novos relacionamentos entre homens e animais – como o desequilíbrio entre a população de homens e ratos que desencadeou a peste bubônica em meados do século VII e do século XIV – bem como desequilíbrios entre grupos sociais (Zampière, 1996).

Na era moderna, o vírus da imunodeficiência humana – HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) – é responsável por uma das mais devastadoras pandemias da história, a da aids, sigla em inglês para síndrome da imunodeficiência adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), que vitimou 25 milhões de pessoas entre a sua descoberta e o ano de 2005 (Un aids, 2005).

A identificação da aids se deu, aproximadamente, no fim dos anos 70 e início dos anos 80. Entre julho de 1979 e abril de 1981 foram notificados onze casos de infecção por *Pneumocystis carinii* em jovens usuários de drogas injetáveis e/ou homossexuais da cidade de Nova Iorque. Em 1981, cinco jovens homossexuais de São Francisco foram acometidos com o mesmo quadro grave de pneumonia causada por esse fungo, que já era

conhecido por acometer principalmente pessoas que apresentavam sinais de imunodepressão (Barata, 1997; Zampiére, 1996; Lima, 1986).

Essas evidências foram comunicadas ao *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos, que tomou a iniciativa de alertar o mundo médico e científico sobre essa nova doença. Nesse momento inicial, ficou marcada uma forte relação entre a aids e a população homossexual, o que fez, inclusive, que ela viesse a ser conhecida como GRID (*Gay Related Immune Deficiency*) e como "peste gay" (Barata, 1997; Zampiére, 1996; Lima, 1986).

No esforço inicial para compreender as tendências epidemiológicas dessa nova doença, foi observada sua maior incidência entre pessoas que compartilhavam algumas características, o que possibilitou que fosse prontamente elaborada uma classificação de grupos de risco para a aquisição da síndrome: homossexuais e bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, pessoas submetidas à transfusão de sangue, hemofílicos e pessoas de origem haitiana (Lima, 1986).

Dadas as características da doença, a busca pelo agente etiológico se concentrou em identificar um vírus, pois havia uma clara associação da doença com neoplasias, imunodeficiência e infecções oportunistas. Seu isolamento se deu em meados de 1983 por dois grupos de pesquisadores. O microorganismo descoberto foi denominado inicialmente LAV (Vírus Associado à Linfadenopatia) pelos pesquisadores liderados pelo francês Luc Montagnier e HTLV-III (Vírus Linfotrópico das Células "T" Humana tipo III), pelo grupo de pesquisadores chefiados pelo americano Robert Gallo. Em 1985, foi estabelecida pelo CDC uma denominação única para o vírus, sendo chamado desde então

de HIV - *Human Immunodeficiency Virus* (Lima, Kiffer, Uip, Oliveira & Leite, 1996; Sande & Volberding, 1995).

O HIV foi classificado como pertencente à família *retroviradae* e ao gênero *lentivirinae*, por infectar inicialmente as células do sistema mononuclear fagocitário (linfócitos T e macrófagos) e por atacar preferencialmente os sistemas imunológico e nervoso central. Sua estrutura é composta por um filamento de RNA envolto por envelope lipídico, que tem a capacidade de se ligar à superfície da célula-alvo através de receptores específicos, sendo o principal deles o CD4 dos linfócitos T. Incapaz de se multiplicar sozinho, seu ciclo celular é realizado pela incorporação de seu RNA pelo núcleo da célula infectada. Para tanto, a enzima transcriptase reversa transcreve o RNA em DNA, que é incorporado ao genoma da célula, que realiza sua replicação, criando novas cepas virais (Amato Neto & cols., 1996).

A característica do HIV que mais tem preocupado os pesquisadores é sua baixa fidelidade nesse processo de replicação, o que faz com que ele seja bastante heterogêneo. Essa grande diferenciação entre diferentes cópias do HIV pode estar relacionada com o grande número de erros que a transcriptase reversa realiza durante o processo de transcrição do RNA em DNA, chegando à troca de até dez bases do genoma do HIV em cada transcrição, o que tem sido responsável por dificuldades para as possibilidades de tratamento da doença (Amato Neto & cols., 1996).

A transmissão do HIV depende de sua presença em determinados fluídos corporais, da quantidade de cepas virais existentes e do contato da pessoa com tais fluídos. O vírus pode ser encontrado no sangue de forma livre ou infectando alguma célula, com prevalência da forma intracelular devido à baixa resistência do vírus ao meio

ambiente, e maior incidência de infecção dos linfócitos e monócitos do sangue e dos líquidos genitais. Essa troca de fluídos contaminados pode se dar durante a relação sexual (hetero e/ou homossexual), na recepção de sangue ou de hemoderivados (compartilhamento de instrumentos perfuro-cortantes, acidentes ocupacionais) e da mulher soropositiva para o bebê durante a gestação, no parto ou no aleitamento (Lima & cols., 1996).

Os estudos apontam que uma pessoa sem tratamento sobrevive, em média, dez anos depois da soroconversão, havendo uma taxa mais acelerada para os pacientes que apresentaram a soroconversão com sintomas, em relação aos assintomáticos. Nesse quadro, as contagens de carga viral e células CD4 apresentam posição de destaque para determinar o ritmo do desenvolvimento da síndrome. Sob esse aspecto é esperado que quanto maior o declínio nos níveis de células CD4 e quanto maior for o crescimento da carga viral, maior a probabilidade de óbito do paciente (Bartlett, 1998; Lima & cols., 1996).

## **1.2 Onde a aids e o HIV estão nos dias de hoje?**

Segundo dados nas Nações Unidas (Unaid, 2005), existiam em 2005, 40,3 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, sendo que, desse total, 4,9 milhões foram infectadas e 3,1 milhões morreram por doenças relacionadas à aids somente no ano de 2005. O relatório chama a atenção para alguns pontos importantes: (1) apesar do declínio nas taxas de mortalidade e morbidade, é possível observar um crescimento no número de novos casos da pandemia em praticamente todas as regiões do mundo; (2) manutenção da tendência já percebida no relatório anterior de feminização da pandemia,

pois as mulheres respondiam por aproximadamente metade dos novos casos de aids; e (3) melhora na qualidade de vida e na longevidade de pessoas de muitos países de rendas baixa e média, graças à distribuição da medicação anti-retroviral, com uma prevenção estimada de 250 a 300 mil mortes em 2005.

Um dado relevante desse relatório sobre o Brasil é que mais de um terço das pessoas que vivem com HIV na América Latina se encontram no país (Unaid, 2005). Segundo dados epidemiológicos (Brasil, 2005), foram notificados 371.827 casos de aids no país, de 1981 a junho de 2005. Como no relatório da Unaid (2005), apesar do crescimento do número de casos novos, é sensível a diminuição nos índices de morbidade e mortalidade associados à doença e preocupante o crescimento da infecção entre as mulheres. Outro dado de destaque apontado no boletim epidemiológico brasileiro de 2005 é o crescimento da aids entre as populações de níveis sócio-econômicos menos favorecidos (Brasil, 2005).

Avaliando o impacto socioeconômico da pandemia em termos mundiais, Zaba, Whiteside e Boerma (2004) ressaltam alguns pontos que julgam preocupantes e que precisariam de atenção por parte das autoridades públicas, especialmente nos países que não oferecem amplamente o tratamento anti-retroviral:

- ⌘ a doença, de uma forma geral, atinge jovens adultos no auge de sua vida economicamente ativa, freqüentemente os impedindo de trabalhar e podendo levá-los ao óbito;
- ⌘ impacto econômico negativo para a pessoa infectada e para os familiares próximos, pois em famílias com um grande número de casos, fato comum na África sub-sahariana e em alguns países da Ásia e do Caribe, geralmente o

provedor e seu parceiro estão infectados. Isso acaba por afetar a família de diferentes maneiras: perda de renda pelos longos períodos de adoecimento ou pela morte prematura dos provedores; aumento das despesas com medicação, transporte e funeral; diminuição nos gastos com alimentação e serviços; e, conseqüentemente, esvaziamento das reservas para fazer frente ao aumento dos gastos;

⌘ depois do falecimento dos progenitores, os órfãos ficam, em regra, desamparados ou são forçados a buscar seu próprio sustento;

⌘ em um nível micro-econômico, a morte de uma pessoa ou seu adoecimento pode causar miséria e aumentar a pobreza dos familiares e das pessoas que vivem com ele e, em uma escala de milhões de adoecimentos, o crescimento macro-econômico de um país pode começar a apresentar interrupções.

Esses dados têm dado fôlego para a comunidade científica e para os setores organizados da sociedade civil na busca por melhores condições de vida para as pessoas infectadas e de um tratamento eficaz para a doença.

### **1.3 Da certeza da morte para a esperança de vida - o surgimento da terapia anti-retroviral (TARV)**

Um fato que merece destaque nessa luta contra a pandemia, por ter possibilitado uma guinada no rumo das pesquisas e do manejo da doença, foi a mudança de foco dos pesquisadores durante a evolução das descobertas sobre a aids. Pode-se perceber, inicialmente, uma concentração de esforços científicos para tentar elucidar a síndrome a partir de seus eventos biológicos. Com o insucesso de explicações com bases

exclusivamente biológicas para a disseminação da doença, é perceptível uma tomada de consciência no sentido de que o agravamento da pandemia envolve, não somente alterações em nível físico-químico, mas também questões de ordem social e comportamental (Amato Neto & cols. 1996).

A partir de tais reflexões e dos sucessos conseguidos na luta contra a aids, além do avanço da pandemia em todas as regiões do mundo, pesquisadores da área fizeram, no início dos anos noventa, uma avaliação da primeira década de combate ao HIV, ressaltando um sentimento que parece presente até os dias atuais: de que grandes e importantes avanços foram alcançados em todos os sentidos, mas que, de uma maneira global, há uma certa sensação de fracasso no tratamento da aids. Essa sensação não é relacionada exclusivamente com uma possível ineficácia dos tratamentos atualmente disponíveis, mas incomoda, principalmente, a dificuldade de conseguir que o tratamento esteja acessível a todas as pessoas que precisam dele e que haja um controle eficaz do avanço da pandemia (Mann, Tarantola & Netter, 1992).

Os estudos mais promissores têm apontado para a ação eficaz da TARV, principalmente pela utilização de dois grupos de medicamentos: os inibidores de transcriptase reversa e os inibidores de protease. Os estudos com tais medicamentos tiveram início já no final da década de oitenta, com a utilização da zidovudina (AZT), o primeiro medicamento inibidor de transcriptase reversa análogo de nucleosídeo, e posteriormente, com a Didanosina (ddI) e com a Zalcitabina (ddC), dentre outros. Contudo, em 1993, a euforia inicial foi refreada pelo alerta da ineficácia de tais tratamentos a longo prazo. Dois anos depois, em 1995, uma nova onda de euforia foi

criada com o surgimento dos inibidores de protease, possibilitando a criação da terapia combinada, o chamado coquetel anti-aids (Lima & cols., 1996).

Os inibidores de transcriptase reversa dificultam a ação dessa enzima através de duas estratégias: competindo com os nucleosídeos na formação da molécula de DNA através de estruturas análogas, que ao se colocarem como falsos elementos na cadeia de transcrição impedem a ligação de uma nova partícula e a complementação do processo, ou bloqueando a reação química de duplicação do RNA pela enzima. Como a transcriptase reversa pode apresentar falhas nesse processo e, conseqüentemente altas taxas de mutação, surge a possibilidade da ocorrência da resistência viral (Amato Neto & cols., 1996).

Os inibidores de protease agem obstaculizando a ação da enzima que é responsável por clivar partes essenciais do vírus, como a transcriptase reversa e a proteína p24, originando cepas defeituosas e incapazes de gerarem novos vírus completos (Amato Neto & cols., 1996).

O advento da terapia anti-retroviral altamente ativa – *Highly Active Antiretroviral Treatment (HAART)* – permitiu uma diminuição considerável nas manifestações clínicas associadas à infecção pelo HIV, ao lado de um ganho visível na qualidade de vida e no prognóstico das pessoas que têm acesso a ela. Esse avanço foi de tal ordem que, em 1996, médicos americanos chegaram a anunciar equivocadamente que tinham conseguido eliminar o vírus da corrente sanguínea de nove pacientes com a utilização do coquetel (Projeto Infoaids, 2004).

O principal objetivo da TARV é retardar o surgimento do quadro de imunodeficiência ou restaurar, tanto quanto possível, a condição de imunidade da pessoa

infectada. Complementarmente a essa estratégia, a supressão viral passa a ser um objetivo paralelo, na medida em que é o HIV o grande responsável pela destruição dos linfócitos T e pelas alterações quantitativas e qualitativas no sistema imunológico (Brasil, 2004).

A TARV é recomendada para todos os pacientes infectados pelo HIV que sejam sintomáticos, independentemente da contagem de linfócitos T CD4, e para os assintomáticos que apresentarem contagens de linfócitos T CD4 abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup>. No caso de pessoas infectadas e assintomáticas com contagens de CD4 entre 200 e 350 células/mm<sup>3</sup>, a equipe de saúde pode avaliar a introdução da TARV (Brasil, 2004).

A avaliação da eficácia do tratamento se dá a partir da utilização dos parâmetros de contagem de células CD4 (que devem aumentar ou pelo menos parar de diminuir com a introdução da TARV) e pela contagem da carga viral (espera-se que diminua com a introdução da TARV, até níveis indetectáveis, com contagens abaixo de 50 ou 80 cópias/ml). A falha terapêutica, por sua vez, pode ser definida como a ocorrência de um quadro de deterioração clínica do paciente e/ou piora nos parâmetros laboratoriais imunológicos e/ou virológicos. Um indicador de falha terapêutica é o aparecimento de doenças oportunistas, desde que o tratamento não se tenha iniciado quando a pessoa já se encontrava com um quadro de imunodeficiência avançada (Brasil, 2004).

Na 12<sup>a</sup> Conferência Mundial de Aids, realizada em Genebra em julho de 1998, os pesquisadores e profissionais envolvidos no evento foram alertados para o excesso de otimismo que vinha acompanhando as recentes descobertas, pois mesmo com a introdução da TARV e a melhora nos prognósticos das pessoas que faziam uso dela, o

HIV ainda conseguia driblar e se manter resistente no longo prazo (Projeto Infoaids, 2004).

Além disso, em avaliações mais recentes realizadas com base na segunda década de luta contra a aids, têm-se ressaltado que em alguns países até 90% da população infectada pelo HIV não tem acesso ao tratamento necessário, o que implica a manutenção de altas taxas de mortalidade e morbidade da doença nessas regiões (Parker & Camargo Jr., 2000; Zaba, Whitesite & Boerma, 2004).

Deve-se ressaltar, também, que a oferta dessas opções terapêuticas geralmente vem acompanhada de uma maior complexidade dos tratamentos e, para que possam dar conta dessas exigências, é imperativo o desenvolvimento de habilidades comportamentais e cognitivas mais elaboradas por parte das pessoas em tratamento (Kelly & Kalichman, 2002).

É possível destacar nesse quadro a resistência viral, a toxicidade dos medicamentos e a necessidade de níveis elevados de adesão como as principais barreiras atuais para o sucesso prolongado do tratamento. A resistência viral pode ser considerada um problema de saúde pública dos mais sérios, na medida em que cepas resistentes do HIV, além de serem responsáveis pela falha terapêutica, dificultam um resgate posterior com a “queima” de possibilidades de tratamento. A pessoa que desenvolve resistência viral a um determinado ARV passa a não obter os resultados terapêuticos esperados para aquele medicamento, restringindo as possibilidades para a elaboração do esquema combinado de drogas anti-retrovirais (Brasil, 2004; Vincke & Bolton, 2002).

O vírus resistente a um determinado medicamento apresenta características que podem dificultar a ação de um outro medicamento do mesmo grupo, e até daqueles de

outro grupo. Além disso, o vírus mutante pode ser transmitido para uma outra pessoa e causar um efeito cascata de resistência viral, abrindo a possibilidade para o desenvolvimento dos temidos “super-vírus” (Brasil, 2004; Vincke & Bolton, 2002).

A toxicidade dos medicamentos representa uma barreira adicional, principalmente por dois motivos: a ocorrência de reações físicas inerentes à sua ação, com possível aparecimento de efeitos colaterais adversos, e, conseqüentemente, pela necessidade de substituição das drogas empregadas. Essa troca dificulta a elaboração de regimes terapêuticos, ao diminuir o leque de opções que podem ser utilizadas e facilitando o processo de resistência viral, pois o HIV já pode ter constituído uma cepa mutante resistente (Brasil, 2004).

#### **1.4 Adesão ao tratamento – a solução ou um problema?**

Entre os problemas relativos ao tratamento em HIV/aids, um dos que mais têm chamado a atenção de pesquisadores e profissionais de saúde é a adesão às prescrições do tratamento. No caso da aids, para que haja a manutenção de resultados positivos, como diminuição da carga viral, ganhos de qualidade de vida, diminuição nos indicadores de morbidade e mortalidade e para evitar o desenvolvimento da resistência viral, são exigidos níveis estritos de seguimento dos horários e dosagens prescritos (Kelly & Kalichman, 2002; Russel & cols., 2003), com estudos apontando para a necessidade de níveis de adesão equivalentes ou superiores a 95% das doses recomendadas, o que torna o tratamento ainda mais desafiador (Scalera & cols., 2002).

Diversos estudos têm assinalado que os níveis de adesão entre pessoas submetidas à TARV variam conforme a metodologia de avaliação e o período de tempo estudado. No

entanto, os dados reforçam a suposição de que poucos pacientes conseguem manter tais níveis desejáveis de adesão (Russel & cols., 2003). Com tais falhas nas condutas de adesão, além da diminuição ou até mesmo da anulação dos efeitos benéficos da TARV, há o risco do desenvolvimento do processo de resistência viral, que afeta diretamente a condição de saúde da pessoa e as possibilidades futuras de tratamento (Vincke & Bolton, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), adesão pode ser definida como o comportamento de uma pessoa – tomar um remédio, seguir uma dieta, e/ou executar mudanças em seu estilo de vida – que corresponde às recomendações da equipe de saúde. Uma outra conceituação assinala que adesão é “um compromisso de colaboração ativa e intencional do paciente no curso de um comportamento, aceito de mútuo acordo, com o objetivo de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado” (DiMatteo & DiNicola, citado por Vasquez, Rodrigues & Alvarez, 1998, p. 232).

Para Tuldrà e Wu (2002), adesão pode ser considerada similar à aquisição de um hábito: informações e habilidades são adquiridas para incorporar o tratamento à rotina diária da pessoa e, em seguida, estas podem ser confrontadas com dificuldades que comprometem sua manutenção. Nessas definições, evidenciam-se os componentes cognitivo-comportamentais do conceito de adesão, sugerindo a contribuição que a psicologia pode oferecer nesse âmbito da saúde, em uma perspectiva interdisciplinar e biopsicossocial do processo saúde-doença (Brown & cols., 2002; Suls & Rothman, 2004).

Russel e cols. (2003) assinalam que os profissionais envolvidos na atenção às pessoas com HIV/aids podem se valer da compreensão dos fatores que dificultam e que

facilitam a adesão, mediante a descrição por parte do próprio usuário de suas experiências, atitudes e crenças sobre o tratamento, para ajudá-los a compreender a importância da TARV e como melhorar o comportamento de adesão.

Vários estudos, estrangeiros e brasileiros, têm sido conduzidos no sentido de buscar identificar essas variáveis – do tratamento, da pessoa, dos serviços de saúde – que podem estar relacionadas aos comportamentos de não-adesão entre pessoas com recomendação para a TARV, podendo ser citados como exemplos os trabalhos de Kelly e Kalichman (2002), Paiva, Leme, Nigro & Caraciolo, (2000), Nemes, Carvalho e Souza (2004), Russel e cols. (2003) e Singh e cols. (1999). Os resultados apontam algumas condições que podem estar relacionadas ao comportamento de não-adesão:

- ⌘ complexidade do regime terapêutico, que inclui o número de doses de cada medicamento que precisa ser ingerida ao longo do dia; o número de comprimidos ingeridos de cada vez; a forma de armazenamento, por exemplo, a exigência de que o medicamento seja conservado em baixa temperatura; o modo de ingestão, como medicamentos de tamanhos grandes ou que precisem de algum preparo antes de serem tomados, a exemplo dos efervescentes; além dos horários de cada dose;
- ⌘ a ausência de suporte material e afetivo, bem como a percepção por parte da pessoa de que esse suporte é insuficiente;
- ⌘ habilidades comportamentais e cognitivas precárias para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento, bem como o enfrentamento da doença;
- ⌘ presença de transtornos mentais, como depressão e ansiedade;

- ⌘ efeitos colaterais da medicação anti-retroviral, agravados se forem concomitantes aos sintomas da aids;
- ⌘ relação insatisfatória do usuário com o médico e com os demais profissionais da equipe de saúde, além das percepções que a pessoa possui a respeito dessa relação, incluindo seu nível de satisfação com os serviços prestado, com os procedimentos realizados e aqueles que ele precisa ter acesso, como exames, medicamentos e consultas;
- ⌘ alterações na rotina e no estilo de vida da pessoa;
- ⌘ crenças desfavoráveis e informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento;
- ⌘ níveis baixos de instrução, não implicando necessariamente na escolaridade formal, mas em uma restrita capacidade de assimilar e compreender as informações pertinentes sobre o tratamento e a doença;
- ⌘ falta de organização, com dificuldades para adequar as exigências do tratamento às rotinas diárias, como horários de acordar, das refeições, do trabalho e de ingestão da medicação;
- ⌘ esquecimento;
- ⌘ abuso de álcool e outras drogas.

### **1.5 Enfoque cognitivo-comportamental e atuação com pessoas vivendo com HIV/aids**

Entre os vários modelos teóricos empregados pela psicologia para estudar comportamentos de saúde, a abordagem cognitivo-comportamental tem apontado a

relação desses comportamentos com variáveis psicológicas como percepção de controle, otimismo, auto-eficácia, habilidades de enfrentamento ao estresse, crenças de saúde, estados emocionais e atitudes relacionadas à doença e ao tratamento (Barros, 2003).

Fundamentados nos resultados positivos de intervenções de base cognitivo-comportamental, procedimentos de atendimento em grupo baseados nesse modelo, orientados para a identificação e manejo das fontes estressantes e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, também têm demonstrado bons resultados (Kelly & Kalichman, 2002). Esses resultados têm sido corroborados por estudos com pessoas acometidas por diversas enfermidades, tanto no Brasil (Murta, 2005; Neves, 2004; Seidl, 2005a), quanto em outros países (White & Freman, 2003).

Intervenções em grupo vêm sendo amplamente empregadas e apresentam vantagens em relação às intervenções individuais: eficácia semelhante em vários problemas de saúde, atendimento de uma gama maior de pessoas em um espaço de tempo similar, otimização e diminuição dos custos da intervenção, funcionamento preventivo quando um membro ouve um outro falar de um problema com o qual ainda não se deparou. Ademais, certos problemas e estratégias são melhor trabalhados em grupo e pode haver uma frequência maior de *feedback* recebida pelos participantes. Além de tais vantagens, intervenções em grupo apresentam uma característica ímpar, pois além do vínculo formado entre o participante e o profissional que conduz a atividade, as próprias interações entre os participantes podem ser instrumentos de mudança para os comportamentos mal-adaptados (Vinogradov & Yalom, 1992; Wessler, 1999).

Segundo Romano (1999), também pode ser destacado o fato de que um número maior de pessoas recebe atenção para suas necessidades, simultaneamente, permite que

sejam identificadas aquelas que demandam uma atenção individualizada complementar ou especializada. Nesse sentido, estas podem ser encaminhadas para o atendimento que necessitam. Pode-se realçar, ainda, a criação e/ou fortalecimento dos laços afetivos e do suporte social entre os usuários que compartilham o mesmo serviço e a possibilidade de se ter uma amostragem de assuntos de interesse dos clientes assistidos, o que auxiliaria na elaboração de iniciativas para melhorar o atendimento prestado.

O caráter educativo da abordagem cognitivo-comportamental vem ao encontro da necessidade que pessoas portadoras de doenças crônicas têm de desenvolver determinadas habilidades para que possam lidar de maneira eficaz com sua condição ao longo do tempo e, geralmente, pelo resto da vida. Para tanto, o modelo propõe o desenvolvimento de habilidades relacionais, a administração do estilo de vida, o ajustamento social, a redução do estresse, a reestruturação cognitiva e o fortalecimento de habilidades para resolução de problemas, com o objetivo de proporcionar às pessoas melhor capacidade para proceder às escolhas necessárias e maior autocontrole da situação (Cade, 2001; Wessler, 1999).

Para que essas competências sejam estabelecidas, White e Freeman (2003) assinalam que o trabalho em grupo de base cognitivo-comportamental deve ser focado no desenvolvimento de habilidades que permitam que os participantes compreendam seu estilo cognitivo para atuar sobre ele. Assim, é preciso desenvolver com os participantes as habilidades necessárias para que eles possam entender a inter-relação entre o conteúdo mental vivenciado (pensamentos), a experiência emocional vivida (emoções) e as ações desempenhadas (comportamentos) e agir sobre eles, de modo a apresentar um funcionamento mais saudável.

Outro ponto importante a ser trabalhado com os participantes, são as crenças aprendidas e acumuladas ao longo do curso de vida e que constituem um conjunto de regras que dão significado à sua vida. O grupo se coloca como um local privilegiado para permitir que essas regras subjacentes sejam compartilhadas. Desta forma, no ambiente grupal, o profissional pode testar as hipóteses formuladas pelos participantes para compreender seu mundo, de modo a determinar as que são válidas e precisam ser reforçadas e alterar aquelas que são prejudiciais, os ajudando a desenvolver habilidades para elaborarem crenças mais realísticas e funcionais (Beck, 1995; White & Freeman, 2003).

Entre as técnicas mais utilizadas para alcançar tais mudanças, a contestação de pensamentos, especialmente daqueles relacionados aos comportamentos disfuncionais, tem sido bastante empregada. Nessa técnica, o participante é orientado a se inquirir acerca da validade e veracidade de seus pensamentos com base nas evidências que possui, na existência de outras possibilidades de interpretação para o evento e nas possibilidades de alteração ou eliminação de tais pensamentos disfuncionais (Caballo & Buela-Casal, 1996; Feilstrecker, Hatzenberger & Caminha, 2003).

Geralmente, esse processo de contestação evidencia uma série de distorções cognitivas, que são sustentadas por crenças mal-adaptativas, configurando-se como padrões persistentes de pensamento com significado pessoal e com regras lógicas falhas. Na aplicação da técnica não há uma determinação do que é bom ou mau, mas sim, um chamado à reflexão para se comparar as vantagens e desvantagens de um determinado grupo de premissas (Caballo & Buela-Casal, 1996; Feilstrecker, & cols., 2003).

Com a técnica do balanço entre vantagens e desvantagens, os participantes são incentivados a deixar de se comportar com base exclusivamente em padrões de pensamentos dicotômicos, aprendendo a relacionar as vantagens e desvantagens de uma determinada situação e, a partir dessa percepção, mudar suas perspectivas e equilibrar suas alternativas de ação (Feilstrecker & cols., 2003).

Uma outra técnica que pode ser utilizada em intervenções individuais ou de grupo é o auto-registro. Consiste em levar o participante a observar e registrar sistematicamente seu próprio comportamento. O auto-registro pode ser utilizado para avaliar o comportamento, seus antecedentes, suas conseqüências, as emoções vivenciadas ou as relações entre essas variáveis. Além da importância na avaliação inicial, o auto-registro também é útil no acompanhamento das alterações que ocorrem ao longo do tempo (Rehm, 1999).

Como estratégia de intervenção, o auto-registro tem também efeito reativo, interferindo no comportamento registrado. Observa-se em geral, um aumento dos comportamentos esperados e um decréscimo dos comportamentos indesejados. Outra utilização se dá no direcionamento da atenção de uma pessoa, realçando aspectos diferentes dos que ela geralmente tem costume de focar. Para que esse auto-registro seja efetivo e seja favorecido o compromisso com sua realização, é importante que ele ocorra de modo concomitante aos eventos a serem registrados, que os instrumentos sejam portáteis e discretos e que a tarefa não seja cansativa ou complexa (Rehm, 1999).

As técnicas de relaxamento também têm sido amplamente utilizadas, combinadas com outras técnicas ou para modificação do comportamento em si. Nelas há uma interação de processos fisiológicos e psicológicos, que desencadeiam respostas somáticas

e autônomas (Feilstrecker & cols., 2003; Vera & Vila, 1999). O relaxamento tem papel importante no manejo do estresse, pois estudos têm demonstrado a relação entre estados prolongados de estresse e adoecimento, além dos transtornos à saúde que a excitabilidade prolongada pode causar (Lipp, 1997).

Como exemplo de técnica de relaxamento, dentre as várias possibilidades de intervenção, pode-se citar o relaxamento autógeno de Schultz (citado por Vera & Villa, 1999). A técnica consiste em uma série de frases elaboradas com o objetivo de levar o sujeito a estados de relaxamento através de auto-sugestões sobre sensações de calor e peso nas extremidades do corpo, regulação das batidas do coração, sensações de tranqüilidade e confiança em si mesmo ou concentração na respiração. Inicialmente, a pessoa é dirigida pelo profissional, mas depois a própria pessoa deve interiorizar e praticar sozinha o relaxamento. O relaxamento muscular progressivo de Jacobson e a respiração diafragmática também são técnicas de relaxamento aplicáveis e adequadas aos ambientes de saúde (Lipp, 1997).

Uma das constatações mais evidentes da utilização de técnicas de base cognitivo-comportamental é que, em geral, as pessoas acreditam não possuir habilidades para resolver problemas e consideram seus problemas como únicos. Em grupo, tenta-se proporcionar aos participantes uma experiência construtiva ao abordar questões cotidianas e buscar soluções para os problemas apresentados (White & Freeman, 2003).

Com o aumento da coesão grupal, esse sentimento de solidão, incapacidade e estranheza tende a diminuir, pois os participantes passam a perceber que existem outras pessoas que vivem ou viveram situações similares. Alta coesão é observada com o elevado percentual de contato visual entre os interlocutores, grande número de interações

entre os participantes, alta frequência de auto-revelação e pequeno número de pessoas que concentram ou emitem repetidamente mensagens negativas. Um ambiente de coesão elevada favorece que as pessoas possam expressar suas experiências e opiniões, sem que o grupo seja estruturalmente abalado e sem que haja prejuízo para os demais participantes (Lima & Derdyck, 2001; White & Freeman, 2003; Wessler, 1999).

Além da busca por essa coesão entre os participantes, o trabalho em grupo deve ter foco na tarefa, ou seja, o trabalho deve ser direcionado para a busca de resolução de problemas. O próprio trabalho orientado para resolução de problemas pode favorecer a coesão, pois, o compartilhamento de experiências e estratégias tende a melhorar as habilidades de resolução de problemas dos membros e fortalecer os laços de confiança (Lima & Derdyck, 2001; White & Freeman, 2003; Wessler, 1999).

Nesse enfoque, o papel do coordenador do grupo é facilitar a adaptação dos participantes, ou seja, ajudá-los a buscar respostas que sejam mais condizentes com o meio no qual vivem. O trabalho deve ser orientado para melhorar os comportamentos de resolução de problemas, de modo que os participantes aprendam a encontrar respostas mais adaptativas para suas dificuldades e possam generalizar esse comportamento para sua vida cotidiana (Lima & Derdyck, 2001; White & Freeman, 2003).

O *feedback* deve permear o processo de intervenção, cabendo ao coordenador do grupo incentivar o *feedback* aberto e direto entre os participantes, adequando os processos às estratégias que estiverem funcionando melhor entre eles e favorecendo que seja empregado um *feedback* construtivo e positivo (White & Freeman, 2003).

Um elemento importante desse trabalho é o planejamento do encontro. Ele possibilita o aproveitamento mais eficiente do tempo e que todos os participantes

recebam atenção de maneira equilibrada. Deve-se orientá-lo para objetivos específicos, que podem ser traçados a partir de metas e submetas. Normalmente é solicitada aos participantes tarefas de casa, permitindo que eles possam passar por uma experimentação comportamental, ou seja, possam testar suas hipóteses na vida cotidiana e determinar aquelas que são mais adaptativas e úteis (White & Freeman, 2003).

O trabalho em grupo pode ser coordenado por uma dupla de profissionais, desde que compartilhem a mesma orientação teórica. O co-coordenador pode auxiliar no planejamento e na condução das sessões, dispensar uma observação mais próxima para todos os participantes do grupo, fazer observações sobre o que está acontecendo no encontro, bem como revezar a condução do trabalho com o coordenador. Uma vantagem do trabalho em dupla é que as tarefas podem ser divididas, o que faz com que o tempo seja melhor aproveitado (Lima & Derdyck, 1999).

Um objetivo adicional das técnicas baseadas na terapia cognitivo-comportamental é prevenir a recaída, ou seja, todos os procedimentos empregados devem sempre possibilitar que, ao final, os participantes consigam generalizar as técnicas empregadas para as situações da sua vida diária. Assim, com as competências necessárias para realizá-las depois de encerrada a intervenção, é esperada a redução da probabilidade de apresentarem novamente os comportamentos que os levaram a procurar ajuda (Milan & Mitchel, 1999).

Uma proposta de intervenção com enfoque cognitivo-comportamental em grupo para melhorar a adesão ao tratamento em pessoas soropositivas foi avaliada por Murphy, Lu, Martin, Hoffman e Marelich (2002). Do total de 170 sujeitos convidados, 52 atenderam às condições do estudo (ter mais de dezoito anos; HIV+ ou com diagnóstico de

aids; indicação de uso da TARV; falar inglês; nenhuma participação anterior em estudo sobre adesão à medicação; nenhuma participação atual em pesquisa clínica; nenhum aspecto psiquiátrico que o impedisse de participar das atividades em grupo). Os inscritos foram divididos randomicamente em dois grupos: um controle na condição de cuidado padrão (n=25) e um grupo de intervenção (n=27). Em ambos os grupos, os participantes foram entrevistados individualmente, sendo realizada uma avaliação inicial (linha de base) e duas avaliações de seguimento, uma logo após o encerramento da intervenção e outra, três meses depois. As entrevistas procuraram avaliar a adesão, estratégias usadas para melhorá-la e barreiras encontradas.

As pessoas do grupo submetidas à intervenção participaram de sessões, com o seguinte conteúdo: informação sobre o tratamento em HIV/aids; atividades para identificar barreiras à adesão, com o uso de estratégias comportamentais; estratégias cognitivas incorporadas ao plano de adesão; procedimentos para ganho de controle da pessoa sobre sua saúde e plano de auto-cuidado; modificação e fortalecimento de planos individuais de adesão e antecipação de desafios na manutenção da adesão. Também foram avaliados o suporte social, habilidades de enfrentamento, auto-eficácia, abuso de substâncias psicoativas, conhecimento sobre HIV/aids e a confiança nos profissionais. Ao final do estudo observou-se que o grupo que participou da intervenção apresentou maiores níveis de adesão ao tratamento, quando comparado ao grupo controle. Ademais, a intervenção possibilitou uma série de benefícios secundários: maiores níveis de auto-eficácia na comunicação com a equipe de saúde e para a continuidade do tratamento independentemente dos obstáculos; aumento nos níveis de busca de suporte social e maior satisfação com o tratamento (Murphy & cols., 2002).

Outra iniciativa de intervenção cognitivo-comportamental em grupo foi avaliada por Chan e cols. (2005). A intervenção foi realizada em um grupo de oito pessoas soropositivas, adultas, heterossexuais, no estado sintomático da doença e em atendimento ambulatorial. Foram levantadas medidas demográficas e psicossociais (qualidade de vida relacionada à saúde e estado de humor). Além do grupo de intervenção, foi formado um grupo controle com oito pacientes. A intervenção foi realizada em sete sessões, com duração de duas horas cada. Depois da realização dos grupos, foi conduzida avaliação pós-intervenção, para comparar com os dados da linha de base.

Os objetivos eram desenvolver com os participantes as habilidades para identificar e lidar com suas crenças irracionais, relacionadas a vários aspectos da doença, e buscar melhores estratégias de enfrentamento em situações estressantes que fossem oriundas da soropositividade. Para tanto, foram discutidos vários temas como saúde, auto-percepção, relações sociais e questões essenciais relacionadas à doença. As estratégias de intervenção consistiam de reestruturação cognitiva, estratégias de mudança comportamental, apresentação de informações sobre reações físicas e psicológicas ao estresse e relaxamento. Os resultados do grupo apontaram para uma diminuição significativa nos níveis de estresse e de melhora na percepção da qualidade de vida dos participantes (Chan & cols., 2005).

### **1.6 Auto-eficácia, aids e adesão**

Segundo Haidt e Rodin (1999) as pessoas gostam de ter controle sobre suas vidas, inclusive sobre situações em relação às quais possuem controle reduzido. Dentro da ciência psicológica, quatro abordagens podem ser destacadas como dando uma ênfase

especial a essa questão: a teoria motivacional de Robert White, o *locus* de controle de Jullian Roter, a desesperança aprendida de Martin Seligman e a teoria cognitivo-social de Albert Bandura.

Nesse enfoque, diversos estudos têm demonstrado que crenças de controle modulam os impactos psicológicos e fisiológicos de fontes de estresse, amenizando os efeitos de afetos negativos e de respostas endócrinas frente a ameaças e desafios, mesmo diante de estressores imutáveis. Além de modular os efeitos de fontes negativas de estresse, alguns autores têm assinalado que o senso de controle apresenta efeitos benéficos para a saúde, especialmente por produzir afetos positivos. Estudos têm apontado para uma maior expectativa de vida e vidas mais saudáveis entre as pessoas que têm esse senso de controle aumentado (Haidt & Rodin, 1999).

No que tange aos comportamentos de saúde, a relação entre conduta e senso de controle também está claramente demonstrada. Os estudos têm apontado que um senso de controle e auto-eficácia positivo está relacionado a maiores níveis de busca de soluções para necessidades de saúde, incluindo a busca por informações relevantes e adesão às prescrições do tratamento. Assim, controle e eficácia percebidos parecem formar pontes entre o mundo das representações e o mundo fisiológico (Haidt & Rodin, 1999; Kear, 2000).

Entre as teorias que têm apresentado um modelo explicativo para as relações entre comportamento e controle, podemos destacar a teoria cognitiva social de Bandura (Haidt & Rodin, 1999). Bandura (1989) propõe um modelo onde comportamento, cognição e fatores pessoais ou influências ambientais são determinantes que interagem e se influenciam recíproca e bidirecionalmente.

Nessa perspectiva, Bandura (1994a) definiu auto-eficácia percebida como “as crenças das pessoas sobre suas capacidades para produzir determinados níveis de desempenho que exerçam influência sobre eventos que afetam suas vidas” (p. 2). Estudos têm indicado que a percepção positiva de auto-eficácia tende a reforçar a capacidade de realização e o bem-estar das pessoas, com tarefas difíceis sendo encaradas como desafios a serem gerenciados e não ameaças a serem evitadas.

Além disso, expectativa de auto-eficácia positiva tende a fomentar o interesse intrínseco e maior dedicação à realização de atividades, com o estabelecimento de metas desafiadoras, manutenção e intensificação de esforços frente à falhas, que podem ser atribuídas a esforço insuficiente ou conhecimentos e habilidades precariamente adquiridos. Como efeito, esse senso positivo tende a facilitar o alcance de realizações pessoais e reduzir o estresse e a vulnerabilidade à depressão (Bandura, 1994a; Silva, 2004).

Por sua vez, pessoas que possuem dúvidas acerca de suas capacidades de realização, tendem a fugir de tarefas difíceis, na medida em que estas são percebidas como ameaças pessoais, além de terem baixas aspirações e fraco compromisso com os objetivos que elas escolhem perseguir. Frente às dificuldades, geralmente, centram-se em suas deficiências, nos obstáculos que serão encontrados e em toda sorte de adversidades, em consequência, reduzem seus esforços e desistem rapidamente em situações percebidas como ameaçadoras, em vez de focarem na busca de meios para obterem sucesso na tarefa (Bandura, 1994a; Silva, 2004).

A auto-eficácia desempenha ainda um papel primordial na auto-regulação motivacional, pois grande parte da motivação humana é gerada cognitivamente. As

peessoas se motivam e guiam suas ações antecipadamente com base em premeditações. Desta forma, elaboram crenças sobre o que são capazes de fazer e antecipam as probabilidades de sucesso de ações futuras, formando objetivos para si e planejando cursos de ação determinados para alcançar resultados futuros estimados (Bandura, 1994a).

Também é de se destacar o impacto da auto-eficácia percebida sobre os sistemas biológicos e, conseqüentemente, seus efeitos sobre o funcionamento da saúde física. A capacidade de auto-controle parece ser um princípio básico do manejo dos efeitos do estresse, pois estudos têm demonstrado que, se uma pessoa é exposta a um estressor e se percebe com habilidades para lidar com ele, nenhum ou poucos efeitos negativos são encontrados. Por sua vez, quando a pessoa se percebe como não tendo habilidade suficiente para lidar com os estressores que se impõem a ela, podem ser verificados prejuízos para o sistema imunológico, com o aumento da suscetibilidade do organismo a infecções, ao desenvolvimento de doenças e ao aceleração do quadro clínico de doenças instaladas (Bandura, 1994a).

O senso de auto-eficácia pode ser desenvolvido de quatro maneiras (Bandura, 1998; Silva, 2004):

- ⌘ *Experiências diretas de maestria*: o sucesso traz indicativos de maestria que gradativamente aumentam o senso de auto-eficácia. O fracasso, por sua vez, pode debilitar essa percepção de auto-eficácia, especialmente se ocorrer no início do processo, efeito que pode ser minimizado caso o senso de auto-eficácia esteja bem estabelecido.
- ⌘ *Experiência vicária*: ver que pessoas conseguem, através do esforço sustentado,

realizar determinadas tarefas, reforça as crenças da pessoa de que ela também possui as capacidades para realizar atividades similares com sucesso. Da mesma forma, observar outras pessoas, mesmo que tenham empreendido grandes esforços, falharem, diminui a auto-percepção de capacidades para a realização da tarefa, podendo minar os esforços empregados.

⌘ *Persuasão social*: pessoas que são verbalmente persuadidas de que possuem as capacidades para lidar com dadas situações, e recebem ajuda provisória, tendem a mobilizar maiores esforços e mantê-los em uma determinada atividade do que aquelas que só recebem ajuda para a realização da tarefa.

⌘ *Inferências sobre o estado fisiológico*: estados emocionais e somáticos são levados em consideração na avaliação das capacidades de uma pessoa para a ação. Reações fisiológicas extremas ao estresse e à tensão são percebidas como relacionadas à vulnerabilidade e ao fraco desempenho. O humor também influencia na avaliação de eficácia pessoal: humor positivo favorece a auto-eficácia percebida e humor debilitado a desfavorece. É importante frisar que o mais importante é como esses elementos são percebidos e interpretados pela pessoa e não a reação em si.

É fundamental no trabalho na área de saúde entender como as pessoas desenvolvem habilidades e percepções para lidar com as demandas de seu ambiente que afetam sua qualidade de vida ou levam ao adoecimento. Como a auto-eficácia se coloca como mecanismo preferencial dessa relação, ligando a cognição ao funcionamento da saúde, é essencial o entendimento sobre como tais expectativas da pessoa estão operando

e influenciando sua saúde, inclusive diante de desafios do próprio tratamento (Silva, 2004).

O modelo de Bandura (1998) se propõe a servir como suporte teórico e prático para a análise desses comportamentos de saúde, auxiliando as pessoas a permanecerem saudáveis mediante a auto-manutenção de hábitos positivos ou a instalação de novos repertórios comportamentais. O trabalho focado na melhoria da percepção de auto-eficácia pode promover a longevidade e a qualidade de vida de pessoas, mediante a influência comportamental, especialmente porque ela permeia todas as fases da mudança de hábitos: a decisão sobre a mudança em si, a escolha dos aspectos motivacionais necessários para obter sucesso na empreitada e das estratégias para a manutenção das mudanças alcançadas.

Em suma, quanto mais forte a auto-eficácia percebida, maior será a possibilidade de reduzir hábitos que prejudicam a saúde e adotar e integrar comportamentos que promovam a saúde (Bandura, 1994a, Bandura 1994b). Para conseguir essas mudanças auto-direcionadas, entretanto, não é suficiente somente que as pessoas tenham conhecimento das razões para alterar os hábitos de risco, mas é necessário que sejam oferecidos suporte comportamental, material e social (Bandura, 1994b).

Utilizando esse referencial da teoria social cognitiva, Reynolds e cols. (2004) realizaram um estudo com 980 pessoas soropositivas que estavam iniciando o tratamento. O objetivo era avaliar crenças sobre a TARV e características psicossociais que poderiam influenciar a conduta de adesão, com vistas a delinear programas para melhorar os níveis de adesão à terapia combinada. Os resultados sugeriram que fatores pessoais e situacionais, como depressão, presença de estressores e baixos níveis de escolaridade

foram relacionados a menores níveis de confiança na efetividade da TARV e na auto-eficácia percebida para aderir ao tratamento anti-retroviral. Esses resultados indicam a importância de que sejam identificadas, de modo oportuno, as variáveis pessoais e situacionais que podem interferir na adesão das pessoas submetidas à TARV, para empreender ações que auxiliem o paciente no manejo das mesmas.

Godin, Côté, Naccache, Lambert e Trottier (2005) conduziram um estudo longitudinal com o objetivo de identificar os determinantes da adesão à TARV. Os participantes foram avaliados pelo período de doze meses durante as consultas de rotina, com aplicação de questionários na linha de base e depois de três, seis, nove e doze meses. Participaram do estudo 376 pessoas que viviam com HIV e que estavam realizando tratamento anti-retroviral há pelo menos seis meses. Foram avaliados conduta de adesão, expectativas de resultados, auto-eficácia, satisfação do paciente com a relação com seu médico, suporte social, otimismo, CD4, carga viral e efeitos colaterais. Foi considerado como nível satisfatório de adesão a ingestão de pelo menos 95% da medicação prescrita. Os autores apontaram para uma relação positiva entre adesão satisfatória e atitude favorável para ingestão da medicação, altos níveis de satisfação com a equipe médica, bom suporte social percebido, se mostrar otimista, ausência de efeitos colaterais e não morar sozinho. A partir dos resultados, os autores assinalaram que iniciativas com o objetivo de melhorar a adesão à TARV devem focar, dentre outras coisas, o reforço da auto-eficácia percebida para o seguimento das prescrições médicas e o desenvolvimento de uma atitude positiva para a ingestão da medicação.

## **1.7 HIV/aids e estratégias de enfrentamento**

Outra variável psicológica muito estudada no âmbito da psicologia da saúde são as estratégias de enfrentamento, do termo em inglês *coping* (Endler, Parker & Summerfeldt, 1998). Os estudos têm apontado que as estratégias de enfrentamento mediam a relação existente entre eventos estressantes e indicadores de capacidade de adaptação, como saúde física e sintomas psicológicos (Folkman, Lazarus, Gruen & De Longis, 1986).

Segundo Folkman e cols. (1986) pode-se definir estratégias de enfrentamento como os esforços cognitivos e comportamentais da pessoa para administrar (reduzir, minimizar, lidar ou tolerar) as exigências internas e externas da relação pessoa-ambiente, que são avaliadas como exigindo demasiadamente ou excedendo os recursos que ela possui.

Com base na teoria de estresse e enfrentamento proposta por Lazarus e Folkman (Folkman & cols. 1986), as relações entre a pessoa e seu ambiente são vistas como dinâmicas, mutuamente recíprocas e bidirecionais. Nesse contexto, para a escolha das estratégias que serão empregadas pela pessoa para lidar com uma situação de estresse (por exemplo, o diagnóstico de uma doença crônica), ocorre um processo de mediação cognitiva. Inicialmente, a pessoa avalia o risco inerente à situação, para em seguida pesar os recursos e possibilidades de ação que ela dispõe para lidar com a situação estressora (Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira, 1998; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001).

O enfrentamento possui duas modalidades principais: o enfrentamento focado no problema e o enfrentamento focado na emoção. O primeiro é caracterizado por uma tentativa da pessoa de lidar internamente (por exemplo, valorizando aspectos positivos da

experiência estressora, a partir de reestruturação cognitiva) ou externamente (por exemplo, com negociação para resolver um impasse ou buscar informações) com a fonte do estresse. As estratégias relativas ao segundo modo de enfrentamento buscam modular os estados emocionais da pessoa frente à fonte de estresse, geralmente agindo em um nível somático ou de sentimentos. Estudos recentes têm apontado para a ocorrência de outras modalidades de enfrentamento, como a busca de suporte social para a resolução da situação de estresse ou a busca de práticas religiosas (Antoniazzi & cols., 1998; Seidl & cols., 2001).

O enfrentamento adaptativo se dá quando a pessoa lança mão de estratégias de enfrentamento focadas no problema e/ou na emoção, ou outras adequadas para lidar com a situação de estresse, conforme sua mutabilidade. Trazendo para o contexto de pessoas vivendo com HIV/aids, intervenções baseadas nesse modelo buscam ensinar a pessoa a lidar com as fontes de estresse relacionadas à enfermidade de forma mais adaptativa, favorecendo estados psicológicos positivos (Chesney, Chambers, Taylor, Johnson & Folkman, 2003).

Seidl, Zannon & Tróccoli (2005) realizaram um estudo para identificar preditores da percepção de qualidade de vida (QV) entre as variáveis condição clínica, escolaridade, situação conjugal, modalidades de enfrentamento e suporte social com amostra composta de 241 pessoas soropositivas brasileiras. A qualidade de vida foi avaliada em quatro dimensões: psicossocial, física, do ambiente e QV geral. Os resultados do estudo apontaram que as pessoas HIV+ que referiram possuir maior disponibilidade e satisfação com o suporte social emocional, não empregavam em demasia estratégias de enfrentamento com foco na emoção, usavam mais estratégias focalizadas no problema e

viviam com parceiros, apresentaram resultados satisfatórios significativos na dimensão psicossocial da QV, ou seja, apresentaram escores mais elevados nas medidas de funcionamento cognitivo, afetivo e dos relacionamentos sociais.

Ashton e cols. (2005) conduziram um estudo para tentar demonstrar que suporte social insuficiente e estratégias de enfrentamento mal-adaptativas poderiam ser preditores de sintomas relacionados com a aids. Para tanto foram entrevistadas, na linha de base, 65 pessoas que viviam com HIV/aids, onde foram avaliados suporte social, estratégias de enfrentamento e sintomas relacionados ao HIV/aids. Os sintomas físicos também foram avaliados três, seis e doze meses depois da linha de base. Foram selecionadas três estratégias de enfrentamento para avaliação no estudo: desengajamento comportamental (“Eu tenho evitado lidar com a doença”), desengajamento mental (“Eu tenho me voltado para o trabalho ou outras atividades para esquecer essas coisas”) e desabafo (“Eu tenho dito coisas para deixar que meus sentimentos indesejáveis escapem”).

Nos resultados do estudo de Ashton e cols. (2005), entre as três modalidades de enfrentamento, somente desabafar para lidar com questões relacionados ao HIV/aids predisse um aumento significativo de sintomas relacionados ao HIV, apesar de desengajamento comportamental e mental terem ido na direção hipotetizada, mas sem alcançar níveis satisfatórios de significância. Outro achado do estudo foi que, quanto mais satisfeitos estavam os sujeitos com seu suporte social, menor foi o incremento de sintomas relacionados à aids apresentados.

Em outro estudo, que tentou demonstrar a relação entre as estratégias de enfrentamento e comportamentos de saúde, Kalichman e cols. (2003) apontaram para os bons resultados conseguidos mediante a utilização da internet para a busca de

informações sobre saúde. O uso de estratégia de enfrentamento de busca de informação, uma modalidade de enfrentamento focado no problema, tem sido associada a benefícios para a saúde de pessoas que vivem com doenças crônicas, sendo importante o reforço desses comportamentos. Os autores pontuaram, entretanto, a necessidade de que as pessoas desenvolvam competências para que possam efetivamente se beneficiar desse tipo de recurso tecnológico que permite maior acesso às informações sobre saúde.

A avaliação das estratégias de enfrentamento no contexto da adesão ao tratamento em HIV/aids decorre do fato de que aderir à medicação pode se constituir em uma modalidade de enfrentamento focada no problema. Assim, pessoas que apresentam estratégias de esquiva ou de negação da enfermidade muitas vezes apresentam níveis insatisfatórios de adesão.

### **1.8 Por que estudar adesão ao tratamento em pessoas que vivem com HIV/aids?**

Pode-se concluir, com base nas questões apresentadas nesta introdução, que a adesão ao tratamento em HIV/aids é um fenômeno complexo e multideterminado, que coloca desafios para os profissionais de saúde que atuam na área (Teixeira, Paiva & Shimma, 2000).

As pessoas que precisam se adequar a uma condição de vida pautada pelo uso continuado de remédios, além de uma série de rotinas prescritas, necessitam de atenção especial e diferenciada, tanto pelo ponto de vista individual – buscando oferecer uma melhora considerável de sua qualidade de vida em decorrência da adesão adequada – quanto em termos de saúde pública, pois são claros e evidentes os prejuízos que a pandemia e seu alastramento tem causado às sociedades.

Além disso, é de se ressaltar uma preocupação adicional com a resistência viral que pode afetar toda uma comunidade, diante da possibilidade de agravamento da pandemia com a replicação de tipos mutantes do HIV, mais resistentes aos tratamentos atualmente disponíveis. E esse fato ainda se soma às estatísticas que indicam o número crescente de novos casos, notadamente entre mulheres e pessoas de menor nível socioeconômico, para corroborar a necessidade de que a TARV seja realizada da melhor maneira possível, considerando as necessidades, recursos pessoais, particularidades e potencialidades de cada pessoa. Ademais, essa questão ganha relevância em um país que apresenta uma política de acesso universal à TARV, elogiada e reconhecida internacionalmente (Brasil, 2005).

Essa atenção diferenciada passa necessariamente pelo desenvolvimento de pesquisas e intervenções direcionadas para a melhoria da adesão ao tratamento em pessoas soropositivas. Assim, é iminente a necessidade de estudos que contribuam para a compreensão dos aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à adesão ao tratamento anti-retroviral, propondo procedimentos de intervenção que ofereçam ferramentas técnicas e teóricas da ciência psicológica que possam favorecer os níveis de adesão e, conseqüentemente, a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids.

A experiência de dez anos de atuação em HIV/aids da equipe do Projeto de Extensão de Ação Contínua Com-Vivência (Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Portadoras do HIV/aids e Familiares) do Hospital Universitário de Brasília propiciou o aval técnico e teórico-prático para que a presente pesquisa fosse realizada nesse serviço. Os objetivos gerais do projeto são: (1) desenvolver atividades de prevenção e de assistência da psicologia e do serviço social a pessoas que vivem com HIV/Aids,

articuladas a atividades de ensino e pesquisa, no Hospital Universitário de Brasília, (2) organizar e desenvolver ações preventivas e educativas sobre aspectos referentes ao HIV/Aids, junto à comunidade em geral; (3) prestar atendimento psicológico e social, individual ou em grupo, a pacientes portadores do HIV/Aids e familiares, em acompanhamento ambulatorial, bem como a pacientes internados na enfermaria e no pronto-socorro do HUB.

O atendimento psicológico e social, disponibilizado pelo Projeto Com-Vivência a pessoas que vivem com HIV/aids (crianças, adolescentes, adultos) e a cônjuges, familiares e/ou pessoas da rede de apoio social do usuário, consolida-se em atividades e procedimentos realizados no ambulatório e na enfermaria, tais como: acolhimento de pacientes novos, avaliação psicossocial, pré ou pós-consulta (atendimento antes ou depois da consulta médica), atendimento psicológico (individual ou em grupo), atendimento e/ou orientação social. Assim, as ações da psicologia no âmbito específico da adesão em HIV/aids e de temas correlatos, que vêm sendo desenvolvidas no Projeto Com-Vivência, deram subsídios ao trabalho de intervenção proposto (Faustino & Seidl, 2005; Seidl & Silva, 1997; Seidl, 2001; Seidl, 2005a).

## 2. MÉTODO

### 2.1 - Objetivos

Os objetivos do estudo foram:

*Geral:*

Descrever um programa de intervenção cognitivo-comportamental e avaliar seus efeitos sobre o comportamento de adesão de pessoas soropositivas com dificuldades para aderir ao tratamento anti-retroviral.

*Específicos:*

- ⌘ Implementar intervenção cognitivo-comportamental com pessoas soropositivas que apresentavam dificuldades de adesão à medicação anti-retroviral ou com indicativo de prevenção de recaída para a não-adesão.
- ⌘ Descrever o comportamento de adesão ao tratamento anti-retroviral, em três momentos: antes da intervenção (linha de base I), ao término da realização dos encontros em grupo (linha de base II) e três meses após a intervenção (linha de base III).
- ⌘ Comparar a medida do comportamento de adesão ao tratamento anti-retroviral e resultados de variáveis psicológicas (em especial estratégias de enfrentamento e auto-eficácia para uso de TARV) e biológicas (níveis de CD4 e carga viral), entre pessoas que participaram do grupo e pessoas não submetidas à intervenção, nas linhas de base I e na linha de base III.

O comportamento de adesão foi avaliado com base no percentual de perda de doses dos medicamentos anti-retrovirais prescritos na última semana (últimos sete dias) e/ou no último mês (últimos 30 dias), mediante auto-relato do participante. Para esse

estudo, uma dose foi considerada a ingestão de cada tipo de medicamento, conforme o horário e a quantidade prescrita. Como exemplo, se fosse prescrito para um participante cinco comprimidos de Nelfinavir e dois comprimidos de Biovir (AZT + 3TC) pela manhã e à noite, ao todo a pessoa teria que ingerir quatorze comprimidos durante o dia em quatro doses, duas doses pela manhã e duas doses à noite de cada medicamento. Assim, durante uma semana ela teria que tomar 28 doses e durante um mês 120 doses da medicação ARV.

Ao compreender melhor os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à adesão ao tratamento anti-retroviral, ao lado da promoção da melhoria nos níveis de adesão ao tratamento em pacientes vivendo com HIV/aids, os pesquisadores esperam utilizar os dados do estudo como subsídio para a sistematização de intervenções de base cognitivo-comportamental que possam auxiliar pessoas com dificuldades de adesão ao tratamento anti-retroviral.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde e aprovado em 13 de setembro de 2005 (Registro do Projeto 066/2005 – Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde – Comitê de Ética em Pesquisa – Anexo XII).

## **2.2 - Participantes**

O recrutamento dos participantes do estudo foi realizado por meio de cartazes (Anexo I) fixados em dois serviços de assistência a pessoas com HIV/aids, e mediante convite direto feito a pessoas assistidas no Projeto Com-Vivência ou indicadas pela

equipe médica do HUB e em visitas a grupo de apoio para pessoas soropositivas de uma organização não-governamental.

Foram considerados como critérios de inclusão nas atividades do estudo a indicação médica para uso de medicamentos anti-retrovirais, comportamento de adesão insatisfatório (mais que 5% das doses perdidas na última semana ou mês) ou indicativo de intervenção para prevenção de recaída, pela apresentação de rupturas recentes e recorrentes na adesão ao tratamento.

Como critérios de exclusão, foram considerados os seguintes aspectos:

- ⌘ Pessoas com transtornos psiquiátricos que dificultassem a expressão verbal e a participação em atividades de grupo.
- ⌘ Escolaridade inferior à terceira série do ensino fundamental, devido à necessidade de leitura e preenchimento com autonomia dos instrumentos e materiais de apoio empregados durante o trabalho.
- ⌘ Pessoas que não atendessem ao critério de adesão insatisfatória (perda de mais de 5% das doses na última semana ou mês), salvo se tivessem retomado o tratamento recentemente e/ou tivessem indicativo de prevenção de recaída.

Inicialmente aceitaram participar da entrevista de linha de base I seis pessoas. Uma delas não foi indicada para participar do grupo por apresentar transtornos mentais que a impediriam de se expressar adequadamente e participar de modo efetivo das atividades do grupo. Uma segunda pessoa interessada não teve indicação para inclusão no grupo por apresentar dificuldades de adesão em relação ao diabetes, e não quanto ao tratamento anti-retroviral.

Das quatro pessoas incluídas, que aceitaram participar da pesquisa e foram avaliadas na linha de base I, duas se submeteram às atividades de grupo (Participante 1 e Participante 2), sendo que duas delas não compareceram aos encontros (Participante 3 e Participante 4).

Abaixo seguem a descrição sociodemográfica e clínica dos quatro participantes.

*Participante 1 (P1):* 35 anos, sexo masculino, assistido no Hospital Universitário de Brasília, solteiro, ensino médio completo, possuía uma filha de seis anos, ocupação de entregador que não estava exercendo, renda familiar mensal de um salário mínimo e meio, residente em instituição de apoio para pessoas com dependência química, onde fazia tratamento. Estava abstinente há cerca de seis meses do uso de substâncias psicoativas. Estava fazendo uso dos ARV desde 2002, considerava-se sintomático para aids, tendo trocado uma vez de esquema ARV e tendo recebido o diagnóstico da soropositividade em 1988. Tinha feito interrupção da TARV por conta própria uma vez e história de adesão insatisfatória atribuída ao uso abusivo de drogas. Apresentou um nível razoável de conhecimento sobre a aids, com pouco conhecimento sobre como se daria a ação dos ARV. Esperava que o grupo o ajudasse a realizar o tratamento com continuidade e oferecesse a oportunidade de trocar experiências sobre sua soropositividade com outras pessoas na mesma condição.

*Participante 2 (P2):* 29 anos, sexo masculino, assistido no Hospital Universitário de Brasília, casado, ensino fundamental incompleto, uma filha, usufruía o benefício de prestação continuada, renda familiar mensal de um salário mínimo e residência alugada. Ex-usuário de drogas, com história de uso abusivo em especial de cocaína. Referia suspensão desse uso há anos. Estava fazendo uso dos ARV desde 2001, mesmo ano em

que teve o diagnóstico da infecção pelo HIV. Considerava-se sintomático para aids, tendo trocado de esquema anti-retroviral diversas vezes. Referia queixa de efeitos colaterais dos ARV e apresentava percepção muito negativa acerca dos mesmos. Apresentou um nível razoável de conhecimento sobre a aids e seu tratamento. Esperava que o grupo pudesse ajudá-lo, e aos demais participantes, na luta contra a aids, melhorando a situação de vida das pessoas em tratamento e diminuindo seu sofrimento.

*Participante 3 (P3):* 36 anos, sexo feminino, assistida na Unidade Mista/Hospital-Dia da SES DF, solteira, morava sozinha, ensino fundamental incompleto, possuía uma filha de 16 anos que era criada pela avó materna, usufruía o benefício de prestação continuada, renda familiar mensal de um salário mínimo e residência alugada. Um filho faleceu de aids, aos dois anos de idade, quando a realização do teste anti-HIV foi indicada para ela e deu positivo. Foi infectada pelo ex-marido, de quem se separou há cerca de 10 anos, logo após o falecimento do filho. Referia mágoa importante do ex-marido pois havia fortes indícios de que sabia sobre sua sorologia e não informou à esposa, nem praticou sexo-seguro. Fazia uso dos ARV desde 1994, ano em que recebeu o diagnóstico. Estava utilizando o quinto esquema ARV e se considerava sintomática para aids. Estava em esquema de resgate, fruto de exame de genotipagem. Sua história do tratamento se caracterizava pela não adesão e pelo rompimento de vínculos familiares. Apresentou um nível razoável de conhecimento sobre a aids e seu tratamento. Possuía, no entanto, crenças negativas sobre a TARV. Esperava que o grupo a ajudasse a realizar melhor o tratamento.

*Participante 4 (P4):* 37 anos, sexo masculino, assistido na Unidade Mista/Hospital-Dia da SES DF, casado, ensino fundamental completo, duas filhas de 13 e 15 anos,

desempregado, renda familiar de dois salários mínimos e residência própria. Recebeu o diagnóstico de infecção por HIV em 1992 e utilizava os ARV desde 2001. Estava no segundo esquema ARV e se considerava sintomático para aids. Foi o que apresentou maior carência de conhecimentos sobre a aids e o tratamento. Esperava receber informações e adquirir conhecimentos para melhor lidar com sua condição.

### **2.3 Delineamento**

O delineamento inicial da pesquisa previa avaliação dos participantes antes (linha de base I) e após a intervenção (linha de base II), com seguimento de três meses (linha de base III). Os instrumentos aplicados para avaliação das variáveis de interesse foram os mesmos nos três momentos de avaliação, com algumas adaptações na linha de base II e III. Na linha de base I também foi colhido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes (Anexo II) para participação no estudo.

Com o não comparecimento dos participantes P3 e P4 aos encontros, mesmo após contato telefônico que estimulou o comparecimento ao grupo em seguida à primeira ausência, o delineamento planejado foi alterado.

No novo delineamento proposto, os participantes P3 e P4 poderiam funcionar como casos-controle, já que não se submeteram à intervenção, sendo convidados a participar da linha de base III. Essa avaliação foi realizada efetivamente com P3 que consentiu e compareceu ao agendamento para a avaliação da linha de base III.

No caso de P4, apesar das várias tentativas para encontrá-lo (contato telefônico na residência própria, no grupo de apoio do qual participava e na residência da mãe), este

não foi localizado e não retornou os contatos efetuados. Por questões de natureza ética, foi tomada a decisão pela não insistência.

Assim, o delineamento quase-experimental foi mantido, com a participação de três pessoas: P1, P2 e P3, os dois primeiros submetidos à intervenção e o último como caso-controle.

Era esperado que os participantes dos encontros apresentassem nas entrevistas de linha de base II e III percepções mais positivas acerca da TARV e dos benefícios relacionados ao tratamento, bem como níveis de adesão de, no mínimo, 95% às doses prescritas quando comparados com os dados colhidos na linha de base I. Também era esperado que os participantes apresentassem, nas linhas de base II e III, escores mais elevados na medida de auto-eficácia para seguir prescrição de medicação anti-retroviral. Quanto às estratégias de enfrentamento, a expectativa era de aumento da utilização de estratégias focadas no problema e busca de suporte social e redução de estratégias focadas na emoção, bem como aumento nas contagens de células CD4 e diminuição dos níveis de carga viral.

#### **2.4 - Instrumentos de coleta de dados**

Os instrumentos utilizados foram escolhidos com o objetivo de avaliar e mensurar as variáveis do estudo e o comportamento de adesão dos participantes, antes e após a intervenção em grupo e no seguimento. Para tanto, foram utilizados os seguintes instrumentos:

#### **2.4.1 - Roteiro de entrevista de linha de base I – aspectos sociodemográficos (Anexo III) e médico-clínicos (Anexo IV)**

Foram aplicados roteiros estruturados e semi-estruturados, elaborados em estudo prévio sobre adesão (Seidl, Melchíades, Caetano, Medeiros & Brito, 2005), com questões fechadas e abertas sobre os seguintes aspectos:

⌘ *Sociodemográficos*: nome, prontuário, serviço de saúde onde era atendido, data de nascimento, sexo, situação conjugal, filhos (quantidade e idade por sexo), última série cursada, profissão, situação empregatícia, renda familiar, número de pessoas que viviam da renda e situação de moradia.

⌘ *Médico-clínicos*: tempo de diagnóstico de infecção pelo HIV, condição clínica auto-relatada em relação à soropositividade (sintomática *versus* assintomática), tempo de uso da TARV, interrupção atual e/ou anterior da TARV por conta própria, motivos para interrupção do tratamento, percepção de dificuldade de uso dos ARV, percepção sobre as condições atuais de saúde e benefícios da TARV, satisfação com a relação profissional de saúde-usuário (três questões que investigaram a satisfação com o atendimento médico e dos demais profissionais de saúde, com respostas em escala Likert de 5 pontos e escores obtidos mediante média aritmética, variando de um a cinco, com *alpha de Cronbach* igual a 0,71) e conhecimento sobre HIV/aids e TARV. Os dados sobre os níveis de linfócitos T CD4 e da carga-viral plasmática foram obtidos dos prontuários dos pacientes, a partir de resultados de exames realizados em períodos próximos às entrevistas do participante.

A informação sobre a variável adesão ao tratamento foi obtida, inicialmente, por auto-relato referente ao esquema atual da TARV (nomes dos medicamentos, quantidade

de doses diárias de cada medicação e horários). Era solicitado, então, que o participante estimasse quantas doses dos ARV ele teria deixado de tomar na semana e no mês anteriores, o que permitiu o cálculo do percentual de doses perdidas na última semana e no último mês. Esse percentual foi computado a partir do número total de doses que deveria ser tomado. Na análise de dados foi considerado o valor mais alto do número de comprimidos perdidos (semanal ou mensal). Relatos sobre atrasos nos horários de uso da medicação foram obtidos, mas não foram utilizados na análise multivariada. A informação sobre a prescrição dos ARV foi confirmada pelo pesquisador mediante consulta aos registros médicos nos prontuários dos pacientes.

#### **2.4.2 - Escala de Expectativa de Auto-eficácia para Seguir Prescrição Anti-retroviral (Anexo V)**

A escala construída e validada por Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro e Amato (2002) foi utilizada para a avaliação de auto-eficácia percebida para a realização do tratamento com ARV. A escala avaliava a dificuldade em seguir as prescrições do tratamento em situações que exigiriam maior planejamento, atenção e organização para tomar a medicação, situações que tenderiam a diminuir a preocupação com a doença ou a confiança no tratamento, experiências negativas com os ARV e efeitos negativos de qualquer natureza. A escala é unifatorial, composta de 21 itens e as respostas foram dadas em Escala Likert de 5 pontos (1 = não vou tomar mesmo; 2 = acho que não vou tomar; 3 = não sei; 4 = acho que vou tomar; 5 = com certeza vou tomar). O índice de consistência interna do instrumento no estudo de validação foi elevado ( $\alpha$  de Cronbach = 0,96) e a escala demonstrou nos testes psicométricos validade de construto e confiabilidade

satisfatórias para medir auto-eficácia para tratamento anti-retroviral em pacientes soropositivos. Ao final, foi incluída questão aberta sobre outras situações que poderiam afetar o uso da TARV, visando identificar condições relevantes não previstas na escala.

### **2.4.3 - Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP (Anexo VI)**

Para avaliação do enfrentamento foi utilizada escala validada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). A escala auto-aplicável avalia as estratégias de enfrentamento cognitivas e/ou comportamentais que a pessoa utilizava para lidar com estressores específicos relacionados à situação de soropositividade e que sobrecarregassem seus recursos pessoais. A escala é composta de 45 itens, distribuídos em quatro fatores:

- ⌘ Enfrentamento focalizado no problema (*alpha de Cronbach* = 0,84; composta de 18 itens: 1, 3, 10, 14, 15, 16; 17, 19, 24, 28, 30, 32, 33, 36, 39, 40, 42 e 45): definido como estratégias comportamentais que representavam aproximação em relação ao estressor, voltadas para o seu manejo ou solução, bem como estratégias cognitivas direcionadas para a reavaliação e resignificação do problema.
- ⌘ Enfrentamento focalizado na emoção - (*alpha de Cronbach* = 0,81; composta de 15 itens: 2, 5, 11, 12, 13, 18, 20, 22, 23, 25, 29, 34, 35, 37 e 38): definido como estratégias cognitivas e comportamentais de esquiva e/ou negação, expressão de emoções negativas, pensamento fantasioso, autculpa e/ou culpabilização de outros, com função paliativa ou de afastamento do problema;
- ⌘ Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (*alpha de Cronbach* = 0,74; composta de 7 itens: 6, 8, 21, 26, 27, 41 e 44): definido como comportamentos

religiosos, ou pensamentos de cunho fantasioso, como modos de enfrentamento e manejo do estressor.

- ⌘ Busca de suporte social (*alpha de Cronbach* = 0,70; composta de 5 itens: 4 (recodificado), 7, 9, 31 e 43) definido como a procura de apoio social emocional ou instrumental para ajudar a lidar com o problema (a soropositividade);

Os escores da EMEP, obtidos mediante média aritmética, variam de 1 a 5, sendo que escores mais elevados indicam maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento. As respostas foram dadas em escala de Likert de 5 pontos (1= eu nunca faço isso; 2 = eu faço isso um pouco; 3 = eu faço isso às vezes; 4 = eu faço isso muito; 5 = eu faço isso sempre). Ao final do instrumento foi incluída uma questão aberta, cuja resposta era opcional, indagando: "Você tem feito alguma outra coisa para lidar ou enfrentar esta situação?".

#### **2.4.4 - Roteiro de entrevista de linha de base II (Anexo VII)**

Foi utilizada uma versão modificada do roteiro de entrevista de aspectos médico-clínicos da linha de base I, suprimindo itens relativos ao tempo de uso da TARV, tempo de diagnóstico de retrovirose, esquema anti-retroviral prescrito, conhecimento sucinto sobre HIV e aids, sintomas da aids e pessoas que sabiam do diagnóstico. Foram acrescentadas perguntas sobre se o trabalho em grupo havia atendido às necessidades e expectativas iniciais do participante, o que deveria ser mantido no trabalho a ser realizado em experiências futuras, bem como o que deveria ser mudado ou acrescentado.

#### **2.4.5 - Roteiro de entrevista de linha de base III (Anexo VIII)**

O roteiro utilizado se baseou no roteiro de entrevista de aspectos médico-clínicos da linha de base II. Foram acrescentados itens para avaliar o comportamento de adesão na última semana e no último mês e se teria ocorrido alguma alteração do esquema ARV prescrito.

#### **2.5 - Procedimentos de coleta de dados: linhas de base e a intervenção em grupo**

Na linha de base I, após consentirem em participar do estudo e assinarem o TCLE em duas vias, os participantes foram entrevistados individualmente, em horários pré-agendados, em sala do Projeto Com-Vivência no ambulatório do HUB. A entrevista foi gravada em áudio, mesmo quando da aplicação de instrumentos padronizados. Em média, esse encontro teve duração de 60 minutos.

Essa entrevista de LBI foi um momento importante para iniciar a construção do vínculo psicólogo-paciente, favorecendo a adesão deste à intervenção em grupo. Ao final, era confirmado seu interesse em participar do grupo, identificadas as disponibilidades de horário para os encontros e informado o dia provável de início das atividades, que seria confirmado por telefone. Os quatro entrevistados confirmaram sua intenção em participar.

A intervenção em grupo baseou-se em referencial teórico-metodológico cognitivo-comportamental, com a utilização de técnicas específicas, sendo diretivo, focado em seu objetivo, e pautada em fundamentos de grupo psicoeducativo. O grupo foi conduzido por dois facilitadores: o pesquisador, que realizou estágio supervisionado em HIV/aids durante a graduação, e uma aluna de graduação em psicologia, com experiência

prévia de estágio supervisionado em saúde e em HIV/aids, incluindo atuação em grupo com pacientes. O planejamento dos encontros foi realizado pelos facilitadores e pela professora orientadora, que efetuou ainda a supervisão da intervenção. A cada sessão, o planejamento era retomado e modificado conforme as necessidades identificadas.

A atitude dos facilitadores foi orientada por uma postura calcada no acolhimento e no processo de escuta ativa, buscando estabelecer uma relação de confiança entre profissionais e usuários, no intuito de favorecer o êxito da intervenção. Em outras palavras, foram seguidos os preceitos éticos e das relações terapêuticas que pudessem facilitar a aliança profissional de saúde-usuário, aspecto que precede o uso de procedimentos técnicos (Rangé, 1995; Brasil, 1997).

Com esse prisma, os encontros foram realizados nos meses de outubro e novembro de 2005, em sala do HUB, localizada no Projeto Com-Vivência, adequada para atividades em grupo, com características satisfatórias quanto à ventilação, luminosidade e privacidade. Na Tabela 1 são descritas sucintamente as principais técnicas de base cognitivo-comportamental empregadas na intervenção.

Os encontros, conforme TCLE, foram gravados em meio magnético e digital e seu conteúdo transcrito. Ao todo foram realizados cinco encontros, com cerca de duas horas de duração cada, totalizando aproximadamente dez horas. As descrições dos cinco encontros estão a seguir.

*Encontro I:* os objetivos eram iniciar a integração dos participantes e fortalecer o vínculo com os facilitadores, apresentar a proposta de trabalho em grupo, confirmar a ocorrência das dificuldades para seguir o tratamento e identificar a percepção de

vantagens e desvantagens da adesão aos ARV. Os participantes foram convidados, inicialmente a contar sobre como tinham passado desde a entrevista de linha de base I.

**Tabela 1.** Descrição sucinta das técnicas cognitivo-comportamentais empregadas nos encontros

<b>Técnica (referência)</b>	<b>Descrição resumida</b>
Reestruturação cognitiva (Feilstrecker & cols., 2003; Caballo & Buela-Casal, 1999)	Técnica direcionada à modificação de crenças irracionais e de concepções fatalistas e catastróficas sobre a enfermidade e o tratamento. Objetivava o desenvolvimento de avaliações mais realísticas das situações relativas à doença e ao tratamento. Pautou-se em orientações para que o participante se inquirese acerca da validade e veracidade de seus pensamentos com base nas evidências que possuía, na existência de outras possibilidades de interpretação para o evento e nas possibilidades de alteração ou eliminação de pensamentos disfuncionais sobre a enfermidade e o tratamento.
Balço de vantagens e desvantagens (Feilstrecker & cols., 2003)	Incentivo para que os participantes pensassem sobre as vantagens e desvantagens de aderir e de não aderir à TARV, fornecendo subsídios para a identificação de crenças disfuncionais sobre a medicação e de contingências favorecedoras ou não da conduta de adesão. A técnica é útil para processos de tomada de decisão, permitindo que a pessoa deixe de se comportar exclusivamente com base em padrões de pensamentos dicotômicos, relacionando as vantagens e desvantagens de uma determinada situação.
Auto-registro (Rehm, 1999)	Consistiu em levar o participante a observar e registrar sistematicamente seu próprio comportamento, no caso o de uso da medicação ARV em determinado período de tempo. O auto-registro pode ser utilizado para avaliar o comportamento, seus antecedentes, suas conseqüências, as emoções vivenciadas ou as relações entre essas variáveis.
Relaxamento diafragmático (Vera & Villa, 1999; Lipp, 1997)	Através do controle da respiração, os pacientes são levados a estados de relaxamento. Escolhida por sua praticidade, facilidade de execução e de aprendizagem.
Solução de problemas (Nezu & Nezu, 1999)	Refere-se à busca de soluções eficazes para uma situação-problema, como a dificuldade de adesão satisfatória ao tratamento. Envolve etapas como a definição do problema, levantamento de alternativas, tomada de decisão, prática da solução proposta e verificação.
Disponibilização de informação sobre HIV/aids e TARV	Foram oferecidas informações referentes à aids/HIV, CD4, CV e TARV, visando a melhoria do nível de informação sobre essas questões e a modificação de mitos e de pensamentos disfuncionais sobre os mesmos. Foram usados materiais gráficos e vídeos educativos com esse objetivo.

Em seguida, realizou-se a apresentação dos participantes e dos facilitadores: nome, local de residência, local de nascimento, tempo de Brasília, motivo para ter vindo

morar em Brasília e motivo de inscrição no grupo. Foi proposto que se fizesse um contrato de trabalho, sendo inicialmente pedido que eles sugerissem regras a serem adotadas pelo grupo e, em seguida, foi fechado o acordo baseado na opinião dos participantes. Foram acordados: a manutenção do sigilo dos conteúdos trabalhados no grupo, uso de tom respeitoso nas falas, respeito ao horário de início e fim dos encontros, participação nos cinco encontros programados, manutenção de celulares desligados ou em modo silencioso e empenho quanto à participação ativa nas atividades propostas.

Foi obtido também o compromisso de que os participantes procurariam seguir a TARV durante o período de realização dos encontros, tendo em vista a meta de adesão superior a 95% das doses prescritas. Foram descritos os objetivos do trabalho e entregue o material de apoio para cada participante, que consistia em caneta e uma pasta de papel, para que eles pudessem fazer as anotações pertinentes e guardar o material de interesse, além do que seria levado para as tarefas de casa.

Na seqüência, foi solicitado que eles preenchessem o quadro com as vantagens e desvantagens de aderir à TARV e de vantagens e desvantagens de não aderir (Anexo IX), conteúdo que foi compartilhado com os integrantes, tendo sido explorado pontos de convergência e de divergência entre os mesmos. Foi preenchido o guia do tratamento facilitado (Anexo X) com o esquema ARV de cada participante, com a participação dos mesmos. Por fim, foi apresentada a ficha de auto-registro e monitoramento (Anexo XI) e os participantes foram orientados a como anotar o comportamento de adesão à TARV durante sete dias, até o encontro seguinte. Foi solicitada uma avaliação do primeiro encontro aos participantes.

⌘ Encontro II: os objetivos desse segundo momento eram fortalecer a integração dos participantes, iniciar o treino na técnica de relaxamento, discutir o resultado da tarefa de casa e o uso da medicação durante a semana (auto-monitoramento), além de disponibilizar informações sobre o tratamento a partir do tema “HIV, aids e anti-retrovirais: o que são e como agem?” Houve uma atividade de aquecimento do grupo, onde os participantes falaram do que mais gostavam e do que menos gostavam de fazer, excluindo questões relacionadas ao HIV e aids, e também foi perguntado se haveria alguma atividade de lazer que eles costumavam fazer. Foi analisada a ficha de auto-monitoramento preenchida durante a semana, perguntado aos participantes como a semana havia transcorrido, além de como tinha sido o trabalho de auto-monitoramento, sendo reforçada novamente a importância dessa tarefa e os procedimentos a serem adotados. Dificuldades relatadas foram trabalhadas, com base em estratégias de solução de problemas.

Os participantes falaram sobre quais estratégias e recursos utilizavam para lidar com os efeitos colaterais e com possíveis barreiras para a ingestão dos medicamentos, como cheiro ou gosto forte, e discutidas possíveis alternativas. Foram discutidas as perspectivas de futuro que os participantes tinham, com relação à sua vida e ao tratamento, tentando enfatizar a importância da mudança, reforçando os comportamentos já instalados que favorecem a adesão e discutindo a validade e a eficácia dos que atrapalham esse repertório.

Também foram levantados junto aos participantes os conhecimentos que eles possuíam sobre HIV/aids. Em seguida, foi apresentado o vídeo “Adesão”, elaborado pela Coordenação Nacional de DST/aids, em 1999, com 19 minutos de duração. Na sequência,

foi perguntado o que tinham achado do filme e discutidas questões importantes sobre a adesão ao tratamento: diferenças individuais frente ao tratamento, a importância de conhecer as percepções sobre o seu tratamento e o fato de que os ARV são a única alternativa de tratamento medicamentoso existente e que, para ser eficaz, precisava ser tomado seguindo as prescrições, com adesão em nível de 95%. Foi apresentada a evolução da infecção pelo HIV e da ação dos ARV, demonstrando a ação de cada categoria de ARV no processo de multiplicação viral. Frisou-se a importância de que os remédios deveriam ser tomados adequadamente para diminuir a possibilidade de replicação viral e os riscos de resistência viral. Ao final do encontro foi realizado e ensinado aos pacientes o relaxamento diafragmático e solicitado que eles o treinassem durante a semana, inclusive antes do momento de ingestão da medicação. Foi entregue e reforçada a importância do uso do formulário de auto-monitoramento para a semana seguinte, bem como repassada a maneira correta de preenchimento. Observava-se boa aceitação e receptividade às atividades propostas e as avaliações dos encontros eram muito positivas. As tarefas para casa estavam sendo realizadas dentro do esperado.

⌘ *Encontro III*: o objetivo do encontro foi acompanhar e reforçar o processo de auto-monitoramento e de adesão à TARV, as estratégias de enfrentamento empregadas e a auto-eficácia percebida para uso da TARV. Foi analisada e discutida a ficha de auto-monitoramento e perguntado como havia sido a semana. Com base no que eles apontaram como dificuldades para não usar a medicação (resultado do preenchimento da escala de auto-eficácia para seguir o tratamento), trabalhou-se a importância de se perceber as mudanças que estão acontecendo e de saber lidar com as fontes de estresse e as barreiras ao tratamento que existiam e que poderão surgir. Foram levantadas e valorizadas as

fontes de suporte social, emocional e instrumental, dos participantes e reforçada a importância da busca por pessoas que possam ajudá-los no tratamento e em suas dificuldades. A seguir, foram listadas as perspectivas de futuro dos participantes e as estratégias empregadas para conseguir alcançá-las. Foram entregues as fichas para o auto-monitoramento da semana seguinte.

⌘ Encontro IV: o objetivo do encontro foi avaliar o auto-monitoramento, discutir as estratégias de enfrentamento empregadas, levantar e discutir as crenças dos participantes acerca da doença e do tratamento e reforçar positivamente a percepção de auto-eficácia para realização da TARV conforme prescrita, discutindo fatores negativos que pudessem diminuí-la. Foi recebida a ficha de auto-monitoramento e perguntado como havia sido a semana. Foi discutida a eficácia da TARV, reforçando os efeitos negativos que poderiam surgir no caso da interrupção. Adicionalmente, foram discutidas estratégias para lidar com as barreiras ao uso do medicamento em situações difíceis, como em viagens e em público, situações relatadas pelos participantes do grupo como de maior vulnerabilidade para não fazer uso dos ARV.

Foi lembrado o compromisso de seguir o tratamento, conforme o contrato inicial, reforçando a motivação apresentada pelos participantes e as mudanças positivas observadas. Foi trabalhada a questão dos aspectos psicológicos que podem interagir para potencializar a percepção de dor e como buscar estratégias para manejar essa situação (tema apresentado por um dos participantes). Foi trabalhada, também, a preocupação dos participantes de que pessoas próximas com aids estavam falecendo, argumentando que a morte é uma das fases do desenvolvimento humano e que pessoas com aids morriam por diversos motivos, muitos nem relacionados com a doença, e que pessoas sem aids

também faleciam. Trabalhou-se a idéia de que o que tínhamos para oferecer de proteção eram os ARV, desde que tomados de forma adequada. Essa sessão tentou desconstruir crenças relativas à aids como sinônimo de morte que, apesar de não prevalecer entre os participantes, pareciam retornar em certos momentos. Ao final foi entregue o material de auto-monitoramento.

⌘ Encontro V: o objetivo foi avaliar o auto-monitoramento e sua eficácia enquanto estratégia de apoio à adesão ao tratamento, favorecer o auto-conhecimento sobre a conduta de adesão, discutir estratégias de enfrentamento e avaliação de fontes de estresse, avaliar o trabalho realizado e solicitar aos participantes sugestões para iniciativas futuras. Foram avaliadas as maiores dificuldades dos participantes para conseguir fazer o tratamento prescrito, discutidas estratégias para lidar com essas dificuldades e com as crenças disfuncionais. Foi solicitado aos participantes que fizessem uma avaliação das mudanças sentidas por eles desde o início do trabalho até aquele momento, reforçando as percepções e as mudanças comportamentais positivas conseguidas por eles.

Foi discutida novamente como as percepções do sujeito podem influenciar nas suas sensações de dor e como buscar estratégias que diminuam esses efeitos, de modo a lidar com a dor da melhor maneira possível, buscando, por exemplo, atividades concorrentes quando do aparecimento de sensações de dor, utilização de técnicas de relaxamento, dentre outras. Foram levantados os planos de futuro dos participantes e discutida a importância desse planejamento para o desenvolvimento pessoal, a relação entre os avanços conseguidos e a melhora na qualidade de vida e no tratamento da aids. Foi solicitado aos participantes que avaliassem o trabalho realizado e expressassem suas críticas e sugestões que pudessem ajudar na elaboração de iniciativas futuras. Ao final

foram aplicados o questionário de linha de base II e as escalas de auto-eficácia e de enfrentamento. Essa sessão foi realizada individualmente, por dificuldades pessoais dos participantes, pois um deles estava internado por agravo à saúde não diretamente relacionado ao HIV (problema ortopédico na coluna vertebral).

Depois de encerrados os encontros, os participantes foram entrevistados, com o objetivo de obter dados que permitissem comparar esse momento, linha de base II, com os dados obtidos na entrevista de linha de base I. Para tanto, foram aplicados o roteiro de entrevista de aspectos médico-clínicos (Anexo VII) e as escalas de auto-eficácia (Anexo V) e enfrentamento (Anexo VI). As entrevistas foram gravadas em meio magnético e digital e seu conteúdo foi transcrito.

Depois de transcorridos aproximadamente três meses da linha de base II, os participantes foram convidados para uma entrevista individual onde foram avaliados, além do seu comportamento de adesão na última semana e no último mês, aspectos médico-clínicos (Anexo VIII), auto-eficácia percebida (Anexo V) e estratégias de enfrentamento empregadas (Anexo VI). As entrevistas foram gravadas em meio magnético e digital e seu conteúdo foi transcrito. A sessão teve duração média de 50 minutos. O participante 3 também foi entrevistado com base nos instrumentos da linha de base 3.

## **2.6 – Análise de Dados**

Para análise quantitativa de dados foram utilizados os softwares SPSS 11.5 e Microsoft Excel 2000. Os softwares permitiram proceder à análise estatística e a elaboração das figuras e tabelas apresentadas no trabalho.

Para comparar os resultados dos participantes nas Linhas de Base I, II e III, para identificar se houve diferença significativa nos escores das medidas de auto-eficácia e enfrentamento, foi utilizado o teste *t* de Student para dados pareados (Barbetta, 2001, Dancy & Reidy, 2006; Wagner, Motta & Dornelles, 2004).

Foram comparadas, ainda, os percentuais relativos à perda de doses dos participantes nos vários momentos do estudo. Também foram analisados os resultados dos níveis de células T CD4 e os resultados dos testes de carga viral.

O conteúdo das entrevistas e das sessões foi gravado. Esse material foi analisado e foram selecionados relatos para exemplificar a mudança de percepção dos participantes e ilustrações dos dados mais relevantes de cada um, desde a linha de base I.

### 3. RESULTADOS

Com relação à apresentação dos resultados obtidos no estudo é importante frisar que para o Participante 3 (P3) só serão apresentados os dados da linha de base I - LBI (entrevista inicial) e da linha de base III - LBIII (entrevista de acompanhamento), por ele não ter participado dos encontros do grupo e, conseqüentemente, não ter participado da avaliação de linha de base II - LBII. Para os participantes 1 (P1) e 2 (P2) serão apresentados os dados das LBI, LBII, LBIII e das transcrições do material dos encontros.

#### 3.1 - TARV e conduta de adesão

A medida de adesão ao tratamento se baseou na perda auto-relatada do número de doses, na última semana e no último mês. A Tabela 2 apresenta o resultado do auto-relato sobre a adesão dos participantes na última semana e no último mês, obtido nas linhas de base I, II e III, sendo que o número de doses prescritas se manteve constante para os participantes ao longo do estudo.

**Tabela 2.** Número de doses prescritas para os participantes por semana e por mês e auto-relato do total de doses não ingeridas na última semana e no último mês nas LBI, LBII e LBIII

	Participante 1			Participante 2			Participante 3	
	LBI	LBII	LBIII	LBI	LBII	LBIII	LBI	LBIII
Doses prescritas por semana	35			42			56	
Doses prescritas por mês	150			180			240	
Doses perdidas na semana	5 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (9,5%)	0 (0%)	0 (0%)	56 (100%)	56 (100%)
Doses perdidas no mês	25 (16,7%)	0 (0%)	4 (3%)	15 (8,3%)	0 (0%)	6 (3,3%)	120 (50%)	240 (100%)

Os três participantes atendiam à condição para participação do estudo, pois na linha de base I apresentavam níveis de adesão inferiores a 95% das doses prescritas. Observa-se que na LBII, o auto-relato dos dois participantes dos encontros foi de que nenhuma dose foi perdida na última semana e no último mês. Na LBIII, P1 e P2 apresentaram aproximadamente 3% de perdas de doses no mês anterior à entrevista, e adesão completa (100% das doses prescritas tomadas) na semana anterior, indicando a manutenção de níveis de adesão dentro do limite esperado pelo estudo. Esses resultados sobre a adesão foram coerentes com os auto-registros realizados ao longo das cinco semanas de intervenção.

P1 e P2 também tiveram como lição de casa, para a LBIII, realizar o auto-registro do comportamento de adesão, descrevendo os motivos que os teriam levado a perder doses no período entre o encerramento dos encontros e a entrevista. No auto-registro de P1, a perda de doses foi justificada pela necessidade de ficar em jejum para a realização de um determinado exame e P2 relatou que o que o impediu de tomar a medicação foi não estar se sentindo bem, com dor de cabeça, vômito e dor no estômago.

P3, por sua vez, apresentou níveis elevados de não adesão nas LBI e LBIII, mantendo interrupção do tratamento no período investigado.

### **3.2 - ARV: presença de efeitos colaterais, dificuldades para aderir, percepção sobre a proteção da TARV e relação com a boa saúde**

A Tabela 3 apresenta o relato dos participantes sobre a ocorrência de efeitos colaterais relacionados à TARV e, no caso de estarem presentes, quão desconfortáveis os participantes avaliavam esses efeitos. Além disso, são apresentadas as percepções dos

participantes acerca do quão difícil julgavam ser a realização do tratamento, o quanto ele protegeria do agravamento da aids e do aparecimento de doenças oportunistas, bem como quanto a manutenção de níveis satisfatórios de saúde dependeria da TARV.

**Tabela 3.** Presença de efeitos colaterais, nível de desconforto, grau de dificuldade, nível de proteção oferecido e dependência da boa saúde da medicação nas LBI, LBII e LBIII

	Participante 1			Participante 2			Participante 3	
	LBI	LBII	LBIII	LBI	LBII	LBIII	LBI	LBIII
<b>Tem sentido efeitos colaterais?</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Quão desconfortáveis eles são?</b>	Muito	Muito	Um pouco	Muito	Um pouco	Não são	Muito	Muito
<b>É difícil tomar os ARV?</b>	Muito	Não é	Não é	Muito	Um pouco	Um pouco	Muito	Muito
<b>Os ARV protegem do agravamento da aids?</b>	Completamente	Muito	Completamente	Quase nada	Completamente	Muito	Mais ou menos	Mais ou menos
<b>A boa saúde depende dos ARV?</b>	Completamente	Muito	Completamente	Muito	Completamente	Completamente	Muito	Muito

Todos os três participantes relataram estar sentindo algum efeito colateral nas três entrevistas e, com exceção de P2 na LBIII, esses efeitos eram em algum nível desagradáveis. P1 manteve entre a LBI e a LBII um padrão de percepção de que os efeitos eram muito desconfortáveis, mudando de forma positiva seu relato na LBIII. Os principais efeitos colaterais relatados pelo participante foram depressão, dor de cabeça, diarreia, gosto ruim na boca, tontura, dor de estômago e ressaca, que podem ser ilustrados pelos relatos abaixo:

LBI: *“Eu fico doidão à noite quando eu tomo. Fico loucão mesmo, tonto, tonto, tonto, tonto, tonto, e, muito pesadelo, sabe? Às vezes eu começo a sonhar e acabo*

*acreditando que é verdade. Quando eu acordo de manhã é que eu vou me tocar. Mas, dor de cabeça, também, dá náuseas”.*

*LBII: “Os efeitos colaterais são muito desconfortáveis. Sabe? Se eu pudesse escolher, eu não queria sentir isso não. Mas, sabe, o que pode vir a acontecer se eu não tomar essa medicação, pode ser bem pior, né? Pode ser não, é quase certeza que pode vir a ser pior. Daí dá para tolerar mesmo sendo desconfortável”.*

*LBIII: “Não posso mentir, são um pouco desconfortáveis. Hoje ainda são um pouco desconfortáveis”.*

P2 já apresentou uma mudança positiva da percepção do quão desconfortáveis eram os efeitos colaterais entre a LBI e a LBII, apresentando inclusive na LBIII um relato de que esses efeitos não eram desconfortáveis. Para P2, as principais queixas eram de dor de cabeça, dor de estômago e náuseas, conforme transcrito abaixo:

*LBI: “É eu tomar ele eu passo mal, sinto ânsia de vômito, tontura, dor de cabeça, diarreia, eu tô com diarreia tem mais de ano, entendeu?”.*

*LBII. “E eu via ele como um inimigo meu. É, eu via ele como um inimigo e eu tenho que ver ele como um amigo, um aliado meu. Eu não vejo ainda como um aliado, mas, como um conhecido, vai. Eu tô vendo, mas, eu não vejo ainda”.*

*LBIII: “Os efeitos agora tão melhor. Graças à Deus tá melhor. Fiz aqueles exercícios lá que vocês ensinaram. Tá bem melhor. Relaxamento e procurar também achar que eu tô tomando algo maravilhoso, um amigo meu. Eu tomava antes como um inimigo e hoje eu tomo como um amigo. Graças à Deus eu tô melhor, bem melhor. Melhor que tava. Melhor”.*

P3 apresentou um padrão de avaliação nas LBI e LBIII de que os efeitos colaterais dos ARV eram muito desagradáveis, o que pode ser percebido no seu relato na LBIII: *“Nossa, são muito (desconfortáveis). Que horror”*. P3 relatou como principais queixas na LBI tontura e alergia e na LBIII: *“Parece que ele estoura no estômago. Eu sinto até o gosto dele voltar na minha boca. Dá muita dor de estômago. Minha barriga fica desse tamanho. Muito esquisito esse Kaletra. Não pode comer nada, (tem que tomar de jejum), senão dá diarreia. Tem que ficar quase umas duas horas só nele, porque senão dá uma diarreia louca. Dá mesmo, porque eu fiz o teste, dá mesmo. Eu tenho uma dor assim, que ela pega assim na minha nuca e ela vai descendo pra minhas costas. Eu cismeiei que são os remédios, os coquetéis. Dói, mas dói demais”*.

Com relação ao quão difícil seria realizar o tratamento, P1, na LBI, disse ser muito difícil realizar a TARV, apresentando uma mudança positiva na LBII e na LBIII, quando apontou não ser difícil realizar o tratamento. Abaixo são apresentados relatos do participante que ilustram essa mudança de percepção.

LBI: *“É difícil fazer o tratamento. Primeiro, porque eu ainda tô me reestruturando. Tô completamente desarmonizado em termos de disciplina: horário de tomar a medicação, de alimentação”*.

LBII: *“Eu acredito que não (é difícil fazer o tratamento). Porque eu já vi que eu parei uma vez, né, e as conseqüências foram bastante difíceis de... de superar”*.

LBIII: *“Não é difícil. Não é. Pra quem quer ter uma qualidade de vida, não cair doente, eu acho que é até bastante fácil. Eu hoje tenho essa consciência”*.

P2 também alterou sua percepção acerca do nível de dificuldade para realização da TARV, reduzindo pensamentos catastróficos sobre o uso da medicação, e a

maximização de conseqüências negativas sobre a TARV. Na LBI, ele relatou que era muito difícil fazer o tratamento, passando para uma percepção, nas LBII e LBIII, de que era um pouco difícil fazer o tratamento, conforme podemos perceber em seus relatos:

LBI: *“Eu acho que fazer o tratamento é muito difícil, e outra coisa é o medo que a gente tem. Porque esses remédios, a gente toma isso tronquêia as pessoas,...”*.

LBII: *“Na primeira entrevista eu falei que era muito difícil fazer o tratamento, né? E realmente é. Foi isso que eu falei, muito difícil, não foi? Era porque eu não tinha motivação nenhuma para tomar... Antes eu brigava para não tomar, hoje eu brigo pra tomar. Então, já melhorei aí uns cem por cento, né?”*.

LBIII: *“Eu vou pôr que é um pouco difícil. Não posso botar que não é difícil e no muito também não é se eu tô conseguindo. Com ajuda é mais fácil”*.

P3, por outro lado, manteve a percepção sobre o nível de dificuldade para a realização da TARV, relatando ser muito difícil realizar o tratamento em ambas as entrevistas:

LBI: *“É difícil, muito difícil (fazer o tratamento). Foi muito difícil. É difícil, é difícil viver com HIV, muito difícil, sozinha então é difícil até”*.

LBIII: *“Não tô me acostumando, não. Tá muito difícil. Muito difícil. Muito difícil mesmo. Muito. Esse tá difícil. Mais difícil que os outros. Esse esquema tá muito difícil”*.

Com relação a quanto os ARV protegeriam do agravamento da doença e do aparecimento de doenças oportunistas, P1 manteve um padrão positivo avaliando que a medicação protegeria completamente, na LBI e na LBIII, e de que protegeriam muito na LBII:

LBI: *“Eu acho que o remédio protege completamente. Eu já tive essa experiência”*.

LBII: *“Os remédios me protegem muito. Não digo completamente, mas protege muito. Bom, nessas últimas oportunistas que eu tive, se eu fosse uma pessoa que tivesse com o sistema imunológico bom, teria passado assim: feito um tratamento normalmente, não teria se agravado tanto”*.

LBIII: *“É o único tratamento que tem. Já que não tem cura, eu acho que completamente. É aquela questão, hoje em dia morre de aids quem quer, fica doente quem quer. Porque o tratamento é eficaz”*.

P2 disse, na LBI, que os ARV protegeriam quase nada sua saúde, tendo respostas mais positivas nos momentos seguintes, apesar de evidências de alguma fragilidade nessas crenças nos momentos II e III, conforme seus relatos:

LBI: *“Se ele protege? Olha pra ser sincero eu acho que a mim até agora ele não tá adiantando não, porque eu já tomei todos eles, ... Tá ficando sem solução pro meu caso”*.

LBII: *“Hoje... hoje eu quero acreditar e faço um esforço para acreditar que ele me protege completamente. Pelo ao menos é o que eu venho... é o que eu venho tentando acreditar. É o que eu quero acreditar. É isso”*.

LBIII: *“Eu acho que protege muito. Muito, muito, mesmo. Completamente eu não diria, porque às vezes a gente tem uma falhinha aqui, outra ali, que nem esse negócio da garganta, mas protege muito. Eu acho que aí 98% eu diria aí que ele protege”*.

P3 apresentou a mesma resposta nas LBI e LBIII, tendo respondido que os ARV protegeriam mais ou menos sua saúde, tendo apresentado os seguintes relatos nas LBI e

LBIII, respectivamente: *“Não, em uma parte protege e outra ele me detona”; “Não, mais ou menos ele protege. Mais ou menos. Porque ele protege de um lado e prejudica do outro. (Pra proteger) ele controla os vírus. Ele passa a ter defesa no organismo. Depois ele vem e te derruba do outro. Te dá uma úlcera”*.

Ao serem perguntados sobre quanto as condições adequadas de saúde dependiam do uso dos ARV, todos disseram, nas LBI, LBII e LBIII, que esta dependia muito ou completamente do tratamento. Esses resultados indicam uma percepção positiva sobre as vantagens da TARV para a boa saúde das pessoas soropositivas, ao lado de sua capacidade protetora, aspecto que vem sendo muito difundido nos serviços especializados e na mídia de modo geral. Observa-se, assim, que essas crenças positivas sobre a TARV podem ser evidenciadas mesmo em pessoas com dificuldades de adesão, parecendo ser um aspecto que não distinguiria pessoas aderentes das não aderentes.

P1 - LBI: *“(Minha saúde depende) cem por cento. Completamente”*.

P2 – LBII: *“Rapaz, eu acho que a minha saúde, pela lógica, ela tem que depender completamente dele, né? Porque é quem vai me proteger. É igual ao Bactrin. Eu dependo do Bactrin pra viver. Se eu ficar dois dias sem tomar Bactrin, minha garganta fica cada pedaço de massa podre que eu não agüento. Então, o que me mantêm sem infecções é o Bactrin. Então eu dependo dele cem por cento. Daí a mesma coisa é o remédio, se eu não tomar o vírus em vez de morrer, vai ta sempre se multiplicando”*.

P3 – LBIII: *“(Minha boa saúde) depende muito dos remédios. Porque se não tomar, vai, né? Vai embora. Sem eles é bem pior. Eu fiz o teste. Eu tive uma nova neurotoxoplasmose porque eu parei”*.

### 3.3 - Cumprimento do horário de ingestão da medicação, percepção sobre a situação de saúde e impedimento de atividades cotidianas

A Tabela 4 apresenta o relato dos participantes acerca da ocorrência de atraso com relação ao horário indicado para ingestão da medicação e o tempo médio estimado de atraso. São apresentadas, ainda, as percepções sobre a condição de saúde atual dos participantes e o relato sobre a ocorrência de problemas de saúde que impediram a realização de atividades habituais de trabalho, estudo ou diversão.

**Tabela 4.** Atraso para ingestão da medicação, condição de saúde atual e existência de condição que atrapalhasse a realização das atividades cotidianas dos participantes nas LBI, LBII e LBIII

	Participante I			Participante II			Participante III	
	LBI	LBII	LBIII	LBI	LBII	LBIII	LBI	LBIII
Atraso no uso da medicação?	Muitas vezes	Muitas vezes	Às vezes	Não	Às vezes	Não	Não	Não
Atraso em média (em minutos)	300	180	180	30				
Percepção sobre a condição de saúde atual	Precária	Boa	Muito boa	Ruim	Boa	Regular	Regular	Regular
Ocorrência de problemas de saúde que impediram a realização de atividades cotidianas?	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim

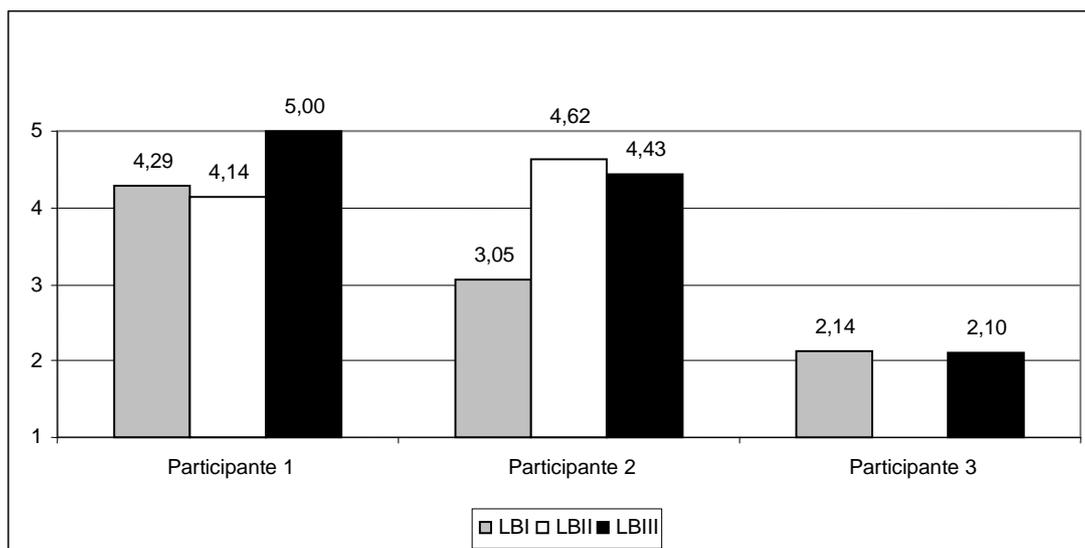
Com relação ao respeito aos horários prescritos para a ingestão da medicação, P1 disse nas LBI e LBII que atrasava muitas vezes, atrasando entre três e cinco horas, já na LBIII apresentou uma melhora ao relatar atrasar, às vezes, com um intervalo de duas a três horas com relação ao horário prescrito. P2 referiu na LBI e na LBIII que não atrasava a ingestão dos medicamentos, e na LBII disse ter às vezes um atraso médio de meia hora na ingestão da medicação. P3 disse que não tomava a medicação com atraso, sendo necessário lembrar, no entanto, que ela não fazia uso naquele momento. Na LBIII relatou: “*Não (costumo atrasar). Se eu tiver tomando certinho, eu tomo direitinho, na hora certinha*”.

Ao avaliarem sua condição de saúde, P3 avaliou sua saúde como regular em ambas as entrevistas, não havendo mudança nessa avaliação. P2 avaliou inicialmente sua saúde como ruim, na LBII sua avaliação era de que estava com uma condição de saúde boa e, na LBIII, que sua situação era regular. P1 apresentou uma evolução na percepção de sua condição de saúde, passando de precária na LBI, para boa na LBII, chegando a muito boa na LBIII. Verifica-se, assim, a tendência de mudança positiva dessa avaliação apenas nos dois participantes do grupo.

Na LBI todos os participantes relataram que nos meses imediatamente anteriores ao da entrevista tiveram problemas de saúde que os impediram de realizar suas atividades cotidianas, como adoecimentos, internações, dentre outras. P1 e P2 não apresentaram na LBII e na LBIII relatos de situações similares que os tivessem impedido de realizar suas atividades rotineiras. P3, por sua vez, disse que teve suas atividades rotineiras prejudicadas por problemas de saúde, como adoecimento e internação, nos dois momentos investigados.

### **3.4 - Auto-eficácia**

A Figura 1 apresenta os escores que os três participantes obtiveram na Escala de Expectativa de Auto-eficácia para Seguir Prescrição Anti-retroviral.



**Figura 1.** Escores dos participantes na Escala de Expectativa de Auto-eficácia para seguir Prescrição Anti-retroviral nas LBI, LBII e LBIII

P1 apresentou níveis satisfatórios de auto-eficácia nos três momentos. No entanto, na LBI ele disse não saber se tomaria a medicação se estivesse bem de saúde, se tivesse níveis indetectáveis de carga viral e se houvesse mudança constante da equipe médica que o atendia. Já na LBIII ele apresentou níveis máximos de auto-eficácia em todos os itens, referindo ter certeza quanto a ingerir a medicação em todas as situações apresentadas no instrumento. Os dados de P1 mostraram, na LB1, que melhorar de saúde pode constituir em risco para a interrupção ou uso inadequado da TARV.

P2 relatou, na LBI, que com certeza não iria tomar a medicação nos casos de viagens ou passeios, se estivesse na rua, se sentindo doente ou se os remédios lhe causassem efeitos ruins, além de outras quatro situações que ele acharia que não tomaria e cinco que ele não saberia se tomaria a medicação. Na LBII podemos identificar uma mudança positiva no relato do participante, pois não foram assinalados os dois pontos mais negativos da escala (“Não vou tomar mesmo” e “Acho que não vou tomar”) em

nenhuma situação. Na LBII o participante assinalou que não saberia se iria tomar caso estivesse na presença de alguém que ele não gostaria que soubesse que era portador do vírus ou no meio de pessoas estranhas, sendo que nas demais situações ele tomaria com certeza ou achava que iria tomar.

Já na LBIII, P2 disse não saber se iria ingerir a medicação caso tivesse dificuldades para engolir os remédios e se eles tivessem causando efeito ruim, sendo que as demais situações foram assinaladas como ele tomando com certeza ou achando que iria tomar. Observou-se em P2 um leque muito variado de situações que poderiam implicar em adesão insatisfatória, indicando uma diversidade de contextos de risco.

Para ilustrar essa mudança de P2, segue um trecho do seu relato na LBII: *“Depois do curso que eu tive aqui, eu melhorei, eu diria, 89%. Porque meu modo de pensar era totalmente diferente e eu não tomava os remédios certo. Não tomava mesmo, que eu não era doido. Eu digo: eu vou tomar pra poder acontecer isso comigo? Tem o organismo, tem o remédio que faz mal para uma pessoa e pra outra não faz. E disso eu não sabia nada disso. Eu vim saber com o nosso curso aí. Então eu passei a tomar com mais segurança. Mais tranqüilo. Tomo o remédio como se ele fosse, e é meu amigo. Não é como eu tomava: esse desgraçado vai me matar. Eu tomava assim. Quando eu tomava, eu tomava assim”*.

P3 apresentou níveis baixos de auto-eficácia em ambas as avaliações, com a maioria dos itens assinalados como “não vou tomar mesmo” e “acho que não vou tomar”. Esses resultados são indicadores da manutenção de uma diversidade de situações de risco para a adesão à TARV para P3, sem modificação nos dois momentos avaliados.

Para comparar as médias de cada participante nos três momentos foi realizado o teste *t* de *Student* pareado. Era esperado que houvesse um aumento entre a LBI e a LBII e estabilidade ou melhora entre a LBII e a LBIII, para P1 e P2. No caso de P3, como ela não participou dos encontros, era esperado que houvesse estabilidade nos seus escores.

**Tabela 5.** Amostras pareadas, diferença das médias, valores do teste *t* e nível de significância dos participantes na Escala de Auto-eficácia

Participante	Pares	Diferença das		<i>t</i>	<i>p</i>
		Médias	Desvio padrão		
P1	LBI – LBII	0,14286	0,72703	0,90045	0,37860
	LBII – LBIII	0,85714	0,35857	10,95445	<0,001
	LBI – LBIII	0,71429	0,71714	4,56435	<0,001
P2	LBI – LBII	1,57143	1,53530	4,69042	<0,001
	LBII – LBIII	0,19048	0,74960	1,16445	0,25795
	LBI – LBIII	1,38095	1,20317	5,25970	<0,001
P3	LBI – LBIII	0,04762	1,90987	0,11426	0,91017

É importante pontuar que apesar de o escore de P1 ter sido menor na LBII quando comparado com a LBI, essa diferença não foi significativa ( $t = 0,9$ ;  $p = 0,38$ ). Comparando a LB II e a LB III e a LBI e a LBIII, encontramos valores de *p* muito baixos, havendo diferença significativa entre os momentos avaliados.

Para P2, encontramos diferenças significativas quando comparamos as LBI e LBII e as LBI e LBIII, com valores de *p* abaixo de 0,001. Entre a LBII e a LBIII, apesar de haver uma diminuição do escore encontrado, não foi identificada diferença significativa, com *p* igual a 0,26.

No caso de P3, não foi encontrada diferença significativa entre a LBI e a LBIII, com o valor de *t* igual a 1,91 e *p* de 0,91, indicando que não houve mudança nos escores obtidos no instrumento que mede a expectativa de auto-eficácia entre os dois momentos investigados.

### 3.5 - Estratégias de enfrentamento

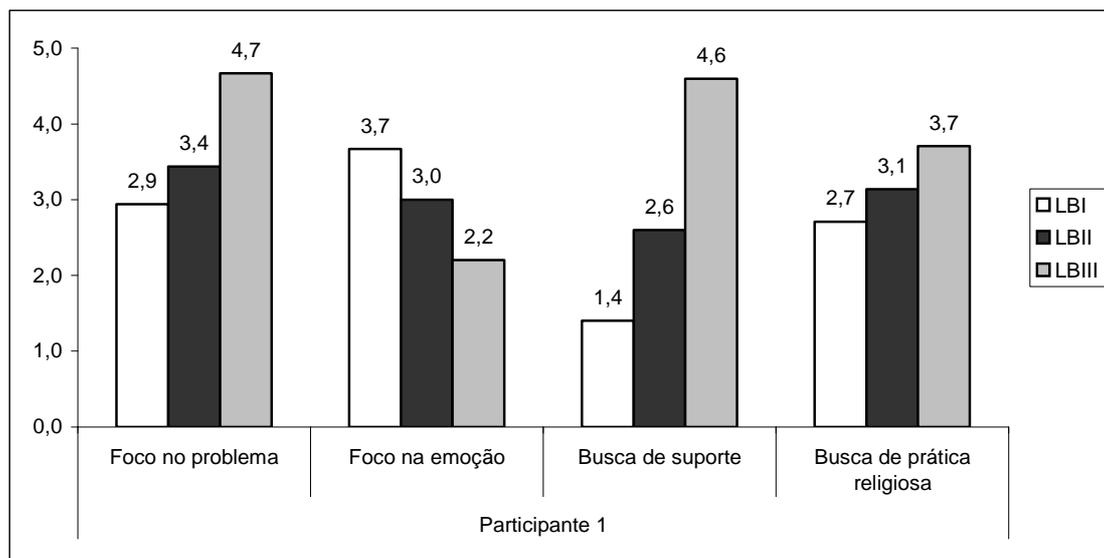
Para análise dos escores obtidos pelos participantes na escala, estes serão comparados inicialmente, com os dados-padrão do estressor saúde obtidos nas amostras de validação da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), realizado por Seidl e cols. (2001), apresentados abaixo.

**Tabela 6.** Médias e desvios padrão da amostra do estudo de validação da EMEP, segundo Seidl e cols. (2001)

Estratégias de enfrentamento	Estressor problema de saúde	
	Média	Desvio padrão
<b>Foco no problema</b>	3,68	0,59
<b>Foco na emoção</b>	2,22	0,64
<b>Busca de suporte social</b>	3,62	0,67
<b>Busca de práticas religiosas / pensamento fantasioso</b>	3,50	0,86

É importante salientar que escores maiores que um desvio-padrão acima da média para o fator focalização na emoção ou menores que um desvio padrão para focalização no problema e busca de suporte social seriam considerados, em nível clínico, merecedores de uma melhor avaliação e intervenção.

A Figura 2 apresenta os escores de P1 na EMEP nos três momentos. Ao comparar os escores obtidos por P1 com os valores padrão, detecta-se que na LBI em todas as estratégias, o participante apresentou escores distantes quando comparados com a amostra do estudo de validação. Apresentava predomínio de estratégias focadas na emoção, indícios prováveis de dificuldades de ajustamento à soropositividade, baixa focalização no problema e de busca de suporte social.



**Figura 2.** Escores do Participante 1 na EMEP nas LBI, LBII e LBIII

Na LBII, os escores das estratégias focalizadas no problema, focalizadas na emoção e busca de suporte social apresentaram valores semelhantes à amostra de validação. Na LBIII, P1 apresentou escores que indicaram uma mudança nas estratégias de enfrentamento, caracterizada por maior utilização de estratégias de aproximação à fonte de estresse, tanto comportamentais como cognitivas, e redução de estratégias com foco na emoção. No que se refere à busca de práticas religiosas, verificou-se um aumento gradual nos três momentos, com maior uso dessa modalidade de enfrentamento.

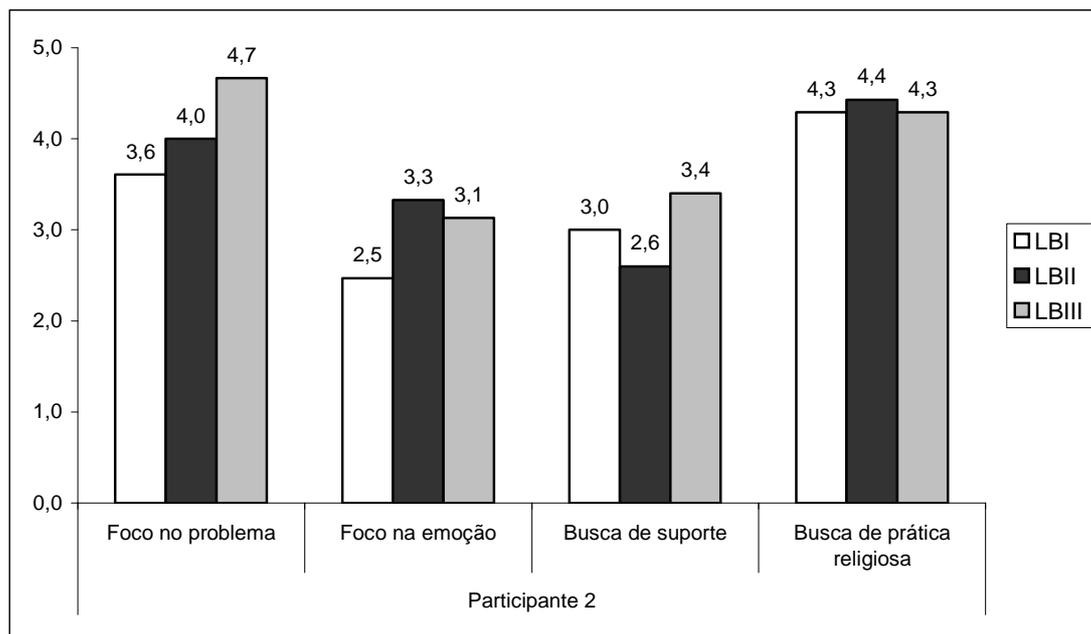
A Tabela 7 apresenta os valores relativos ao teste *t* para os escores obtidos pelo Participante 1 nos três momentos do estudo e os níveis de significância.

**Tabela 7.** Valores do teste *t* de *Student* do Participante 1, nas LBI, LBII e LBIII obtidos na EMEP

Estratégias de enfrentamento	Participante 1					
	LBI - LBII		LBII - LBIII		LBI - LBIII	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Foco no problema</b>	1,45	0,166	4,27	<0,001	4,46	<0,001
<b>Foco na emoção</b>	1,78	0,096	3,59	<0,001	4,78	0,003
<b>Busca de suporte social</b>	2,06	0,109	3,65	0,022	6,53	0,002
<b>Religião/pens. fantasioso</b>	1,16	0,289	1	0,356	1,15	0,296

Podemos observar que P1 apresentou mudanças significativas nos escores obtidos nas três modalidades de estratégias de enfrentamento, com exceção de busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, que, apesar de ter obtido escores gradativamente maiores, esse incremento não foi significativo.

A Figura 3 apresenta os escores obtidos por P2 na EMEP.



**Figura 3.** Escores do Participante 2 na EMEP nas LBI, LBII e LBIII

P2 apresentou níveis semelhantes ao estudo de validação na LBI quanto ao uso de estratégias de enfrentamento com foco no problema, com tendência ao aumento na LBII e na LBIII. Para as estratégias com foco na emoção apresentou níveis acima do esperado, se comparados ao estudo de validação. Para busca de suporte social, somente na LBII o participante apresentou escores abaixo do limite esperado, mas manteve o escore na LBIII. Na busca de prática religiosa ou pensamento fantasioso, P3 apresentou níveis estáveis, elevados.

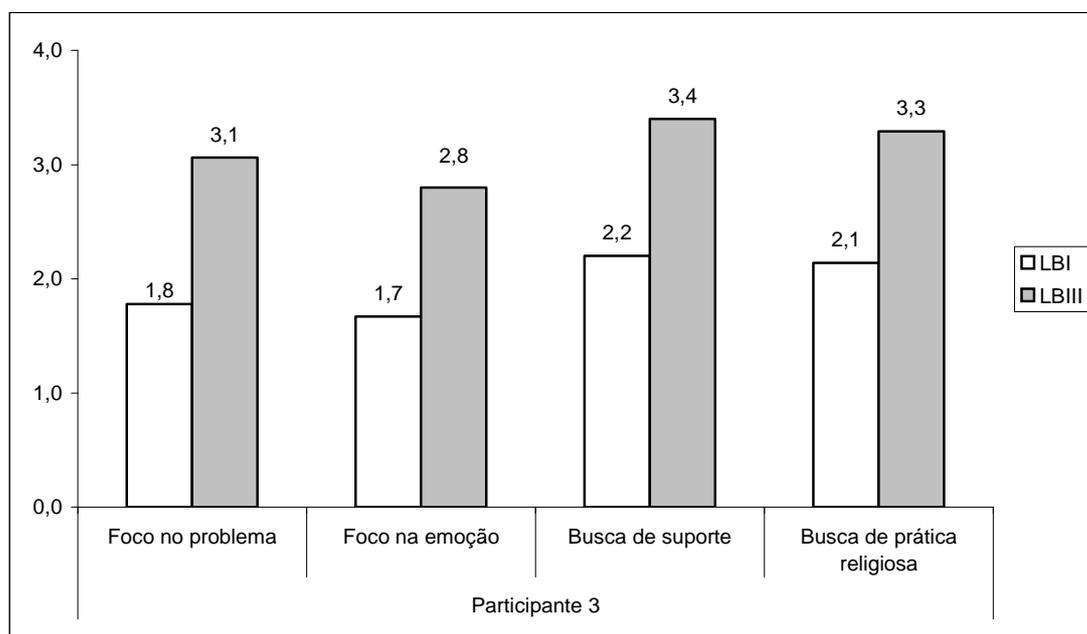
A Tabela 8 apresenta os valores do teste *t* para os escores obtidos pelo participante 2 na EMEP nas LBI, LBII e LBIII e respectivos níveis de significância.

**Tabela 8.** Valores do teste *t* de *Student* do Participante 2 nas LBI, LBII e LBIII obtidos na EMEP

Estratégias de enfrentamento	Participante 2					
	LBI - LBII		LBII - LBIII		LBI - LBIII	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Foco no problema</b>	1,44	0,168	3,69	0,001	3,85	0,002
<b>Foco na emoção</b>	2,38	0,032	0,46	0,655	1,67	0,116
<b>Busca de suporte social</b>	1	0,374	1,21	0,294	0,53	0,621
<b>Religião/pens. fantasioso</b>	0,42	0,689	0,42	0,689	0,42	0,689

P2, mesmo tendo apresentado níveis satisfatórios do emprego de estratégias com foco no problema na LBI, ainda relatou aumento significativo em seu uso nos três momentos. De uma maneira geral, também não foi encontrada mudança significativa nas estratégias focalizadas na emoção e em busca de suporte social, com níveis estáveis nas três linhas de base. No entanto, verificou-se diferença significativa nas estratégias com foco na emoção entre a LBI e a LBII, com aumento entre esses dois momentos. A busca por práticas religiosas/pensamento fantasioso permaneceu estável nos três momentos.

Para P3 estão apresentados os escores da EMEP na LBI e na LBII (Figura 4).



**Figura 4.** Escores do Participante 3 na EMEP nas LBI e LBIII

Na Tabela 9 são apresentados os escores para o teste *t* e os respectivos níveis de significância nas LBI e LBIII.

**Tabela 9.** Valores do teste *t* de *Student* do participante 3 nas LBI e LBIII na EMEP

Estratégias de enfrentamento	Participante 3	
	LBI - LBIII	
	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Foco no problema</b>	5,05	<0,001
<b>Foco na emoção</b>	4,79	<0,001
<b>Busca de suporte social</b>	2,45	0,07
<b>Religião/pens. fantasioso</b>	4,38	0,005

Podemos perceber que P3 apresentou mudanças significativas em quase todas as estratégias entre a LBI e a LBIII, inclusive se aproximando dos valores-padrão. Entretanto, percebe-se que seus escores são menores dos que os encontrados por P1 e P2 e ficam compreendidos no limite de um desvio padrão da amostra de validação para todas

as modalidades de enfrentamento, o que poderia implicar em indicação de avaliação complementar por parte da equipe de saúde e, provavelmente, na necessidade de intervenção psicológica.

### 3.6 – Satisfação com a equipe e com o serviço de saúde

Abaixo seguem os resultados do nível de satisfação declarado dos participantes com a equipe médica, com as consultas médicas, com a equipe psicossocial que presta atendimento (psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, etc...) e com a rotina de atendimento (marcação de consultas, exames, etc...).

**Tabela 10.** Níveis de satisfação com o atendimento médico, a qualidade das consultas médicas, o atendimento dos demais profissionais e com a rotina de atendimento

	Participante 1			Participante 2			Participante 3	
	LBI	LBII	LBIII	LBI	LBII	LBIII	LBI	LBIII
<b>Equipe médica</b>	Satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Insatisf.	Satisfeito	Satisfeito	Muito insatisf.	Insatisf.
<b>Consultas</b>	Satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisf.	Satisfeito	Muito insatisf.	Insatisf.
<b>Demais profissionais</b>	Satisfeito	Muito satisfeito	Muito satisfeito	Satisfeito	Satisfeito	Satisfeito	Insatisf.	Insatisf.
<b>Rotina de atendimento</b>	Satisfeito	Muito satisfeito	Satisfeito	Insatisf.	Insatisf.	Insatisf.	Insatisf.	Insatisf.

P1 disse na LBI estar satisfeito com todos os itens avaliados e muito satisfeito nas LBII e LBIII, com exceção de uma avaliação de satisfação com a rotina de atendimento na LBIII.

P2 manteve o relato de insatisfação com a rotina de atendimento nas três entrevistas e de satisfação com relação à equipe multiprofissional nos três momentos. Com relação às consultas ele apresentou inicialmente um relato de insatisfação e muita insatisfação nas LBI e LBII respectivamente, apresentando uma avaliação mais positiva,

de satisfação, na LBIII. Quando perguntado sobre a equipe médica, disse que estava insatisfeito na LBI e apresentou uma melhora na sua satisfação, com relato de estar satisfeito nas LBII e LBIII.

P3 relatou na LBI estar muito insatisfeita com a equipe médica e com as consultas e insatisfeita com a equipe psicossocial, bem como com a rotina de atendimento. Na LBIII disse estar insatisfeita em todos os itens.

### **3.7 - Contagens de CD4 e carga viral**

Os dados de carga viral e contagens de linfócitos T (CD4) são apresentados para cada participante considerando os exames mais recentes disponíveis no prontuário com relação aos três momentos de entrevista. É importante acrescentar que a LBI foi realizada na primeira quinzena de outubro de 2005, os encontros se deram entre a segunda quinzena de outubro de 2005 e novembro de 2005, a entrevista de LBII no final de novembro de 2005 e a LBIII em fevereiro/março de 2006.

Para P1 estavam disponíveis exames referentes aos meses de maio e novembro de 2005. Pode-se perceber uma melhora nos indicadores do participante entre os exames, que foram realizados justamente antes da LBI e no mês de encerramento dos encontros. Não foram encontrados exames mais recentes de P1 no prontuário, referentes a 2006. Conforme assinalado anteriormente, P1 parece que já vinha mudando seu comportamento de adesão, sendo que a intervenção teve o papel, especialmente, de prevenir a recaída para a não adesão.

**Tabela 11.** Resultados e mês de realização dos exames de CD4 e carga viral de P1  
**Participante 1**

<b>Data do exame</b>	<b>CD4</b>	<b>Carga Viral</b>
<b>Mai de 2005</b>	92	16.049
<b>Novembro de 2005</b>	177	250

P2 apresentou os seguintes resultados nos exames de CD4 e carga viral, que representa contagens baixíssimas de CD4 e níveis altos de carga viral. Constatou-se que não há mudanças relevantes de P2 quanto aos indicadores biológicos, sugerindo duas possibilidades: não adesão à TARV e/ou ineficácia terapêutica.

**Tabela 12.** Resultados e mês de realização dos exames de CD4 e carga viral de P2  
**Participante 2**

<b>Data do exame</b>	<b>CD4</b>	<b>Carga Viral</b>
<b>Outubro de 2005</b>	04	55.570
<b>Fevereiro de 2006</b>	03	-
<b>Julho de 2006</b>	06	76.670

Para P3 observa-se nos indicadores laboratoriais uma piora no seu quadro imunológico e virológico, representando uma condição de grande vulnerabilidade para a ocorrência de infecções oportunistas.

**Tabela 13.** Resultados e mês de realização dos exames de CD4 e carga viral de P3  
**Participante 3**

<b>Data do exame</b>	<b>CD4</b>	<b>Carga Viral</b>
<b>Junho de 2005</b>	50	3.073
<b>Janeiro de 2006</b>	46	-
<b>Mai de 2006</b>	19	22.842

### **3.8 - Percepções dos participantes sobre HIV/aids – trechos de relatos**

Para ilustrar as percepções dos participantes sobre o HIV/aids, nos diferentes momentos, estão descritos trechos das falas de P1 e P2, com o propósito de mostrar como cada um encarava a doença no início e ao final do trabalho. P1 já apresentava uma percepção mais positiva, que se manteve nos demais momentos. Para P2, que apresentava uma percepção mais negativa da doença e de seu tratamento, observa-se através de seu discurso a mudança para uma representação mais positiva, que reflete um pouco da melhora, especialmente nas expectativas de auto-eficácia e na utilização do enfrentamento, das dificuldades para realização do tratamento.

#### **P1 – LBI**

*“Conheci várias pessoas que tomavam o coquetel, várias que não tomaram, muitas que já morreram, muitas que tão muito bem. E, tomei a consciência de que o tratamento é eficaz e que hoje a aids não mata, se tornou um mal crônico e você tem que tomar a medicação pro resto da vida, mas, não vai morrer disso. Se você se cuidar, não vai morrer disso”.*

*“Eu acredito nisso, que hoje em dia, quem morre por causa da aids é porque realmente não tava a fim de, de viver mesmo não. Então, procurou, né? E sempre é uma morte*

*sofrida. Morrer de TB é horrível. Toxoplasmose, ficar aí louco, aleijado e tudo. Então, se você não tomar o coquetel, fatalmente você vai chegar a uma dessas doenças”.*

### **P1 – LBIII**

*“Eu reclamava da vida e falava: pô, tá tão ruim. Mas tomando o remédio uns três anos atrás eu reclamava: pô, o que que eu fui fazer da minha vida? Quando eu parei, aí eu fui ver que o negócio tava era bom e eu não sabia. E eu tô sofrendo com isso até hoje. Porque deixou seqüelas”.*

### **P2 – LBI**

*“Comecei a usar o remédio em 2001 e eu tô pensando seriamente em parar de tomar isso, porque esses remédios eles ajuda num lado e no outro lasca com a gente”.*

*“Às vezes eu não tomo porque eu penso, eu tomando eu tô desse jeito, eu não vou tomar logo, porque em vez de melhorar o CD4 faz é piorar, Carga Viral também tá alta, eu passo não acreditar no remédio, eu tomo porque os médicos fala pra tomar, que não é pra parar, mas eu tomo sem acreditar, eu não acredito nesses remédios”.*

*“Sobre aids HIV, como ele atua e como os remédios agem no meu corpo, eu descobri e acredito que nunca vai ter cura isso, eu acredito assim que vai ter uma vacina no futuro, mas para pessoas que não são soropositivas, pra imunizar aquela pessoas. Aí depois que essas pessoas que tem morrer aí vai acabar, se a ciência quiser vai acabar, daqui uns cem anos eu acho que acaba, mas eu ser curado só se for obra de Deus, porque no*

*homem eu não acredito. Porque o vírus até onde eu sei é muito inteligente então onde ele se esconde remédio nenhum vai lá, então por isso eu acredito que não vai ter um remédio pra acabar com o vírus na pessoa. Por isso eu acredito numa vacina daqui uns dez, quinze anos, acho que esse vírus é um vírus muito complexo, que veio mesmo pra derrotar, não pra ser vencido”.*

### **P2 – LBIII**

*“Depois do curso que eu tive aqui, eu melhorei, eu diria, 89% eu diria. Porque meu modo de pensar era totalmente diferente e eu não tomava os remédios certo. Não tomava mesmo, que eu não era doido. Eu digo: eu vou tomar pra poder acontecer isso comigo? Tem o organismo, tem o remédio que faz mal para uma pessoa e pra outra não faz. E disso eu não sabia nada disso. Eu vim saber com o nosso curso aí. Então eu passei a tomar com mais segurança. Mais tranqüilo. Tomo o remédio como se ele fosse, e é meu amigo. Não é como eu tomava: esse desgraçado vai me matar. Eu tomava assim. Quando eu tomava, eu tomava assim”.*

*“Eu acho que se eu não tivesse participado desse grupo eu acho que eu não estaria tomando mais. Porque eu tava já com a idéia fixa mesmo de parar de uma vez. Eu estava com a idéia fixa. Eu digo: essa peste vai me matar, eu prefiro morrer cheiroso do que escapar fedendo. Eu prefiro morrer do jeito do que estou bonitinho, do que no bagaço, com vergonha. Porque tem gente que não sai de casa, eu conheço pessoas que não saem de casa, tem vergonha de sair. Com o corpo, porque tinha um corpo de um jeito e hoje tá só a bagaceira”.*

Podemos perceber que os participantes apresentaram relatos na LBIII mais positivos da TARV e com uma percepção dos anti-retrovirais como uma solução eficaz para o problema de saúde que enfrentam. Especialmente em P2, nota-se uma mudança tanto em relação à percepção da TARV, quanto da atitude em relação ao tratamento.

### **3.9 – Avaliação sobre os encontros e sugestões dos participantes**

P1 avaliou o trabalho positivamente ressaltando o fato de poder falar livremente durante os encontros, verbalizando sobre suas dificuldades para realizar o tratamento e tendo suas dúvidas sanadas. Além disso, a realização dos encontros com horário e dia marcado foi apontado como ponto positivo ao auxiliar o participante em ter uma melhor disciplina: *“Foram várias coisas. Uma delas é que você pode falar à vontade, colocar pra fora o que você tá sentindo em relação ao tratamento e tirar bastante dúvida. A outra que você acaba conhecendo pessoas também que sofrem, experiências e tudo. Acaba ajudando também. E outra, que essa questão de ser uma vez por semana você tá ali, já é mais uma forma de você se disciplinar também, sabe, na questão de horário, de tomar. Falei: não, não vou faltar porque isso aí acaba fazendo parte do seu tratamento também”*.

Como pontos a aprimorar, P1 relatou que poderiam ter sido oferecidas mais informações sobre HIV, aids e TARV e deveria ser buscada uma maior participação dos membros do grupo. Além disso, o grupo poderia ter sido mais divulgado com o intuito de trazer um número maior de participantes.

Para P2 o ponto mais positivo do trabalho foram as informações oferecidas e o aprendizado conseguido nos encontros: *“Eu tenho passado pra frente o que eu aprendi*

*aqui. Porque aqui eu aprendi muita coisa de bom”.*

Como ponto a aprimorar, ele opinou que o grupo poderia ter contado com a participação de um número maior de pessoas, sendo que a presença dos participantes deveria ser incentivada. Uma informação que poderia ter sido melhor abordada dizia respeito aos efeitos colaterais da medicação e das estratégias para lidar com eles.

#### 4. DISCUSSÃO

No bojo da política pública brasileira de acesso universal à terapia anti-retroviral, instituída em 1996, a realização de estudos que permitam uma melhor compreensão sobre o comportamento de adesão à TARV são de suma importância. Segundo o Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde existiam, no final de 2006, existiam mais de 170 mil pessoas em uso da TARV, um dos maiores contingentes no mundo de pessoas HIV+ de uma mesma nacionalidade nessa condição (Brasil, 2006). Além de ser elogiada e reconhecida internacionalmente, essa política está em consonância com os princípios de integralidade, equidade e interdisciplinaridade do Sistema Único de Saúde, contribuindo também para sua consolidação.

Nesse contexto, cabe destacar a relevância de trabalhos que favoreçam o compromisso, o engajamento e a participação efetiva do usuário em seu próprio tratamento e no auto-cuidado. Além disso, é essencial que tais estudos forneçam subsídios teóricos e técnicos para a melhoria dos processos de comunicação e de vinculação entre profissionais de saúde e pacientes, reforçando a necessidade da adoção de posturas respeitadas, acolhedoras e éticas dos primeiros para com os usuários dos serviços.

No estudo que realizamos com o intuito de contribuir para essa compreensão, um dos maiores desafios encontrados foi conseguir reunir, em grupo, pessoas que apresentavam problemas de adesão ao tratamento anti-retroviral, com o intuito de se buscar soluções para as barreiras e dificuldades vivenciadas por eles. Motivar pessoas com adesão precária a aderirem ao grupo, cujo objetivo era reduzir essa vulnerabilidade,

mostrou-se altamente desafiador. No caso de pessoas vivendo com HIV/aids, se adicionam ainda as resistências e recusas para participação de processos coletivos, devido ao receio de outras pessoas que possam violar regras de confidencialidade e sigilo. Assim, a evitação quanto a participar de grupos resulta, muitas vezes, do medo do preconceito e do estigma. Dessa forma, para aumentar a adesão ao grupo é necessário atenção e cuidados especiais dos facilitadores, visando garantir que atitudes éticas prevaleçam, favorecendo a participação e o vínculo a esse tipo de atividade (Paiva & cols., 2000).

Uma concepção presente no trabalho era de que, em processos de adoecimento crônico, nenhuma pessoa apresenta um padrão definitivo de adesão plena e adequada. Contextos diversos ao longo do desenvolvimento humano, fatos ligados ao tratamento, influências sociais, enfim, a ocorrência de outros eventos e situações – muitas vezes inesperados – podem afetar negativamente essa conduta, mesmo em pessoas que têm apresentado histórico positivo de adesão ao tratamento. Isso remete à necessidade que as equipes estruturam ações contínuas e permanentes direcionadas para a adesão, inseridas no dia-a-dia dos serviços e das práticas de saúde, contando com a participação imprescindível dos profissionais de diversas formações (Brambatti & Carvalho, 2005).

Uma contribuição importante do estudo foi o desenvolvimento e planejamento de intervenção em grupo, de base cognitivo-comportamental, que lançou mão de técnicas de fácil aplicação, que podem ser usadas em contextos de atendimento individual e grupal. Apesar de sua origem na ciência psicológica, e de serem ferramentas privilegiadas do profissional de psicologia, essas técnicas podem, a rigor, ser aplicadas por profissionais de saúde de outras áreas. No entanto, antes da aplicação de técnicas que auxiliem no

desenvolvimento de habilidades e no aprendizado de repertórios comportamentais, a consolidação do acolhimento e do vínculo é condição *sine qua non* para a boa relação profissional de saúde-usuário e, conseqüentemente, para a adesão ao tratamento.

Entende-se ainda que seja essencial que iniciativas similares, de atendimento em grupo em serviços de saúde, sejam avaliadas, para acumular evidências empíricas sobre as vantagens e benefícios de tais práticas, conforme diversos autores têm demonstrado (Murphy & cols., 2002; Wessler, 1999).

Podem ser enumeradas como vantagens da intervenção em grupo, percebidas no presente trabalho, a troca e intercâmbio de experiências entre os participantes, o número de pessoas atendidas no mesmo espaço de tempo e o delineamento psicoeducativo com utilização de recursos de base cognitivo-comportamental úteis para a psicologia da saúde, especificamente desenvolvido para adesão à TARV. Essa experiência poderá ser replicada, na íntegra ou modificada, inspirando iniciativas similares em serviços de saúde.

No entanto, são muitos os desafios para a execução de uma atividade como essa. Um deles ocorre já na elaboração do plano de intervenção, que deve pautar-se em um referencial teórico, e contemplar estratégias diversificadas voltadas para a resolução de problemas e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento para manejo das dificuldades de adesão.

Outro desafio é a própria adesão ao grupo, devido à dificuldade de que pessoas não aderentes ao tratamento aceitem compartilhar suas experiências com outras, talvez incrementada pelo medo do estigma. Essa barreira esteve claramente presente no estudo: foi difícil integrar pessoas para o compartilhamento de suas dificuldades no uso da

TARV. Presenciou-se ainda a perda de sujeitos, já que apenas duas das quatro pessoas entrevistadas e que aceitaram participar na LBI compareceram aos encontros.

Outra contribuição do estudo se refere à utilização de instrumentos padronizados, como o de avaliação da auto-eficácia para seguimento da TARV (Leite & cols., 2002), que se mostraram aplicáveis e de fácil manejo. Tais instrumentos podem ser incorporados ao cotidiano dos serviços de saúde. Sem substituir procedimentos de entrevista, que são indispensáveis, pois permitem a análise funcional, a escuta empática e a compreensão do comportamento-alvo, esses instrumentos são recursos complementares que permitem a identificação de situações de risco para a não-ingestão da medicação. Assim, a escala utilizada favoreceu a observação de contextos de maior dificuldade para cada caso, facilitando a intervenção oportuna e focalizada nas necessidades dos usuários.

Resgatando a definição de DiMatteo e DiNicola (citado por Vasquez & cols., 1998, p. 232) acerca do conceito de adesão, como um compromisso de colaboração ativa e intencional do paciente no curso de um comportamento, com o objetivo de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado, o modelo cognitivo-comportamental privilegia, em sua intervenção, o desenvolvimento das habilidades necessárias para a auto-gestão do tratamento e de meios para favorecer a percepção de auto-eficácia e as estratégias de enfrentamento com foco no problema.

Os resultados, frutos da intervenção de base cognitivo-comportamental, sugerem que P1 e P2 chegaram ao final do grupo mais preparados para lidar com as dificuldades impostas pelo tratamento e que, possivelmente, poderão generalizar tais percepções e comportamentos para outras esferas, como a adesão às consultas médicas, a realização de exames periódicos e o sexo-seguro.

Merece destaque que a conduta de adesão em HIV/aids não se limita à terapêutica anti-retroviral. Ela é multifacetada e abrange vários comportamentos, mediados por variáveis diversas. No entanto, o alvo maior desse estudo foi a adesão à TARV, no intuito de delimitar melhor o objetivo e as metas da intervenção e da pesquisa. Porém, não resta dúvida que outras questões relativas à adesão foram trabalhadas, conforme relatos verbais e resultados dos escores dos instrumentos utilizados. Outra justificativa para essa escolha mais estrita, focada na adesão à TARV, é que os pacientes muitas vezes mantêm adesão a várias condutas, como as citadas acima, mas apresentam dificuldades na ingestão cotidiana da medicação. É possível afirmar que os casos incluídos nesse estudo apresentavam tais características.

Uma pergunta merece ser colocada: afinal, o procedimento implementado alcançou seus objetivos? Houve uma melhora relevante da conduta de adesão dos participantes submetidos à intervenção? Os resultados obtidos, referentes às medidas das variáveis psicológicas, apontam para a eficácia do procedimento realizado. Centrando na EMEP, tanto P1 como P2 apresentaram resultados mais positivos, dentro dos resultados inicialmente esperados, o que pode indicar que a intervenção fez com que, ao final, ambos estivessem empregando estratégias de enfrentamento mais adaptativas frente à soropositividade, o que segundo Chesney e cols. (2003), implica em estados psicológicos mais positivos.

É importante pontuar que o aumento nos escores da EMEP para P3, nos quatro fatores do instrumento, pode ser um alerta importante para pesquisadores e profissionais de saúde, como ilustração de que grande parte da aprendizagem acontece fora do espaço físico do serviço de saúde. Desprezar essas influências é adotar uma postura onipotente

que é contraproducente e irrealista. Assim, é na realidade sócio-ambiental que muitas recomendações e orientações de cunho terapêutico, médico, clínico, ou de qualquer outra natureza, são efetivamente colocadas à prova e desempenhadas.

Ainda em relação a P3, apesar da melhora constatada na LBIII no que tange ao enfrentamento, a baixa pontuação no fator focalização no problema, ao lado do escore relativamente alto em focalização na emoção, sugerem que esta poderia se beneficiar de uma intervenção psicológica regular, na medida em que parece apresentar dificuldades importantes de ajustamento à condição de soropositividade, o que pode estar ocasionando as dificuldade de adesão à TARV. Essa afirmativa se baseia em experiências clínicas e em resultados de estudos com amostras brasileiras referente a modalidades de enfrentamento e aspectos psicológicos em pessoas vivendo com HIV/aids (Remor, 1997; Seidl, 2005b; Seidl & cols., 2005). Outro dado preocupante de P3 refere-se aos indicadores imunológicos e virológicos, sugestivos de condição altamente vulnerável a infecções oportunistas graves.

Resgatando os estudos focados nas dificuldades das pessoas para aderirem ao tratamento (Kelly & Kalichman, 2002; Paiva, Leme, Nigro & Caraciolo, 2000; Nemes, Carvalho & Souza, 2004; Russel & cols., 2003; Singh & cols., 1999), podemos observar entre os participantes, na LBI, vários dos aspectos apontados como dificultadores. De todos os participantes, P3 foi a que apresentou mais claramente um grande rol de situações que colocavam em risco seu comportamento de adesão: relatos de ausência de suporte material e afetivo, relato de depressão, presença de efeitos colaterais, relação insatisfatória com a equipe médica, bem como habilidades comportamentais e cognitivas precárias, achados que foram corroborados por seus escores na EMEP e na escala de

auto-eficácia.

Observou-se que os melhores resultados foram os de P1, apresentando inclusive maior coerência quanto às medidas psicológicas e biológicas. Um fato importante a ser destacado é que P1 estava em processo de prevenção de recaída. Na verdade, ao iniciar o grupo, P1 parecia já estar motivado e inclinado a aderir ao tratamento, fato que pode ser evidenciado pela manutenção de relatos positivos acerca do nível de proteção oferecido pelos medicamentos ARV, bem como pela obtenção de escores elevados da escala de auto-eficácia já na LB1.

Quanto aos marcadores biológicos, seus níveis de CD4 e CV indicaram haver tendência de queda do indicador virológico e aumento do imunológico, acarretando a melhoria das condições de saúde. Havia, no entanto, relatos de desconforto e de dificuldades no uso da TARV, assim como indícios da presença de vulnerabilidades que poderiam levar a novas rupturas da adesão. Assim, parece que a intervenção fortaleceu a aquisição do repertório de adesão, reduziu percepções de barreiras e aumentou a percepção das vantagens do tratamento, minimizando vulnerabilidades de P1 quanto ao seu tratamento com anti-retrovirais. A inexistência de exames mais recentes documentados limitou essa conclusão.

Para P2 pode-se sugerir uma análise posterior mais detalhada e uma avaliação complementar por parte da equipe de saúde. Apesar de chegar ao final dos encontros e na LBIII com relatos de níveis satisfatórios de adesão, seus indicadores laboratoriais abrem espaço para alguns questionamentos: por que não há uma melhora nas contagens de CD4? Por que a carga viral parece aumentar?

Apesar do quadro grave de imunodeficiência, não encontramos relatos de doenças

oportunistas instaladas e a percepção, baseada no próprio relato do participante e nos dados do estudo e da intervenção, era de que ele apresentava uma saúde geral que podia ser avaliada como boa. Apesar disso, são perceptíveis na sua fala e em seu comportamento algumas incoerências, que somadas aos resultados dos exames clínicos, podem abrir margem para que se questione se essa adesão plena estaria realmente acontecendo.

Essa reflexão serve para reforçar ainda mais a necessidade de uma atenção multidisciplinar do fenômeno da adesão ao tratamento, pois podemos nos defrontar no atendimento diário com pessoas que apresentam distúrbios psiquiátricos e/ou psicológicos, ou que sofrem interferência negativa do fenômeno da desejabilidade social, levando o usuário a revelar uma realidade melhor do que a verdadeira, no intuito de agradar ao interlocutor. Nesse caso, os relatos serão no sentido de níveis adequados de adesão, quando na verdade, jamais ingeriram um comprimido sequer.

Merece destaque a questão do auto-relato como medida da adesão. O auto-relato tem sido apontado por vários autores como limitado, muitas vezes pelo próprio esquecimento sobre a quantidade de doses perdidas em determinado período de tempo. Por outro lado, não há como evitar que informações sobre comportamentos de saúde sejam obtidas por auto-relato. O fundamental é fortalecer a confiança do usuário em relação ao profissional de saúde e à equipe, com escuta ativa e qualificação dessa comunicação, favorecendo a expressão franca e realista sobre as dificuldades e barreiras que este está enfrentando, incluindo aquelas relativas à adesão (García & Cotê, 2003; Vasquez & cols., 1998).

Uma preocupação emergente no meio dessas avaliações é de que esses e outros

comportamentos de adesão insatisfatória à TARV, ou mesmo de interrupção do tratamento, não acarretam consequências negativas imediatas, ao contrário de outras doenças crônicas. À guisa de exemplo, uma pessoa com diabetes que, no dia anterior, não usou insulina e comeu alimentos doces, pode perceber o indicador dessa conduta de modo quase imediato, em exame de glicemia que ela pode fazer em sua residência com o uso do glicosímetro. Assim, de posse dessa informação, ela pode orientar seu comportamento de auto-cuidado logo após o lapso de não-adesão.

No caso do tratamento anti-retroviral, falhas e rupturas na conduta de adesão não vêm seguidas, no curto e mesmo médio prazos, de contingências adversas na condição clínica ou na capacidade imunológica. Essa característica do tratamento em HIV/aids indica a importância dos processos educativos sobre a enfermidade e sua progressão, de modo que o usuário compreenda porque deve manter adesão satisfatória e em níveis elevados (superiores a 95%), mesmo se sentindo saudável e estando bem de saúde. A boa adesão em HIV/aids exige, então, auto-controle, auto-gerenciamento e motivação por parte das pessoas envolvidas.

Um dado que se repete no relato dos três participantes é a percepção favorável dos benefícios dos ARV para a manutenção de níveis satisfatórios de saúde, indicando boa expectativa sobre a eficácia dessa medicação no controle da enfermidade. Esse resultado reforça, mais uma vez, a importância do trabalho interdisciplinar, em especial da psicologia, pois o comportamento de adesão, enquanto um fenômeno multideterminado, precisa ser entendido em sua complexidade. Assim, é importante permitir a expressão de crenças e sentimentos que podem afetar o seguimento do tratamento, mesmo quando a pessoa acredita que este é essencial para a manutenção de sua saúde. (Brown & cols.,

2002; Kelly & Kalichamn, 2002; Suls & Rothman, 2004; Teixeira & cols., 2000).

Segundo os critérios de Barlett (1998), pode-se afirmar que os três participantes se encontravam na LBI em estágio de infecção avançada de aids. P3 apresentou, segundo as contagens de CD4 e carga viral, um agravamento ainda maior, inclusive com a reincidência de uma doença oportunista séria – a neurotoxoplasmose. Quanto ao comportamento-alvo do estudo, o de adesão à TARV, os três participantes na LBI apresentavam níveis insatisfatórios (ingestão inferior a 95% das doses prescritas), não obstante as diferenças individuais. Já na LBII, observaram-se relatos favoráveis dos participantes do grupo, tal como esperado, com níveis de adesão superiores a 95%. No caso controle, este não aderiu ao tratamento, mantendo níveis similares à LBI.

Alguns resultados ilustram, ainda, a mudança de percepção sobre o tratamento dos dois participantes do grupo, em comparação com o caso controle. Assim, constatou-se que, para P1 e P2, mesmo diante de relatos sobre algum nível de desconforto com a realização do tratamento, avaliaram que estes eram menos desagradáveis que no início da intervenção. Parafraseando P2, ambos passaram a conceber os medicamentos como aliados, e não como um inimigo a ser combatido ou desprezado. Já em P3, houve a manutenção de uma relação conflituosa com a medicação e a clara percepção de seus efeitos como algo nocivo. Assim, relatos de P3 indicam a presença de um pensamento catastrófico, que maximiza as conseqüências negativas dos ARV.

Outra mudança perceptível referiu-se ao julgamento feito por P1 e P2 de quão difícil era a realização da TARV. Os dois passaram de uma avaliação inicial de “muito difícil”, para uma avaliação de que era “um pouco difícil”. P3 manteve na LBI e na LBIII relatos de que era “muito difícil” cumprir as prescrições. Esses exemplos falam a favor

de um processo de resignificação do tratamento, a partir de reestruturação cognitiva (Remor, 1997).

Em relação às expectativas de auto-eficácia para realização da TARV, notou-se, em P1 e P2, uma mudança positiva, com P1 atingindo o escore máximo da escala na LBIII. No caso de P2, este apresentou níveis satisfatórios de percepção já na LBII. Esses achados, somados aos encontrados na EMEP, corroboram a eficácia de intervenções de base cognitivo-comportamental em contextos de saúde-doença, permitindo uma avaliação positiva sobre sua utilização no atendimento de pessoas com dificuldades de adesão. Esses achados se somam aos resultados encontrados em outros estudos realizados com base nesse referencial teórico-metodológico (Ashton & cols., 2005; Folkman & cols., 1986; Godin e cols., 2005; Haidt & Rodin, 1999; Kalichman e cols., 2003; Kear, 2000; Reynolds e cols., 2004).

Voltando ao participante P3, este apresentou, em ambas as avaliações, escores baixos na escala de auto-eficácia, com um leque grande de situações que poderiam levá-lo a não fazer uso da medicação. Esse dado reforça a necessidade de um acompanhamento psicológico mais sistemático, talvez individualizado, pois havia ainda história de interrupção prolongada do tratamento. Verifica-se, assim, a necessidade de uma intervenção ampla sobre o fenômeno adesão, buscando focá-lo a partir de uma perspectiva biopsicossocial (Brown & cols., 2002; Suls & Rothman, 2004).

Um aspecto importante com relação ao trabalho realizado e às iniciativas de intervenção em grupo que foi identificada no estudo, está relacionado à condição de saúde dessa população. Pessoas que apresentam dificuldades de adesão, geralmente já foram acometidas por doenças oportunistas, apresentam reincidência dessas doenças ou

novos quadros sintomáticos, que as levam frequentemente a estados de adoecimento que impossibilitam ou dificultam a locomoção ou as leva à internação. Assim, muitas vezes, a não-adesão contribui para aumentar essa vulnerabilidade, o que acaba por impossibilitar a participação ativa em atividades rotineiras e sequenciais de atendimento, como a participação em grupos que exijam uma frequência a determinado local e/ou horário.

Uma variável que não foi avaliada de modo abrangente nesse estudo se refere ao suporte social, sendo apenas incluída como uma das modalidades de enfrentamento investigada pela EMEP (Seidl & cols, 2001). Estudiosos têm destacado que a disponibilidade e satisfação com suporte social parecem desempenhar papel relevante como protetor contra os efeitos estressores de condições adversas de saúde. Como exemplo, seus efeitos positivos têm sido observados sobre a percepção satisfatória da qualidade de vida (Seidl & cols., 2005). No que tange à conduta de adesão, o efeito motivacional positivo do suporte social pode favorecer esse comportamento, o que tem chamado a atenção de pesquisadores da área de saúde (DiMatteo, 2004). Essa dimensão poderia ser melhor avaliada e considerada em estudos futuros sobre adesão.

Outra reflexão importante, se refere aos dados epidemiológicos que apontam um crescimento de novos casos de infecção por HIV entre pessoas com precárias condições socioeconômicas (Brasil, 2005, 2006), que, muito provavelmente, estão mais sujeitas a dificuldades para a manutenção de níveis nutricionais, acesso à moradia e a medicamentos adicionais. Nesse sentido, também deve ser levado em conta na avaliação da conduta de adesão o acesso dessas pessoas aos recursos para a manutenção de níveis básicos de satisfação de necessidades essenciais, como alimentação, transporte, moradia, dentre outros. É importante frisar esse ponto, pois essa realidade pode se apresentar como

uma barreira quase intransponível, inviabilizando qualquer medida para adesão à TARV.

Como limitações do estudo, cabe destacar algumas delas. Inicialmente, o fato de que foi uma amostra de conveniência, sem qualquer critério de randomização. É possível supor que os dois participantes poderiam estar mais motivados e prontos para a mudança e para a adesão. Assim, talvez os casos menos preparados para a intervenção em grupo fossem P3 e P4, tanto que sequer deram início às atividades, apesar de terem concordado e consentido em participar.

Outro aspecto que limita os achados foi o reduzido número de participantes, levando à necessidade de parcimônia na generalização dos resultados desse trabalho. Uma limitação refere-se ainda ao desenho da intervenção. Uma avaliação das sessões considerou que um número um pouco maior de encontros poderia ser benéfico, permitindo trabalhar melhor e com mais profundidade alguns temas, e desenvolver habilidades de enfrentamento para manejo das dificuldades de adesão. Assim, duas a três sessões a mais poderiam ser incluídas em futuros planejamentos de atividades como essa. De qualquer forma, pode-se concluir que os resultados do presente estudo vão ao encontro de outros similares, como os de Murphy e cols. (2002) e Chan e cols. (2005), que apontam que o trabalho de base cognitivo-comportamental pode ajudar pessoas que enfrentam dificuldades com a TARV a melhorar sua conduta de adesão e seus indicadores biológicos e de ajustamento psicológico.

Como apontado anteriormente, a aids é com certeza um dos maiores alvos de convergência dos esforços globais e uma das maiores preocupações da atualidade, especialmente pelo recorrente medo do aparecimento de um supervírus e pela manutenção de altas taxas de mortalidade e morbidade, especialmente em países e grupos

sociais mais carentes de recursos financeiros e educacionais. Esse quadro, por si só, seria mais do que suficiente para motivar-nos nessa empreitada. Mas é especialmente o sofrimento dessas pessoas, que diariamente lutam por melhor qualidade de vida e tratamento mais humano, que nos levou a buscar formas de ajudá-los com o que a psicologia podia lhes oferecer.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos do estudo foram alcançados, mas é importante frisar que as pessoas – com seus comportamentos, cognições e sentimentos – estão imersas em diversos contextos e situações sociais, e em constante mudança. Um aspecto é o ambiente parcialmente controlado do serviço de saúde, outro é o ambiente de trabalho, a casa, a vizinhança, os amigos, que exigem outras habilidades e estratégias de enfrentamento.

A introdução de instrumentos, como a escala de auto-eficácia, no cotidiano dos serviços de saúde pode ser bastante útil como estratégia de apoio à intervenção e à qualificação da assistência. Eles permitem a identificação de aspectos que necessitam de maior atenção, servindo de base para o trabalho de acolhimento e acompanhamento, sempre multifacetado e interdisciplinar, que deve ser realizado.

Outras pesquisas precisam ser conduzidas, tanto para avaliar o referencial cognitivo-comportamental, quanto o uso de intervenções em grupo no âmbito do trabalho em saúde. O maior desafio vislumbrado para essas ações é a busca da adesão dos participantes, ou seja, a definição de estratégias que favoreçam o engajamento dos usuários nas atividades, sua permanência e presença efetiva.

O maior ensinamento que tiramos dessa experiência é que, apesar dos imensos desafios, existem luzes no fim do túnel para pessoas que estão em uso de medicação anti-retroviral. E que, muitas vezes, a disponibilidade de atenção qualificada, de informações acessíveis e pertinentes as leva, por conta própria, a buscar estratégias para resolverem suas dificuldades de modo autônomo, conseguindo manter níveis satisfatórios de adesão ao tratamento, de qualidade de vida e de saúde.

## 5. REFERÊNCIAS

- Amato Neto, V., Medeiros, E. A. S., Kallás, E. G., Levi, G. C., Baldy, J. L. S. & Medeiros, R. S. S. (1996). *Aids na prática médica*. São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Ashton, E., Vosvick, M., Chesney, M., Gore-Felton, C., Koopman, C., O'shea, K., Maldonado, J., Bachmann, M. H., Israelski, D., Flamm, J. & Spiegel, D. (2005). Social support and maladaptive coping as predictors of the change in physical health symptoms among persons living with HIV/aids. *AIDS Patient Care and STDs*, 19 (9), 587-598.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. Em R. Vasta (Org.), *Annals of child development, volume 6: Six theories of child development*. Greenwich: JAI Press.
- Bandura, A. (1994a). Self-efficacy. Em V. S. Ramachaudran (Org.), *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1994b). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. Em R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25-59). New York: Plenum.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Barata, R. C. B. (1997). O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5), 531-537.

- Barbetta, P. A. (2001). *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Barros, T. M. (2003). Psicologia e saúde: intervenção em hospital geral. Em R. M. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira & N. M. Piccoloto (Orgs.) (2003). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 239-246). São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
- Bartlett, J. G. (1998). *Medical Management of HIV infection*. San Francisco: John Hopkins University, Department of Infectious Diseases.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Brambatti, L. P. & Carvalho, W. M. E. S. (2005). A adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/aids: barreiras e possibilidades. *Revista de Saúde Pública do Distrito Federal*, 16 (3/4), 7-21.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (1997). *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: Diretrizes e Procedimentos Básicos*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (2004). *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (2005). *Boletim Epidemiológico – Aids/DST*. Ano II, nº 1. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (2006). *Resposta 2006. Experiência do Programa Brasileiro de Aids*.

Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Brown, R. T., Freeman, W. S., Belar, C., Hornyak, L. M., Rozensky, R., Brown, R. A., Hersch, L., Rickel, A. & Sheridan, E. (2002). The role of psychology in health care delivery. *Professional Psychology: Research and Health*, 33, 536-545.
- Caballo, V. E. & Buena-Casal, G. (1999). Técnicas diversas em terapia comportamental. Em V. E. Caballo (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 685-718). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Cade, N. V. (2001). Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (6), 300-304.
- Chan, I., Kong, P., Leung, P., Au, A., Li, P., Chung, R., Po, L. M. & Yu, P. (2005). Cognitive-behavioral group program for Chinese heterosexual HIV-infected men in Hong Kong. *Patient Educational and Counseling*, 56, 78-84.
- Chesney, M. A., Chambers, D. B., Taylor, J. M., Johnson, L. M. & Folkman, S. (2003). Coping effectiveness training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosomatic Medicine*, 65, 1038–1046.
- Dancey, P. C. A. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- DiMatteo, R. M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology*, 23 (2), 207-218.

- Endler, N. S., Parker, J. D. A. & Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment, 10* (3), 195-205.
- Faustino, Q. M. & Seidl, E. M. F (2005). Percepções de pessoas soropositivas sobre o tratamento anti-retroviral: resultados de um grupo focal. Em *Anais do IV Congresso Norte-Nordeste de Psicologia* (CD ROM). Salvador: CONPSI.
- Feilstrecker, N., Hatzenberger, R. & Caminha, R. M. (2003). Técnicas cognitivo-comportamentais. Em R. M. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira & N. M. Piccoloto (Orgs.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 53-60). São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
- Folkman, S. Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 50* (3), 571-579.
- García, P. R. & Côté, J. (2003). Factors affecting adherence on antiretroviral therapy in persons living with HIV/aids. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 14* (4), 37- 45.
- Godin, G., Côté, J., Naccache, H., Lambert, L., D. & Trottier, S. (2005). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: a one-year longitudinal study. *Aids Care, 17* (4), 493 – 504.
- Haidt, J. & Rodin, J. (1999). Control and efficacy as interdisciplinary bridges. *Review of General Psychology, 3* (4), 317-337.
- Kalichman, S. C., Benotsch, E. G., Weinhardt, L., Austin, J., Luke, W. & Cherry, C.

- (2003). Health-related internet use, coping, social support, and health indicators in people living with HIV/aids: preliminary results from a community survey. *Health Psychology*, 22 (1), 111-116.
- Kear, M. (2000). Concept analysis of self-efficacy. *Graduate Research in Nursing*. Acessado em <http://graduateresearch.com/Kear.htm>, em 12.11.2004.
- Kelly, J. A. & Kalichman, S. C. (2002). Behavioral research in HIV/aids primary and secondary prevention: recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 626-639.
- Leite, J. C. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T. & Amato, V. L (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15 (1), 121-133.
- Lima, A. L. M., Kiffer, C. R., Uip, D., Oliveira, M. S. & Leite, O. M. (1996). *HIV/Aids: Perguntas e Respostas*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Lima, M. B. C. (1986). *Aids - Sida: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica.
- Lima, C. V. O. & Derdyck, P. R. (2001). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 491- 498). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lipp, M. E. N. (1997). *Relaxamento para todos: controle o seu stress*. Campinas: Papyrus Editora.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M. & Netter, T. W. (1992). *Aids in the world*. Cambridge:

Harvard University Press.

Milan, M. A. & Mitchel, Z. P. (1999). A generalização e a manutenção dos efeitos do tratamento. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 111-130). São Paulo: Santos Livraria Editora.

Murphy, D. A., Lu, M. C., Martin, D. Hoffman, D. & Marelich, W. D. (2002). Results of a pilot intervention trial to improve antiretroviral adherence among HIV-Positive patients. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 13 (6), 57-69.

Murta, S.G. (2005). *Implementação e avaliação de um programa de manejo de estresse ocupacional*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, DF.

Nemes, M. I. B., Carvalho, H. B. & Souza, M. F. M. (2004). Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *Aids*, 18 (3), S15 – S20.

Neves, E. M. L. (2004). *Estratégias de enfrentamento em portadores de hemofilia pré e pós intervenção comportamental*. Dissertação de Mestrado. PUC Campinas, Campinas, SP.

Nezu, M. & Nezu, C.M. (199). Treinamento em Solução de Problemas, Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 471-493). São Paulo: Santos Livraria Editora.

Organização Mundial de Saúde (2002). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Diseases and Mental Health Adherence to Long Term Therapies Project*. [www.who.org](http://www.who.org).

Paiva, V., Leme, B., Nigro, R. & Caraciolo, J. (2000). Lidando com a adesão: a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. Em P. R. Teixeira,

V. Paiva & E. Shimma (Orgs.), *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento* (pp. 28-75). São Paulo: NEPAIDS.

Parker, R. & Camargo Jr., K. R. (2000). Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 16 (1), 89-102.

Projeto Infoaids – Túnel do tempo (2004). <http://www.imediata.com/infoaids>. Acessado em 18.06.2005.

Rangé, B. (1995). Relação terapêutica. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva* (pp. 43-64). Campinas: Editorial Psy

Rehm, L. P. (1999). Métodos de autocontrole. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (p. 581-605). São Paulo: Santos Livraria Editora.

Remor, E. (1997). Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 10 (2), 51-59.

Reynolds, N. R., Testa, M. A., Marc, L. G., Chesney, M. A., Neidig, J. L., Smith, S. R., Vella, S. & Robbins, G. K. (2004). Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. *AIDS and Behavior*, 8 (2), 141-150.

Romano, B.W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Russel, C. K., Bunting, S. M., Graney, M., Hartig, M. T., Kisner, P. & Brown, B. (2003). Factors that influence the medication decision making of persons with HIV / aids: a

taxonomic exploration. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14 (4), 46-60.

Sande, M. A. & Volberding, P. A. (1995). *Tratamento Clínico da Aids*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter.

Scalera, A., Bayoumi, A.M., Oh, P., Risebrough, N., Shear, N. & Tseng, A.L. (2002). Clinical and Economic Implications of Non-Adherence to HAART in HIV Infection. *Disease Management Health Outcomes*, 10 (2), 85-91.

Seidl, E.M.F. (2001). *Pessoas vivendo com HIV/aids: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. Brasília, DF.

Seidl, E. M. F. (2005a). Intervenção cognitivo-comportamental em grupo para cuidadores primários de crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids. Em *Anais do IV Congresso Norte-Nordeste de Psicologia* (CD ROM), Salvador/BA, maio 2005. Salvador: CONPSI.

Seidl, E. M. F. (2005b). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 421-429.

Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Caetano, T., Medeiros, V. & Brito, A. (2005). Adesão ao tratamento anti-retroviral, variáveis sociodemográficas e psicológicas: resultados preliminares. Em *Anais do IV Congresso Norte-Nordeste de Psicologia* (CD ROM). Salvador: CONPSI.

- Seidl, E. M. F. & Silva, M. A. (1997) . Atendimento psicológico e social a pessoas portadoras do HIV/Aids: relato de experiência. Em *Anais do XXVI Congresso Interamericano de Psicologia*. São Paulo: Sociedade Interamericana de Psicologia.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 17, 225-234.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C. & Tróccoli, B. T (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de Vida. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18 (2),188-195.
- Silva, A. M. M. (2004). Teoria da auto-eficácia. Em M. F. Dela Coleta (Org.), *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde* (pp. 131-168). Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Singh, N., Berman, S. M., Swindells, S., Justis, J. C., Mohr, J. A., Squier, C. & Wagner, M. M. (1999). Adherence of Human Immunodeficiency Virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 29, 824-830.
- Suls, J. & Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology. *Health Psychology*, 23, 119-125.
- Teixeira, P. R.; Paiva, V. & Shimma, E. (2000). *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: NEPAIDS
- Tuldrà, A. & Wu, A. W. (2002). Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Supplement 3, S154-S157.

- Unaid – Joint United Nations Programme on HIV / Aids (2005). *Aids epidemic update: 2005*. [www.unaids.org](http://www.unaids.org). Acessado em 21.06.2006.
- Vázquez, I.A., Rodriguez, C.F. & Álvarez, M.P. (1998). *Manual de Psicologia de la Salud*. Madrid: Psicologia Pirâmide.
- Vera, M. N. & Vila, J. (1999). Técnicas de relaxamento. Em V. E. Caballo, (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 147 - 165). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Vincke, J. & Bolton, R. (2002). Therapy adherence and highly active antiretroviral therapy: comparasion of three sources of information. *Aids Patient Care and STDs*, 10, (16), 487-495.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Wessler, R. L. (1999). Terapia de grupo cognitivo-comportamental. Em V. E Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 721-739). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Wagner, M. B, Motta, V. T. & Dornelles, C. C. (2004). *SPSS passo a passo*. Caxias do Sul: Educs.
- White, J. R. & Freeman, A. S. (2003). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo: Editora Roga.
- Zaba, B., Whiteside, A. & Boerma, J. T. (2004). Demographic and socioeconomic impact of AIDS: taking stock of the empirical evidence. *AIDS*, 18 (2): S1 – S7.

Zampiére, A. M. F. (1996). *Sociodrama construtivista da aids – Métodos de construção grupal na educação preventiva da síndrome da imunodeficiência adquirida*. São Paulo: Workshopy Livraria, Editora e Produtora de Eventos.

# **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **Cartaz de convite para participação no grupo de adesão**

**VOCÊ ESTÁ COM DIFICULDADES PARA  
TOMAR SEUS REMÉDIOS ANTI-  
RETROVIRAIS?  
PAROU DE TOMAR OU TEM PULADO  
ALGUMAS DOSES?**



**O COM-VIVÊNCIA ESTÁ MONTANDO UM  
GRUPO PARA AJUDAR VOCÊ A MELHORAR  
SUA ADESÃO AO TRATAMENTO**

**CASO ESTEJA INTERESSADO EM PARTICIPAR DOS  
ENCONTROS, QUE SERÃO REALIZADOS NO HUB, ÀS  
TERÇAS-FEIRAS, DAS 14:30 ÀS 16:30, FAÇA SUA INSCRIÇÃO  
E MARQUE UMA ENTREVISTA, POIS AS VAGAS SÃO  
LIMITADAS**

**PROJETO COM-VIVÊNCIA - TEL: 3448-5416**

## **ANEXO II**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Brasília (DF), \_\_\_\_\_ de outubro de 2005.

Prezado (a) Senhor(a),

Estamos realizando estudo para avaliar a melhora na adesão ao tratamento anti-retroviral de pessoas soropositivas que participam de intervenção em grupo e suas percepções sobre o tratamento e a doença. A pesquisa está sendo coordenada pelo psicólogo Quintino de Medeiros Faustino, aluno de mestrado da Universidade de Brasília e pela psicóloga e professora Eliane Seidl, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, coordenadora do Projeto Com-Vivência.

O senhor está sendo convidado para participar de um grupo com outras pessoas que estão realizando tratamento para HIV/aids, conforme o cronograma abaixo:

1. Entrevista inicial individual, onde serão levantadas as percepções sobre sua saúde e a situação atual do tratamento anti-HIV.
2. Participação em seis sessões de grupo que irão abordar temas relacionados ao HIV/aids, adesão ao tratamento e assuntos relacionados, com o objetivo de avaliar e melhorar a adesão ao tratamento para HIV/aids dos participantes. Os encontros terão a duração aproximada de duas horas e serão realizados no projeto Com-Vivência, em espaço cedido pelo Hospital Universitário, com frequência semanal.
3. Depois de encerrados os encontros, os participantes serão entrevistados individualmente, para avaliar a situação do tratamento e seu estado de saúde.
4. Depois de três meses do encerramento dos encontros, os participantes serão convidados pela equipe para uma nova entrevista onde será avaliado seu estado de saúde e a situação do tratamento.

Caso esteja de acordo em participar da pesquisa e autoriza que quando necessário seja feito contato pelo telefone informado abaixo com o(a) senhor(a), pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) senhor(a) e outra com a equipe da pesquisa. **O sigilo sobre as informações fornecidas e o anonimato dos participantes estão garantidos.**

**Informamos que o participante pode desistir de participar dos encontros a qualquer momento e retornar depois de se ausentar em qualquer sessão.**

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Atenciosamente,

**Eliane Maria Fleury Seidl**  
Psicóloga (CRP 01-766)  
Professora do IP/UnB

**Quintino de Medeiros Faustino**  
Psicólogo (CRP 01-9449)  
Mestrando do IP/UnB

**Projeto Com-Vivência:** HUB, ambulatório, corredor laranja, sala A, tel: (61) 3448-5416

Sim, aceito participar do grupo e estou de acordo com o que é proposto acima.

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Brasília (DF), \_\_\_\_\_ de outubro de 2005.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### **ANEXO III**

#### **Roteiro de Entrevista LBI – Aspectos Sociodemográficos**

Roteiro de Entrevista – Aspectos Sócio-demográficos

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Serviço de Saúde onde é assistido: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: M ( ) F ( )

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União Estável ( ) Viúvo ( ) Separado/Divorciado

Filhos: Masculino ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) Feminino ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Qual foi a última série que você cursou? \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Autoriza que sejam deixados recados sobre as atividades nesse número? ( ) sim ( ) não

Profissão: \_\_\_\_\_

Empregado: ( ) Sim ( ) Não. Função: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_ salários mínimos (R\$ 300,00)

Quantos vivem dessa renda? ( ) Adultos ( ) Crianças

Sua moradia atual é: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Familiar ( ) Cedida

( ) Instituição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **ANEXO IV**

### **Roteiro de Entrevista LBI – Aspectos Médico-clínicos**

Roteiro de Entrevista – Aspectos Médico-clínicos

Questionário: \_\_\_\_\_

Agora, pedimos que você responda a algumas perguntas sobre a descoberta da soropositividade e do seu tratamento com medicamentos anti-retrovirais.

**1.** Há quantos anos faz uso dos anti-retrovirais? \_\_\_\_\_

1.1 Por qual motivo você deixou de tomar ou pulou doses dos anti-retrovirais?

1.2 É difícil seguir/fazer o tratamento com os medicamentos anti-retrovirais?

Não é difícil	Um pouco difícil	Muito difícil
---------------	------------------	---------------

Por que?

1.3 Em algum momento anterior você interrompeu por conta própria o seu tratamento com medicamentos anti-retrovirais?

( ) Não            ( ) Sim. Quantas vezes?

Por que interrompeu?

**2.** Na sua opinião, em que medida os medicamentos anti-retrovirais protegem você do agravamento da Aids?

Protegem completamente	Protegem muito	Protegem mais ou menos	Protegem um pouco	Protegem quase nada
------------------------	----------------	------------------------	-------------------	---------------------

2.1 Como os anti-retrovirais protegem você? Como eles agem no corpo?

**3.** Na sua opinião, em que medida a boa saúde de uma pessoa soropositiva depende do uso dos medicamentos anti-retrovirais?

Depende completamente	Depende muito	Depende em parte	Depende pouco	Depende muito pouco
-----------------------	---------------	------------------	---------------	---------------------

**4.** Quais os medicamentos anti-retrovirais foram prescritos para você neste momento?

**5.** Por favor, assinale nessa tabela os nomes, horários e número de comprimidos do seu esquema atual (veja a tabela para mostrar o seu esquema).

5.1 Agora vamos ver quantas doses você toma por semana de ARV (conte o número total de doses):

5.2 Considerando a última semana, quantas doses você deixou de tomar de seus medicamentos anti-retrovirais?

5.3 Considerando o último mês, quantas doses você deixou de tomar de seus medicamentos anti-retrovirais?

**6.** Com relação aos horários de uso, assinale a situação que expressa melhor a maneira como você usa os medicamentos anti-retrovirais, no momento atual?

Não atraso	Atraso às vezes	Atraso muitas vezes	Freqüentemente atraso
------------	-----------------	---------------------	-----------------------

Atraso em média (min):

**7.** Você considera que tem alguma situação ou condição em sua vida, nesse momento, que dificulta o uso correto desses medicamentos?

( ) Não      ( ) Sim. Qual

7.1 O que você tem feito para lidar com essa situação?

**8.** Você tem sentido efeito(s) colateral(ais) causado(s) pelos anti-retrovirais no momento atual?

( ) não      ( ) sim. Quais?

8.1 Se você respondeu sim, quanto esses efeitos são desconfortáveis para você:

Não são desconfortáveis	Um pouco desconfortáveis	Muito desconfortáveis
-------------------------	--------------------------	-----------------------

Poderia justificar a sua resposta ?

**9.** Finalmente, como você avalia seu seguimento e sua adesão ao tratamento com esses medicamentos?

É muito boa	É boa	É regular	É precária	É ruim
-------------	-------	-----------	------------	--------

**10.** Já fez uso de outros esquemas anti-retrovirais?

Não ( )      Sim ( ). Quantos?

- 11.** Em que ano você teve conhecimento do diagnóstico de soropositividade para o HIV?
- 12.** Quem tem conhecimento do seu diagnóstico?
- 13.** Quem sabe das suas dificuldades para seguir o tratamento?
- 14.** Como essas pessoas podem te ajudar a melhorar sua adesão?
- 15.** De uma maneira sucinta, me fale o que você sabe sobre HIV e aids:
- 16.** Considerando os sintomas associados à Aids e as infecções oportunistas que você já teve, você é um paciente:
- ( ) Sintomático. Quais?
- ( ) Assintomático (possui o vírus HIV mas não desenvolveu a doença Aids)

16.1 Como você avalia sua situação atual de saúde?

Muito boa	Boa	Regular	Precária	Ruim
-----------	-----	---------	----------	------

- 16.2 Nos últimos 12 meses, você teve algum problema de saúde que o impediu de realizar atividades habituais de trabalho, estudo ou diversão?
- ( ) sim.
- ( ) impediu, em parte
- ( ) não

- 17.** Você já foi internado por problemas de saúde (infecções oportunistas ou outro motivo) decorrentes da Aids?
- ( ) Não.
- ( ) Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_ Quando foi a última internação (mês e ano)? \_\_\_\_\_
- 18.** Você está satisfeito/a com o atendimento (atenção, relacionamento) dado pelo(s) médico(s)?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	---------------------------------------	---------------	---------------------

Por que?

**19.** Você está satisfeito/a com a qualidade (competência técnica) das consultas médicas?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	---------------------------------------	---------------	---------------------

Por que?

**20.** Você está satisfeito com o atendimento dos demais profissionais da equipe (psicólogos, assistentes sociais)?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	---------------------------------------	---------------	---------------------

Por que?

**21.** Você está satisfeito com a rotina de atendimento (tempo de espera, marcação de exames, etc)?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	---------------------------------------	---------------	---------------------

**22.** Por que você decidiu participar do grupo?

**23.** O que você espera do grupo?

**24.** Você quer acrescentar alguma informação ou fazer algum comentário sobre o seu tratamento ou sobre qualquer outro aspecto?

Taxas de linfócitos CD4/CD8: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Carga Viral: \_\_\_\_\_ LOG: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Muito obrigado!

**ANEXO V**

**Escala de expectativa de auto-eficácia para seguir prescrição anti-retroviral**

**(Leite & cols., 2002)**

Há pessoas que, em algumas situações, não conseguem tomar os remédios contra o vírus da Aids como explica a receita. Aponte nessa 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.

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
Se eu estiver bem de saúde					
Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não aparece no exame de carga viral					
Se eu estiver aborrecido e me sentindo pra baixo					
Se eu for discriminado ou rejeitado					
Se eu estiver ocupado ou me divertindo					
Se eu estiver em viagem de passeio ou trabalho					
Se eu estiver na rua					
Se eu estiver me sentindo doente					
Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da Aids					
Se eu tiver de tomar muitos comprimidos					
Se eu estiver nervoso ou irritado					
Se mudar muito o médico que me atende					
Se eu tiver de tomar remédios várias vezes por dia					
Se eu estiver com pessoas estranhas					
Se o remédio for difícil de engolir					
Se for feriado ou fim de semana					
Se eu tiver de mudar meu horário de comer ou de dormir					
Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte					
Se eu estiver fazendo coisas fora da minha rotina					
Se eu estiver com alguém que acha bobagem eu tomar esses remédios					
Se os remédios estiverem me causando efeito ruim					

Tem alguma outra situação que pode prejudicar o seu uso dos medicamentos anti-retrovirais? \_\_\_\_\_

**ANEXO VI**

**Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP**

**(Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001)**

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua soropositividade, nesse momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar essa condição, no momento atual.

Veja um exemplo: Eu estou buscando ajuda de um profissional para enfrentar o meu problema de saúde.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigada pela sua participação!

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso Sempre

1.	Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2.	Eu me culpo.	1	2	3	4	5
3.	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
4.	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
5.	Procuro um culpado para a situação.	1	2	3	4	5
6.	Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5
7.	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
8.	Eu rezo/ oro.	1	2	3	4	5
9.	Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
10.	Eu insisto e luto pelo que eu quero.	1	2	3	4	5
11.	Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	1	2	3	4	5
12.	Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5
13.	Desconto em outras pessoas.	1	2	3	4	5
14.	Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1	2	3	4	5
15.	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1	2	3	4	5
16.	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
17.	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
18.	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	1	2	3	4	5
19.	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4	5
20.	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1	2	3	4	5
21.	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
22.	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso Sempre

23.	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
24.	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	1	2	3	4	5
25.	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5
26.	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	1	2	3	4	5
27.	Tento esquecer o problema todo.	1	2	3	4	5
28.	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
29.	Eu culpo os outros.	1	2	3	4	5
30.	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
31.	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
32.	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	1	2	3	4	5
33.	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
34.	Procuro me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
35.	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5
36.	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
37.	Descubro quem mais é ou foi responsável.	1	2	3	4	5
38.	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	1	2	3	4	5
39.	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1	2	3	4	5
40.	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
41.	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
42.	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	1	2	3	4	5
43.	Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
44.	Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5
45.	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com essa dificuldade ou problema?

---

Favor verificar se todos os itens foram preenchidos.

**ANEXO VII**  
**Roteiro de Entrevista LBII**

Roteiro de Entrevista – Avaliação do final dos encontros

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

1. Como você avalia hoje o grau de dificuldade para seguir/fazer o tratamento com os medicamentos anti-retrovirais?

Não é difícil	Um pouco difícil	Muito difícil
---------------	------------------	---------------

Por que?

2. Durante o período dos encontros, você interrompeu o tratamento?

( ) Não ( ) Sim. Quantas vezes?

3. Por que interrompeu?

4. Na sua opinião, em que medida os medicamentos anti-retrovirais protegem você do agravamento da Aids?

Protegem completamente	Protegem muito	Protegem mais ou menos	Protegem um pouco	Protegem quase nada
------------------------	----------------	------------------------	-------------------	---------------------

3.1 Como os anti-retrovirais protegem você? Como eles agem no corpo?

5. Na sua opinião, em que medida a boa saúde de uma pessoa soropositiva depende do uso dos medicamentos anti-retrovirais?

Depende completamente	Depende muito	Depende em parte	Depende pouco	Depende muito pouco
-----------------------	---------------	------------------	---------------	---------------------

6. Com relação aos horários de uso, assinale a situação que expressa melhor a maneira como você usa os medicamentos anti-retrovirais, no momento atual?

Não atraso	Atraso às vezes	Atraso muitas vezes	Freqüentemente atraso
------------	-----------------	---------------------	-----------------------

Atraso em média (min):

7. Você considera que tem alguma situação ou condição em sua vida, nesse momento, que dificulta o uso correto desses medicamentos?

( ) Não ( ) Sim. Qual?

7.1 O que você tem feito para lidar com essa situação?

8. Você tem sentido efeito(s) colateral(ais) causado(s) pelos anti-retrovirais no momento atual?

( ) não ( ) sim. Quais?

8.1 Se você respondeu sim, quanto esses efeitos são desconfortáveis para você:

Não são desconfortáveis	Um pouco desconfortáveis	Muito desconfortáveis
-------------------------	--------------------------	-----------------------

Poderia justificar a sua resposta?

8.2 O que você tem feito para lidar com eles?

9. Como você avalia seu seguimento e sua adesão ao tratamento com esses medicamentos?

É muito boa	É boa	É regular	É precária	É ruim
-------------	-------	-----------	------------	--------

9.1 Você tem procurado ajuda de amigos ou parentes para te ajudarem a melhorar sua adesão?

9.2 Como você avalia sua situação atual de saúde?

Muito boa	Boa	Regular	Precária	Ruim
-----------	-----	---------	----------	------

10. Você está satisfeito/a com o atendimento (atenção, relacionamento) dado pelo(s) médico(s)?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	--	---------------	---------------------

Por que?

Você está satisfeito/a com a qualidade (competência técnica) das consultas médicas?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	--	---------------	---------------------

Por que?

11. Você está satisfeito com o atendimento dos demais profissionais da equipe (psicólogos, assistentes sociais)?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	--	---------------	---------------------

Por que?

12. Você está satisfeito com a rotina de atendimento (tempo de espera, marcação de exames, etc)?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	---------------------------------------	---------------	---------------------

Por que?

13. Por que você decidiu participar do grupo e o que você esperava dele?

14. O grupo atendeu suas necessidades ou expectativas?

15. O que você acha que deveria ser mantido na proposta de trabalho? Do que mais gostou?

16. O que deveria mudar ou ser acrescentado ao trabalho? Do que menos gostou?

Taxas de linfócitos CD4/CD8: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Carga Viral: \_\_\_\_\_ LOG: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Muito obrigado!

**ANEXO VIII**  
**Roteiro de Entrevista LBIII**

Roteiro de Entrevista – Aspectos Médico-clínicos

Questionário: \_\_\_\_\_

**1.** Na última semana você pulou ou deixou de tomar o remédio alguma vez?

1.1 No últimos mês, você pulou ou deixou de tomar o remédio alguma vez?

1.2 Nos últimos dois meses, você pulou ou deixou de tomar o remédio alguma vez? Quantas doses perdeu nesse período ou quanto tempo ficou sem tomar?

1.3 Por qual motivo você deixou de tomar ou pulou doses dos anti-retrovirais?

1.4 É difícil seguir/fazer o tratamento com os medicamentos anti-retrovirais?

Não é difícil	Um pouco difícil	Muito difícil
---------------	------------------	---------------

Por que?

**2.** Na sua opinião, em que medida os medicamentos anti-retrovirais protegem você do agravamento da Aids?

Protegem completamente	Protegem muito	Protegem mais ou menos	Protegem um pouco	Protegem quase nada
------------------------	----------------	------------------------	-------------------	---------------------

Como os anti-retrovirais protegem você? Como eles agem no corpo?

**3.** Na sua opinião, em que medida a boa saúde de uma pessoa soropositiva depende do uso dos medicamentos anti-retrovirais?

Depende completamente	Depende muito	Depende em parte	Depende pouco	Depende muito pouco
-----------------------	---------------	------------------	---------------	---------------------

**4.** Houve alteração do esquema anti-retroviral nesse período?

**5.** Com relação aos horários de uso, assinale a situação que expressa melhor a maneira como você usa os medicamentos anti-retrovirais, no momento atual?

Não atraso	Atraso às vezes	Atraso muitas vezes	Freqüentemente atraso
------------	-----------------	---------------------	-----------------------

Quanto tempo você costuma atrasar em média?

**6.** Você considera que tem alguma situação ou condição em sua vida, nesse momento, que dificulta o uso correto desses medicamentos?

( ) Não            ( ) Sim. Qual?

6.1 O que você tem feito para lidar com essa situação?

**7.** Você tem sentido efeito(s) colateral(ais) causado(s) pelos anti-retrovirais no momento atual?

( ) não    ( ) sim. Quais

7.1 Se você respondeu sim, quanto esses efeitos são desconfortáveis para você:

Não são desconfortáveis	Um pouco desconfortáveis	Muito desconfortáveis
-------------------------	--------------------------	-----------------------

Poderia justificar a sua resposta?

**8.** Finalmente, como você avalia seu seguimento e sua adesão ao tratamento com esses medicamentos?

É muito boa	É boa	É regular	É precária	É ruim
-------------	-------	-----------	------------	--------

**9.** Quem sabe das suas dificuldades para seguir o tratamento?

9.1 Como essas pessoas podem te ajudar a melhorar sua adesão?

**10.** Como você avalia sua situação atual de saúde?

Muito boa	Boa	Regular	Precária	Ruim
-----------	-----	---------	----------	------

10.1 Nos últimos 3 meses, você teve algum problema de saúde que o impediu de realizar atividades habituais de trabalho, estudo ou diversão?

( ) sim.            ( ) impediu, em parte.            ( ) não

10.2 Chegou a ser internado? Por quanto tempo?

**11.** Você está satisfeito/a com o atendimento (atenção, relacionamento) dado pelo(s) médico(s)?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	--	---------------	------------------------

Por que?

**12.** Você está satisfeito/a com a qualidade (competência técnica) das consultas médicas?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	--	---------------	------------------------

Por que?

**13.** Você está satisfeito com o atendimento dos demais profissionais da equipe (psicólogos, assistentes sociais)?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	--	---------------	------------------------

Por que?

**14.** Você está satisfeito com a rotina de atendimento (tempo de espera, marcação de exames, etc)?

Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
-----------------------	-----------------	--	---------------	------------------------

**15.** Você quer acrescentar alguma informação ou fazer algum comentário sobre o seu tratamento ou sobre qualquer outro aspecto?

Taxas de linfócitos CD4/CD8: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Carga Viral: \_\_\_\_\_ LOG: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Muito obrigado!

**ANEXO IX**

**Quadro de Vantagens e Desvantagens**

**Quais as vantagens e desvantagens de aderir ou de não aderir ao tratamento para a aids?**

Nome: \_\_\_\_\_

	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
<b>Aderir aos Anti-retrovirais</b>		
<b>Não aderir aos anti-retrovirais</b>		

## **ANEXO X**

### **Guia de tratamento facilitado (exemplo de parte do guia)**

# Guia de tratamento facilitado

O Guia de tratamento facilitado foi feito num formato que pode ser levado no bolso ou na carteira para facilitar a sua vida e ajudar na adesão ao tratamento.

## Guia de tratamento facilitado

COMPRE O ACRÉDIO	IP						
	IPV ADRENAVIR	IPV INDINAVIR	IPV NEPIRAVIR	IPV LAPINAVID	IPV RITONAIR	IPV ZIDOVUDIN	IPV SACONIN
CONTIÉM O TOBACO							
COM OU SEM ALMOÇO							
6h							
7h							
8h							
9h							
10h							
11h							
12h							
13h							
14h							
15h							
16h							
17h							
18h							
19h							
20h							
21h							
22h							
23h							
24h							

As fotos não servem para avaliar a aparência das medicações, apenas para facilitar a identificação. Consulte o seu médico para saber as diferenças das drogas mais utilizadas.

## **ANEXO XI**

### **Ficha de auto-monitoramento do comportamento de adesão aos ARV**

Nome: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_ à \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_

Dia	Horário	ARV (nome)	ARV (nome)	ARV (nome)	Como foi a tomada? Se não tomou ou atrasou, por que?
Terça	Noite				
Quarta	Manhã				
Quarta	Noite				
Quinta	Manhã				
Quinta	Noite				
Sexta	Manhã				
Sexta	Noite				
Sábado	Manhã				
Sábado	Noite				
Domingo	Manhã				
Domingo	Noite				
Segunda	Manhã				
Segunda	Noite				
Terça	Manhã				

Marque **sim** se o remédio foi tomado no horário correto e **não** caso não tenha tomado a dose. Em caso de atraso, favor informar o horário em que o medicamento foi tomado.

**ANEXO XII**  
**Aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética**



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/FS

### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 066/2005

Título do Projeto: “Adesão ao tratamento em pessoas soropositivas: efeitos de intervenção cognitivo-comportamental em grupo”.

Pesquisador Responsável: Quintino de Medeiros Faustino

Data de Entrada: 09/08/2005.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 066/2005 com o título: “Adesão ao tratamento em pessoas soropositivas: efeitos de intervenção cognitivo-comportamental em grupo”.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de relatório semestral e um relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar as presente data (item VII.13 da Resolução196/96).

Brasília, 13 de setembro de 2005.

Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo  
Coordenador do CEP-FS/UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Cep: 70.910-900