



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**ADESÃO À TERAPÊUTICA NO VIH/SIDA:
EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO BASEADA
NO MODELO DE AUTO-REGULAÇÃO**

ANA LUISA CAVACO JUNQUEIROS ROSA

Orientadora de Dissertação

ISABEL LEAL

Co-orientadora de Dissertação

MARTA MARQUES

Coordenadora de Seminário de Dissertação

ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia da Saúde

2013

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Isabel Leal, apresentada no ISPA - Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

Dirigo o meu primeiro agradecimento à professora Marta Marques e à professora Isabel Leal, pela disponibilidade, orientação e ajuda preciosa, ao longo de todo o trabalho realizado.

As meus colegas, tanto do contexto laboral como académico, pelo interesse pelo trabalho desenvolvido e pela partilha de conhecimentos.

À entidade institucional que acolheu o projecto e permitiu o desenvolvimento do mesmo, agradeço a disponibilidade e o apoio.

À minha família e amigos, pelo apoio e curiosidade que sempre manifestaram ao longo deste percurso. A ti David, pela presença e apoio constantes.

Finalmente... Um especial agradecimento a todos os participantes desta investigação, pela confiança depositada, pela partilha das suas experiências e pelo ensino de formas distintas de estar e viver.

Resumo

Introdução: A adesão à medicação no contexto do VIH é fundamental, no entanto, fatores relacionados com as representações dos pacientes sobre a infecção e o tratamento podem contribuir para uma menor adesão. Nesta investigação, verificaram-se os efeitos de um programa de intervenção, baseado no Modelo de Auto-Regulação de Leventhal, no comportamento de adesão à terapêutica antiretroviral.

Método: Estudo experimental, randomizado com 26 sujeitos infectados pelo VIH e a tomar medicação, distribuídos por grupo de controlo (N=9) e de intervenção (N=9). O programa de intervenção teve a duração de 3 meses e focou-se nas representações e crenças, auto-eficácia, práticas auto-regulatórias, dificuldades e estratégias na adesão ao tratamento. Avaliaram-se as características sociodemográficas, clínicas, adesão, auto-eficácia, representações da doença, crenças acerca da medicação e estado de saúde, antes e após a intervenção.

Resultados: Verifica-se que a intervenção teve impacto no aumento da Auto-eficácia dos sujeitos de grupo de intervenção ($p=0,028$). Apesar de não se terem verificado diferenças significativas nas restantes variáveis, observa-se que os sujeitos do grupo de intervenção apresentam valores mais altos de adesão e representavam o VIH como uma condição estável, com menos impacto físico e sintomático, representam a medicação como necessária, demonstrando confiança em tomar a TAR. Todos os sujeitos mostraram-se extremamente satisfeitos com a intervenção, no seu geral.

A realização de estudos de intervenção, com base no Modelo de Auto-Regulação de Leventhal, parece contribuir francamente para a melhoria e manutenção da adesão à terapêutica no contexto do VIH e suas variáveis associadas.

Palavras-chave: VIH/SIDA, Adesão, Intervenção, Auto-Regulação

Abstract

Introduction: Taking medication, in the context of HIV, is of significant importance, nevertheless, factors related with patients beliefs about HIV and treatment, can potentially contributed to a less adherence. The main objective in this research is to assess the effects of an intervention, based on Leventhal's Common Sense Model of Self-Regulation, in adherence to medication.

Method: Experimental randomized trial with 26 subjects with HIV and taking medication, distributed by control group (N-9) and intervention group (N-9). The intervention lasted 3 months and focused on beliefs about disease and treatment, self-efficacy, self-regulating practices, difficulties and strategies of following the treatment. Social, demographic, clinic, adherence, self-efficacy, representations about HIV, beliefs about medication and health condition have been assessed before and after the intervention.

Results: The intervention showed significant effect on self-efficacy's ($p=0,028$) intervention group. Beside, those subjects show higher adherence to medication, represent HIV as a chronic condition, with less symptoms, and believe that TAR is necessary and feel confidence in taking it. All subjects were extremely satisfied with the intervention.

Conclusion: Leventhal's Common Sense Model of Self-Regulation looks promising for the management of adherence to medication and associated factors, in the context of HIV/AIDS.

Key words: HIV/AIDS, Adherence, Intervention, Self-Regulation

Índice

Introdução.....	1
Adesão à Terapêutica Antiretroviral (TAR).....	2
Modelo de Auto-Regulação de Leventhal.....	6
Método.....	10
Participantes.....	10
Instrumentos.....	11
<i>Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica</i>	12
Adesão à terapêutica antiretroviral.....	12
<i>Questionário de avaliação da adesão ao tratamento antiretroviral</i>	12
<i>HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIVASES)</i>	13
<i>Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)</i>	13
<i>Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)</i>	14
<i>Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 12 itens (SF-12)</i> ...	14
Questionário de Avaliação da Intervenção.....	15
Procedimento.....	15
Análise Estatística.....	18
Resultados.....	19
Comparação entre os grupo antes da intervenção.....	19
Efeitos da intervenção na Adesão à terapêutica antiretroviral.....	19
Efeitos da intervenção nas variáveis secundárias em estudo.....	20
Satisfação com a intervenção.....	22
Discussão.....	22
Referências.....	28
Anexos.....	34

Anexo A: <i>Outputs</i> referentes à caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos.....	35
Anexo B: Pedido de autorização à instituição.....	40
Anexo C: Consentimento informado, livre e esclarecido – avaliação.....	42
Anexo D: Instrumentos utilizados.....	45
Anexo E: Consentimento informado, livre e esclarecido – Intervenção.....	61
Anexo F: Manual do Programa de Intervenção.....	62
Anexo G: <i>Outputs</i> referentes à análise de normalidade e homogeneidade das variáveis.....	74
Anexo H: <i>Outputs</i> referentes às diferenças entre os grupos antes da intervenção.....	75
Anexo I: <i>Outputs</i> referentes ao impacto da intervenção na adesão.....	99
Anexo J: <i>Outputs</i> referentes ao impacto da intervenção nas variáveis psicológicas em estudo.....	105

Lista de Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes.....	10
Tabela 2: Características clínicas dos participantes.....	11
Tabela 3: Resultados referentes à adesão, no pré e pós intervenção.....	20
Tabela 4: Diferenças entre o grupo de controlo e grupo de intervenção, nas variáveis auto-eficácia, representações de doença, crenças acerca dos fármacos e estado de saúde.....	20
Tabela 5: Resultados referentes às variáveis secundárias, no pré e pós intervenção.....	21

Lista de figuras

Figura1: Representação gráfica do procedimento.....	16
---	----

Introdução

A nível mundial, estima-se que 34 milhões de pessoas vivam com o Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) (World Health Organization - WHO, 2011). Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - INSA (2012), de 1983 a 2011, encontravam-se notificados 41035 casos de infeção. Em 2011, foram notificados 1962 casos, dos quais 986 (50,3%) foram diagnosticados nesse período.

As três vias de transmissão do VIH são a sexual, sanguínea/parentérica e vertical (i.e. de mãe para filho, durante a gravidez, parto e/ou através da amamentação), sendo a via sexual a que tem maior expressão epidemiológica, traduzida pelo comportamento sexual oral, vaginal e anal de risco, através da troca de fluídos sexuais (Comissão Nacional para a Infeção VIH/SIDA - CNIVIH, 2011; INSA, 2012).

Nas fases da evolução do VIH para a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) existe a infeção primária e síndrome de infeção aguda (cerca de três a seis semanas após exposição, em que cerca de metade dos pacientes apresenta sintomas semelhantes à monucleose infecciosa); infeção crónica e assintomática (período de latência clínica, mas em que a replicação vírica persiste); fase sintomática (aparecimento ou reativação de infeções oportunistas com manifestações orais, gastrointestinais, dermatológicas, renais, hematológicas e do sistema nervoso); e SIDA (tendo como critério definidor a contagem de células CD4 e outras situações clínicas como as supracitadas) (Antunes, 2011; CNIVIH, 2011; Ogden, 2000). Devem-se ter em consideração marcadores biológicos, definidos de acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (AIDS Education and Training Centers, 2011) e, especificamente, no que concerne ao sistema imunitário, quando as células CD4 são iguais ou superiores a 500 células/mm³ considera-se estadio assintomático, entre 200-499 células/mm³ estadio sintomático e menos de 200 células/mm³ como estadio SIDA, considerando-se, igualmente, carga vírica indetetável quanto observamos <50 cópias/ml do vírus.

O tratamento do VIH teve início há duas décadas (Antunes, 2011; GAT, 2011), destacando-se o ano de 1996, em que se introduziu a Terapêutica Antiretroviral altamente eficaz (*HAART - Highly Active Anti-Retroviral Therapy*) que consiste na utilização de três ou mais medicamentos, permitindo alternativas mais eficazes às terapias até então utilizadas. Estão atualmente disponíveis diferentes classe de medicamentos que atuam em diferentes fases do ciclo de vida do vírus: os Inibidores de Entrada impedem a ligação do VIH com o invólucro celular da célula humana; os Inibidores da Transcriptase Reversa (análogos dos

nucleósidos/nucleótidos e análogos não nucleósicos) impedem a reprodução do vírus dentro da célula; os Inibidores de Integrase inibem a replicação do vírus e a sua capacidade de infectar novas células; e os Inibidores de Protease impedem a construção de novas células infectadas e sua maturação (GAT, 2011). A Terapêutica Antiretroviral tem como objetivo prolongar e melhorar a qualidade de vida, através da redução da carga viral para níveis indetectáveis, a diminuição da mortalidade e preservação ou normalização da função imune, impedindo a progressão da doença e falência terapêutica (Antunes, 2011; Atkinson & Petrozzino, 2009, CNIVIH, 2011; Ingersoll & Cohen, 2008).

É recomendado o início da TAR perante a presença de sintomas, tendo em consideração o estadiamento da infecção e os valores das células CD4 e a carga viral (GAT, 2011). Uma vez iniciado o tratamento, não se deve interromper, exceto por razões médicas, já que a carga viral pode voltar a aumentar rapidamente, havendo o risco de se desenvolver resistência aos medicamentos (GAT, 2011). Acrescentando a esta complexidade, considera-se que o primeiro esquema de medicamentos é o que melhor garante o sucesso imunológico e virológico e como tal, a sua instituição precipitada e a não adesão à terapêutica poderão ter consequências negativas sobre toda a evolução terapêutica subsequente (CNIVIH, 2011).

Adesão à Terapêutica Antiretroviral (TAR)

A adesão pode ser definida, tal como foi proposto por Haynes e colaboradores, em 1979, como a medida em que o comportamento do indivíduo está de acordo com os conselhos médicos ou de saúde (NICE, 2009; Ogden, 2000), sendo necessário salientar que o indivíduo não é um sujeito passivo, mas parceiro ativo no seu processo terapêutico (Cabral & Silva, 2010; WHO, 2003). A não adesão ocorre quando o comportamento do paciente não coincide com as recomendações do profissional de saúde, ao nível do regime terapêutico, indicações relativas a alterações nos hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis e também quando não comparece a consultas médicas ou não realiza exames necessários (Cabral & Silva, 2010).

No caso específico da avaliação da adesão à medicação, têm sido usados diferentes métodos. Consideram-se métodos diretos, os marcadores bioquímicos e as análises laboratoriais que verificam a presença do medicamento no sangue, e no caso do VIH, os valores das células CD4 e carga viral (Osterberg & Blaschke, 2005; Paterson, Potoski, & Capitano, 2002). Estes métodos são objetivos, mas pouco práticos e indisponíveis na maioria

dos contextos clínicos, tendo ainda de se considerar que existem diferenças individuais de reação aos fármacos, que podem invalidar os resultados de adesão (Osterberg & Blaschke, 2005; WHO, 2003). Consideram-se métodos indiretos, o auto-relato do paciente, o relato do profissional de saúde, o levantamento das prescrições na farmácia hospitalar, mas também medidas comportamentais como a contagem de medicamentos (Osterberg & Blaschke, 2005). São métodos simples, acessíveis, com poucos custos, mas suscetíveis a erro, desejabilidade social e subjetividade, comparativamente com os métodos diretos (Osterberg & Blaschke, 2005; WHO, 2003). Relativamente ao auto-relato do indivíduo, perante duas medidas temporais, uma de três dias e outra de sete dias, em que se questiona o paciente quantas doses de medicação não tinham sido tomadas, a utilização de um período mais curto poderá ser insuficiente para determinar a adesão, sendo necessárias questões adicionais, e a utilização de um período mais longo pode colocar dificuldades de memória, mas possibilita maior variabilidade de oportunidades para não adesão (Paterson et al., 2002; Mannheimer et al., 2008). A heterogeneidade de medidas de adesão deve-se a diferentes metodologias utilizadas na sua avaliação, sendo reforçada a necessidade de contemplar variadas fontes de informação (WHO, 2003).

Sendo a infeção pelo VIH uma condição crónica, a adesão ao tratamento constitui-se enquanto dimensão fulcral. Alguns estudos referem que a eficácia da terapêutica antiretroviral depende de diferentes valores de comportamento de adesão (dependendo da classe do medicamento) mas considera-se que os sujeitos necessitam de apresentar uma adesão igual ou superior a 95%, devido à rápida replicação e mutação do vírus (Antunes, 2011; CNIVIH, 2011; Ingersoll & Cohen, 2008; WHO, 2003). De facto, poderá ser suficiente o esquecimento de uma ou duas tomas por semana ou não cumprir as recomendações (horários de toma, restrições da dieta, etc.), para se verificar a redução das vantagens da classe do medicamento e ocorrência de resistências, que podem ser transmitidas a outros (GAT, 2011; WHO, 2003).

A adesão é um processo multifatorial e dinâmico, está dependente de um conjunto considerável de fatores que interagem entre si e que afetam o paciente, podendo contribuir para uma menor adesão às recomendações sobre o tratamento da sua doença (Cabral & Silva, 2010; WHO, 2003).

Relativamente à população infetada pelo VIH e no que concerne às características dos pacientes, como fatores para não adesão, destacamos a idade - ser mais novo (Barclay et al., 2007; Fumaz et al., 2008; Ickovics & Meade, 2002; Sherr et al., 2010) ou ser mais velho quando há um funcionamento neurocognitivo perturbado (Barclay et al., 2007); o género - ser

mulher (Fumaz et al., 2008; Ickovics & Meade, 2002; Shacham, Nurutdinova, Onen, Stamm, & Overton, 2010); ser emigrante ou pertencer a uma minoria (Sherr et al., 2010); estar desempregado (Kyser et al., 2011), ter menos escolaridade (Shacham et al., 2010), ter um estatuto sócio-económico mais baixo (Ickovics & Meade, 2002), a falta de apoio social (Ickovics & Meade, 2002; Sandelowski, Voils, Chang, & Lee, 2009) e a existência de comorbidades como consumo de substâncias, co-infecção e prevalência de sintomatologia psicopatológica (Begley, Mclaws, Ross, & Gold, 2008; Fumaz et al., 2008; Hicks et al., 2007; Ickovics & Meade, 2002; Ingersoll & Cohen; 2008; Kyser et al., 2011; Malta, Strathdee, Manganini, & Bastos, 2008; Sandelowski et. al, 2009; Shacham et al., 2010; Sherr et al., 2010).

O impacto da relação com o profissional de saúde é cada vez mais reconhecido como determinante para a adesão à terapêutica e fatores como a perceção de competência do médico, qualidade do vínculo, confiança, abertura de comunicação para colocar questões e pedir esclarecimentos, cooperação, adequação dos encaminhamentos e satisfação geral surgem como fatores para a adesão (Cabral & Silva, 2010; Ickovics & Meade, 2002; WHO, 2003).

Relativamente às características do tratamento associadas à não adesão, salientam-se a complexidade, horários rígidos, frequência das doses/comprimidos, tamanho e sabor dos comprimidos, necessidade de armazenamento, restrições alimentares, instruções de toma, duração do tratamento, toxicidade, efeitos secundários e experiências negativas anteriores com medicação (Ickovics & Meade, 2002; WHO, 2003). De facto, Ingersoll e Cohen (2008) na sua revisão de literatura salientam que perante regimes mais complexos, juntamente com pouca compreensão do regime, os indivíduos tinham mais probabilidade de não aderir ao tratamento. A nível de efeitos secundários, a presença de náuseas, diarreia e fadiga são os sintomas mais frequentes, mas temporários, ocorrendo durante as primeiras semanas de tratamento (GAT, 2011). No entanto, poderão ocorrer efeitos a longo prazo como a lipodistrofia, devido à TAR e à própria infeção, que diz respeito a alterações nos níveis de açúcar no sangue e acumulação de gorduras, na zona do estômago, seios e na parte posterior do pescoço e perda de gorduras nos braços, pernas, rosto e nádegas (GAT, 2011).

No que concerne ao conhecimento sobre a própria infeção, os estudos demonstram que uma baixa literacia médica está correlacionada com não adesão e, contrariamente, a capacidade do doente para identificar os medicamentos e compreender a relação entre VIH e medicação, predizia adesão (Ickovics & Meade, 2002).

Outro aspeto relevante para esta temática prende-se com o estigma e receio que os outros descubram o diagnóstico, em que a toma de medicação surge como reveladora da infeção VIH. A relutância em tomar a medicação publicamente surgia como barreira para a adesão e esta questão pode potenciar a falta de apoio e acesso aos serviços favorecendo a não adesão (Tam, Pharris, Thorson, Alfven & Larsson, 2011).

Como tal, a adesão poderá estar mais relacionada com crenças acerca da saúde e doença, como tem sido evidenciado por diversos estudos (Atkinson & Petrozzino; 2009; Beer, Fagan, Valverde, & Bertolli; 2009; Beusterien, Davis, Flood, Howard, & Jordan, 2008; Fumaz et al., 2008; Kalichman, Eaton, & Cherry, 2010; Sidat, Fairley, & Grierson, 2007; Viswanathan, Anderson, & Thomas, 2005; WHO, 2003).

Kalichman e colaboradores (2010) num estudo com uma amostra de 343 sujeitos, salientam que era comum a crença de que não há uma relação direta entre o VIH e a SIDA e que os medicamentos tinham efeitos nocivos, e como tal, os sujeitos apresentavam, uma maior probabilidade de recusar o tratamento, apesar de haver um nível alto de conhecimento sobre o VIH. Segundo Beer e colaboradores (2009) e Viswanathan e colaboradores (2005), a recusa em receber os cuidados de saúde e tomar a medicação, sugere um evitamento da “lembrança” da infeção, já que os indivíduos não sentem que precisam de cuidados, não compreendem a necessidade de fazer as análises e não “acreditam” na sua seropositividade. De facto, os pacientes que aderem à medicação mostram maior perceção dos benefícios da terapêutica, maior perceção de risco de desenvolver a doença, maior auto-eficácia, intenção para continuar a aderir e eram mais influenciados por eventos que motivassem a toma (Fumaz et al., 2008; WHO, 2003).

São evidenciados, em estudos com população que apresentam adesão superior 95%, que os principais fatores que contribuíam para este valor prendiam-se com a confiança na efetividade da TAR, perceção de competência e auto-eficácia, menor complexidade do regime, sistema imunitário mantido e baixos valores de carga vírica, pouca vivência de efeitos secundários e impacto emocional, ausência de comorbidades, preparação para o tratamento, integração do comportamento no estilo de vida dos sujeitos, capacidade de planeamento face a situações disruptivas das rotinas diárias, relação de confiança com o profissional de saúde, reforço do comportamento através de indicadores biológicos e adaptação de estilos de vida saudáveis e de estratégias de coping positivas (Atkinson & Petrozzino; 2009; Beusterien et al., 2008; Sidat et al., 2007).

Cooper e colaboradores (2011) salientam que a não adesão pode ser involuntária através de barreiras que limitam a toma da TAR (por ex.: complexidade do regime) ou

intencional, através de barreiras que se relacionam com as crenças acerca da necessidade e preocupações com o tratamento. Walsh, Horne, Danton, Burgess e Gazzard (2001) evidenciaram, três fatores de razões para não adesão: “experiências negativas com a TAR”, “a TAR não ser prioritária” e “não tomar a medicação involuntariamente”. Os três fatores podem ser paralelos aos propostos, em que as “experiências negativas” são sugestivas de não adesão intencional (decisão ativa de não tomar a medicação), enquanto a baixa prioridade e fatores não intencionais são consistentes com não adesão involuntária (Walsh et al., 2001). Os vários tipos de barreiras necessitam de ser abordados, já que é comum verificar que apesar dos benefícios da TAR ou um regime simplificado, a não adesão não fica resolvida, já que as barreiras acerca da necessidade e da preocupação podem permanecer (Cooper et al., 2011).

As intervenções com maior sucesso incluem psicoeducação; promovem debate e reflexão sobre expectativas, crenças e motivação para o tratamento; e o desenvolvimento de habilidades práticas de gestão e resolução de problemas, pretendendo-se que os pacientes adotem as estratégias de intervenção e tomem controlo do seu cuidado (Ingersoll & Cohen, 2008; Simoni, Amico, Pearson, & Malow, 2008). O Modelo de Auto-Regulação de Leventhal surge como um modelo relevante no âmbito da adesão terapêutica, pelo seu foco nas representações de doença e suas aplicações práticas, já que evidencia conceitos como auto-monitorização de comportamentos relacionados com a saúde, adoção de objetivos que direcionam os esforços e estratégias para a sua realização e manutenção.

Modelo de Auto-Regulação de Leventhal (“*Common Sense Model of Self-Regulation*”)

O Modelo de Auto-regulação de Leventhal assume que perante ameaças na saúde, o indivíduo ficará motivado para restabelecer o seu estado de normalidade e irá experienciar a doença através de representações cognitivas e emocionais (Leventhal, Brissette, Leventhal, 2003; Ogden, 2000; Pais Ribeiro, 2007b). Estas representações serão construídas através da informação disponível no meio envolvente, o que permite a formulação de hipóteses acerca das causas, consequências, duração da doença, opções e resultados do tratamento e experiência pessoal e emocional acerca da doença (Leventhal et al., 2003; Pais Ribeiro, 2007b; Wearden & Peters, 2008). As estratégias de coping de regulação (estratégias de aproximação e evitamento) serão desenvolvidas tendo em consideração a ameaça em si e as emoções provocadas pela ameaça (Ogden, 2000; Wearden & Peters, 2008). Finalmente,

ocorre uma avaliação individual da eficácia da estratégia de coping e a decisão de continuar ou optar por uma estratégia alternativa, ou seja, os resultados dos esforços comportamentais gerados pelas duas representações são avaliadas continuamente, o que pode resultar na modificação das representações (Leventhal et al., 2003; Ogden, 2000; Wearden & Peters, 2008).

Na área do VIH, o Modelo de Auto-Regulação sugere que os comportamentos são influenciados pela maneira como os indivíduos representam os sintomas da infeção e tratamento, duração, consequências, controlo e respostas emocionais (Cooper, Gellaitry, Hankins, Fisher, & Horne, 2009; Cooper et al., 2011; Gonzalez et al., 2007; Johnson & Folkman, 2004). No entanto, é salientado que o VIH representa um desafio, já que o início do tratamento poderá coincidir com uma fase assintomática da infeção, e os sintomas que surgem serão associados à TAR, fator que é consistentemente associado a não adesão (Gonzalez et al., 2007). A não adesão seria então influenciada, tal como foi proposto por Horne, pela forma como os indivíduos julgam a sua necessidade pessoal para o tratamento relativamente às suas preocupações acerca dos efeitos secundários potenciais, ou seja, compreendida como incoerência entre as crenças individuais sobre a infeção e tratamento e as instruções do profissional de saúde (Cooper et al., 2009; Cooper et al., 2011). Gonzalez e colaboradores (2007) no seu estudo, salientam que a vivência de sintomas estava associada com não adesão à medicação e essa relação foi, parcialmente, mediada pelo aumento nas preocupações acerca da TAR e a dúvida sobre a necessidade de tomar a medicação.

Ao nível de intervenções baseadas no Modelo de Auto-regulação de Leventhal, McAndrew e colaboradores (2008) salientam que o modelo poderá influenciar a gestão da doença crónica partindo de aspetos comportamentais, se o paciente não compreende os efeitos de um comportamento específico no quadro da sua doença, e de fatores cognitivos, se o paciente tem um modelo inadequado ao tratamento. Numa intervenção comportamental foca-se um comportamento prático da regulação da doença, por exemplo, realização de análises e monitorização, para que o indivíduo veja a doença como uma condição crónica, que requer uma regulação consistente e monitorização (McAndrew et al., 2008). Numa intervenção cognitiva é providenciado um quadro para a doença e suas características, ou seja, permite a reestruturação de representações cognitivas da doença, encorajando a gestão comportamental e sistema de monitorização consistentes com a doença (McAndrew et al., 2008).

Na perspetiva de Maes e Karoly (2005), as intervenções baseadas no Modelo de Auto-Regulação encontram a sua definição em diferentes fases: seleção, representação e estabelecimento de objetivos a alcançar; procura ativa dos objetivos, no sentido de

implementar estratégias para alcançá-los; e realização/consecução dos objetivos pretendidos, bem como a sua manutenção.

Na fase de seleção de objetivos, os determinantes de intenção são fundamentais e incluem questões como a percepção de risco (susceptibilidade/severidade), expectativas de resultado (benefícios/custos), influência social (suporte social) e competência percebida (auto-eficácia) (Maes & Karoly, 2005). Ao falarmos em definição de objetivos, salientamos que estes têm de ser específicos, realistas, executáveis durante um período de tempo e definidos pelo sujeito, ou seja, a regulação do comportamento é autónoma (um objetivo é escolhido pelo sujeito) e não controlada (pressão por forças internas ou externas, para atingir os objetivos) (Maes & Karoly, 2005). Na procura ativa do objetivo, os indivíduos devem decidir quando, onde e como vão agir (Maes & Karoly, 2005). Neste processo temos de considerar os afetos positivos e negativos, já que influenciam a procura do objetivo e regulam o comportamento; os processos cognitivos que envolvem a monitorização e avaliação do processo; capacidade pessoais e expectativas de resultado e de auto-eficácia; e a ativação de processos de controlo, que estão envolvidos no planeamento e continuação do processo, apesar dos obstáculos (Maes & Karoly, 2005).

Salienta-se que, por exemplo, na fase de definição de objetivos, na fase motivacional, poderão estar em jogo questões como expectativas de resultado, percepção de risco, enquanto que na fase de busca do objetivo, na fase de vontade e escolha estamos perante planeamento, controlo da ação, auto-eficácia para a manutenção e recaída (Schwarzer, Lippke, & Luszczynska, 2011). Por sua vez, Cameron e Jago (2008) e Wearden e Peters (2008) sugerem a importância de incluir elementos, nas intervenções, que encorajem a regulação, não só da ameaça como das emoções, tais como a expressão de medos, interpretação das sensações corporais e regulação de emoções, que redirecionam a atenção para estratégias de coping mais adaptativas, a nível emocional e cognitivo.

Relativamente ao contexto da intervenção na adesão à TAR, Kalichman e colaboradores (2011) desenvolveram uma intervenção com base do Modelo de Auto-Regulação, com 40 sujeitos que reportaram menos de 95% da toma total da medicação, baseada no modelo de auto-regulação, que explicita que a adesão à medicação é diretamente influenciada por experiências de doença (por exemplo: sintomas e efeitos secundários), interações sociais, fontes de informação e processos cognitivos/afetivos. A intervenção caracterizou-se por cinco sessões presenciais e/ou por telefone, focadas nos fatores facilitadores e barreiras fase à adesão, informação sobre a infeção e TAR, apoio emocional, monitorização através da contagem de comprimidos tomados, o que permitia estratégias

(corretivas) guiadas por esse *feedback* e reforço do comportamento de adesão (Kalichman et al., 2011). Após a intervenção, verificaram-se melhorias nos valores de adesão, em paralelo com aumento de auto-eficácia e uso de estratégias comportamentais para a adesão (Kalichman et al., 2011).

Finalmente, salienta-se que a decisão de manter um comportamento de saúde é perpetuada pela satisfação pessoal que o indivíduo sente com os resultados comportamentais e a satisfação com o impacto que a mudança teve na sua vida, pela criação e manutenção de expectativas realistas e concretizáveis e pelo sentimento de posse (Maes & Karoly, 2005).

O VIH/SIDA continua a colocar desafios a quem com ela (con)vive e ao compreendermos que a falta de adesão é um problema que resulta no agravamento do estado de saúde do paciente, obriga a prescrições de mais fármacos, a uma maior utilização dos serviços de saúde e despesas desnecessárias (Cabral & Silva, 2010; WHO, 2003), compreendemos a pertinência de desenvolvermos um programa de intervenção focado na adesão à terapêutica.

Com base no que foi exposto e considerando o papel preponderante das representações de doença e crenças acerca do tratamento, na temática da adesão, desenvolveu-se e implementou-se um programa de intervenção baseado no Modelo de Auto-regulação de Leventhal, dirigido a indivíduos infetados com VIH/SIDA. Assim, o principal objetivo desta investigação consiste na análise da eficácia do programa de intervenção na adesão à terapêutica antiretroviral (toma correta de medicação), bem como ao nível da auto-eficácia para encetar num comportamento de adesão ao tratamento, nas representações de doença, nas crenças acerca dos fármacos e na perceção do estado de saúde.

Método

Participantes

Vinte e seis sujeitos infetados pelo VIH/SIDA constituíram a amostra do presente estudo, onze sujeitos do sexo masculino (42,3%) e 15 do sexo feminino (57,7%). A idade dos participantes variou entre os 30 e os 62 anos ($M=43,5$; $DP= 9,3$). Na Tabela 1, são apresentadas as características sócio-demográficas dos sujeitos.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes

	N=26
Sexo	
Masculino	11 (42,3%)
Feminino	15 (57,7%)
Idade	$M = 43,5$ ($DP = 9,3$) Min=30 / Máx=62
Estado Civil	
Solteiro(a)	14 (53,8%)
Casado(a)	1 (3,8%)
União de Facto	4 (15,4%)
Divorciado(a)	7 (26,9%)
Residência	
Lisboa	24 (92,3%)
Setúbal	2 (7,7%)
Nacionalidade	
Portuguesa	22 (84,6%)
Estrangeira	4 (15,4%)
Nível de Escolaridade	
1º Ciclo do Ensino Básico	5 (19,2%)
2º Ciclo do Ensino Básico	5 (19,2%)
3º Ciclo do Ensino Básico	8 (30,8%)
Ensino Secundário	5 (19,2%)
Licenciatura/Mestrado/Doutoramento	3 (11,5%)
Situação Profissional	
Estudante	1 (3,8%)
Trabalhador(a)	10 (38,5%)
Desempregado(a)	11 (42,3%)
Reformado(a)	4 (15,4%)

A informação clínica dos participantes encontra-se na Tabela 2. Acrescenta-se que 19 indivíduos relataram um historial de outros problemas de saúde (73,1%), nomeadamente Tuberculose, Hepatite C, Hepatite B, Diabetes, Lipodistrofia, Hipertensão, Hipercolesterolemia, Sífilis e Cancro do Colo do Útero. Em termos de historial de consumo de substâncias, 16 participantes já tinham consumido substâncias como marijuana, cocaína, heroína e anfetaminas (61,5%) (Anexo A).

Tabela 2: Características clínicas dos participantes

	N=26
Via de Transmissão do VIH	
Via Sexual	13 (50%)
Via Sanguínea	4 (15,4%)
Via Sexual/Via Sanguínea	9 (34,6%)
Tempo de Diagnóstico	M = 11 (DP=7) Min = 1 / Máx = 27
Tipo de Vírus	
VIH1	17 (65,4%)
VIH1/VIH2	2 (7,7%)
Não sabe	7 (26,9%)
Estadio	
Assintomático	11 (42,3%)
Não sabe	15 (57,7%)
CD4	
< 200 células/mm ³	2 (11,8%)
200-499 células/mm ³	8 (47,1%)
≥ 500 células/mm ³	7 (41,2%)
CV	
<50 cópias/ml do vírus	13 (81,3%)
≥50 cópias/ml do vírus	3 (18,7%)
Tempo de toma de TAR	M = 8,08 (DP=7,14) Min = 1 / Máx = 27
Número de comprimidos diários	1 (46,2%)
Número de doses diárias	1 (76,9%)
Historial de outros problemas de saúde	
Sim	19 (73,1%)
Não	7 (26,9%)
Atualmente, toma outra medicação?	
Sim	7 (26,9%)
Não	19 (73,1%)
Historial de Consumo de Substâncias	
Nunca consumiu	10 (38,5%)
Já consumiu	16 (61,5%)

Instrumentos

A adesão à medicação antiretroviral foi avaliada através de uma medida percentual e através do Questionário de Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral (*CEAT- VIH*). Como variáveis secundárias foram consideradas a auto-eficácia avaliada através do *HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIVASES)*, representações de doença (*Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)*) e para a avaliação das crenças acerca dos fármacos foi utilizado o *Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)*. Finalmente, para avaliar o estado de saúde, foi utilizado Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 12 itens (*SF-12*). Todos os instrumentos foram aplicados aos grupos de controlo e intervenção, nos dois momentos de avaliação (antes e após a intervenção). No caso dos sujeitos do grupo

de intervenção, na sessão final, foi igualmente aplicado um Questionário de Satisfação com a Intervenção.

Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica

Este questionário procurou recolher informação referente ao sujeito de modo a aferir sexo; idade; estado civil; distrito de residência; nacionalidade; habilitações literárias e situação profissional. Relativamente aos dados referentes ao VIH, procurou-se aferir a via de transmissão, tempo de diagnóstico da infeção; tipo de vírus; estadio atual e marcadores biológicos (valores de CD4 e Carga vírica das análises clínicas, quando disponibilizadas pelos participantes); tempo de TAR e a caracterização do regime (número de comprimidos diários, número de doses diárias). Aferiu-se, igualmente, o historial de outras patologias; se presentemente tem indicação para outra terapêutica que não a TAR e caracterização do consumo de substâncias.

Adesão à terapêutica

Relativamente à adesão, questionou-se o indivíduo sobre quantos comprimidos tinham sido tomados, durante os sete dias anteriores, perante o número de comprimidos prescritos, para cálculo de percentagem de adesão.

Questionário de Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretrovítico

O “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en personas con infección por VIH y Sida*” (CEAT-VIH) é uma medida de adesão ao tratamento, específica para a infeção VIH/SIDA (Reis, Lencastre, Guerra, & Remor, 2009; Remor, 2002, 2012). É um instrumento de carácter multidimensional, constituído por 20 itens que foram formulados com base na revisão da literatura e na experiência clínica junto dos indivíduos infetados pelo VIH/SIDA. As respostas são dadas numa escala de cinco opções possíveis ou resposta dicotómica. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (mínimo 17 pontos e máximo 89 pontos) e o ponto de corte sugerido pela análise estatística é ≤ 78 (pontuação direta no CEAT-VIH) para uma adesão insuficiente ao tratamento associada a uma carga vírica detetável (Remor, 2002, 2012). A adaptação portuguesa e respetivo estudo psicométrico, verificou a fidelidade, a validade de critério externo (carga vírica), a adequada sensibilidade e a especificidade do questionário (Reis et al., 2009).

HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIVASES)

O *HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIVASES)* avalia a confiança do paciente em executar comportamentos relacionados com o tratamento do VIH, ou seja, não só a adesão à medicação, como também seguir indicações relacionadas com a nutrição, exercício físico, etc. (Johnson et al., 2007). Esta escala contém 12 itens e é composta por duas subescalas: Integração do tratamento na vida diária (9 itens) e Preserverança para a adesão ao tratamento, face às adversidades (3 itens), em que os itens apresentam-se com uma possibilidade de resposta que varia entre 0 (Nada confiante) a 10 (Totalmente confiante) (Johnson et al., 2007) e em que, quanto maior for a média das duas escalas, maior a auto-eficácia para integrar o tratamento e para persistir na adesão, apesar das dificuldades. No âmbito desta investigação, procedeu-se à análise psicométrica da fiabilidade do instrumento. Este instrumento, apresenta, na nossa amostra, valores de consistência interna de $\alpha=0,879$ na subescala de Integração do tratamento na vida diária e de $\alpha=0,942$ na subescala Preserverança para a adesão ao tratamento, face às adversidades. O questionário, na sua forma original, apresenta propriedades psicométricas satisfatórias (Johnson et al., 2007).

Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)

O *Illness Perception Questionnaire-Revised*, é uma versão revista do *IPQ* e tem como objetivo a avaliação dos componentes da representação de doença do Modelo de Auto-Regulação de Leventhal (Moss-Morris et al., 2002). Este instrumento apresenta escalas correspondentes às dimensões da representação de doença: identidade, duração aguda/crónica, duração cíclica, consequências, representação emocional, controlo pessoal e de tratamento, coerência e causas relacionadas com atribuições psicológicas, fatores de risco genérico, fatores de risco específico e relacionadas com imunidade e acidente (Pais Ribeiro, 2007a; Santos, Pais Ribeiro, & Lopes, 2003). Quanto maior for o valor destas dimensões, mais forte é a presença de sintomas relacionados com a identidade da doença, mais forte é a perceção de cronicidade e periodicidade da doença, mais grave é a perceção de consequências da doença, mais negativa a sua representação emocional, maior a perceção de controlo pessoal e do tratamento, maior é a compreensão da doença e maior é a concordância com a atribuição causal. As respostas são dadas numa escala de 5 pontos, entre “discordo plenamente” e “concordo plenamente” ou resposta dicotómica (Pais Ribeiro, 2007a; Santos et al., 2003). A adaptação e validação do *IPQ-R* para a população portuguesa evidencia que estamos perante um instrumento fiável, válido e sensível para explorar a representação cognitiva e emocional da doença (Santos et al., 2003).

Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)

O *Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)* avalia as representações cognitivas do indivíduos saudáveis ou com doença, face aos fármacos (Horne, Weinman, & Hankins, 1999). Pereira e Silva (1999) evidenciam, na sua versão portuguesa da secção geral do instrumento supracitado, a avaliação das crenças acerca dos medicamentos em geral, nomeadamente as crenças relacionadas com potenciais efeitos nocivos (4 itens) e a possibilidade dos medicamentos serem prescritos em excesso pelos médicos (4 itens). Figueiras e colaboradores (2010) aplicaram a secção específica do *BMQ* na população portuguesa, que avalia as representações de fármacos prescritos para uso pessoal, nomeadamente as crenças dos indivíduos acerca da necessidade da medicação que foi prescrita (5 itens) e preocupações com os perigos de toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo (5 itens). Os itens do *BMQ* geral e específico são respondidos numa escala de cinco pontos, que varia entre “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente” e em que quanto maior a pontuação, na secção geral, mais forte será a crença que os fármacos são prescritos em excesso e no seu potencial para serem nocivos, bem como, que as pessoas que tomam medicamentos, deveriam parar o seu tratamento de vez em quando (Pereira & Silva, 1999) e quanto maior a pontuação, no caso da secção específica, mais forte será a crença acerca da necessidade de tomar a medicação prescrita e preocupação acerca das consequências da medicação (Figueiras et al., 2010). Os questionários apresentam propriedades psicométricas satisfatórias (Figueiras et al., 2010; Pereira & Silva, 1999).

Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 12 itens (SF-12)

O Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 12 itens (*SF-12*) é uma versão reduzida do *SF-36 Health Survey*, pretende avaliar a perceção de saúde tal como é definida pela Organização Mundial de saúde, ou seja um como um modelo multidimensional de saúde, em jovens e adultos (Pais Ribeiro, 2005; Pais Ribeiro, 2007a).

Este instrumento avalia a componente física através da soma dos itens das dimensões saúde geral (1 item), funcionamento físico (2 itens), desempenho físico (2 itens) e dor corporal (1 item) (Pais Ribeiro, 2005). A componente mental é avaliada através da soma dos itens das dimensões desempenho emocional (2 itens), saúde mental (2 itens), vitalidade (1 item) e funcionamento social (1 item) (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2012; Pais Ribeiro, 2005). O questionário apresenta propriedades psicométricas satisfatórias (Pais Ribeiro, 2007a).

Questionário de Satisfação com a Intervenção

O questionário de avaliação da satisfação da intervenção foi desenvolvido no âmbito da presente investigação. Avalia o grau de satisfação com a intervenção, com as sessões individuais e com a informação fornecida, através de uma escala que varia entre 0 (Nada satisfeito) e 10 (Extremamente Satisfeito). Afere igualmente a utilidade das estratégias implementadas e as grelhas de registo de atividades diárias, tendo para isso uma escala que varia entre 0 (Nada útil) e 10 (Muitíssimo Útil). Procura-se, igualmente, compreender até que ponto o programa contribuiu para o bem-estar do participante, se o ajudou na toma adequada da medicação e qual o grau de confiança de que irá continuar a tomar a medicação tal como prescrita, durante o próximo ano, tendo à sua disposição uma escala que varia entre 0 (Não ajudou nada/Nada confiante) e 10 (Ajudou muitíssimo/Extremamente confiante). Finalmente, promovendo respostas abertas, os participantes foram questionados se aconselhariam o programa a outras pessoas que estejam a fazer medicação para o VIH e as razões, solicitando quaisquer alterações, comentários e sugestões para futuras intervenções.

Procedimento

Este é um estudo experimental randomizado em que os participantes foram distribuídos de modo aleatório por dois grupos (grupo de intervenção e grupo de controlo) (Pais Ribeiro, 1999). Constituíram-se como critérios de inclusão ser maior de 18 anos, estar infetado pelo VIH e ter indicação para terapêutica antiretroviral e foi considerado como fator de exclusão o facto dos indivíduos estarem a participar noutros programas de intervenção para a adesão. O estudo foi realizado a partir de uma ONG/IPSS que opera na área do VIH/SIDA, no distrito de Lisboa.

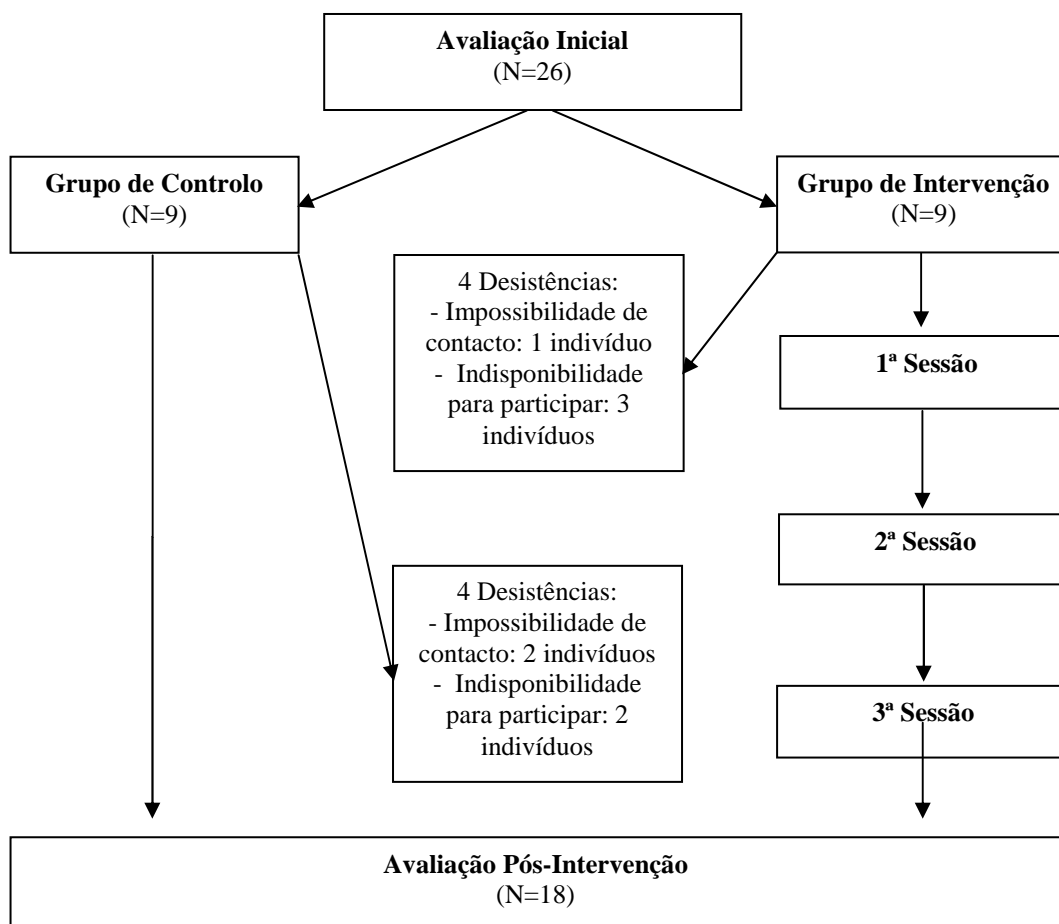
A presente investigação seguiu todas as recomendações éticas, subjacentes à realização de estudos com seres humanos (e.g., Declaração de Helsínquia) e foram solicitadas autorizações (Anexo B) na ONG/IPSS que acolheu o projeto. Após a autorização, o contacto com os sujeitos foi realizado através de encaminhamento por parte dos técnicos, que já tinham sinalizado casos em que os sujeitos apresentam dificuldades no processo de adesão, e através do contacto feito pelos próprios sujeitos, após divulgação nas instalações da ONG/IPSS.

Os sujeitos foram então contactados para se questionar diretamente se cumpriam os critérios de inclusão e exclusão que definiram a sua participação e para apresentar os objetivos e delineamento da intervenção, o papel dos investigadores e participantes, as

questões relacionadas com a confidencialidade e tratamento coletivo dos dados, bem como a garantia que os procedimentos decorriam de forma voluntária e não invasiva, sem qualquer repercussão, no caso de recusa de participação. Foi solicitado consentimento informado, livre e esclarecido para participação nesta primeira fase, referente à avaliação dos participantes (Anexo C) e foi realizada uma sessão individual, face-a-face, com a duração de cerca de 60 minutos, em que se realizou a avaliação inicial através dos questionários de auto-preenchimento (Anexo D). Foram também solicitadas as análises de sangue mais recentes, de forma a recolher-se os valores dos marcadores biológicos (células CD4 e carga vírica).

Os 26 participantes foram aleatoriamente distribuídos por dois grupos: grupo de controlo e grupo de intervenção (figura 1).

Figural: Representação gráfica do procedimento



Dos 13 sujeitos que foram seleccionados para o grupo de controlo e completaram a avaliação inicial, 4 sujeitos não participaram na avaliação final, sendo que 2 participantes encontravam-se incontactáveis e 2 sujeitos mostraram-se indisponíveis. No grupo de

intervenção, verificámos 4 desistências, não sendo possível contactar 1 sujeito e 3 sujeitos manifestaram indisponibilidade em participar nas sessões. Os restantes sujeitos realizaram a avaliação após os 3 meses de duração total da intervenção.

Os participantes do grupo de intervenção receberam uma intervenção dirigida ao seu comportamento de adesão da terapêutica antiretroviral, tendo sido solicitado consentimento informado, livre e esclarecido para participação nesta segunda fase, referente à intervenção (Anexo E). A intervenção foi implementada por um psicólogo e consistiu na realização de três sessões, face-a-face, com uma duração média de 50 minutos. A 2ª sessão ocorreu uma semana após a 1ª sessão, a 3ª sessão ocorreu duas semanas após a 2ª sessão e a avaliação final ocorreu três semanas após a 3ª sessão.

As sessões tiveram como objetivo a exploração de crenças relacionadas com o VIH/SIDA e comportamento de adesão, de aspetos importantes para o sujeito sobre o seu comportamento, nomeadamente possíveis facilitadores e barreiras face à adesão. Pretendeu-se igualmente a construção de um plano de ação para superar as dificuldades, a discussão de estratégias de sucesso e de técnicas de auto-monitorização e auto-avaliação ao longo da intervenção e respetivo feedback, de forma a incutir, no sujeito a auto-regulação do seu comportamento. O manual do programa de intervenção foi construído com base nestas diretrizes (Anexo F).

A 1ª sessão focou-se na exploração das crenças relacionadas com o VIH/SIDA e TAR e exploração do conhecimento que os participantes têm acerca da infeção e medicação, permitindo a exploração do comportamento de adesão, reconhecendo a sua complexidade e exigência e pedindo autorização para discutir alguma informação sobre esta temática. Foram então introduzidos conceitos como o impacto que o VIH tem no organismo, as fases de infeção, a necessidade de um comportamento quase perfeito de adesão, o efeito da medicação no ciclo de vida do vírus e as consequências do não cumprimento da toma, como por exemplo, resistência à medicação. Foram usadas estratégias como o questionamento da confiança e importância do comportamento de adesão, o foco nas experiências de toma e sumarização da informação fornecida pelo participante, de forma a promover uma discussão e reflexão sobre dificuldades, fatores potenciadores e recursos pessoais, face à adesão. Finalmente, foi introduzida informação sobre as análises clínicas e os marcadores biológicos como ferramentas de auto-monitorização da infeção e monitorização de saúde, a par das tabelas de registo, como forma de compreensão e auto-monitorização do padrão de toma de medicação.

Na 2ª sessão pretendeu-se esclarecer dúvidas que possam ter surgido após a informação dada na sessão anterior. Foi solicitado o *feedback* acerca do preenchimento das grelhas de registo, relativamente ao comportamento de adesão e auto-monitorização. Foram exploradas as razões pelas quais os sujeitos mantêm o comportamento de adesão, em termos de benefícios e desvantagens, promovendo a discussão sobre as dificuldades e obstáculos que podem surgir. Solicitou-se também ao sujeito que seleccionasse uma dificuldade importante, específica, realista e executável durante um período de tempo, de forma a proceder-se à discussão de estratégias pessoais que foram postas em prática, durante as semanas seguintes.

Na 3ª sessão, focou-se a estratégia implementada, bem como a auto-eficácia para a sua execução, assim com os potenciadores e dificuldades encontrados na sua implementação. Foi evidenciada a questão da manutenção do comportamento de adesão, salientando a importância de antecipar e ultrapassar dificuldades como preparação para lidar com as situações mais problemáticas.

Análise Estatística

Tendo em consideração a reduzida dimensão da amostra (<30) e o facto de parte das variáveis em estudo não apresentarem distribuição normal (Anexo G), realizaram-se testes não paramétricos. Para analisar a existência de diferenças significativas entre os grupos de controlo e de intervenção, antes da intervenção, ao nível das principais variáveis sociodemográficas, clínicas, adesão, auto-eficácia, crenças de saúde e crenças de medicação e estado de saúde, utilizaram-se o teste do Qui-Quadrado (χ^2) para variáveis dicotómicas e o teste Mann-Whitney, para comparação de parâmetros de duas populações a partir de amostras independentes.

Para averiguar o impacto da intervenção, realizaram-se dois tipos de testes: 1) comparação entre o grupo de controlo e grupo de intervenção em pós-teste, através do teste Mann-Whitney, para comparação de parâmetros de duas populações a partir de amostras independentes; 2) diferenças entre a avaliação pré e pós-intervenção para cada grupo, através do teste de Wilcoxon, que permite comparar parâmetros de duas populações a partir de amostras emparelhadas. Consideraram-se diferenças estatisticamente significativas com valor de $p < 0,05$.

As análises estatísticas foram realizadas através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v.21.

Resultados

Comparação entre os grupos antes da intervenção

Para compreender se os grupos de controlo e intervenção apresentavam diferenças entre si, antes da intervenção, ao nível de características sociodemográficas e clínicas, foram selecionados e analisados o género, a idade, as habilitações literárias, a situação profissional, a via de transmissão, o tempo de diagnóstico, o tipo de vírus, o estadio atual da infeção e os marcadores biológicos (células CD4 e carga vírica). Verificou-se que não existem diferenças significativas em relação a estas variáveis. No entanto, observou-se a existência de diferenças significativas ao nível do género ($X^2(1)=3,939$; $p=0,047$; $N=26$), entre o grupo de controlo e intervenção. Analisou-se, igualmente, se os grupos de controlo e intervenção apresentavam diferenças entre si, tanto ao nível da adesão como, secundariamente relativamente à auto-eficácia para o tratamento, representação da doença, crenças acerca dos fármacos e estado de saúde. Não foram verificadas diferenças significativas relativamente a estas medidas (Anexo H).

Efeitos da intervenção na Adesão à terapêutica antiretroviral

Relativamente à adesão à Terapêutica Antiretroviral, observou-se na avaliação pós-intervenção, que não existiam diferenças entre os grupos de controlo e intervenção na medida percentual ($U=25$; $p=0,539$) e no CEAT-VIH ($U=47$; $p=0,573$). Verifica-se que o grupo de controlo, na medida percentual apresenta uma média de 98,75% ($DP=2,5\%$) e o grupo de intervenção apresenta 100% de adesão. Relativamente ao *CEAT-VIH*, verifica-se que o grupo de controlo apresenta uma média de 74,5 ($DP=4,11$) e o grupo de intervenção uma média de 75,7 ($DP=5,48$).

Ao analisar as diferenças entre o pré o pós-intervenção, em cada grupo, observa-se que os sujeitos do grupo de controlo e o grupo de intervenção, não demonstraram diferenças significativas ao nível da adesão. No entanto, como se pode observar na tabela 3, os valores das duas medidas de adesão apresentaram uma tendência para aumentar, no grupo de intervenção (Anexo I).

Tabela 3: Resultados referentes à adesão, no pré e pós intervenção

	Grupo Controlo (N=9)				Grupo Intervenção (N=9)			
	Pré	Pós	<i>p</i>	U	Pré	Pós	<i>p</i>	U
Medida percentual	92,31% ± 27,74	98,75% ± 2,5	.655	2	94,75% ± 9,18	100%	.109	6
CEAT-VIH	76,54 ± 7,36	74,50 ± 4,11	.307	8	74,46 ±8,15	75,70 ±5,48	.575	22

Nota: Médias e desvios-padrão são apresentados com ±

Efeitos da intervenção nas variáveis secundárias em estudo

Consideraram-se também os efeitos da intervenção ao nível da auto-eficácia para encetar num comportamento de adesão ao tratamento, nas representações de doença, nas crenças acerca dos fármacos e na perceção de saúde (Anexo J). Observou-se na avaliação pós-intervenção, que não existiam diferenças entre os grupos de controlo e intervenção (tabela 4).

Tabela 4: Diferenças entre o grupo de controlo e grupo de intervenção, nas variáveis auto-eficácia, representações de doença, crenças acerca dos fármacos e estado de saúde

	Grupo Controlo (N=9)	Grupo Intervenção (N=9)	<i>p</i>	U
<i>Auto-eficácia</i>				
Integração do tratamento	8,53 ± 0,85	8,59 ± 1,75	.400	56
Preservação para adesão	8,81 ± 1,6	9,20 ± 2,20	.243	59,5
<i>Representações de Doença</i>				
Identidade	4 ± 3,96	4 ± 2,55	.888	38
Duração (Aguda/Crónica)	4 ± 0,89	4,95 ± 0,89	.497	54
Duração Cíclica	2,92 ± 0,65	3,2 ± 0,55	.278	59
Consequências	3,76 ± 0,44	3,88 ± 0,70	.842	48
Representação Emocional	3,29 ± 0,58	3,85 ± 0,9	.146	57
Controlo Pessoal	3,46 ± 0,58	3,92 ± 0,41	.113	122,5
Controlo de Tratamento	3,71 ± 0,40	3,73 ± 0,48	.796	43,5
Coerência	3,62 ± 0,85	3,24 ± 1,11	.661	39
<i>Crenças acerca dos fármacos</i>				
Potenciais efeitos nocivos	2,47 ± 0,85	2,65 ± 0,77	.960	86
Prescrição em excesso	2,81 ± 0,76	2,85 ± 0,95	.780	48,5
Necessidade da medicação	4,27 ± 0,58	4,26 ± 0,84	.880	44
Perigos de toxicidade	2,71 ± 0,94	3,2 ± 0,98	.968	87,5
<i>Estado de Saúde</i>				
Componente físico	73,75 ± 19,04	56 ± 25,59	.122	22
Componente mental	64,81 ± 21,56	50 ± 17,57	.211	29

Nota: Médias e desvios-padrão são apresentados com ±

Ao analisar as diferenças entre o pré o pós-intervenção, para cada grupo, observa-se que os sujeitos do grupo de intervenção demonstraram diferenças significativas da subescala Integração do tratamento na vida diária ($W=21$; $p=0,028$). Observa-se que, na avaliação

inicial esta escala apresenta uma média de 7,59 (DP=1,73) e na avaliação final verifica-se uma média de 8,59 (DP=1,75).

Apesar de não se terem verificado diferenças significativas, subescala Preserverança para continuar o tratamento, apesar das dificuldades, os sujeitos do grupo de intervenção apresentam uma tendência de aumento dos valores. Não se verificou diferenças significativas ao nível das representações de doença, crenças acerca dos fármacos e estado de saúde, entre o pré e pós-intervenção, para cada grupo, como se pode observar na tabela 5.

Tabela 5: Resultados referentes às variáveis secundárias, no pré e pós intervenção

	Grupo Controlo (N=9)				Grupo Intervenção (N=9)			
	Pré	Pós	p	W	Pré	Pós	p	W
<i>Auto-eficácia</i>								
Integração do tratamento	8,32 ± 2,07	8,53 ± 0,85	.496	10	7,59 ± 1,73	8,59 ± 1,75	.028	21
Preserverança para adesão	8,23 ± 2,76	8,81 ± 1,60	.833	11,5	8,54 ± 2,50	9,20 ± 2,20	.655	2
<i>Representações de doença</i>								
Identidade	3,38 ± 3,84	4 ± 3,96	.483	18	4,23 ± 2,62	4 ± 2,55	.336	4
Duração (Aguda/Crónica)	3,67 ± 0,71	4 ± 0,89	.443	18,5	3,93 ± 0,90	4,22 ± 0,95	.345	11
Duração Cíclica	2,92 ± 0,65	2,89 ± 0,73	.524	13,5	3,27 ± 0,77	3,20 ± 0,55	.546	10,5
Consequências	3,31 ± 0,85	3,76 ± 0,44	.276	11,5	3,75 ± 0,79	3,88 ± 0,70	.705	6
Representação Emocional	2,96 ± 1,08	3,29 ± 0,58	.075	19	3,49 ± 1,06	3,85 ± 0,90	.269	8
Controlo Pessoal	3,54 ± 0,59	3,46 ± 0,58	.833	9,5	4,03 ± 0,55	3,92 ± 0,41	.932	14,5
Controlo de Tratamento	3,51 ± 0,74	3,71 ± 0,40	.161	22	3,68 ± 0,54	3,73 ± 0,48	.609	17
Coerência	3,37 ± 0,96	3,62 ± 0,85	.230	21	3,29 ± 1,15	3,24 ± 1,12	.443	18,5
<i>Crenças acerca dos fármacos</i>								
Potenciais efeitos nocivos	2,52 ± 0,73	2,47 ± 0,85	.172	6	3,13 ± 0,97	2,65 ± 0,77	.088	4
Prescrição em excesso	2,67 ± 0,69	2,81 ± 0,73	.053	25	2,88 ± 1,07	2,85 ± 0,95	1	18
Necessidade da medicação	4,19 ± 0,45	4,27 ± 0,58	.581	6,5	4,14 ± 0,86	4,26 ± 0,84	.480	5
Perigos de toxicidade	2,75 ± 1,03	2,71 ± 0,94	.497	18	3,22 ± 0,93	3,20 ± 0,98	.227	7
<i>Estado de Saúde</i>								
Componente físico	70 ± 25,82	73,75 ± 19,04	.078	1	68,08 ± 25,21	56 ± 25,58	.104	1,5
Componente mental	66,35 ± 24,56	64,81 ± 21,56	.362	11,5	58,01 ± 19,65	50 ± 17,57	.395	9

Ao nível das representações de saúde, observou-se, no grupo de intervenção, uma tendência de aumento da representação da doença como crónica, percepção de consequências graves para a saúde, representação emocional negativa e percepção de controlo do tratamento.

Relativamente às crenças acerca dos fármacos, verificou-se no grupo de intervenção, uma tendência de diminuição das crenças relacionadas com potenciais efeitos nocivos e prescrição em excesso da medicação em geral, e na medicação prescrita, uma diminuição das preocupações com os perigos de toxicidade. Verifica-se um aumento das crenças relacionadas com a importância e necessidade da medicação prescrita.

Relativamente à percepção do estado de saúde, no grupo de intervenção, observa-se uma diminuição da percepção de saúde física e mental.

Satisfação com a Intervenção

No que concerne à satisfação com a intervenção no seu geral, com as sessões individuais e com a informação fornecida, verifica-se que todos os sujeitos assinalaram que ficaram extremamente satisfeitos. De facto, foi manifestado pelos participantes a satisfação com a informação fornecida, nomeadamente no ensino da interpretação dos marcadores biológicos das análises. Relativamente à opinião sobre se o programa contribuiu para o bem-estar dos participantes verificamos que todos assinalaram ajudou muitíssimo. No que se refere à opinião sobre se o programa ajudou na toma adequada da medicação e qual o grau de confiança que irá continuar a tomar a medicação tal como prescrita, durante o próximo ano, verifica-se que todos assinalaram ajudou muitíssimo e extremamente confiante. No entanto foi evidenciado pelos utentes que apesar da seleção de pontuação máxima nestas questões, muitos demonstram que já tomavam corretamente a medicação e a sua pretensão em continuar este processo.

Finalmente, relativamente ao aconselhamento deste programa a outras pessoas que estejam a fazer medicação para o VIH, todos os participantes aconselhariam o programa de intervenção, evidenciando a sua satisfação com a informação fornecida, salientando-se a importância de formação contínua e reforçando o impacto de um momento de partilha de informação. Relativamente a sugestões ao programa, os participantes referem a importância de inclusão de sessões em grupo (*“para haver mais união já que é uma doença triste e que afasta as pessoas”*), a necessidade de mais informação e mais aprofundada e um maior número de sessões.

Discussão

O objetivo desta investigação prendeu-se com a avaliação do impacto que uma intervenção baseada no modelo de Auto-regulação de Leventhal, teria no comportamento de adesão à medicação.

Não foram identificadas diferenças significativas ao nível das medidas de adesão utilizadas, no entanto, observa-se a tendência das medidas de adesão para aumentarem, nos sujeitos do grupo de intervenção. Os sujeitos demonstram um valor de 100% de adesão na medida percentual (superior a 95% é o recomendado para a problemática do VIH), mas um valor de adesão inferior ao recomendado para carga vírica indetetável, no *CEAT- VIH*. A discrepância entre as medidas subjetivas, poderá ter a ver com a forma com que as medidas surgem, já que no primeiro caso o sujeito é questionado diretamente sobre as doses que cumpriu e falhou, e como tal mais susceptível a desejabilidade social. O questionário avalia questões que poderão mediar e influenciar a adesão e como tal, os sujeitos podem sentir que não estão a ser avaliados diretamente acerca da sua adesão. Torna-se, assim evidente a importância de complementar a informação acerca do comportamento de adesão.

Após a intervenção, verificaram-se diferenças significativas nos sujeitos do grupo de intervenção ao nível da auto-eficácia para integrar o comportamento de adesão na sua vida diária. Ao nível da perseverança para o tratamento, embora não se verifiquem diferenças significativas, os sujeitos que participaram na intervenção demonstram, igualmente um maior sentimento de auto-eficácia para continuar o tratamento, apesar das dificuldades. Demonstrase assim, o impacto positivo das sessões, ao potenciarem a auto-eficácia destes sujeitos, e não se pode deixar de considerar a importância desta variável para a temática abordada, sendo um preditor para melhor adesão (Atkinson & Petrozzino; 2009; Beusterien et al., 2008; Fumaz et al., 2008; Sidat et al., 2007; WHO, 2003). Evidencia-se ainda, que na fase de comportamento em que os indivíduos estão, ou seja já iniciaram a toma, e como evidenciaram Maes e Karoly (2005) e Schwarzer e colaboradores (2011), a auto-eficácia é fundamental para esta fase de manutenção de comportamento.

Observou-se que, ao nível do estado de saúde, apesar dos sujeitos do grupo de intervenção, apresentarem menor perceção do estado de saúde física e mental, estes valores encontram-se acima dos referenciados para em geral, com doença (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

Verificou-se, igualmente, ao nível das representações de doença e no grupo de intervenção o aumento da percepção dos sujeitos relativamente à cronicidade de infeção e ao seu sentimento de controlo de tratamento e uma diminuição de percepção do VIH como imprevisível e com sintomas associados. As sessões poderão ter tido impacto na conceptualização dos sujeitos relativamente a estes factores, que podem ajudar à representação da doença como uma condição estável, com menos impacto em termos físicos e sintomático, que necessita de cuidados de saúde a longo prazo, mas para os quais os sujeitos se sentem confiantes em executar. Destaca-se a importância da diminuição da percepção de sintomas, já que como Gonzalez e colaboradores (2007) evidenciaram, a vivência de sintomas estava associada com não adesão à medicação e essa relação foi, parcialmente, mediada pelo aumento nas preocupações acerca da TAR e a dúvida sobre a necessidade de tomar a medicação. O aumento relativo a emoções negativas e representação do VIH, como tendo um grande impacto na vida dos sujeitos, poderá estar relacionado com a dificuldade que os sujeitos têm em falar sobre o VIH, e que as sessões poderão ter suscitado ao potenciar que os participantes partilhassem as suas experiências. Poderá ser importante, tal como referenciado por Cameron e Jago (2008), a inclusão, nas intervenções, de elementos que encorajem a regulação das emoção, o que poderá não ter sido tão focado pela nossa intervenção.

No que concerne às crenças acerca dos fármacos, sobressai, que após a intervenção, os sujeitos demonstram menos preocupações com efeitos nocivos e prescrição em excesso, da medicação em geral, e relativamente à TAR, menor preocupação com os efeitos nocivos e efeitos secundários e uma maior percepção acerca da necessidade de tomar a medicação prescrita. Salienta-se o impacto positivo das sessões, já que estes indicadores são referenciados como bons preditores de adesão (Atkinson & Petrozzino; 2009; Beusterien et al., 2008; Fumaz et al., 2008; Kalichman et al., 2010; Sidat et al., 2007; WHO, 2003).

Face a exposição referente ao impacto da intervenção, confirma-se a importância do modelo de Auto-Regulação de Leventhal, como modelo que dá enfoque nas representações de doença e pelas suas aplicações práticas. Ao considerar-se que os comportamentos são influenciados pela maneira como os indivíduos representam os sintomas da infeção e tratamento, duração, consequências, controlo e respostas emocionais (Cooper, Gellaitry, Hankins, Fisher, & Horne, 2009; Cooper et al., 2011; Gonzalez et al., 2007; Johnson & Folkman, 2004), verifica-se que, após a intervenção, as representações de doença e de medicação eram positivas face à adesão, passando pelos conceitos de cronicidade, controlo pessoal sobre o VIH e necessidade de tomar a medicação prescrita.

Ao nível das crenças sobre a medicação, durante as sessões, todos os sujeitos consideram a toma correta da medicação como importante e no que concerne à reflexão sobre os benefícios da medicação encontramos respostas que se relacionam com a preocupação com a manutenção da saúde, necessidade e satisfação com a medicação e respostas que remetem para terceiros como razões para a toma correta. Relativamente às desvantagens de tomar corretamente a medicação, salientamos que as pessoas não consideram essa hipótese ou então referem os efeitos secundários, a interferência da medicação em contextos de lazer, preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação e à vivência emocional que a toma potenciava, nomeadamente a vivência de discriminação. Ao ser permitido ao sujeito manifestar a sua ambivalência nestas questões e através da reflexão e discussão, verifica-se que as crenças positivas e já existentes, sobre a importância da TAR, foram reforçadas.

Relativamente às aplicações práticas do modelo de Auto-Regulação, salienta-se a promoção do sentimento de confiança e auto-eficácia para a execução do comportamento, através da reflexão de estratégias e gestão comportamental da toma correta de medicação e reforço através de um sistema de auto-monitorização consistente com a doença (por exemplo: grelhas de registo da medicação e análises ao sangue).

Face às situações potenciadoras de falha na toma de medicação, que passam pelo receio que a medicação fosse um fator de *disclosure* e discriminação e alteração da rotina ou por falta de organização, as estratégias desenvolvidas focam-se nas questões práticas de auto-gestão inerentes a estas situações, tal como utilização da caixa organizadora da medicação, pelos companheiros ou familiares lembrarem a toma, colocação da medicação num local visível na altura da toma, usar um alarme e associar a uma refeição ou a alguma atividade. As estratégias foram implementadas e avaliadas com sucesso e satisfação pelos participantes, principalmente a caixa constituída por compartimentos removíveis, para cada dia da semana, que permitia que os sujeitos pudessem organizar a sua semana e quando necessitassem de transportar os comprimidos, poderiam levar apenas os compartimentos referentes a esses dias, facilitando o transporte e a confidencialidade, já que não era necessário a embalagem dos medicamentos. De facto, um aspeto relevante para esta temática, já enunciado por Tam e colaboradores (2011), prende-se com o estigma e receio que os outros descubram o diagnóstico, em que a toma de medicação surja como reveladora da infeção VIH. As situações de não adesão enunciadas, fazendo o paralelo entre as conceptualizadas por Cooper e colaboradores (2011) e Walsh e colaboradores (2001), referem-se a situações involuntárias, como no caso de esquecimento e falta de organização, que poderão ser ultrapassáveis pelas estratégias enunciadas, no entanto, perante razões que se relacionam com preocupações de

discriminação e *disclosure* da infeção que são sugestivas de não adesão intencional, poderão necessitar de uma atenção redobrada e um foco nos benefícios da TAR.

Salientamos a satisfação dos participantes com a intervenção no seu geral, com as sessões individuais e com a informação fornecida e o facto do programa ter contribuído para o bem-estar dos participantes e para a toma adequada da medicação e confiança para continuar a tomar a medicação tal como prescrita, durante o próximo ano.

A reflexão sobre o trabalho desenvolvido, não pode deixar de referenciar como limitação o número de participantes do estudo e a utilização de testes não paramétricos, o que poderá ser insuficiente para identificar diferenças significativas quando se comparam as variáveis. Podemos afirmar que os grupos não apresentavam diferenças significativas a nível sociodemográfico, clínico e relativamente aos instrumentos, na primeira avaliação, no entanto, salientam-se as diferenças entre os grupos ao nível do género, o que poderá limitar a leitura dos resultados.

Relativamente ao uso e utilidade de grelhas de registo de atividades diárias, como forma de auto-monitorização, foi referenciado pelos participantes que não foi útil, assumindo que é um comportamento que não tem variações e que não é complexo. De facto, estamos perante uma população com um regime simplificado em termos de doses e número de comprimidos. Surge-nos como muito mais relevante para estes participantes, o uso dos marcadores biológicos como forma de monitorização. Apesar de existir, por vezes, a indisponibilidade das análises, ou porque os sujeitos não as solicitam aos médicos ou preferem não as ter já que podem favorecer um *disclosure* da infeção, foi notória a satisfação com o informação fornecida sobre estes marcadores.

Outra questão a salientar foi o estabelecimento de objetivos, já que os participantes sentiam já ter um objetivo estabelecido, ou seja, a toma correta da medicação. De facto, quando tal como evidenciaram Schwarzer e colaboradores (2011), na fase de comportamento em que os indivíduos estão, ou seja já iniciaram a toma, o foco não será tanto a definição de objetivos e questões de motivação, mas estamos perante planeamento, controlo da ação, auto eficácia para a manutenção e recaída. Como tal, em futuras intervenções, os materiais deverão ir ao encontro ao que os participantes necessitam ou terem o potencial de serem ajustados e flexibilizados à medida dos utentes. Utilizando o *feedback* dos nossos participantes, sugere-se que as intervenções continuamente afirmem a informação relativa ao VIH e à medicação e a inclusão de sessões em grupo, já que os nossos participantes sentiram a necessidade de partilha com outras pessoas que estejam na mesma situação.

Outra limitação do nosso estudo, prende-se com tempo de execução e implementação do mesmo, o que foi referenciado pelos participantes, no sentido de futuras intervenções poderem incluir um maior número de sessões do que as que foram realizadas. Esta questão também foi refletida pela falta de um momento de avaliação *follow-up* e que seria importante para compreender como é que as variáveis se comportariam ao longo do tempo, após esta intervenção.

A realização de estudos de intervenção, com base em modelos psicológicos explicativos da adesão aos tratamentos, que neste caso foi o Modelo de Auto-Regulação de Leventhal, parece contribuir francamente para a melhoria e manutenção da adesão à terapêutica no contexto do VIH e suas variáveis associadas (por exemplo: auto-eficácia).

No que respeita a possíveis investigações que surgem como pertinentes neste campo, salienta-se que seria interessante a aplicação deste programa de intervenção a um número alargado de participantes, de forma a aprofundar as análises realizadas. Face à satisfação dos participantes com a parte informativa do nosso programa, salienta-se a importância de averiguar a eficácia de uma intervenção baseada no Modelo de Auto-Regulação, comparativamente, por exemplo, com uma intervenção que fornecesse informação sobre a medicação antiretroviral. Se considerar-se que o primeiro esquema de medicamentos é o que melhor garante o sucesso imunológico e virológico (CNIVIH, 2011), seria vital a implementação de intervenções, apenas com sujeitos *naive*, de forma a promover a preparação para uma toma correta da medicação e, conseqüentemente, o impacto positivo sobre toda a evolução terapêutica subsequente e estado de saúde destes sujeitos.

Apesar das investigações e contribuições encetadas em torno da problemática do VIH/SIDA, adesão requer um foco e justamentos contínuos, potenciados por intervenções dirigidas às barreiras que podem surgir ou subsistir face à adesão e ao reforço das atitudes positivas e satisfação pessoal com os resultados comportamentais, cognitivos e emocionais.

Referências

- AIDS Education and Training Centers* (2011). *HIV Classification: CDC and WHO Staging Systems*. Acedido através de:
http://www.aids-ed.org/aidsetc?page=cg-205_hiv_classification
- Antunes, F. (2011). *Manual sobre Sida*. Permanyer: Lisboa
- Atkinson, M. J. & Petrozzino, J. J. (2009). An Evidence-Based Review of Treatment-Related Determinants of Patients' Nonadherence to HIV Medications. *Aids Patient Care and STDs*, 23(11), 903-914.
- Barclay, T. R., Hinkin, C. H., Castellon, S. A., Mason, K. I., Reinhard, M. J., Marion, S. D., Levine, A. J., & Durvasula, R. S. (2007). Age-Associated Predictors of Medication Adherence in HIV-Positive Adults: Health Beliefs, Self-Efficacy, and Neurocognitive Status. *Health Psychology*, 26(1), 40–49.
- Beer, L., Fagan, J. L., Valverde, E., & Bertolli, J. (2009). Health-Related Beliefs and Decisions about Accessing HIV Medical Care among HIV Infected Persons Who Are Not Receiving Care. *Aids Patient Care and STDs*, 23(9), 785-792.
- Begley, K., Mclaws, M., Ross, M. W. & Gold, J. (2008). Cognitive and behavioural correlates of non-adherence to HIV anti-retroviral therapy: Theoretical and practical insight for clinical psychology and health psychology. *Clinical Psychologist*, 12(1), 9-17.
- Beusterien, K. M., Davis, E. A., Flood, R., Howard, K., & Jordan, J. (2008). HIV patient insight on adhering to medication: a qualitative analysis. *AIDS Care*, 20(2), 251-259.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Acedido através de:
<http://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20C3%A0%20Terap%C3%AAutica%20PT.pdf>
- Cameron, L. D. & Jago, L. (2008). Emotion regulation interventions: A common-sense model approach. *British Journal of Health Psychology*, 13, 215–221
- Comissão Nacional para a Infecção VIH/SIDA – CNIVIH (2011). *Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA*. Acedido através de:
<http://sida.dgs.pt/>
- Cooper, V., Gellaitry, G., Hankins, M., Fisher, M., & Horne, R. (2009). The influence of

- symptom experiences and attributions on adherence to highly active anti-retroviral therapy (HAART): a six-month prospective, follow-up study. *AIDS Care*, 21(4), 520-528.
- Cooper, V., Moyle, G. J., Fisher, M., Reilly, G., Ewan, J., Liu, H. C., & Horne, R. (2011). Beliefs about antiretroviral therapy, treatment adherence and quality of life in a 48-week randomised study of continuation of zidovudine/lamivudine or switch to tenofovir DF/emtricitabine, each with efavirenz. *AIDS Care*, 23(6), 705-713.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171.
- Figueiras, M., Marcelino, D. S., Claudino, A., Cortes, M. A., Maroco, J., & Weinman, J. (2010). Patients' illness schemata of hypertension: The role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology & Health*, 25(4), 507-517.
- Fumaz, C. R., Muñoz-Moreno, J. A., Moltó, J., Ferrer, M. J., López-Blázquez, R., Negredo, E., Paredes, R., Gómez, G., & Clotet, B. (2008). Sustained antiretroviral treatment adherence in survivors of the pre-HAART era: attitudes and beliefs. *AIDS Care*, 20(7), 796-805.
- Gonzalez, J. S., Penedo, F. J., Llabre, M. M., Duran, R. E., Antoni, M. H., Schneiderman, N., Horne, R. (2007). Physical Symptoms, Beliefs About Medications, Negative Mood, and Long-Term HIV Medication Adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(1), 46-55
- Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA – GAT (2011). *Introdução à terapêutica de combinação*. Acedido através de:
<http://www.gatportugal.org/content/default.asp?idcat=PUBLICACOESGAT&idCatM=PUBLICACOES>
- Health Maintenance Consortium (2009). *Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ)*. Acedido através de: <http://hmcrc.srph.tamhsc.edu/Measures/TSRQ.pdf>
- Hicks, P. L., Mulvey, K. P., Chander, G., Fleishman, J. A., Josephs, J. S., Korhuis, P. T., Hellinger, J., Gaist, P., Gebo, K. A. (2007). The impact of illicit drug use and substance abuse treatment on adherence to HAART. *AIDS Care*, 19(9), 1134-1140.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, 14(1), 1-24.
- Ickovics, J. R., & Meade, C. S. (2002). Adherence to Antiretroviral Therapy Among Patients

- With HIV: A Critical Link Between Behavioral and Biomedical Sciences. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, 98–102.
- Ingersoll, K. S., & Cohen, J. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 213–224.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – INSA (2012). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2011*. Acedido através de: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/984/3/relatorio%20VIH%20SIDA%202011%20versao%20web.pdf>
- Johnson, M. O., & Folkman, S. (2004). Side effect and disease related symptom representations among HIV+ adults on antiretroviral therapy. *Psychology, Health & Medicine*, 9(2), 139-148.
- Johnson, M. O, Neilands, T. B., Dilworth, S., Morin, S. F., Remien, R. H., & Chesney, M. A. (2007). The Role of Self-Efficacy in HIV Treatment Adherence: Validation of the HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES). *Journal of Behavioral Medicine*, 30(5), 359–370.
- Kalichman, S. C., Eaton, L., & Cherry, C. (2010). There is no proof that HIV causes AIDS: AIDS denialism beliefs among people living with HIV/AIDS. *Journal of Behaviour Medicine*, 33, 432–440.
- Kalichman, S. C., Kalichman, M. O., Cherry, C., Swetzes, C., Amaral, C. M., White, D., Jones, M., Grebler, T., & Eaton, L. (2011). Brief Behavioral Self-Regulation Counseling for HIV Treatment Adherence Delivered by Cell Phone: An Initial Test of Concept Trial. *Aids Patient Care and STDs*, 25(5), 303-310.
- Kyser, M., Buchacz, K., Bush, T. J., Conley, L. J., Hammer, J., Henry, K., Kojic, E. M., Milam, J., Overton, E. T., Wood, K. C., & Brooks, J. T. (2011). Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in the SUN study. *AIDS Care*, 23(5), 601-611.
- Leventhal, H., Brissette, I., Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron Linda & H. Leventhal (Eds), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). New York: Routledge.
- Levesque, C. S., Williams, G. C., Elliot, D., Pickering, M. A., Bodenhamer, B., & Finley, P. J. (2007). Validating the theoretical structure of the treatment self-regulation questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education Research*, 22(5), 691-702.

- Maes, S. & Karoly, P. (2005). Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review. *Applied Psychology: An International Review*, 54(2), 267–299.
- Malta, M., Strathdee, S. A., Magnanini, M. M. F., & Bastos, F. I. (2008). Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*, 103, 1242–1257.
- Mannheimer, S., Thackeray, L., Hullsiek, K. H., Chesney, M., Gardner, E. M., Wu, A. W., Telzak, E. E., Lawrence, J., Baxter, J., & Friedland, G. (2008). A randomized comparison of two instruments for measuring self-reported antiretroviral adherence. *AIDS Care*, 20(2), 161-169.
- Marques, M., Gucht, V., Maes, S., Gouveia, M. J., & Leal, I. (2012). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Treatment Self-Regulation Questionnaire for Physical Activity (TSRQ-PA). *Psychology, Community & Health*, 1(2), 212-220.
- McAndrew, L. M., Musumeci-Szabó, T. J., Mora, P. A., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E. A., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. *British Journal of Health Psychology*, 13, 195–204.
- Moss-Morris, R., Weinman, Petrie, K. J., Horne, R., Camerons, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1–16.
- NICE (2009). Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence (NICE clinical guideline 76). Acedido através de: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saude: estudo de adaptação do SF-36*. Lisboa: Fundação Merck.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007a). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007b). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Paterson, D. L., Potoski, B., & Capitano, B. (2002). Measurement of Adherence to

- Antiretroviral Medications. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, 103–106.
- Pereira, M. G., & Silva, N. S. (1999). Questionário de crenças acerca dos fármacos. In A. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 52-57). Braga: APPORT.
- Reis, A. C., Lencastre, L., Guerra, M. P., & Remor, E. (2009). Adaptação portuguesa do questionário para avaliação da adesão ao tratamento anti-retrovírico – VIH (CEAT-VIH). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 175-191.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14 (2) , 262-267.
- Remor, E. (2002, edición revisada en 2012). *Guía para el usuario del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH Y Sida (CEAT-VIH)*. Madrid: Facultad de Psicología/Universidad Autónoma de Madrid (documento en formato electrónico, PDF).
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 749-761.
- Sandelowski, M., Voils, C. I, Chang, Y., & Lee, E. (2009). A systematic review comparing antiretroviral adherence descriptive and intervention studies conducted in the USA. *AIDS Care*, 21(8), 953-966.
- Santos, C., Pais Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Adaptação e Validação do Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) em doentes oncológicos. *Arquivos de Medicina*, 17(4), 136-147.
- Schwarzer, R., Lippke, S., & Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of Health Behavior Change in Persons With Chronic Illness or Disability: The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 161–170.
- Self-Determination Theory – SDT* (2013). *The Self-Regulation Questionnaires*. Acedido através de: <http://www.selfdeterminationtheory.org/questionnaires/10-questionnaires/48>
- Shacham, E., Nurutdinova, D., Onen, N., Stamm, K., & Overton, E. T. (2010). The Interplay of Sociodemographic Factors on Virologic Suppression Among a U.S. Outpatient HIV Clinic Population. *Aids Patient Care and STDs*, 24(4), 229-235.
- Sherr, L., Lampe, F. C., Clucas, C., Johnson, M., Fisher, M., Date, H. L., Anderson, J., Edwards, S., Smith, C. J., Hill, T., & Harding, R. (2010). Self-reported non-adherence

- to ART and virological outcome in a multiclinic UK study. *AIDS Care*, 22(8), 939-945.
- Sidat, M., Fairley, C., & Grierson, J. (2007). Experiences and Perceptions of Patients with 100% Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: A Qualitative Study. *Aids Patient Care and STDs*, 21(7), 509-520.
- Simoni, J. M., Amico, R., Pearson, C. R., & Malow, R. (2008). Strategies for Promoting Adherence to Antiretroviral Therapy: A Review of the Literature. *Current Infectious Disease Reports*, 10, 515–521.
- Simoni, J. M., Amico, K. R., Smith, L., & Nelson, K. (2010). Antiretroviral Adherence Interventions: Translating Research Findings to the Real World Clinic. *Current HIV/AIDS Reports*, 7(1), 44-51.
- Tam, V. T., Pharris, A., Thorson, A., Alfvén, T., & Larsson, M. (2011). “It is not that I forget, it’s just that I don’t want other people to know”: barriers to and strategies for adherence to antiretroviral therapy among HIV patients in Northern Vietnam. *AIDS Care*, 23(2), 139-145.
- Viswanathan, H., Anderson, R. & Thomas, J. (2005). Evaluation of an Antiretroviral Medication Attitude Scale and Relationships Between Medication Attitudes and Medication Nonadherence. *Aids Patient Care and STDs*, 19(5), 306-316.
- Walsh, J. C., Horne, R., Danton, M., Burgess, A. P., & Gazzard, B. G. (2001). Reasons for non-adherence to antiretroviral therapy: patients’ perspectives provide evidence of multiple causes. *AIDS CARE*, 13(6), 709–720.
- Wearden, A., & Peters, S. (2008). Therapeutic techniques for interventions based on Leventhal’s common sense model. *British Journal of Health Psychology*, 13, 189–193.
- World Health Organization – WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO: Geneva.
- World Health Organization – WHO (2011). *Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access*. Acedido através de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf

Anexos

Anexo A

Outputs referentes à caracterização sócio-demográfica e clínica dos sujeitos

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	11	42,3	42,3	42,3
	Feminino	15	57,7	57,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Statistics

		Idade
N	Valid	26
	Missing	0
Mean		43,4615
Std. Deviation		9,27030
Minimum		30,00
Maximum		62,00

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro(a)	14	53,8	53,8	53,8
	Casado(a)	1	3,8	3,8	57,7
	União de Facto	4	15,4	15,4	73,1
	Divorciado(a)	7	26,9	26,9	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Distrito de Residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lisboa	24	92,3	92,3	92,3
	Setúbal	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Nacionalidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Portuguesa	22	84,6	84,6	84,6
	Estrangeira	4	15,4	15,4	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Último nível de escolaridade que frequentou

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1º Ciclo do Ensino Básico (1-4 anos)	5	19,2	19,2	19,2
2º Ciclo do Ensino Básico (5-6 anos)	5	19,2	19,2	38,5
3º Ciclo do Ensino Básico 7-9 anos)	8	30,8	30,8	69,2
Ensino Secundário (10-12 anos)	5	19,2	19,2	88,5
Licenciatura/Mestrado/Doutoramento	3	11,5	11,5	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Situação Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Estudante	1	3,8	3,8	3,8
Trabalhador(a)	10	38,5	38,5	42,3
Desempregado(a)	11	42,3	42,3	84,6
Reformado(a)	4	15,4	15,4	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Via de transmissão do VIH

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Via Sexual	13	50,0	50,0	50,0
Via Sanguínea	4	15,4	15,4	65,4
Via Sexual/Via Sanguínea	9	34,6	34,6	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Statistics

		Anos de Diagnóstico
N	Valid	26
	Missing	0
	Mean	11,0385
	Std. Deviation	7,01701
	Minimum	1,00
	Maximum	27,00

Tipo de vírus VIH

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid VIH1	17	65,4	65,4	65,4
VIH1/VIH2	2	7,7	7,7	73,1
Não sabe	7	26,9	26,9	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Estadio atual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Assintomático	11	42,3	42,3	42,3
Não sabe	15	57,7	57,7	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Statistics

		Valores CD4	Valores de CV
N	Valid	17	16
	Missing	9	10
Mean		493,1059	588,4375
Std. Deviation		291,83565	1866,02722
Minimum		88,00	20,00
Maximum		1200,00	7450,00

Valores CD4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	88,00	1	3,8	5,9	5,9
	153,40	1	3,8	5,9	11,8
	219,00	1	3,8	5,9	17,6
	265,00	1	3,8	5,9	23,5
	297,00	1	3,8	5,9	29,4
	314,00	1	3,8	5,9	35,3
	346,00	1	3,8	5,9	41,2
	420,00	1	3,8	5,9	47,1
	457,00	1	3,8	5,9	52,9
	467,60	1	3,8	5,9	58,8
	475,00	1	3,8	5,9	64,7
	651,40	1	3,8	5,9	70,6
	664,00	1	3,8	5,9	76,5
	681,30	1	3,8	5,9	82,4
	734,10	1	3,8	5,9	88,2
	950,00	1	3,8	5,9	94,1
	1200,00	1	3,8	5,9	100,0
Total		17	65,4	100,0	
Missing	System	9	34,6		
Total		26	100,0		

Valores de CV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20,00	7	26,9	43,8	43,8
	37,00	3	11,5	18,8	62,5
	50,00	3	11,5	18,8	81,3
	64,00	1	3,8	6,3	87,5
	1500,00	1	3,8	6,3	93,8
	7450,00	1	3,8	6,3	100,0
Total		16	61,5	100,0	
Missing	System	10	38,5		
Total		26	100,0		

CD4_Categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 200 células/mm3	2	7,7	11,8	11,8
	200-499 células/mm3	8	30,8	47,1	58,8
	? 500 células/mm3	7	26,9	41,2	100,0
	Total	17	65,4	100,0	
Missing	System	9	34,6		
	Total	26	100,0		

CV_Categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<50 cópias/ml	13	50,0	81,3	81,3
	?50 cópias/ml	3	11,5	18,8	100,0
	Total	16	61,5	100,0	
Missing	System	10	38,5		
	Total	26	100,0		

Statistics

		Iniciou a TAR há quanto tempo?
N	Valid	26
	Missing	0
Mean		8,0769
Std. Deviation		7,13820
Minimum		1,00
Maximum		27,00

Número de Comprimidos Diários

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	12	46,2	46,2
	2,00	1	3,8	50,0
	3,00	8	30,8	80,8
	4,00	5	19,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0

Número de Doses Diárias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	20	76,9	76,9
	2,00	6	23,1	100,0
	Total	26	100,0	100,0

Historial de Outros Problemas Saúde

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	19	73,1	73,1
	Não	7	26,9	100,0
	Total	26	100,0	100,0

Actualmente, toma outra medicação?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	7	26,9	26,9	26,9
Valid Não	19	73,1	73,1	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Consumo de Substâncias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca consumiu	10	38,5	38,5	38,5
Valid Sim, já consumiu	16	61,5	61,5	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Anexo B

Pedido de autorização à instituição



Lisboa, 21 de Janeiro de 2013

Exmo./a Sr./a

Eu, Ana Luísa Rosa, Psicóloga Clínica e presentemente a realizar a Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, venho respeitosamente requerer junto de Vossa Excelência, a autorização para a realização de uma investigação na instituição da qual preside.

O projeto tem como objetivo analisar a eficácia de uma intervenção psicológica para a promoção da adesão à Terapêutica Antiretroviral (TAR). Será um estudo de cariz experimental, cuja amostra incluirá pessoas infetadas pelo VIH, que manifestem dificuldades em aderir à TAR e demonstrem interesse em participar na presente investigação.

Pretendemos assim, abordar uma questão atual e premente nesta temática e desenvolver uma intervenção concertada e com elevado rigor científico, de forma a melhorar a intervenção na área do VIH/SIDA. A referida Dissertação de Mestrado, encontra-se sob a orientação científica da Professora Doutora Isabel Leal e da Mestre Marta Marques, do ISPA-Instituto Universitário em Lisboa.

Uma vez concluído o trabalho de investigação e após ter sido alvo de avaliação, será entregue uma cópia à vossa Instituição e toda a informação obtida neste estudo será mantida em confidencialidade.

Encontro-me ao vosso inteiro dispor para qualquer esclarecimento adicional sobre esta investigação, através dos seguintes contactos: Ana Rosa: / analuisarosa@gmail.com

Atenciosamente,

A Mestranda

Ana Rosa

(Ana Rosa)

A Co-Orientadora

Marta Marques

(Marta Marques)



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Eu, na qualidade de Presidente da Instituição, fui informado/a acerca dos objetivos do estudo, assim como do facto da equipa de investigação preservar a confidencialidade dos dados, garantindo que a informação recolhida será utilizada apenas para fins científicos. Fui esclarecido(a) sobre todas as dúvidas e questões que considero importantes e como tal declaro que autorizo a investigação que tem como objetivo analisar a eficácia de uma intervenção para a promoção da adesão à Terapêutica Antiretrovítica (TAR).

Lisboa, 18 de Fevereiro de 2013

(Presidente da Instituição)

Anexo C

Consentimento informado, livre e esclarecido – Avaliação

Exmo(a) Senhor(a),

Está a ser realizada uma investigação sobre **a adesão à terapêutica antiretroviral**, no contexto da infeção VIH. Esta investigação insere-se num projeto de mestrado do ISPA – Instituto Universitário e foi aprovado pela presente instituição, onde decorre a investigação.

A adesão à terapêutica antiretroviral é essencial no tratamento do VIH, mas por vezes surgem dificuldades no seguimento correto desta medicação. De forma a desenvolverem-se métodos para ajudar as pessoas a fazer a sua terapêutica antiretroviral, pretendemos investigar os factores associados à adesão, bem como testar as formas de aconselhamento que podem aumentar e melhorar esta adesão.

Este estudo tem duas fases:

Na primeira fase, as pessoas que aceitem participar preencherão um conjunto de questionários referentes a dados demográficos, dados sobre a infeção, informação sobre a medicação e adesão, dados sobre estado de saúde e fatores psicológicos que parecem contribuir para a adesão e sua manutenção.

Na segunda fase, os participantes serão distribuídos por dois grupos de forma aleatória, isto é, qualquer pessoa poderá ser colocada num dos dois grupos em estudo:

- **Grupo 1:** preenchimento de questionários referentes a dados demográficos, dados sobre a infeção, informação sobre a medicação e adesão, dados sobre estado de saúde e fatores psicológicos que parecem contribuir para a adesão e sua manutenção, numa data a combinar com o participante.

- **Grupo 2:** três sessões presenciais, que consistirão na exploração de representações pessoais sobre a infeção e tratamento, tendo em consideração as possíveis dificuldades individuais, e no desenvolvimento de um plano de promoção da manutenção do comportamento da adesão.

A sua colaboração neste estudo é fundamental para que possamos ajudar as pessoas infetadas pelo VIH que estejam a tomar medicação. A participação nesta investigação poderá também ajudá-lo relativamente à sua própria experiência com a medicação.

Como posso colaborar?

A sua participação é **voluntária** e todos os dados fornecidos serão **confidenciais**. Pode a qualquer momento desistir, sem ter de apresentar qualquer justificação e sem quaisquer consequências para si ou para os serviços a que tem acesso na instituição. Não existem riscos associados à sua participação. **Se pretender participar neste estudo, por favor assine a folha de Consentimento Informado.**

Se desejar mais informações, não hesite em contactar Ana Rosa (Psicóloga e membro da equipa de investigação) através de [REDACTED].

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para participar.

(Ana Luísa Rosa)

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

FASE 1: Aplicação de Questionários

A Equipa de Investigação declara que o participante foi informado sobre o estudo, verbalmente e por escrito; que todos os dados fornecidos serão utilizados apenas no âmbito deste estudo, assegurando-se a confidencialidade e anonimato dos mesmos e que a desistência na colaboração no presente estudo não trará quaisquer consequências para o participante e seus direitos na instituição que o acompanha.

Nome: Ana Luísa Rosa

Função: Psicóloga e Investigadora

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo investigador principal que assina este documento; ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora; ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos na instituição que me acompanha se eu recusar ou desistir a qualquer momento de colaborar neste estudo e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo a minha participação na primeira fase do estudo que consiste no preenchimento de questionários, bem como ser contactado(a) pela equipa de investigação no âmbito de uma futura colaboração na segunda fase do presente estudo de investigação.

Nome (apelido e inicial do primeiro nome): _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Contacto preferencial: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____

Anexo D

Instrumentos utilizados

DATA: _____

CÓDIGO:

AVALIADOR: _____

Questionários

Estes questionários estão incluídos no estudo sobre a adesão à terapêutica, no qual aceitou participar.

Os questionários têm como objetivo ajudar-nos a compreender como é que as pessoas utilizam a medicação, quais as dificuldades que sentem e qual a opinião que têm sobre a sua doença e medicação.

Não existem respostas certas ou erradas. Pode a qualquer momento desistir de participar, sem quaisquer consequências.

Desde já, muito obrigado pela sua colaboração!

Caracterização Sócio-demográfica

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade: _____

3. Estado Civil: Solteiro Casado União de Facto Viúvo Divorciado

4. Distrito de Residência: _____

5. Nacionalidade: Portuguesa Outra Qual? _____

6. Último nível de escolaridade que frequentou:

- Não frequentou instituição de ensino (0 anos)
- 1º Ciclo do Ensino Básico (1-4 anos)
- 2º Ciclo do Ensino Básico (5-6 anos)
- 3º Ciclo do Ensino Básico 7-9 anos)
- Ensino Secundário (10-12 anos)
- Curso de Especialização Tecnológica _____
- Licenciatura/Mestrado/Doutoramento _____

7. Situação Profissional:

- Só Estudante
- Doméstico
- Trabalhador Profissão: _____
- Trabalhador-Estudante Profissão: _____
- Desempregado Profissão: _____
- Reformado Profissão: _____

Caracterização VIH

8. Data do diagnóstico da infeção: _____/_____ (mês/ano)

9. Via de transmissão do VIH:

- Transmissão por via vertical
- Transmissão por via sexual
- Transmissão por via sanguínea
- Não tem informação a esse respeito

10. Tipo de vírus VIH:

- VIH1
- VIH2
- VIH1 / VIH2
- Não tem informação a esse respeito

11. Estadio atual:

- Assintomático
- Sintomático
- SIDA
- Não tem informação a esse respeito

12. Historial de Outros Problemas Saúde (Co-Infeções/Infeções Oportunistas/etc.)

Problemas de Saúde	Ano e Duração	Terapêutica

13. Consumo de Substâncias:

a) Alguma vez usou marijuana? Sim Não
 Atualmente consome? Sim Não

b) Alguma vez usou cocaína (pó, crack ou freebase)? Sim Não
 Atualmente consome? Sim Não

c) Alguma vez usou heroína? Sim Não
 Atualmente consome? Sim Não

d) Alguma vez usou anfetaminas (speeds)? Sim Não
 Atualmente consome? Sim Não

Caracterização Terapêutica Antiretrovítica

14. Iniciou a TAR há quanto tempo? _____ (meses/anos)

15. Indique o nomes dos medicamentos e coloque o número total comprimidos/doses que tem de tomar todos os dias, juntamente com as instruções.

Nome	Descrição do Regime	Instruções