

MARCELO KIMATI DIAS

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de Saúde Mental do aluno **Marcelo Kimati Dias**.

Campinas, 10 de junho de 2002.

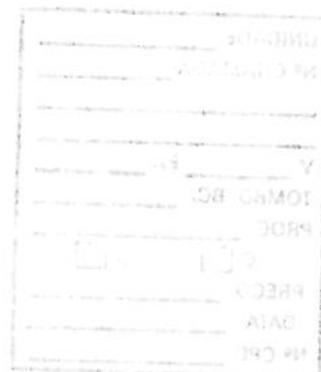
Profa. Dra. Paulo Dalgalarrodo
Orientador

***ADESÃO MEDICAMENTOSA EM AIDS: INTERFERÊNCIA
DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, PSICOSSOCIAIS
E PSICOPATOLÓGICAS***

CAMPINAS

2002

MARCELO KIMATI DIAS



***ADESÃO MEDICAMENTOSA EM AIDS: INTERFERÊNCIA
DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, PSICOSSOCIAIS
E PSICOPATOLÓGICAS***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.*

ORIENTADOR: PAULO DALGALARRONDO

CO-ORIENTADORA: MÔNICA JACQUES DE MORAES

CAMPINAS

2002

UNIDADE	80
Nº CHAMADA	UNICAMP
	10543a
V	EX
TOMBO BC/	56319
PROC.	16-124103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	4/11/03
Nº CPD	

cm 1791905
Bib id 278420

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

D543a

Dias, Marcelo Kimati

Adesão medicamentosa em aids:interferência de variáveis sociodemográficas, psicossociais e psicopatológicas / Marcelo Kimati Dias. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientadores : Paulo Dalgalarrondo, Mônica Jacques de Moraes
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Adesão. 2. Relação Médico-Paciente. 3. Aids (Doença). I.
Paulo Dalgalarrondo. II. Mônica Jacques de Moraes. III.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
IV. Título.

Banca examinadora da Tese de Mestrado

Orientador(a) :

Prof(a). Dr(a). Paulo Dalgalarondo

Membros:

1. Professor Doutor Francisco Hideo Aoki

2. Professor Doutor Neury José Botega

3. Doutora Denise Martin

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 10/06/2002

DEDICATÓRIA

*A Maria Luiza e Vinícius, que sempre me
fazem saber para onde ir.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Paulo Dalgalarro e Mônica Jacques, amigos que estiveram muito mais próximos do que uma orientação exigiria. Souberam ouvir e acolher em um longo período difícil.

Aos médicos, funcionários e enfermeiros do Ambulatório Geral de Moléstias infecciosas pelo incentivo e acolhimento durante o período de pesquisa. Agradeço particularmente ao Prof. Dr. Francisco Hideo Aoki, meu professor durante a graduação, e modelo de humanidade que me acompanha em minha experiência como clínico.

A minha mãe e irmão pelo apoio irrestrito.

Agradeço ainda a Tatiana, José Luiz e Ieda por todo o apoio que têm me dado.

Agradeço ao Dr. Neury Botega, médico e pesquisador brilhante que me ajudou a colocar muitas coisas nos eixos nos últimos anos.

A todos os pacientes que generosamente me confiaram seu tempo e intimidade.

	<i>Pág</i>
RESUMO	xxvii
1. INTRODUÇÃO	31
1.1. Motivação.....	33
1.2. Compliance/ Adesão Medicamentosa- Conceitos	34
1.3. Adesão Medicamentosa a Antirretrovirais no Tratamento de Aids.....	36
1.4. Medida da adesão medicamentosa em Tratamento com Antirretrovirais.....	38
1.5. Fatores relacionados a adesão medicamentosa em Aids.....	40
1.6. Depressão em pacientes com Aids.....	44
1.7. Atendimento a pacientes com Aids no HC-UNICAMP.....	46
2. OBJETIVOS E HIPÓTESES	51
2.1. Objetivos.....	53
2.1.1. Objetivo geral.....	53
2.1.2. Objetivos específicos.....	54
2.2. Hipóteses.....	54
3. MÉTODOS	57
3.1. Delineamento do estudo.....	59

3.2. Local de Estudo e Sujeitos.....	59
3.2.1. Critérios de inclusão.....	59
3.2.2. Critérios de exclusão.....	60
3.2.3. Cálculo da amostra.....	60
3.3. Instrumentos.....	62
3.3.1. Desenvolvimento do instrumento sobre <i>compliance</i> /adesão.....	62
3.3.2. Itens do protocolo.....	63
3.4. Procedimentos.....	65
3.5. Medida da adesão medicamentosa.....	66
3.6. Análise dos dados.....	68
3.7. Aspectos éticos.....	69
4. RESULTADOS.....	71
4.1. Organização do capítulo.....	73
4.2. Caracterização da Amostra.....	73
4.2.1. Dados sócio-demográficos.....	73
4.2.2. Antecedentes psiquiátricos.....	75
4.2.3. Adesão Medicamentosa.....	77
4.3. Análise bivariada: Avaliação de Variáveis Implicadas na Adesão.....	78
4.3.1. Adesão Medicamentosa e Variáveis sócio-demográficas.....	78

4.3.2. Adesão Medicamentosa e valores de HAD, Kent e Antecedentes Psiquiátricos.....	80
4.3.3. Efeitos Colaterais, Número de Comprimidos Tomados e Faltas às Consultas.....	82
4.3.4. Sigilo sobre doença e impacto da doença nos relacionamentos pessoais	85
4.3.5. Papel da motivação, Crença no Médico, na medicação e no tratamento	85
4.4. Interferência Entre Variáveis Dependentes.....	88
4.4.1. Gênero e Religião.....	88
4.5 Análise Multivariada.....	92
5. DISCUSSÃO.....	93
5.1. Limitações do presente estudo.....	95
5.2. Características da amostra.....	97
5.2.1. Características sociodemográficas.....	97
5.2.2. Características psiquiátricas Características psiquiátricas.....	100
5.3. Adesão medicamentosa e variáveis relacionadas.....	103
5.4. Adesão Medicamentosa, Crença no Tratamento e Religião.....	105
5.5. Mulheres, depressão e Adesão Medicamentosa.....	110
5.6. Adesão Medicamentosa.....	114
6. CONCLUSÕES.....	117
7. SUMMARY.....	121
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
9. ANEXOS.....	133

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág</i>
TABELA 1 : Dados sócio-demográficos.....	74
TABELA 2 : Procedência dos pacientes estudados.....	74
TABELA 3 : Distribuição da amostra por religião.....	75
TABELA 4 : Consumo de Álcool Referido no Último Mês.....	75
TABELA 5 : Uso Referido de Drogas Ilícitas.....	76
TABELA 6 : Distribuição dos Pacientes Segundo Categorias de Adesão Medicamentosa.....	77
TABELA 7 : Média de Idade e Escolaridade por categoria de adesão II	79
TABELA 8 : Categorias de Adesão Medicamentosa e Gênero dos Pacientes da Amostra.....	79
TABELA 9 : Religião e Categorias de Adesão Medicamentosa.....	80
TABELA 10 : Freqüência Religiosa.....	80
TABELA 11 : Consumo de Álcool e Adesão Medicamentosa.....	81
TABELA 12 : Valores do HAD e Adesão Medicamentosa.....	81
TABELA 13 : Avaliação de inteligência (teste de Kent) e adesão medicamentosa.....	82
TABELA 14 : Adesão Medicamentosa e categorias de motivação para o tratamento.....	86

TABELA 15 :	Você acredita em Tudo o que seu médico lhe diz nas consultas ?.	86
TABELA 16 :	Você está convencido de seu diagnóstico de Aids/portador do vírus HIV ?	87
TABELA 17 :	Diferenças entre Pacientes Masculinos e Femininos no Teste de Kent e no HAD.....	88
TABELA 18 :	Os efeitos colaterais atrapalham o uso de medicamentos ?.....	89
TABELA 19 :	Sigilo sobre doença no trabalho e gênero.....	90
TABELA 20 :	Gênero e Religião.....	91
TABELA 21 :	Regressão Logística binária.....	92
TABELA 22 :	Prevalência de escores de HADS anormais em diferentes pacientes alemães e controles (extraído de Herrmann C. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 42, n 1, pág 22, 1997).....	101

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>Pág</i>
GRÁFICOS 1 : Notificação de Casos de Aids no Município de Campinas (1984-2001).....	47
GRÁFICOS 2 : Número de Faltas em Consultas e Adesão medicamentosa a Antirretrovirais.....	83
GRÁFICOS 3 : Efeitos Colaterais e Adesão Medicamentosa.....	84
GRÁFICOS 4 : Interferência dos Efeitos Colaterais dos Antirretrovirais na Adesão Medicamentosa dos pacientes.....	84
GRÁFICOS 5 : Registro de Casos de Aids notificados no HC 1984-2001.....	99
GRÁFICOS 6 : Freqüência de Uso de Drogas Injetáveis Entre os Casos de Aids de Diagnosticados no HC Unicamp (1984-2001).....	103

LISTA DE QUADROS

	<i>Pág</i>
QUADRO 1 : Valores de adesão medicamentosa e supressão viral em Aids.....	39
QUADRO 2 : Métodos de avaliação de Adesão Medicamentosa.....	40
QUADRO 3 : Avaliação de adesão medicamentosa no estudo piloto.....	61
QUADRO 4 : Questões na entrevista Semi-Aberta realizada com médicos infectologistas para elaboração do protocolo.....	62
QUADRO 5 : Resumo das Principais Respostas dadas pelos infectologistas.....	63
QUADRO 6 : Medida de adesão.....	67

LISTA DE ANEXOS

	<i>Pág</i>
ANEXO 1 : Consentimento pós informação.....	135
ANEXO 2 : Dados sócio-demográficos.....	137
ANEXO 3 : Hospital Anxiety and Depression Scale.....	139
ANEXO 4 : Questões relacionadas a saúde mental e antecedentes psiquiátricos.....	141
ANEXO 5 : Questões relacionadas a adesão medicamentosa.....	143
ANEXO 6 : Questões relacionadas ao tratamento: motivação, crença no tratamento e no médico e presença de efeitos colaterais.....	147
ANEXO 7 : Privacidade e identificação com a doença.....	151
ANEXO 8 : Teste de Kent.....	153
ANEXO 9 : Informações adicionais de prontuário.....	155



RESUMO

Introdução- Adesão medicamentosa a antirretrovirais é comprovadamente um dos aspectos mais importantes no tratamento para Aids e define o sucesso ou não das intervenções médicas frente a esta doença. Ainda que haja um grande investimento no setor público para proporcionar fornecimento universal de drogas antirretrovirais, existem poucos estudos sobre adesão no país. **Objetivos do estudo-** 1) Verificar a porcentagem de pacientes que fazem uso adequado (que permitem supressão viral) de medicações no tratamento de Aids. 2) Avaliação de variáveis sociodemográficas, psicossociais e psicopatológicas que interferem na adesão medicamentosa de pacientes em tratamento com antirretrovirais. **Método-** Foram entrevistados 78 pacientes de ambulatório com sorologia positiva para HIV em uso de antirretrovirais no ambulatório geral de Moléstias Infecciosas, no Hospital das Clínicas na UNICAMP. As entrevistas utilizaram um protocolo no qual constavam contidos: 1) dados sócio-demográficos, 2) perguntas sobre sigilo relacionado à doença e ao tratamento, 3) questões sobre motivação para o tratar-se, confiança no médico e no tratamento 4) HADS e o teste de Kent 5) dados complementares sobre o tratamento presentes no prontuário do paciente. A avaliação de adesão foi feita a partir da razão entre o número de comprimidos tomados pelo paciente na última semana e o número de comprimidos prescritos no mesmo período. Foi criado um banco de dados informatizado e a análise estatística foi realizada pelo SPSS for Windows. **Resultados-** Pacientes do sexo feminino apresentam pior adesão medicamentosa, da mesma forma que pacientes pentecostais. Pacientes do sexo feminino apresentam mais sintomas depressivos que os masculinos. Pacientes que queixam-se de apresentarem mais efeitos colaterais apresentam pior adesão medicamentosa. Pacientes com pior adesão medicamentosa apresentam menor motivação no tratamento e menor crença no que é dito pelo médico durante a consulta. A análise multivariada verificou como variável mais relevante para baixa adesão o gênero feminino, seguida pela presença de efeitos colaterais, pouca crença na medicação e falta às consultas. **Discussão-** Os dados são sugestivos da importância da confiança em orientações médicas e de uma visão pragmática dos objetivos do tratamento. Motivação para tratar-se foi influenciado tanto pela menor presença de sintomas depressivos quanto por aspectos relacionados à relação médico-paciente.



1. INTRODUÇÃO

1.1. MOTIVAÇÃO

Este trabalho passou a ser desenhado em 1999 durante meu último ano de residência em psiquiatria na Universidade Estadual de Campinas. Nesta ocasião desenvolvi um estágio de assistência psiquiátrica no ambulatório de HIV no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Durante as próprias atividades do ambulatório passei a atender pacientes portadores de HIV, sintomáticos ou não, que desenvolviam quadros psiquiátricos. Estas pessoas me eram encaminhadas por residentes, alunos de internato, médicos assistentes e docentes.

A expectativa inicial, baseada numa visão estereotipada e talvez preconceituosa de Aids, era de que fossem atendidos predominantemente casos de dependência química e transtornos neuropsiquiátricos. Ao contrário, a oferta de atenção psiquiátrica no ambulatório gerou uma demanda crescente de atendimento de transtornos de humor, particularmente quadros depressivos. Esta procura criou a necessidade de uma primeira reflexão sobre a prevalência destes transtornos em pacientes com Aids.

Por outro lado sempre foi surpreendente a dedicação dos profissionais deste ambulatório em relação aos usuários. Eram muitos os pacientes atendidos sem marcação prévia de consultas, gastava-se muito tempo com orientação e motivação do paciente em relação ao tratamento. Neste contexto se inseria a crescente demanda de atendimento psiquiátrico de pacientes com HIV: o tratamento de transtornos de humor se articulava a uma preocupação quanto à motivação e dedicação do paciente ao tratamento. Dentro dos esquemas terapêuticos em Aids que implicam regimes extremamente exigentes de tomada de medicação, motivação representa, em última instância, a condição indispensável para adesão medicamentosa e *compliance*.

Desta forma na discussão com os clínicos que encaminhavam os casos o assunto da adesão e da motivação ao tratamento era sempre abordado. Passei, então, a tratar o assunto e a ouvir a respeito dele com uma atenção particular em meus próprios atendimentos. Esta escuta criou uma necessidade de estabelecer significados para adesão medicamentosa. Significados de tomar medicações em esquemas tão exigentes numa situação tão particular que é Aids. Este estudo, que nasceu a partir de uma experiência

clínica, é sobretudo um desdobramento destes questionamentos. Esta talvez seja uma explicação necessária para a existência de um estudo sobre adesão medicamentosa em Aids realizada por um psiquiatra.

1.2. COMPLIANCE E “ADESÃO MEDICAMENTOSA”. CONCEITOS

A discussão a respeito de adesão medicamentosa e *compliance* pode ser iniciada com um referencial histórico ou etimológico. Em relação a este último, o termo *compliance*, em inglês, não tem uma tradução literal para o português que seja adequada para o uso em medicina. Alguns dicionários traduzem o termo como “concordância, submissão, condescendência, conformidade”, termos que ao mesmo tempo que revelam alguns aspectos da *compliance* médica, não englobam o sentido operacional do termo.

Alguns dos artigos que tratam conceitualmente do assunto (Conrad, 1985; Barofsky, 1978; Chesney, 2000) citam a importante publicação de Haynes sobre o tema (1979). Para este autor, *compliance* diz respeito ao um procedimento amplo por parte do paciente: “a extensão do comportamento de uma pessoa (no sentido de tomar medicações, seguir dietas ou efetuar mudanças no estilo de vida) que coincidam com orientações médicas ou de saúde” (Haynes, 1979). Por outro lado, *adherence*, que pode ser traduzido literalmente por adesão, trata exclusivamente do uso adequado da medicação quanto a horários, forma e quantidade, pelo paciente segundo orientações médicas. Pode-se dizer que adesão medicamentosa corresponde a um dos aspectos da *compliance*.

Em relação a história do interesse médico pelos temas de adesão medicamentosa e *compliance*, autores discordam sobre o surgimento e o caráter deste tipo de preocupação. Chesney (2000) argumenta que adesão medicamentosa tornou-se uma preocupação multidisciplinar no início dos anos 70, quando descobriu-se que aproximadamente metade dos pacientes hipertensos não faziam uso, de forma adequada, da medicação prescrita. Haynes (1979) considera que a preocupação com *compliance* passa a existir com a antibioticoterapia e o surgimento de resistência a antibióticos mediante uso inadequado destes. Trostle (1988), por sua vez considera a preocupação com o tema vem crescendo na medida em que *compliance* adquiriu um papel de reprodução do poder médico nos últimos anos.

Os diferentes significados atribuíveis a *compliance* na língua inglesa explicam a diversidade dos artigos relacionados ao tema publicados na literatura médica. Michener (1975) investigou fatores relacionados à autoridade que interferem em *compliance*. Realizou um estudo experimental no qual 163 estudantes universitários submeteram-se a situações controladas de relação entre eles onde distinguiam-se dois diferentes níveis de hierarquia. O estudo definiu que situações nas quais o poder coercitivo é alto e a justificativa para a existência da autoridade é coletiva, a *compliance* é maior. Este estudo é um no qual o termo *compliance* é utilizado no sentido de submissão. Embora tais estudos possam ser utilizados hoje para uma reflexão sobre o caráter da *compliance* existente numa relação médico-paciente, não correspondem ao sentido do termo que pretende-se abordar neste estudo.

Botega (2002) descreveu a adesão medicamentosa em doenças crônicas (como é o caso da Aids hoje) como um processo no qual interferem a noção de doença que possui o paciente, noção de cura ou melhora e o lugar do médico no imaginário do paciente. Neste sentido, os fatores envolvidos na dificuldade de adesão medicamentosa poderiam ser sistematizados como: 1) aspectos relativos aos pacientes (como concepções errôneas sobre o tratamento ou dúvidas sobre sua utilidade); 2) aspectos do tratamento (esquemas complexos, efeitos colaterais indesejáveis); 3) Características da doença (pouca sintomatologia que não incomoda muito); 4) Aspectos institucionais (difícil acesso ao serviço); 5) Características do profissional (distância, desinteresse, pouca informação).

Garrity (1981) realizou uma ampla discussão e sistematização da relação médico-paciente no desenvolvimento de uma *compliance* adequada. Para este autor, o papel da relação fora negligenciada até então. Os estudos sobre adesão fixavam-se em características do paciente (variáveis demográficas, cognitivas), características do regime medicamentoso (como complexidade e duração) e características do *setting* de tratamento. Garrity explica esta negligência pelas dificuldades referentes a monitorização do que ocorre na relação médico-paciente. O encontro é sigiloso e sua privacidade torna-se incompatível com pesquisa, além do fato dos processos interativos deste encontro tenderem a ser extremamente complexos. Segundo revisão do autor, os estudos sobre o tema são em sua maioria descritivos e correlacionais, havendo poucos que envolvam intervenções. Garrity

sistematiza o encontro como 1) pedagógico- no qual o médico emprega várias formas para tornar claros os regimes de tratamento proposto- ou 2) como um encontro de expectativas do médico e do paciente. Esta segunda forma de ver o encontro médico-paciente prevê que *compliance* seria uma convergência destas expectativas

1.3. ADESÃO MEDICAMENTOSA A ANTIRRETROVIRAIS NO TRATAMENTO DE AIDS

Poucos regimes medicamentosos exigem tanta regularidade do paciente quanto o tratamento para Aids. Por um lado, medicações antirretrovirais devem ser tomadas em horários específicos, em jejum, com grande número de comprimidos e muitas vezes provocam efeitos adversos bastante incômodos como náuseas e vômitos. Tal regime faz com que muitas vezes o paciente tenha de organizar suas atividades diárias em função dos horários de uso das medicações. Somado a isto, a melhora da sobrevida, faz com que os pacientes com Aids tenham de usar medicações em períodos em que se encontram totalmente assintomáticos.

Vários aspectos tornam particularmente importante a questão da adesão medicamentosa em pacientes em tratamento com antirretrovirais. O primeiro destes diz respeito à efetividade do tratamento. Vanhove e cols (1999) analisaram o impacto do uso adequado de saquinavir em relação à medida da carga viral. Seis pacientes foram avaliados por 24 semanas com base no número de comprimidos tomados- medidos com frascos munidos de microchips. Seis dos sete pacientes estudados passaram a apresentar períodos de baixa adesão- “feriados” medicamentosos- que duravam pelo menos 3 dias. Quatro destes seis pacientes apresentaram aumento da carga viral que diminuía com o uso adequado da medicação.

Baixa adesão é associada ainda com pior prognóstico da doença. A partir de que ponto pode ser considerada a adesão medicamentosa como ineficaz dentro do tratamento antirretroviral ? Ao contrário do tratamento de diversas outras doenças crônicas, o tratamento efetivo para Aids exige um uso muito próximo de 100% dos comprimidos prescritos. A possibilidade de contagem da carga viral possibilitou estabelecer relação entre a adesão medicamentosa medida e a efetividade desta na supressão viral. Peterson (1999)

realizou estudo prospectivo por três meses, utilizando como método de avaliação da adesão a contagem de comprimidos prescritos. Verificou que a grande maioria (81%) dos pacientes que apresentavam adesão medicamentosa entre 95 e 100% apresentaram supressão viral. 64% dos pacientes que tinham adesão entre 90 e 95% apresentaram supressão- abaixo deste percentual de adesão apenas 50% obtiveram supressão viral.

Singh (1996) estudou 46 pacientes em tratamento com zidovudina, medindo adesão com entrevistas e, indiretamente, com avaliação do volume corpuscular médio das hemáceas (que aumentam com o uso correto da droga). Entre pacientes que no início do estudo não apresentavam infecções oportunistas, aqueles com boa adesão tiveram 82% de sobrevida em 12 meses, em contraste aos 50% de sobrevida, no mesmo período, entre pacientes com baixa adesão

Outro importante aspecto relacionado à importância de uma boa adesão medicamentosa é relacionada ao surgimento de resistência viral ao tratamento. Ainda que adesão abaixo de 80% não cause descompensação clínica a curto prazo (Rodriguez-Rosado, 1998), a cinética da replicação viral na infecção pelo HIV confere resistência à droga em adesão abaixo deste valor. Adesão excelente é requerida no sentido de evitar o surgimento de mutação do vírus que inutiliza o efeito de antirretrovirais (Havliř 1996).

O fato de pacientes que têm uma melhor adesão medicamentosa apresentarem melhor prognóstico implica num menor número de infecções oportunistas. Conseqüentemente estes pacientes são hospitalizados com menor freqüência o que é revertido num menor custo de tratamento. Carrol (1998) realizou um estudo prospectivo com 99 pacientes usuários de drogas antirretrovirais sem ajuda (como no caso de lares abrigados e pacientes hospitalizados). A adesão medicamentosa foi calculada pela razão entre o número de comprimidos prescritos e o número de comprimidos tomados. Este último valor foi obtido a partir de monitorização eletrônica. Os pacientes foram seguidos em média por seis meses. Segundo os resultados do estudo, alta adesão se mostrou efetiva na diminuição da carga viral e no aumento da contagem de CD4. Pacientes com mais de 95% de adesão medicamentosa estiveram significativamente menos tempo em hospital. O grupo de pacientes com este grau de adesão não apresentou nenhum caso de infecção oportunista ou óbito.

1.4. MEDIDA DA ADESÃO MEDICAMENTOSA EM TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS

Medir adesão medicamentosa implica em algumas dificuldades de caráter metodológico. Não existe um “padrão ouro” para avaliação de adesão medicamentosa (Chesney, 2000). A grande maioria dos estudos emprega o método de entrevistas como forma de avaliação da adesão medicamentosa. A crítica mais freqüente a este método diz respeito ao fato do paciente normalmente relatar um uso mais adequado do que ocorre em geral. Estudos que envolvem mais de um tipo de medida mostram que entrevistas dirigidas diretamente ao paciente tendem a superestimar a adesão medicamentosa.

São sistematizadas normalmente em duas categorias as formas de abordagem da adesão. O método de entrevistas é chamado de método direto ou subjetivo, quer seja feito entrevistando o paciente ou indivíduos responsáveis pela administração da medicação. As vantagens deste método seriam o baixo custo, a facilidade de aplicação e o grande número de trabalhos que abordam o fenômeno da adesão através deste método, tornando possível a comparação de valores. Entretanto, teria como desvantagem o valor superestimado da adesão, conforme já foi comentado.

Métodos indiretos ou objetivos incluiriam a contagem de comprimidos tomados, dosagem sérica de níveis da droga prescrita, volume corpuscular médio (no caso de zidovudina) e a carga viral. A contagem de comprimidos tomados foi realizada em estudos através do uso de frascos dotados de microchips que registram horário da abertura do recipiente. Outros estudos realizaram a contagem de forma não-eletrônica. A vantagem deste método é o fato de ser mais objetivo que o uso de entrevistas. Por outro lado, o resultado pode ser facilmente manipulado pelo paciente.

Dosagem sérica de drogas prescritas tem como desvantagens: demora, auto custo e variação dos valores em pacientes com função renal alterada, além da concentração sérica sofrer modificação em função do horário da tomada. A medida do volume corpuscular médio é uma medida excessivamente específica para a zidovudina e cujo resultado é muito pouco específico. O aumento do valor do volume corpuscular pode significar, por exemplo, tanto o uso adequado de zidovudina quanto deficiência de ácido fólico. Finalmente, a medida da carga viral pode confundir baixa adesão com resistência do vírus à medicação.

Um dado importante que sustenta o uso de entrevistas diretas para avaliação da adesão medicamentosa é a reconhecida relação entre o relato baixa adesão obtido por este método e viremia. Aproximadamente 60% dos pacientes que referem adesão entre 90 e 100% apresentam carga viral indetectável. Em contraste, apenas 35% dos pacientes com adesão referida abaixo dos 80% tem viremia nula. Esta relação é importante na validação deste método na avaliação da adesão medicamentosa (Chesney, 2000).

Quadro 1. Valores de adesão medicamentosa e supressão viral em Aids

<u>Entrevistas diretas (Chesney, 2000)</u>	
adesão entre 100 e 90%	60% dos pacientes têm CV indetectável
abaixo de 80%	apenas 35% tem CV indetectável
<u>Contagem de Comprimidos (Peterson, 1999)</u>	
adesão entre 95 e 100%	81% com CV indetectável
adesão entre 90 e 95%	64% dos pacientes com CV indetectável
abaixo de 90%	50% com supressão viral

Parece haver diferenças importantes entre os resultados obtidos com entrevistas e com o uso de questionários anônimos auto-preenchidos (*self-report*). Weidle (1999) aplicou em 173 pacientes entrevistas de forma confidencial e, dentro mesma amostra, aplicou questionários anônimos em 101 pacientes. Enquanto que o questionário detectou uma não adesão de 28% da amostra em relação às medicações do dia anterior, as entrevistas detectaram apenas 28%. Da mesma forma, a adesão em relação ao último mês foi de 39% nos questionários e 11% nas entrevistas.

Sheiner (2000) estudou comparativamente a contagem de CD4, carga viral, o relato do paciente e a contagem eletrônica de comprimidos em uma amostra de 34 pacientes infectados com o vírus do HIV. Os pacientes entrevistados viviam em abrigos públicos, hotéis baratos ou eram moradores de rua. O autor encontrou uma adesão média de 89 % de acordo com as entrevistas diretas, 73 % através da contagem de comprimidos e 67 % de acordo com a contagem eletrônica de comprimidos. O autor considerou estes valores como fortemente relacionados entre si.

Quadro 2. Métodos de avaliação de Adesão Medicamentosa.

Método de Avaliação	Vantagens	Desvantagens
Entrevistas diretas (“self report”)	Grande número de estudos realizados com este método Baixo custo Facilidade de aplicação	Pacientes tendem a superestimar a própria adesão medicamentosa
Dosagem sérica da medicação	Método indireto que não depende do paciente	Variabilidade individual Interação medicamentosa Alto custo Avaliação imediata, dada a meia vida das drogas
Contagem de comprimidos	Independente do relato paciente Baixo custo	Pode ser manipulado pelo paciente Necessita de suporte institucional para aplicação
Contagem eletrônica de comprimidos	Independente do relato paciente	Pode ser manipulado pelo paciente Necessita de suporte institucional para aplicação Alto custo

A dosagem sérica das medicações prescritas é utilizada normalmente em grandes estudos sobre eficácia de antirretrovirais. Ocorre normalmente após seleção criteriosa da população estudada. Murri (2000), no entanto, realizou um estudo com o objetivos de comparar medida de adesão medicamentosa obtida a partir de informações fornecidas por pacientes e a dosagem sérica de inibidores de protease. Enquanto que 12% dos 140 pacientes estudados relatavam haver perdido dose no dia anterior, a dosagem sérica determinou que 14% dos pacientes apresentavam concentrações da medicação abaixo do esperado. Os autores concluem haver uma relação forte entre as duas formas de medida.

1.5. FATORES RELACIONADOS À ADESÃO MEDICAMENTOSA EM AIDS

A maioria dos trabalhos publicados sobre adesão medicamentosa a tratamento de antirretrovirais enfoca variáveis que poderiam estar relacionadas à baixa adesão. O fato do prognóstico clínico e o custo do tratamento do paciente mudarem muito de acordo com

sua adesão fez com que os estudos se voltassem a uma perspectiva pragmática. Isto reflete na procura de grupos baseados no perfil do paciente que estariam mais propensos a baixa adesão e portanto candidatos a programas especiais de tratamento e informação.

Mehta (1997) observou algumas similaridades que poderiam ser feitas em relação à adesão medicamentosa em Aids e outras doenças. Segundo a autora, Aids apresenta características que a aproxima de doenças crônicas (com a melhora do prognóstico após o surgimento de esquemas antirretrovirais potentes) e doenças mentais uma vez que existe uma prevalência alta de transtornos psiquiátricos entre pacientes portadores de HIV. Meta (1997) lista ainda diversos aspectos, com base nesta proximidade, que interfeririam na adesão. Raça, gênero, idade, status sócio-econômico, crenças e representações em relação à doença seriam algumas destas variáveis. Várias destas expectativas se confirmaram em estudos posteriores mais específicos envolvendo pacientes com Aids. Este estudo desconsidera, no entanto, um universo de particularidades que envolvem os pacientes com Aids e que os torna diferentes de pacientes crônicos e com transtornos psiquiátricos.

Estone (1998) estudou qualitativamente 56 usuários de inibidores de protease a respeito de sua adesão, confiança, conhecimento e experiências pessoais relacionadas ao uso destas medicações. Identificou na amostra que impressões positivas e adesão a respeito do tratamento não diferiam quanto a etnia ou gênero. A maioria dos entrevistados considerava as medicações importantes mas queixavam-se a respeito do excessivo papel que os regimes medicamentosos passaram a ter em suas vidas cotidianas. Sentiam-se motivados a uma boa adesão em regimes complexos quando observavam bons resultados em exames, como aumento da contagem de CD4 e diminuição da carga viral. O estudo enfoca a “reputação” e características da medicação ainda que tente determinar o perfil do paciente potencialmente pouco aderente ao tratamento.

Weidle (1999) verificou que as razões atribuídas com maior frequência a baixa adesão são esquecimento, pouco acesso a medicações e toxicidade das drogas. Chesney (2000) estudou através de questionários anônimos a forma com que 75 pacientes que vinham fazendo uso de drogas antirretrovirais. Identificou que 11% dos entrevistados haviam perdido apenas uma dose no dia anterior, 17% haviam perdido dose nos dois dias

anteriores. As principais causas atribuídas a perda das doses foram: esquecimento, mudança de rotina, estar longe de casa e estar muito ocupado. Os pacientes com menor adesão consumiam ainda mais álcool e tinham menor convicção que baixa adesão se relacionava a desenvolvimento de resistência viral às medicações.

Gifford (2000) estudou fatores preditivos de baixa adesão numa amostra de 133 pacientes infectados com o vírus do HIV. Avaliou a adesão a antirretrovirais a partir de questionários padronizados (“entrevistas diretas”), medida da carga viral e contagem de CD4 sanguínea. Identificou uma baixa adesão na amostra – apenas 50% dos pacientes haviam feito uso de 100% da medicação prescrita no período estudado; 23 % haviam feito uso de 80 a 99% dos comprimidos prescritos e 27 a 28% haviam utilizado menos de 80% das doses. A análise multifatorial definiu como elementos que mais colaboram para uma boa adesão: confiança na eficácia da droga e conveniência do regime medicamentosos em relação ao cotidiano do paciente. Este estudo ressalta ainda o fato de baixa adesão relacionar-se a baixos níveis de CD4 sanguíneo e alta carga viral.

Rodrigues-Rosado e cols (1998) estudaram adesão numa amostra de 135 pacientes, predominantemente masculinos (80% da amostra), sendo que 49% das contaminações haviam ocorrido em decorrência de uso de drogas injetáveis e 39% dos pacientes eram homossexuais. Não identificaram diferenças quanto à adesão em relação a gênero, idade ou grupo de risco.

Holzemer (1999) tentou estabelecer relações de aspectos relacionados à qualidade de vida e adesão medicamentosa. A análise de uma amostra com 420 pacientes mostrou que a baixa adesão estava associada a presença de sintomas depressivos. Pacientes que diziam que “sua vida tinha significado”, que tinham “uma sensação de conforto” ou que sabiam “usar o tempo sabiamente” tinham maior adesão medicamentosa. Contrariando estudos anteriores, o autor não encontrou relação entre adesão e gênero, idade, etnicidade ou uso de drogas.

Margaret Chesney (2000) publicou um artigo revisando trabalhos apresentados em congressos médicos que abordavam aspectos, em particular sociais e comportamentais que refletiam na adesão medicamentosa a antirretrovirais no tratamento para Aids. Segundo

a autora, características demográficas do paciente não se associam de forma consistente a adesão medicamentosa. Pacientes do sexo masculino normalmente são associados a padrões de adesão mais baixos, especialmente quando em associação a doença mental e idade. A autora ressalta, no entanto, que questões de gênero podem refletir diferentes contextos e situações sociais. Por outro lado, pacientes que vivem de forma “marginal”, como usuários de drogas ilícitas e em camadas econômicas mais baixas apresentam maior risco para baixa adesão, assim como pacientes com transtornos psiquiátricos.

Transtornos de humor implicam diversas situações que podem interferir no seguimento adequado de prescrições médicas. Tanto segundo critérios da CID-10 quanto do DSM-IV, transtornos depressivos levam a alterações de atenção e concentração que potencialmente poderiam alterar a compreensão de orientações dadas em consulta. Transtornos de humor implicam ainda em diminuição da motivação, de uma forma geral, o que compromete o tratamento, assim como pessimismo.

DiMatteo (2000) realizou uma metanálise sobre o papel de sintomas depressivos e de ansiedade na *compliance* no tratamento de doenças crônicas e agudas. Os artigos estudados foram publicados entre 1968 e 1998 indexados no MEDLINE e PsychLit. Estes artigos incluíam 13 sobre doenças crônicas e depressão e 13 envolvendo ansiedade e *compliance*. O autor encontrou relação entre baixa adesão e sintomas depressivos. Não foi possível neste estudo definir se a baixa adesão é causada pelos sintomas depressivos ou se estes ocorriam em decorrência de piora clínica desencadeada pela baixa adesão. DiMatteo, no entanto, defende a primeira hipótese uma vez que: 1- otimismo, expectativas positivas e crença nos benefícios do tratamento são fundamentais para boa adesão. Quadros depressivos, por sua vez incluem sentimentos de desesperança que interferem no seguimento adequado do tratamento; 2- Alguns estudos sugerem a importância de apoio social para seguir orientações médicas. Pacientes deprimidos isolam-se não podendo ter este tipo de ajuda e 3- Depressão pode estar associada a reduções do funcionamento cognitivo, essencial para compreensão e seguimento de recomendações de tratamento. Esta mesma metanálise não estabeleceu relação entre sintomas de ansiedade e baixa adesão.

1.6. DEPRESSÃO EM PACIENTES COM AIDS

Pacientes portadores do vírus HIV e com Aids reúnem diversas características que os predispõe a quadros depressivos. Verificou-se que a prevalência de transtornos e de sintomas depressivos é significativamente maior em pacientes soropositivos para o vírus HIV do que em controles soronegativos (Atkinson, 1993; Maj, 1990). A prevalência de depressão pode chegar a 50 % dos pacientes avaliados (McKengney, 1992). Não há consenso em relação à maior incidência de depressão entre pacientes com Aids em relação a pacientes que não desenvolveram doenças oportunistas. O diagnóstico de depressão é muitas vezes dificultado em pacientes com Aids devido à grande incidência de quadros demenciais subcorticais decorrentes da infecção do SNC pelo próprio vírus do HIV. Nestas síndromas o paciente pode apresentar vários sintomas como apatia e apragmatismo que se confundem e/ou sobrepõem-se a sintomatologia depressiva.

Sintomas depressivos são bastante comuns, ainda que em muitas ocasiões não cheguem a configurar transtornos depressivos. Judd (1997) observou que o fato do paciente apresentar ou não diagnóstico psiquiátrico de depressão não interfere em seu prejuízo social: mesmo aqueles cujos sintomas não configuram o diagnóstico têm prejuízos sociais importantes. Ainda que estudos transversais indiquem esta alta incidência de depressão em pacientes com Aids, um estudo prospectivo (Brown, 1990) que acompanhou durante 5 anos 20 pacientes soropositivas para HIV e não encontrou neste período nenhum evento de depressão maior ou hospitalização psiquiátrica. As pacientes do estudo eram no entanto todas do sexo feminino, estavam todas empregadas, tinham boa educação e não apresentavam história de uso de drogas injetáveis.

Ainda que ideação suicida e depressão sejam fenômenos diferentes, a intenção suicida dos pacientes com Aids fornece diversas informações sobre suas condições emocionais. O'Dowd (1993) verificou maiores índices de ideação suicida entre pacientes assintomáticos que em pacientes com Aids. O autor discute a possibilidade da reestruturação de objetivos de vida com o surgimento de sintomas da Aids protegerem os pacientes a apresentarem quadros depressivos. Da mesma forma, a maior prevalência de quadros demenciais neste momento da doença torna os pacientes desta fase da doença com menor *insight* e crítica a respeito de sua condição, o que teria também um papel protetor.

Kelly (1998) estudou ideação suicida em pacientes homossexuais e encontrou pensamentos suicidas significativamente mais freqüentes entre pacientes sintomáticos. A presença destes pensamentos relacionava-se ainda a altos índices de neuroticismo e desemprego. McKegney (1992) encontrou significativamente menos ideação suicida entre pacientes com Aids que em pacientes com sorologia positiva para HIV que não haviam desenvolvido a doença. Neste estudo, a ideação suicida de pacientes soronegativos para HIV era semelhante a daqueles com Aids.

Mais do que a prevalência de sintomas depressivos e idéias suicidas, estes estudos apontam para um alto grau de sofrimento mental entre pacientes com Aids. Algumas características da doença e, principalmente, a forma com que o paciente a vê e se relaciona com ela, podem ajudar na discussão da relações entre depressão e Aids. Características da doença como sua fatalidade, sua relação com deterioração física e discriminação social associada a ela podem ser apontadas como pontes entre Aids e sofrimento mental. A discussão envolve ainda a mudança do perfil dos pacientes com Aids, que passou de uma doença de homossexuais e usuários de drogas injetáveis para uma doença de pessoas cujos hábitos não diferem dos da maioria.

Na década de 80 e no início da década passada havia reconhecidamente uma alta incidência de usuários de drogas injetáveis entre pacientes com Aids (Musacchio, 1989; Greif, 1988). Ainda que o perfil epidemiológico tenha mudado, são comuns estudos que associem transtornos depressivos a uso de drogas em pacientes com Aids (Malbergier, 1999). Os sintomas depressivos nestas amostras parecem estar mais associados à drogadição do que propriamente ao fato dos pacientes serem soropositivos para o HIV. A mudança do perfil da epidemia na última década tornou menos significativa a prevalência de pacientes usuários de drogas entre os infectados. Drogadição passou a ser então menos importante na discussão de depressão em Aids.

O fato da doença ser vista como fatal levou, no início da década de 90, à utilização do modelo de doenças terminais para o estudo de transtornos de humor nestes pacientes. Um esboço da trajetória psicológica de pacientes infectados ao longo da doença foi proposto por Lego (1996). A autora descreve fenômenos psíquicos de pacientes com Aids em diferentes momentos da doença. A idéia que permeava o modelo era do convívio

do paciente com a iminência e a proximidade da morte. A partir de uma “fase intermediária”, o paciente com Aids passaria por um processo de ajustar-se “a uma morte inevitável”, após um período de negação. A partir deste momento teria sensações de perda de controle, de desamparo, de perda de auto-estima, das esperanças e aspirações na medida em que percebesse alterações físicas em si mesmo. Neste período, episódios depressivos fariam parte de um processo de aceitação da evolução da doença.

Sintomas depressivos, assim como os aspectos associados a eles parecem desempenhar um papel importante na adesão ao tratamento de pacientes com HIV.

1.7. ATENDIMENTO A PACIENTES COM AIDS NO HC-UNICAMP

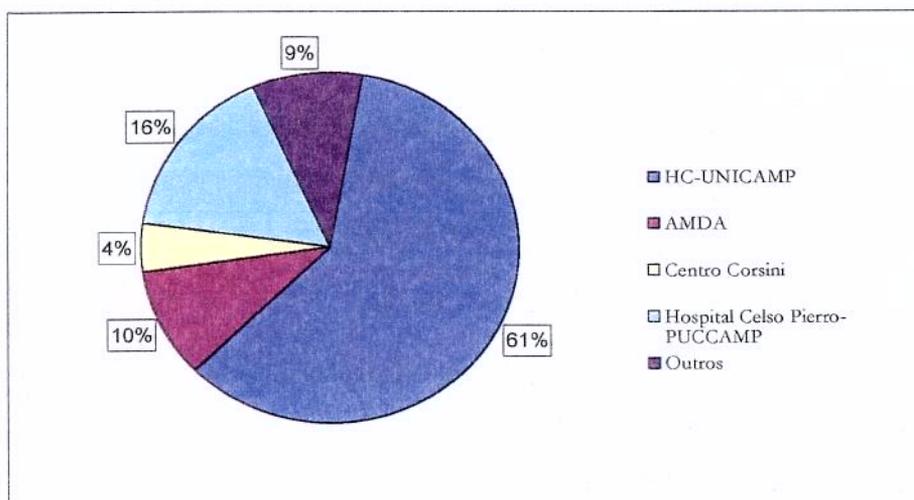
Para que este estudo fosse realizado, um campo de pesquisa teve de ser delimitado. As características deste campo interferiram não apenas no processo de delineamento do estudo, mas na obtenção e discussão dos resultados. Assim, julgamos necessária a descrição deste campo, ainda na introdução, com a finalidade de possibilitar ao leitor situar a abrangência (e os limites) da aplicação dos métodos, assim como dos resultados obtidos.

O crescimento da epidemia de Aids no país a partir dos anos 80 fez com que diversos serviços de atendimento a estes pacientes surgissem. Estes serviços cresceram ainda a partir do programa de distribuição universal de drogas antirretrovirais promovido pelo Ministério da Saúde. O serviço no qual foi desenvolvido o presente estudo é um exemplo deste crescimento, concentrando hoje centenas de pacientes de Campinas, região metropolitana e até pacientes de outros estados.

O serviço de atendimento ambulatorial do HC-UNICAMP recebe pacientes provenientes de Campinas e de cidades da região, englobando todas as cidades da região metropolitana, ainda que muitos destes municípios desenvolvam programas de atenção a pacientes com sorologia positiva para Aids, sintomáticos ou não. O próprio Sistema Público de Saúde de Campinas possui outro centro de atendimento (Ambulatório Municipal de DST/Aids- AMDA). Assim como os demais atendimentos no HC, os ambulatórios da

disciplina de Moléstias Infecciosas servem, teoricamente, como referência para atendimentos de complexidade terciária. Na distribuição dos casos de pacientes infectados por HIV prevista pelo sistema municipal de saúde, casos que deveriam ser atendidos no Hospital das Clínicas incluiriam, assim, pacientes com comprometimentos neurológicos, necessidade de exames de imagem como tomografia computadorizada e ressonância magnética e pacientes que passaram por mais de um esquemas terapêuticos sem resposta adequada.

No entanto, a forma de encaminhamento dos pacientes usuários do serviço faz com que muitos casos atendidos tenham menos complicações clínicas do que o esperado num centro de referência terciária. Vários casos são encaminhados por outros ambulatórios de especialidades do próprio Hospital das Clínicas e do Pronto Socorro para primeiro atendimento. Outra forma de encaminhamento são casos agendados por uma central de vagas regional que encaminha pacientes provenientes de outras cidades da região, que não possuem atendimento em HIV/Aids.



Fonte: Núcleo de Vigilância epidemiológica- HC- UNICAMP

Gráfico 1. Notificação de Casos de Aids no Município de Campinas (1984-2001)

Mais de um ambulatório coordenado pelo Departamento de Moléstias Infeciosas atende pacientes com sorologia positiva para HIV. No próprio Hospital das Clínicas estes funcionam em 4 diferentes períodos: 1- Ambulatório de DST/Aids na terça-feira de manhã; 2- Ambulatório Geral de MI- sexta-feira, de tarde, onde mais de 70% dos atendimentos são voltados para pacientes com HIV/Aids; 3- Ambulatório de DST/Aids na quarta-feira pela tarde; 4- Ambulatório de Neuro-Aids, na quarta-feira pela manhã, que atende pacientes com Aids que apresentam manifestações em sistema nervoso central. Estes dois últimos serviços citados são desenvolvidos sem a presença de alunos de medicina e o ambulatório de neuro-Aids recebe residentes de MI e da neurologia.

Além dos serviços oferecidos no HC, existe ainda o Ambulatório de Pesquisa Clínica. Este funciona em edifício dentro da área médica da UNICAMP e, apesar de ter esta denominação, apenas 20 % dos pacientes atendidos participam de algum protocolo de pesquisa. Os atendimentos funcionam em quatro manhãs da semana, são desenvolvidos por médicos assistentes e por residentes de moléstias infecciosas. Estes ambulatórios recebem encaminhamentos provenientes de outras cidades da região agendados por uma central de vagas.

Ainda que não hajam dados específicos para o percentual de sorologias positivas para HIV realizados em Campinas que são encaminhados para o HC, sabemos que entre 1984 e 2001 61 % dos diagnósticos de Aids da cidade foram notificados na UNICAMP.

O serviço de atendimento ambulatorial a pacientes com Aids articula-se a uma retaguarda hospitalar- enfermaria de moléstias infecciosas- e a um serviço de leito-dia. Este último é reservado a pacientes mais graves e que apresentam necessidade clínica do uso de medicações em ambiente hospitalar (como medicações administradas por via parenteral) ou que necessitam de investigação laboratorial e por imagem com mais urgência que pode ser oferecida no serviço baseado exclusivamente em consultas.

O ambulatório no qual realizamos o presente estudo detém algumas particularidades. O atendimento é feito por residentes de clínica que estagiam na disciplina de Moléstias Infeciosas, médicos residentes da própria MI, alunos de medicina do último

ano de internato, por médicos infectologistas contratados e docentes. Alunos e residentes de clínica têm supervisão de docentes e médicos contratados. O fato de parte da equipe médica variar periodicamente têm algumas repercussões. Os pacientes que são atendidos há mais tempo são bastante conhecidos por docentes e médicos contratados, mas desconhecidos por residentes de clínica e internos de medicina. Estes baseiam o atendimento em dados do prontuário e é freqüente que um paciente não seja atendido em duas ocasiões consecutivas por uma mesma pessoa. Existe uma diferença muito clara do vínculo que a equipe que é “fixa” no ambulatório estabelece com pacientes mais antigos e o vínculo destes com alunos e residentes. Existe um contraste dos atendimentos deste ambulatório e da relação médico-paciente estabelecida neste contexto e daquela que se desenvolve na quarta-feira a tarde onde o atendimento normalmente é feito pela mesma pessoa.

Os pacientes atendidos têm horário marcado num sistema informatizado do Hospital das Clínicas entretanto é bastante freqüente que pacientes sejam atendidos como “encaixes”, isto é, sem horário prévio e que devem ser autorizados por médicos e alunos que prestam assistência. Pacientes que faltam às consultas e procuram o serviço sem horário marcado conseguem obter receitas e, conseqüentemente, medicação ao procurarem o ambulatório. O serviço apresenta esta característica de flexibilidade e, desta forma, é comum que o horário de atendimento se estenda em mais de uma hora do previsto para seu término. O sistema informatizado é responsável também pela chegada dos prontuários ao ambulatório. “Encaixes”, ao contrário, têm prontuários solicitados ou abertos (no caso de pacientes novos) durante o andamento dos atendimentos. Este inicia-se, no caso do ambulatório estudado, por volta das 8 hs da manhã e se estende até as 13 horas.

No início da coleta de dados para este estudo, não havia programas sistematizados de informação e orientação ao paciente. No decorrer das semanas seguintes, no entanto, foi desenvolvido um programa de informação aos pacientes na pós consulta. Esta intervenção era realizado por uma enfermeira e consistia em informar o paciente sobre a importância da medicação, sua forma de uso, estratégias para diminuição de seus efeitos colaterais e visualização dos comprimidos. Nenhum dos pacientes entrevistados para o presente estudo havia sido orientado por este programa.



2. OBJETIVOS E HIPÓTESES

2.1. OBJETIVOS

Ainda que haja no país uma ampla distribuição de medicamentos antirretrovirais para pacientes, existem poucos dados nacionais disponíveis a respeito do comportamento de pacientes em relação ao uso de antirretrovirais. Este desconhecimento implica em limitações no uso adequado de medicações caras, na não utilização do potencial das drogas antirretrovirais e, conseqüentemente, em aumento de custos no tratamento.

O estudo proposto aborda relações entre adesão medicamentosa e a interferência de algumas variáveis estudadas pela literatura internacional mas não testadas no país. Estudar a relação entre adesão e estas mesmas variáveis pesquisadas predominantemente em países desenvolvidos implica no questionamento da existência ou não de particularidades na adesão medicamentosa dos pacientes atendidos por um sistema público no Brasil. Os objetivos principais deste estudo foram:

2.1.1. Objetivo Geral

Inicialmente, procuramos identificar qual a porcentagem das drogas prescritas na última semana, aos pacientes atendidos no Ambulatório de ambulatório de Aids na Disciplina de Moléstias Infecciosas no HC-UNICAMP, foi tomada. Esta medida de adesão medicamentosa, se comparada com valores sugeridos pela literatura, nos permitiu verificar qual a porcentagem de pacientes que usam medicações na quantidade adequada para controle da doença e não surgimento de resistência viral.

Procuramos ainda determinar variáveis sociodemográficas, psicossociais e psicopatológicas que interferem na utilização adequada de medicações antirretrovirais num grupo de pacientes com sorologia positiva para HIV, sintomáticos ou não, atendidos num ambulatório inserido num serviço público e universitário.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Determinar características sócio-demográficas, como gênero, religião, idade e nível educacional, de pacientes com baixa adesão medicamentosa em contraste com pacientes com boa adesão a medicações antirretrovirais.
- Determinar na amostra estudada se sintomas depressivos e de ansiedade interferem na adesão medicamentosa a antirretrovirais em pacientes com Aids/HIV.
- Verificar se a presença de efeitos colaterais interfere na adesão medicamentosa.
- Determinar se aspectos relacionados a relação médico-paciente como confiança no tratamento, no diagnóstico e no médico interferem na adesão medicamentosa.
- Identificar, através de uma análise multivariada, qual a relação entre as variáveis quanto a interferência da adesão medicamentosa.

2.2. HIPÓTESES

1. Pacientes com mais idade fazem uso de medicações de forma mais adequada.
2. Pacientes do sexo masculino têm pior adesão medicamentosa que pacientes femininas.
3. Pacientes com maior escolaridade fazem uso de antirretrovirais de forma mais adequada
4. Pacientes com altos escores de depressão e ansiedade não fazem uso adequado de medicação antirretroviral.
5. Pacientes que apresentam histórico de internações psiquiátricas, uso de medicações psicotrópicas e tratamentos psicoterápicos apresentam pior adesão medicamentosa.

6. Pacientes que fazem uso abusivo de álcool têm pior adesão medicamentosa.
7. Pacientes com histórico de uso de drogas ilícitas (ou que as consomem regularmente) apresentam pior adesão medicamentosa.
8. Pacientes que têm mais confiança no médico, em seu diagnóstico e uma visão mais otimista do tratamento apresentam melhor adesão medicamentosa.
9. Pacientes mais motivados para tratar-se têm melhor adesão medicamentosa.
10. Pacientes que escondem o fato de serem portadores do vírus HIV têm dificuldade de tomar medicações e terminam por ter baixa adesão.



3. MÉTODO

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo realizado caracteriza-se por ser transversal, sendo os dados coletados em uma única fase, com a aplicação de um protocolo em pacientes infectados por HIV, sintomáticos ou não, atendidos no ambulatório de Moléstias Infecciosas. Os dados estudados foram organizados numa entrevista fechada.

Os dados obtidos nas entrevistas foram organizados dentro de um banco de dados informatizado que possibilitou: 1) obtenção de valores relacionados a adesão medicamentosa dos sujeitos estudados e 2) papel em relação a adesão medicamentosa das variáveis estudadas e contidas na entrevista

3.2. LOCAL DE ESTUDO E SUJEITOS

O estudo foi realizado com entrevistas a pacientes atendidos no Ambulatório Geral de MI no HC-UNICAMP que acontece nas terças-feiras pela manhã. O horário de atendimento no ambulatório escolhido para o estudo não é exclusivo para pacientes com HIV/Aids. Estes constituem a grande maioria da demanda no ambulatório mas outros quadros também são vistos neste horário.

3.2.1. Critérios de inclusão

Para que fizesse parte do estudo, o paciente deveria:

- 1) Haver sido diagnosticado com sorologia positiva para vírus HIV e haver sido orientado a utilizar drogas antirretrovirais mediante receita médica.
- 2) Foram incluídos pacientes que faziam uso de medicações fornecidas no HC-UNICAMP, sem custos ao paciente, pelo Sistema Único de Saúde.
- 3) O paciente elegível deveria estar em atendimento regular, isto é, não deveria estar agendado como primeiro atendimento no ambulatório (não ser classificado como “caso novo”) e, portanto, já haver recebido receita e orientações médicas em consulta prévia.

- 4) ter previsão de ser atendido no ambulatório naquela manhã. Isto não significa que devesse estar agendado, uma vez que havia um grande número de “encaixes”. A referência para saber quais pacientes seriam atendidos numa manhã era definido pela enfermagem: sempre que um paciente surgia sem agendamento, seu prontuário era solicitado e colocado sobre uma mesa junto aos outros prontuários.
- 5) Concordar com os termos do estudo, esclarecidos no consentimento que era lido ao paciente.

3.2.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes que:

- 1) Fossem incapazes de compreender os termos do consentimento pós-informação.
- 2) Fossem incapazes de fazer uso da medicação sem a ajuda de outra pessoa.
- 3) Pacientes sem diagnóstico de certeza HIV/Aids.
- 4) Pacientes que não se encontravam em uso de antirretrovirais.
- 5) Casos novos
- 6) Pacientes que não concordassem em participar, ou não concordassem com algum termo do estudo.
- 7) Os pacientes não poderiam ser entrevistados mais de uma vez.

3.2.3. Cálculo da amostra

Foram estudadas as respostas de 78 pacientes selecionados aleatoriamente num universo de 300 pacientes com sorologia positiva para HIV. O cálculo da amostra foi feito a partir de um estudo piloto realizado neste mesmo ambulatório com a aplicação de 18 questionários. Foram observados 4 itens como referência principal na definição de baixa e alta adesão medicamentosa. Os resultados das respostas a estas questões estão resumidos a seguir:

Quadro3. Avaliação de adesão medicamentosa no estudo piloto

1-durante os últimos 3 meses v tem tomado as medicações?	totalmente= 14 (82,6%)	parcialmente= 1 (5,8%)	parei de tomar=2 (11,6%)
2-Durante a última semana v tem tomado as medicações?	totalmente= 14 (82,6%)	parcialmente= 2 (11,6%)	parei de tomar=1 (5,8%)
3-de todos os comprimidos prescritos, quantos v deixou de tomar ontem ?	nenhum=12 (70,6%)	parcialmente (1 a 3)= 2 (5,8%)	mais de 3 =3 (17,8%)
4- Razão entre os tomados e os prescritos	mais de 90% das doses= 70,6 %	Entre 50 e 90 % das doses 23,4 %	Menos de 50% das doses= 6,0%
5-dosagem sérica de CD4		boa evolução=14 (82,6%)	evolução regular=2 (11,6%) evolução ruim=1 (5,8%)

Para o cálculo foram considerados ainda:

Proporção de indivíduos com a característica de interesse da população = 0,706

Erro amostral = 0,1

Nível de significância = 0,03

N=78

A partir destes resultados foi calculado o tamanho amostral tendo como referência a porcentagem de pacientes, segundo a literatura consultada, com ótima adesão medicamentosa. Foram obtidos diferentes N segundo as diferentes referências descritas: foi escolhido o cálculo que exigia uma amostra maior no estudo (uso adequado das medicações na última semana). O item 4 foi selecionado por apresentar um valor mais próximo ao esperado na literatura e por representar uma forma mais usada segundo artigos consultados previamente além de estabelecer uma relação entre dois valores: um descrito pelo paciente e um estabelecido em atendimento médico.

3.3. INSTRUMENTOS

3.3.1. Desenvolvimento do instrumento sobre *compliance*/adesão

O protocolo foi elaborado a partir da consulta à literatura sobre o tema, que definiu possíveis variáveis que pudessem interferir na adesão medicamentosa. Foram realizadas, em acréscimo, 5 entrevistas semi-abertas com médicos infectologistas com longa experiência no tratamento de pacientes com sorologia positiva para HIV na rede pública e privada, investigando quais as principais razões vistas por eles em sua experiência clínica que poderiam estar associadas a não adesão. As perguntas que orientaram a entrevistas encontram-se no quadro 4.

Quadro 4. Questões na entrevista semi-aberta realizada com médicos infectologistas para elaboração do protocolo.

Questões
1- Baseado em sua experiência clínica, quais os fatores que mais interferem na Adesão medicamentosa a Antirretrovirais ?
2- Pacientes que aderem mal ao tratamento com antirretrovirais são pacientes que aderem mal a qualquer tipo de tratamento ? Por que ?
3- Você acha que a relação médico-paciente interfere na adesão medicamentosa ? Como ?
4- Baseado em sua experiência clínica, pacientes que aderem bem no início do tratamento terão sempre boa adesão ?

Estes infectologistas foram entrevistados em seu local de trabalho; três deles eram ligados ao serviço de Moléstias Infecciosas do HC- UNICAMP, um ligado ao serviço de infectologia da PUC-Campinas (Hospital Celso Pierro), e uma infectologista que trabalha num serviço privado. O resumo das respostas encontra-se no quadro 5.

Quadro 5. Resumo das Principais Respostas dadas pelos infectologistas

Respostas:

Questão 1- Entre os fatores mais citados apareceram: Estar bem orientado quanto ao tratamento, saber a respeito da doença, ter boa rede de apoio social, vinculação ao médico, preconceito em relação à doença e sintomas depressivos. Dois entrevistados (ambos da UNICAMP) procuraram sistematizar em categorias os aspectos que poderiam interferir na adesão medicamentosa. Estes pontos foram: aspectos relacionados ao paciente, que poderia ter normalmente uma baixa adesão a qualquer tratamento, e isto seria independente das particularidades de cada doença. Outra categoria de risco estaria relacionada ao tratamento em si, pela presença de muitos efeitos colaterais e dificuldade do regime de tomadas. Um terceiro grupo de dificuldades para uma boa adesão seria relacionado ao caráter da doença, os preconceitos relacionados a Aids e o sigilo que seria freqüente entre os pacientes atendidos.

Questão 2- Os entrevistados concordaram que as dificuldades em adesão a Aids são maiores do que na maioria dos tratamentos. Por outro lado, a exigência excessiva que é necessária para o sucesso terapêutico faz, com muita freqüência, com que os pacientes mintam, o que interfere na relação médico-paciente.

Questão 3- Os entrevistados foram unânimes em admitir que a relação médico-paciente tem uma importância muito grande na adesão medicamentosa. A maioria deles sugeriu que o médico teria um papel de orientação/educação e de estimulador.

Questão 4- Os entrevistados mais uma vez foram unânimes em afirmar que a adesão medicamentosa varia freqüentemente ao longo do tratamento para a grande maioria dos pacientes.

3.3.2. Itens do protocolo

No protocolo aplicado em forma de entrevistas fechadas foram incluídos:

- Informações ao paciente sobre o caráter do estudo, convidando-o para a participação espontânea e garantindo a confidencialidade dos dados. Este primeiro item garante também ao paciente que seu tratamento não sofrerá qualquer interferência no caso de recusa de sua parte.(anexo 1).
- Questionário fechado na forma de teste de múltipla escolha sobre dados sócio-demográficos do paciente.(anexo 2)
- Escala de Sintomas de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HAD) (Zigmond e Snaith, 1983) - Escala com 14 questões fechadas, sendo que 7 investigam sintomas de ansiedade e 7 investigam sintomas depressivos.

Esta escala é validada no país e utilizada preferencialmente na avaliação de pacientes com doenças físicas, como no caso da amostra estudada. Os pontos de corte validados para amostras de pacientes brasileiros foram de 8 para sintomas depressivos e 10 para sintomas de ansiedade (Botega e cols 1995). (anexo 3).

- Foram investigados também tratamentos psiquiátricos e psicológicos anteriores assim como antecedente de internações psiquiátricas. Consumo de álcool e drogas foram avaliados. (anexo 4)
- Questionário fechado na forma de testes de múltipla escolha sobre adesão medicamentosa a antirretrovirais abordando o período de 1 dia, última semana, último mês e últimos 3 meses. O questionário inclui 6 perguntas sobre o uso e dificuldades de uso de medicamentos antirretrovirais na última semana, 6 perguntas sobre os últimos 3 meses. Incluímos ainda perguntas sobre o número de comprimidos perdidos no dia anterior (adesão imediata), na última semana e último mês. Perguntamos também se o paciente sabe o número e nome dos comprimidos que faz uso. Estas últimas questões são comparadas após a entrevista com dados do prontuário do paciente. (anexo 5)
- Questões relacionadas à motivação do paciente para o tratamento, sua confiança no médico, em seu diagnóstico e a presença ou não de efeitos colaterais (anexo 6).
- Inventário de perguntas sobre o impacto do diagnóstico no dia-a-dia do paciente (se interferiu no trabalho, na relação familiar e com amigos). O protocolo contém ainda um inventário de perguntas sobre a relação do paciente com a doença. Investigamos em que grau o paciente divulga o fato de ser soropositivo, se procurou entidades relacionadas a doença, se o paciente faz uso de medicações na frente de outras pessoas, se fala a respeito da doença, de quem esconde seu diagnóstico. (anexo 7)

- Avaliação de Sumária de inteligência- tem como objetivo identificar relações entre baixa adesão nível intelectual. Para esta avaliação será utilizado o Teste de Kent- (anexo 8)
- Revisão de prontuário dos pacientes entrevistados. São colhidos dados relativos a evolução clínica dos pacientes e o estado atual de sua doença (anexo 9)

3.4. PROCEDIMENTOS

Quando do início dos atendimentos, os prontuários recebem um número de identificação de ordem de chegada. A partir destes números, os prontuários foram sorteados com referência numa lista de números aleatórios e então era feita uma lista de pacientes a serem entrevistados antes do atendimento médico. Como havia uma proporção maior de pacientes atendidos em “encaixes” na segunda metade da manhã, houve a preocupação de 50 % das entrevistas haverem sido realizadas depois das dez horas. Neste caso, os prontuários sorteados eram aqueles que encontravam-se a disposição no momento.

Os pacientes selecionados aleatoriamente eram então chamados na área de espera. Eram então orientados sobre a não obrigatoriedade de responderem às perguntas e que a recusa não traria qualquer implicação para seu tratamento. Os pacientes foram informados também que o entrevistador não tinha qualquer vínculo com os médicos que os atendem e que todos os dados são totalmente confidenciais. Os pacientes que aceitaram responder ao questionário foram informados que o médico que irá atendê-lo teria acesso às suas respostas. A aplicação do protocolo durou em média aproximadamente 20 minutos, sendo que a mais longa não ultrapassou meia hora de entrevista. Apenas dois pacientes tiveram seu atendimento atrasado por haverem sido chamados durante a entrevista.

Após a aplicação do protocolo, os prontuários foram consultados para a obtenção de dados adicionais e então devolvidos aos residentes para o atendimento. Uma vez que há uma espera de até 90 minutos para o atendimento e a aplicação do protocolo não excede os 20 minutos, não houve, com exceção dos dois casos descritos, qualquer prejuízo na consulta médica.

3.5. MEDIDA DA ADESÃO MEDICAMENTOSA

O método escolhido para avaliação medicamentosa foi um método direto, baseado no uso de entrevistas padronizadas. Esta forma de avaliação foi utilizada dadas às condições e o *setting* em que se deu o estudo. A princípio, métodos de contagem de comprimidos não foram possíveis porque não havia uma rotina no ambulatório de MI em que os pacientes trouxessem os frascos nos quais estavam contidas as medicações. Por outro lado, o uso de frascos dotados de microchips exigia um desenho de pesquisa diferente do que dispúnhamos, além de incorrer num custo alto.

Outra possibilidade de medida que foi excluída foi a dosagem sérica das medicações prescritas uma vez que isto exigiria que houvesse uma estrutura institucional e laboratorial voltada para o estudo em questão. Este é o caso, por exemplo, dos clinical trials, que no entanto selecionam uma população muito particular de pacientes, o que constituiria um viés importante dentro dos objetivos para este estudo. Dados sobre carga viral e dosagem de CD4 foram colhidos do prontuário não sendo, por si próprios, adequados segundo a literatura para avaliação da adesão. Apesar da carga viral constituir uma informação importante para esta verificação, um valor alto pode confundir resistência viral com baixa adesão. Como muitos dos pacientes estavam em início de tratamento e dosagem de carga freqüentemente implica em muito tempo gasto, tivemos muitos “missings” relacionados a esta informação. A contagem de CD4, por sua vez, não é um bom avaliador para adesão medicamentosa.

A avaliação que utilizamos para definir o quanto o paciente adere à medicação foi realizada a partir da razão entre o número de comprimidos tomados no dia anterior pelo número de comprimidos prescritos no prontuário (quadro 2).

Quadro 6. Medida de adesão

1- Pergunta 1- Quantos comprimidos você tomou ontem ? Resp- _____ comprimidos
2- Número de comprimidos prescritos para serem tomados ontem (segundo prontuário) _____ comprimidos.
adesão medicamentosa = $\frac{\text{número de comprimidos tomados}}{\text{número de comprimidos prescritos}} \times 100\%$
(% de comprimidos tomados)

Uma vez adotado o uso de entrevistas como forma de avaliação da adesão, foram necessários alguns cuidados no sentido de diminuir os vieses já intrínsecos a este método. O primeiro destes cuidados foi relacionado a tentar criar uma separação clara entre o estudo realizado e o atendimento oferecido pelo ambulatório. Os participantes foram orientados sobre a não obrigatoriedade de responderem às perguntas e que a recusa não traria qualquer implicação para seu tratamento. Foram informados também que o entrevistador não tinha qualquer vínculo com os médicos que o atendem e que todos os dados eram totalmente confidenciais. Sobre a natureza do estudo, os pacientes foram informados que o estudo é quantitativo, isto é, suas respostas serão tratadas de forma estatística e totalmente anônima.

Os pacientes que aceitaram responder ao questionário foram informados que ninguém, nem o médico que iria atendê-los teria acesso às suas respostas. Estes esforços visavam criar uma situação de confiança entre o entrevistado e entrevistador, mostrando que um relato de baixa adesão não traria qualquer retaliação. Procuramos criar uma forma de tornar o encontro com o paciente absolutamente sigiloso e, portanto, os dados mais confiáveis. Não me identificava como médico antes das entrevistas, mas como estudante da pós-graduação.

Com a finalidade de aumentar a confiabilidade das respostas, perguntamos inicialmente quantos comprimidos os pacientes tomavam diariamente. Normalmente, lembravam-se do número de comprimidos tomados pela manhã, depois pela tarde e pela noite. A partir daí era feito um cálculo do número de comprimidos tomados por dia e então

do número de comprimidos tomados numa semana. Então questionávamos quantos comprimidos haviam sido perdidos na última semana. Este número era então comparado com o prescrito, que obtínhamos em consulta ao prontuário.

Um segundo cuidado relacionado ao previsível valor superestimado da adesão com o uso de entrevistas se deu na definição das categorias de adesão utilizadas na análise estatística.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Utilizamos como referência para ótima adesão o valor mais alto observado na literatura- 95 % das doses prescritas tomadas, ainda que a alguns estudos, como discutido na introdução, indiquem efetividade (com diminuição da viremia) a partir de 80 % de adesão medicamentosa. Quando houve necessidade de dividir os pacientes entrevistados em duas categorias (para análise de variáveis numéricas) utilizamos como referência de corte 95 % de adesão medicamentosa. Desta forma, consideramos “boa adesão“ o que é considerado como “ótima adesão” pela literatura e, ainda assim, com a referência mais exigente existente na bibliografia de referência.

Os dados obtidos com a aplicação dos questionários descritos foram organizados num banco de dados informatizado. Este banco teve o formato do SPSS for Windows (Norusis, 1994), programa com o qual toda a análise estatística dos dados foi realizada. Esta foi realizada em diversas etapas consecutivas. Num primeiro momento, foi realizada uma descrição da amostra estudada: porcentagem de pacientes de cada gênero, média de idade, escolaridade, estado civil e outras variáveis sócio demográficas ajudaram a caracterizar os pacientes que estudamos. Neste primeiro momento verificamos antecedentes psiquiátricos, uso de álcool e drogas ilícitas e média dos valores das escalas utilizadas para ansiedade e depressão.

Num segundo momento, procuramos caracterizar como foi a adesão medicamentosa dos pacientes estudados. Dividimos então a amostra em diferentes categorias de adesão respeitando as referências da literatura e tentando minimizar a

tendência do método em superestimar a adesão, como já foi descrito neste capítulo. A seguir, realizamos alguns testes estatísticos com a intenção de determinar a interferência das variáveis estudadas na adesão medicamentosa. Nesta fase, utilizamos a confecção de tabelas das categorias de adesão medicamentosa versus categorias de consumo de álcool, uso de drogas, religião, existência ou não de internações psiquiátricas anteriores. Utilizamos como forma de verificação de significância estatística o chi-quadrado e o teste t de student atribuindo significância para valores de p inferiores a 5%.

Algumas variáveis numéricas levaram a necessidade da criação de duas grandes categorias de adesão medicamentosa; a saber, 1- ótima, 2-boa, 3-regular, 4-ruim, 5-péssima.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Conforme descrito anteriormente neste capítulo, para que os pacientes participassem do presente estudo eram submetidos a um consentimento pós-informado (anexo 1). Neste, após descrição dos objetivos e forma do estudo, deixava clara a não obrigatoriedade da participação no mesmo. Da mesma forma, a participação não envolvia quebra de sigilo médico ou procedimentos descritos neste capítulo.



4. RESULTADOS

4.1. ORGANIZAÇÃO DO CAPÍTULO

Dos pacientes selecionados aleatoriamente para o estudo, 84 foram elegíveis para responder ao protocolo. Houve 6 recusas de participação. O resultado das entrevistas foi organizado num banco de dados estatístico e são descritos neste capítulo.

Procuramos apresentar os dados obtidos inicialmente com a descrição da amostra: dados sociodemográficos, dados sobre antecedentes psiquiátricos, pontuação dos sujeitos estudados em relação às escalas aplicadas, dados sobre adesão medicamentosa e dados relacionados ao tratamento. A seguir, procuramos cruzar os dados que caracterizaram a amostra com informações sobre adesão medicamentosa, em uma análise bivariada, no sentido de testar as hipóteses levantadas no segundo capítulo desta dissertação. No sentido de esclarecer alguns dos achados da análise bivariada, particularmente relacionados a gênero e religião, houve a necessidade de fazer um estudo sobre a interferência entre as variáveis. Ainda que isto fuja aos objetivos de estudo proposto, acreditamos ser necessário registrar esta investigação estatística.

Por fim, selecionamos as variáveis significativas e que interferiram na adesão medicamentosa dos pacientes estudados e procuramos estabelecer relações entre elas numa análise multivariada.

4.2. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

4.2.1. Dados Sociodemográficos

Alguns dos dados sociodemográficos que caracterizam a amostra estão expostos na tabela 1. 42% não se encontravam trabalhando por afastamento, aposentadoria ou desemprego. Verificamos ainda que 69,2 % dos pacientes estudaram até a oitava série do primário, 23,1% estudaram até o terceiro colegial e apenas 7,7% iniciaram o curso superior.

Tabela 1. Dados sócio-demográficos

dado	média	DP	Mediana	Valores extremos
média de idade	36,9 anos	7,8	36,5	(21-58)
escolaridade	6,9 anos	3,9	6,5	(1-19)
gênero	57,7 % masc.	42,3 % fem		
estado civil	55 % casados	20% solt	14 % separados/ divorciados	

41% dos pacientes viviam com companheiro (a) e filhos, 19,2% vivia com os pais, 15,4% viviam com companheiro (a) e 14,1% viviam sozinhos. Apenas 10% da amostra vivia com amigos, pensões ou asilos. A maioria dos pacientes entrevistados era procedente da cidade de Campinas (45%) ou da região metropolitana (23 %), conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2. Procedência dos pacientes estudados

procedência	n de pacientes	Frequência (%)	Freq. Acumulada (%)
Cidade de Campinas	35	45	45
região Metropolitana de Campinas	18	23	68
Estado de São Paulo	22	28	96
Outros estados	3	4	100

Quanto à religião, a maioria dos entrevistados era de católicos (tabela 3). Quando comparamos os principais grupos religiosos da amostra, verificamos que a frequência religiosa de pacientes pentecostais é significativamente superior a de pacientes católicos. Enquanto pacientes pentecostais foram em média 10,8 vezes em cultos religiosos no mês anterior ao da entrevista, pacientes católicos foram apenas 4,5 vezes no mesmo período ($p < 0,001$).

Tabela 3. Distribuição da amostra por religião

religião	número de pacientes	% da amostra
católico	50	64,1
evangélico/crente	16	20,5
protestante tradicional	2	1,6
espírita	4	5,1
não tenho religião	3	3,8
outras	3	3,8

4.2.2. Antecedentes Psiquiátricos

A maioria dos pacientes entrevistados referiu já ter sido atendido por profissional de saúde mental ao menos em uma ocasião (53,8%). Quase metade dos pacientes (44,9%) já havia feito uso de medicação psiquiátrica. A grande maioria deles referia nunca haver sido hospitalizado em instituições psiquiátricas anteriormente (82,1%), ainda que a ocorrência de internação anterior (17,9%) seja um valor alto em relação a população geral. Apenas 3 pacientes entrevistados encontravam-se em acompanhamento com profissionais de saúde mental durante o período do estudo.

O uso referido de bebidas alcoólicas foi bastante leve. Conforme observamos na tabela 1, 88,5% fez uso de álcool em até 3 ocasiões no mês anterior sendo que quase metade (48,7%) referia não haver consumido nada no último ano.

Tabela 4. Consumo de Álcool Referido no Último Mês

Consumo Referido	Número de pacientes	Freqüência	Freqüência Acumulada
Não consumiu no último ano	38	48,7%	48,7%
Entre 1 e 3 vezes no último mês	31	39,7%	88,5%
Entre 3 e 6 vezes no último mês	3	3,8%	92,3%
Mais de 6 vezes no último mês	1	1,3%	93,6%
Mais de 20 vezes no último mês	5	6,4%	100%
Total	78	100%	100%

Da mesma forma a ocorrência de uso de drogas ilícitas foi muito pouco frequente, já que a maioria absoluta da amostra jamais havia feito uso em sequer uma ocasião (67,9%), conforme vemos na tabela 5.

Tabela 5. Uso Referido de Drogas Ilícitas

Categorias	Número de Pacientes	Frequência	Frequência Acumulada
nunca fez uso	53	67,9%	67,9%
Não fez uso no último ano	15	19,2%	87,2%
Não fez uso no último mês	4	5,1%	92,3%
Fez uso entre 1 e 3 vezes no último mês	2	2,6%	94,9
Fez uso entre 3 e 6 vezes no último mês	0	0%	94,9%
Fez uso entre 6 e 20 vezes no último mês	0	0%	94,9%
Fez uso mais de 20 vezes no último mês	4	5,1%	100%
Total	72	100%	

Média= 1,68

Desvio Padrão=1,4

Em relação à escala de ansiedade e depressão em hospital geral (HAD), verificamos que a média do valor obtido para sintomas depressivos foi de 6,60 (DP= 5,17), de um total possível de 21 e para sintomas de ansiedade foi de 7,09 (DP=5,03) para o mesmo total possível. Nesta avaliação de sintomas depressivos, verificamos que 29,5 % dos pacientes tiveram pontuação acima do ponto de corte e 25,6 % apresentaram pontuação acima do ponto de corte de ansiedade.

O teste de Kent, utilizado para avaliar comprometimento cognitivo do paciente através da capacidade de resolver problemas e conhecimentos teve média de 23,4 pontos (DP=5,4), de um total de 36 possíveis. A média para questões de conhecimento foi de 17,2 pontos (DP=3,3) de um total de 22, enquanto que a média de resposta dos problemas foi de 6,2 (DP=3,3) de um total de 14 possíveis.

Não houve relação entre uso de álcool e drogas e presença de sintomas depressivos e de ansiedade. Pacientes que nunca haviam feito uso de drogas não apresentaram diferenças significativas em relação ao valor médio do HAD, em qualquer de seus subítens em relação a pacientes que vinham fazendo uso no último ano. Da mesma forma não houve diferença significativa do valor médio do HAD e as diferenças categorias de uso de bebidas alcoólicas.

4.2.3. Adesão Medicamentosa

A avaliação de adesão medicamentosa foi obtida a partir razão entre o número de comprimidos que o paciente relatou haver tomado na última semana e o número de comprimidos prescritos, segundo o prontuário, neste mesmo período. Este valor percentual nos permitiu dividir os pacientes em 5 diferentes categorias. Estas são; 1- ótima- o paciente faz uso da forma e no horário adequado de 95% ou mais das doses prescritas; 2- Boa- entre 80 e 95% das doses; 3- Regular- entre 75 e 80 % das doses; 4-Ruim – entre 50 e 75% das doses; 5- Péssima- menos de 50% das doses (Chesney 2000).

A adesão medicamentosa na semana anterior à entrevista foi boa- 76,9 % dos pacientes apresentaram adesão boa ou ótima mas 11,5 % dos pacientes apresentaram péssima adesão, conforme podemos verificar na tabela 6.

Tabela 6. Distribuição dos Pacientes Segundo Categorias de Adesão Medicamentosa

Categoria de Adesão	Número de Pacientes	Frequência	Frequência Acumulada
ótima (95% ou mais das doses prescritas)	44	56,4%	56,4%
Boa (80-95%)	16	20,5%	76,9%
Regular (75-80%)	5	6,4%	83,3%
Baixa (50-75%)	4	5,1%	88,5%
Péssima (menos de 50%)	9	11,5%	100%
Total	78	100%	100%

4.3. ANÁLISE BIVARIADA- AVALIAÇÃO DE VARIÁVEIS IMPLICADAS NA ADESÃO MEDICAMENTOSA

Para que fosse possível avaliar a adesão medicamentosa em relação a alguma variáveis contínuas como idade, escolaridade (anos de estudo com sucesso), valores de escalas (Idade, Escolaridade, Frequência Religiosa, HAD, teste de Kent), foi necessário reunir as categorias de adesão medicamentosa estudadas em duas: pacientes com baixa e alta adesão. Os pacientes de alta adesão foram aqueles que haviam feito uso de 95% ou mais das doses prescritas no dia anterior; estes correspondiam a 56% da amostra. Os de baixa adesão foram os demais pacientes da amostra. Os pacientes de “boa adesão” haviam feito uso, em média, de 99,6 % das doses prescritas na véspera (DP= 1,88) enquanto que os demais pacientes fizeram uso, em média, de apenas 65,06% da prescrição (DP= 32,16). Ainda que a categoria entre 80 e 95% pudesse ser considerada boa adesão, a totalidade das duas categorias de melhor adesão (ou seja, entre 80 e 100% das doses) alcançaria 60 pacientes, ou 77% da amostra, o que tornaria difícil o estudo de variáveis contínuas num estudo do tipo caso-controle. Conforme discutido ainda em método, procuramos estabelecer um corte elevado pela tendência de pacientes em superestimarem a própria adesão medicamentosa.

4.3.1. Adesão Medicamentosa e Variáveis sociodemográficas

Verificamos que pacientes do sexo feminino apresentaram significativamente pior adesão medicamentosa que pacientes masculinos ($p= 0,001$). O estado civil dos pacientes parece não haver interferido na adesão medicamentosa, assim como o fato de receberem ajuda ou não para tomarem medicações. Pacientes pertencentes a igrejas pentecostais apresentam pior adesão medicamentosa ($p= 0,014$) e quanto maior a frequência com que o paciente vai a igreja, pior a adesão ($p= 0,001$).

Tabela 7. Média de Idade e Escolaridade por categoria de adesão II

Categoria de adesão	Número de casos	Média de idade	Anos de estudo com sucesso(média)
Pacientes com alta adesão	44	35,8 ± 7,2	7,1 ± 3,4
Pacientes com baixa adesão	34	38,2 ± 8,4	6,7 ± 4,7 *

* p = 0,026

Conforme pode ser observado na tabela 7, a idade dos pacientes estudados não variou significativamente entre os grupos de alta e baixa adesão, sugerindo que esta variável não interfere na utilização de medicamentos em Aids. Por outro lado, escolaridade foi um fator importante na definição da adesão medicamentosa. Pacientes com baixa adesão apresentavam média de 7,1 anos de estudo, enquanto que pacientes com baixa adesão tiveram média de 6,7 anos de estudo com sucesso ($p=0,02$).

Tabela 8. Categorias de Adesão Medicamentosa e Gênero dos Pacientes da Amostra

	Gênero Masculino	Gênero Feminino	Total
ótima	31	13	44
boa	11	5	16
regular	0	5	5
ruim	2	2	4
péssima	1	8	9
total	45	33	78

Qui-quadrado= 18,65

p< 0,001

Pacientes do sexo feminino apresentaram pior adesão medicamentosa que pacientes masculinos conforme podemos ver no Tabela 8. Analisamos este dado com mais cuidado e definindo diferenças entre pacientes dos dois sexos que pudessem interferir na adesão medicamentosa. Não houve diferença significativa da adesão medicamentosa em função da procedência dos pacientes estudados.

Tabela 9- Religião e Categorias de Adesão Medicamentosa

	ótima	boa	regular	ruim	péssima	total
Sem religião	1	1	0	1	0	3
Católico	31	10	3	1	5	50
Pentecostal	7	5	0	1	3	16
protestante tradicional	1	0	0	1	0	2
Espírita	2	0	2	0	0	4
freq. mais de uma religião	2	0	0	0	1	3
Total	44	16	5	4	9	78

Qui-quadrado= 34,47

p=0,02

Tabela 10. Frequência Religiosa

Categoria de adesão	Número de casos	Média do número de cultos freqüentados no último mês	Desvio Padrão
Pacientes com alta adesão	44	3,7	4,6
Pacientes com baixa adesão	34	5,1*	8,9

* p= 0,001

4.3.2. Adesão Medicamentosa e Valores de HAD, Kent e Antecedentes Psiquiátricos

Em relação a existência de antecedentes psiquiátricos, 42 dos 78 pacientes entrevistados responderam afirmativamente quando perguntados se já haviam sido atendidos por psiquiatra, psicólogo ou outro profissional de saúde mental. Este fato não interferiu na adesão medicamentosa (qui-quadrado= 6,9, $p=0,14$).

Tabela 11. Consumo de Álcool e Adesão Medicamentosa

Categorias de adesão/categorias de consumo de álcool	Sem consumo há mais de 1 ano	enter 1 e 3 vezes no último mês	entre 3 e 6 vezes no último mês	mais de 6 vezes no último mês	Mais de 20 vezes no último mês	Total
Toma mais de 95% das doses	23	16	2	1	2	44
Entre 80 e 95%	7	6	0	0	3	16
Entre 75 e 80%	1	4	0	0	0	5
Entre 50 e 75 %	3	0	1	0	0	4
Menos de 50%	4	5	0	0	0	9
Total	38	31	3	1	5	78

Qui-quadrado=17,8;

p= 0,335

O uso de álcool e drogas não interferem no uso de medicamentos dentro da amostra estudada. Pacientes com baixa adesão não apresentaram antecedentes psiquiátricos com maior frequência que pacientes com alta adesão ($p > 0,1$). Pacientes com baixa adesão apresentam significativamente menor compreensão a respeito das medicações que usam e sobre Aids ($p < 0,001$). A confiança do paciente no que é dito durante as consultas é significativamente maior entre os pacientes com boa adesão medicamentosa ($P = 0,05$). Pacientes que têm certeza de seu diagnóstico de HIV apresentaram melhor adesão ($p < 0,001$). Pacientes que apresentam efeitos colaterais intensos têm pior adesão ($p = 0,01$). Pacientes que freqüentavam entidades que reúnem pessoas com Aids não parecem apresentar melhor adesão medicamentosa ($p > 0,1$).

Tabela 12. Valores do HAD e Adesão Medicamentosa

Categoria de adesão	Número de Pacientes	Média HAD-ansiedade	Desvio Padrão	Média HAD-depressão	Desvio Padrão	Média HAD-total	Desvio Padrão
Alta adesão medicamentosa	44	6,9	4,5	6,2	4,8	13,1	8,5
Baixa adesão medicamentosa	34	7,3*	5,7	7,1	5,6	14,4	10,0

* p = 0,041

A avaliação cognitiva, realizada através do teste de Kent mostrou a importância do papel de conhecimentos na adesão medicamentosa e a pouca interferência relacionada a capacidade de resolução de problemas (Tabela 13). Este dado é coerente com a escolaridade média de pacientes com boa adesão ser significativamente maior que pacientes com baixa adesão medicamentosa.

Tabela 13. Avaliação de inteligência (teste de Kent) e adesão medicamentosa

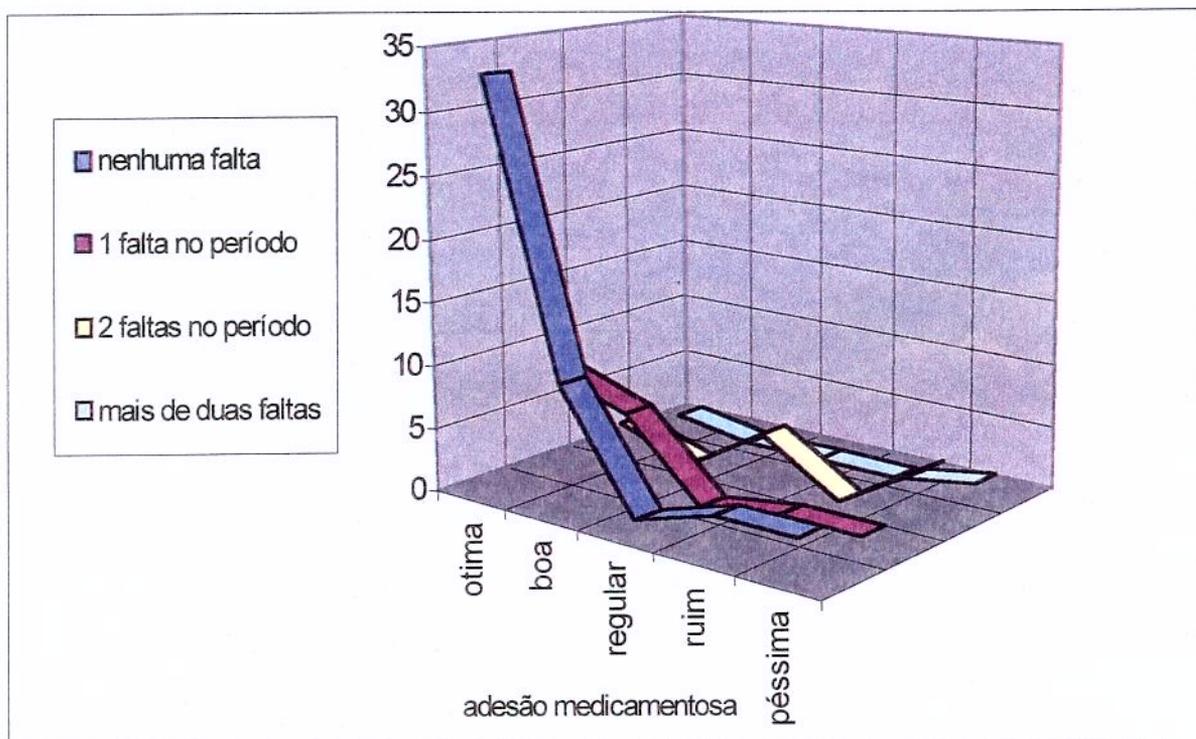
Categories de adesão	Número de casos	Testes de Conhecimento de Kent (média)	Desvio Padrão	Testes de solução de problemas de Kent (média)	Desvio Padrão	Média do Valor total Kent	Desvio Padrão
Alta adesão	35	17,7	2,5	7,0	3,3	24,8	3,7
Baixa adesão	32	16,8*	4,0	5,3	3,22	21,8**	6,5

* p= 0 ,023

** p= 0 ,004

4.3.3. Efeitos Colaterais, Número de Comprimidos Tomados e Faltas às Consultas

Pacientes com má adesão medicamentosa faltaram com maior frequência a consultas médicas. Ainda que este fato seja bastante previsível já que os pacientes têm acesso a medicações apenas mediante prescrição médica, deve ser observado que : Foram consideradas para esta pergunta **faltas**, o que exclui encaixes e procura por receitas sem agendamento prévio. Pacientes acompanhados no ambulatório de MI frequentemente recebem receitas sem marcação prévia por uma forma de funcionamento da equipe. Assim, o fato de não comparecerem às consultas não implica não em ter acesso às medicações.



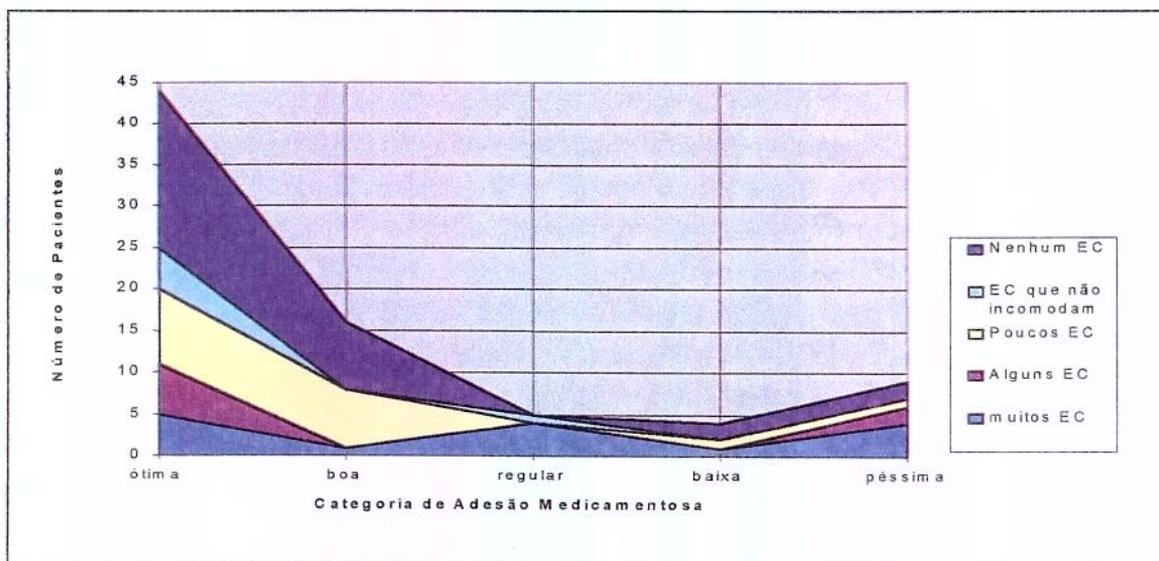
Qui-quadrado=40,31

$p < 0,0001$

Gráfico 2. Número de faltas a consultas e Adesão Medicamentosa

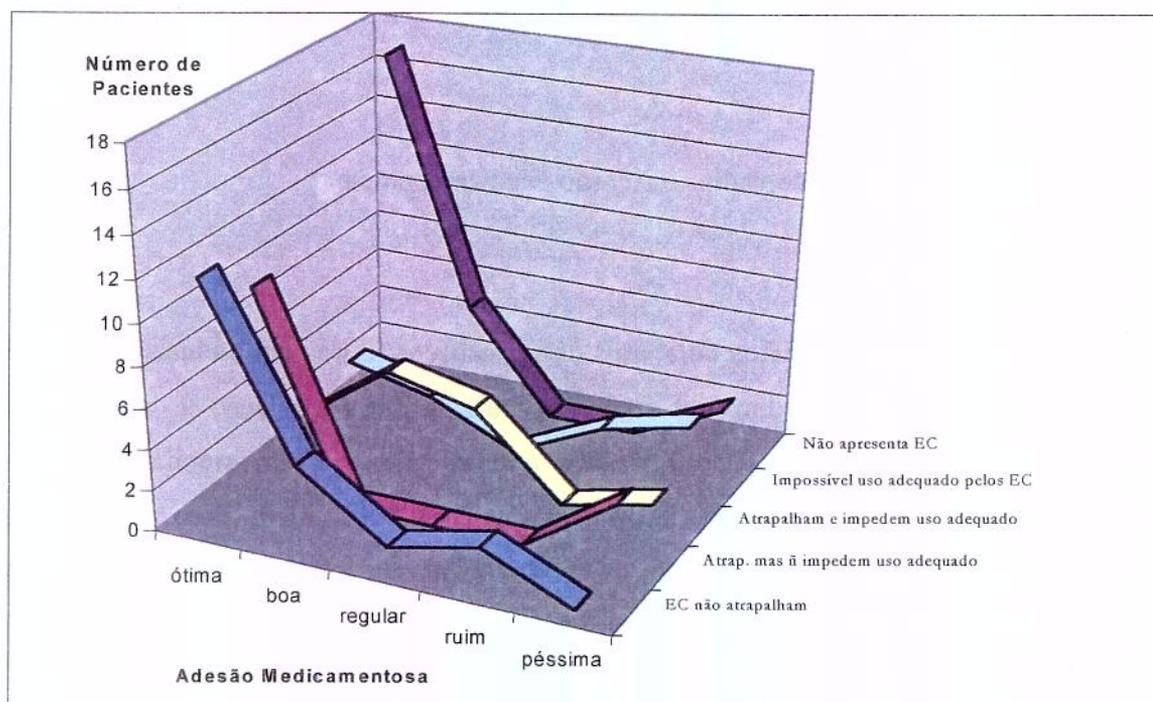
A intensidade de efeitos colaterais como náuseas, dores abdominais e vômitos atribuídas pelos pacientes a medicações antirretrovirais variou em relação a categoria de adesão medicamentosa. Pacientes com melhor adesão apresentaram significativamente menos efeitos colaterais com o uso de antirretrovirais ($p=0,010$). Além disso, verificamos que pacientes com boa adesão consideram os efeitos colaterais como menos importantes e com menor capacidade de interferência na adesão medicamentosa.

Conforme podemos observar no gráfico 4, pacientes que apresentam efeitos colaterais mais incômodos, tendiam a apresentar uma pior adesão medicamentosa. O fato de receber ou não ajuda para fazer uso da medicação não interferiu na adesão medicamentosa na totalidade da amostra estudada (Qui-quadrado= 5,62; $p=0,23$).



Qui-quadrado= 31,91 p= 0,010

Gráfico 3. Efeitos Colaterais e Adesão Medicamentosa



Qui quadrado 43,38 p= 0,0002

Gráfico 4. Interferência dos Efeitos Colaterais dos Antirretrovirais na Adesão Medicamentosa dos pacientes

4.3.4. Sigilo sobre doença e impacto da doença nos relacionamentos pessoais

O papel que o tratamento para Aids desempenha no dia a dia do paciente interferiu na adesão medicamentosa. Pacientes que possuem adesão medicamentosa ótima ou boa referiram que “o tratamento para Aids tem um papel central na minha vida”, “que tem um papel central” ou “importante” com maior frequência, enquanto que pacientes que apresentam má adesão referiram significativamente mais frequentemente que o tratamento tem papel “secundário”, apresenta “importância relativa” ou mesmo “não tem importância” (qui-quadrado= 17,22, $p < 0,01$). Ainda sobre o papel do tratamento no dia a dia dos pacientes, não houve diferença significativa em relação a este papel ser excessivamente grande ou adequado entre pacientes com boa e má adesão medicamentosa (qui-quadrado= 3,66; $p > 0,05$).

Em relação ao sigilo da doença, verificamos que, de nossa amostra, 22 pacientes (28,2 %) referiram que não divulgaram seu diagnóstico a qualquer amigo. Dos pacientes que encontravam-se empregados e trabalhando no momento do estudo, 24,4 % omitiam este fato para colegas e chefes, enquanto que a maioria divulgava o fato. Nenhum destes fatos interferiu na adesão medicamentosa, ou em relação aos sintomas depressivos e de ansiedade. O fato manter esta informação sigilosa não parece interferir em sofrimento psíquico ou na adesão medicamentosa dos pacientes estudados.

4.3.5. Papel da motivação, Crença no Médico, na medicação e no tratamento.

Da mesma forma que a existência de efeitos colaterais pareceu prejudicar a adesão medicamentosa, a motivação atribuída pelo paciente a si mesmo em relação ao tratamento foi significativamente maior em pacientes com alta adesão. Quando solicitados para que dessem uma nota que variava de 0 a 10 para vontade do paciente tratar-se, pacientes com alta adesão deram uma nota média de 8,03 (DP=1,99) enquanto que os demais deram para si mesmos uma nota média de 7,19 (DP= 3,01) ($p = 0,22$). A mesma diferença significativa pode ser observada quando dividimos a motivação para o tratamento dentro de categorias, conforme observamos na tabela 14.

Tabela 14. Adesão Medicamentosa e categorias de motivação para o tratamento.

Categoria de motivação/Adesão	ótima	boa	regular	ruim	péssima	Total
Sente-se motivado e não se importa com as dificuldades do tratamento	23	1	1	0	0	25
Sente-se motivado mas desanima com freqüência pelas dificuldades	11	9	0	1	3	24
Sente-se pouco motivado	7	5	0	1	0	13
Sente-se desmotivado e já pensou em abandonar o tratamento	1	1	0	0	4	6
Não se sente motivado e pensa freqüentemente em abandonar o tratamento	2	0	4	2	2	10
Total	44	16	5	4	9	78

Qui-quadrado= 68,5

p< 0,001

Acreditar ou não no médico que atende representou uma variável importante na definição de uma boa adesão medicamentosa na amostra estudada. Conforme vemos na Tabela 15, os pacientes com ótima adesão acreditavam significativamente mais em “tudo” que o médico lhes diz nas consultas.

Tabela 15. Você acredita em tudo o que seu médico lhe diz nas consultas ?

Respostas	ótima	boa	regular	ruim	péssima	total
Sim, acredito em tudo	27	7	1	3	5	43
Acredito na maioria das coisas que ele me diz	8	7	0	0	2	17
Acredito em apenas algumas coisas que ele me diz	6	2	0	1	2	11
Acredito muito pouco no que me diz	2	0	4	0	0	6
Não acredito no que os médicos dizem	1	0	0	0	0	1
Total	44	16	5	4	9	78

Qui-quadrado= 46,91

p<0 ,01

Pacientes com mais de 95% de adesão medicamentosa apresentaram uma visão mais realista do papel das drogas antirretrovirais. Quando questionados, 50% dos pacientes com adesão referida “ótima” responderam que as medicações tem um papel de controlar a doença mas não poderão interromper seu uso. Este valor é significativamente maior que em outras categorias de adesão medicamentosa, que responderam com maior frequência que as medicações têm papel curativo, que não ajudam em nada e que poderão interromper seu uso algum dia (qui-quadrado=48,02; $p<0,01$).

O fato de estar ou não convencido do diagnóstico de Aids tem um papel importante na adesão medicamentosa. Conforme vemos na tabela 16, pacientes que estão convencidos de seu diagnóstico apresentaram-se em categorias de adesão mais adequadas.

Tabela 16. Você está convencido de seu diagnóstico de Aids/portador do vírus HIV ?

	ótima	boa	regular	ruim	péssima
Sim	35	14	1	3	6
tenho dúvidas a respeito do diagnóstico eventualmente	4	0	0	1	2
estou sempre duvidando do diagnóstico	4	1	4	0	1
Não acredito que este seja meu diagnóstico	1	1	0	0	0
Total	44	16	5	4	7

Qui-quadrado= 27,79

$p<0,01$

O número de comprimidos prescritos para serem tomados diariamente não variou significativamente entre os dois grupos. Pacientes com melhor adesão faziam uso de 14,27 comprimidos ao dia em média (DP=5,8) enquanto que pacientes com baixa adesão faziam uso de 14,31 comprimidos ao dia (DP= 3,9) ($p= 0, 375$).O grau de compreensão atribuído pelos próprios pacientes em relação ao tratamento não variou significativamente em relação as categorias de adesão medicamentosa. Pacientes que referiram “entender o suficiente” sobre as medicações usadas não utilizavam-nas necessariamente de forma mais adequada que pacientes que referiram “não entender nada sobre elas” (qui-quadrado= 15,13, $p> 0,05$).

4.4. INTERFERÊNCIA ENTRE VARIÁVEIS DEPENDENTES

4.4.1. Gênero e Religião

O fato destas duas variáveis representarem fatores que interferiram significativamente na adesão medicamentosa sugere a necessidade de uma investigação mais apurada. A seguir as diferenças entre os gêneros e religião dos pacientes da amostra são abordadas.

Gênero

Pacientes do sexo feminino não apresentam significativamente menor escolaridade que pacientes do sexo masculino. A média de anos de estudo com sucesso das mulheres da amostra foi de 6,45 anos (DP= 3,6) contra uma escolaridade de 7,37 anos para pacientes do sexo masculino (DP= 3,59) ($p > 0,05$). Existe um número significativamente maior de pacientes pentecostais entre os sujeitos do sexo feminino, conforme mostra a tabela 17. A frequência religiosa das mulheres não é significativamente maior que a dos sujeitos do sexo masculino.

Tabela 17. Gênero e Religião

	Católicos	Pentecostais	Outras Religiões
gênero masculino	34	7	4
gênero feminino	16	9	8

$p=0,04$

Em relação aos parâmetros psiquiátricos, verificamos, conforme mostra a tabela 18, que as mulheres da amostra apresentaram mais sintomas depressivos e uma performance pior nos subitens do teste de Kent. Mulheres apresentavam ainda mais antecedentes psiquiátricos: 72,7% das pacientes do sexo feminino já haviam sido em algum momento atendidas por algum profissional de saúde mental, enquanto que apenas 40% dos homens já haviam sido em algum momento atendidos (qui-quadrado= 8,20; $p < 0,01$). Pacientes femininas não foram hospitalizadas, no entanto, significativamente mais do que os masculinos.

Não houve diferença significativa em relação ao uso de drogas referido entre pacientes do sexo masculino e feminino. As mulheres estudadas faziam significativamente menor uso de bebidas alcoólicas que pacientes masculinos (Qui-quadrado= 9,87831; $p < 0,05$). Não houve diferença significativa ainda em relação a uso anterior de medicações psiquiátricas.

Tabela 18. Diferenças entre Pacientes Masculinos e Femininos no Teste de Kent e no HAD

gênero/variável	masculino	feminino
Kent total	24,6 ^t	21,7
DP	4,45	6,207
Kent raciocínio	17,8	16,4
DP	2,7	3,9
Kent problemas	6,7	5,6
DP	3,4	3,23
HAD-depressão	5,6*	7,9
DP	4,3	5,9
HAD ansiedade	6,0	8,5
DP	4,7	5,1

t p= 0,078

* p= 0,022

Em relação ao uso de medicamentos, verificamos um dado bastante curioso: ainda que pacientes do sexo feminino não refiram ter mais efeitos colaterais que pacientes masculinos (Qui-quadrado =2,90321, $p > 0,05$), pacientes femininas tendem a dar maior relevância que homens no papel que os EC colaterais desempenham no tratamento, conforme mostra a tabela 19.

Tabela 19. Os efeitos colaterais atrapalham o uso de medicamentos ?

Respostas	masculino	feminino	total
não	13	6	19
sim, atrapalharam mais não impedem que eu tome as tome as medicações corretamente	6	7	13
sim, impedem que eu use a medicação de forma adequada	3	9	12
sim, é impossível tomar as medicações corretamente	7	3	10
não tenho efeitos colaterais	16	8	24
total	45	33	78

Qui-quadrado= 8,27217

$p = 0,082$

Em relação à motivação, verificamos que pacientes do sexo feminino atribuíram significativamente notas mais baixas para sua “vontade de tratar-se”. Num escore que variava entre 0 e 10, as mulheres da amostra atribuíram para si uma nota média de 6,89 (DP= 3,06) ao passo que a média masculina foi de 8,23 (DP=1,84) ($p < 0,05$). Na avaliação por categorias de motivação, mulheres mostraram-se ainda menos motivadas que pacientes masculinos (Qui-quadrado= 11,54347 $p < 0,05$) Pacientes do sexo feminino referem saber menos sobre Aids (Qui-quadrado= 9,80031; $p = 0,02034$) e sobre a medicação da qual fazem uso (Qui-quadrado= 6,62908 $p = 0,084$).

Em relação ao sigilo relacionado à doença, encontramos outra diferença curiosa em relação aos dois gêneros estudados. Pacientes do sexo feminino divulgam menos no ambiente de trabalho (ou divulgavam menos, no caso de estarem aposentadas ou desempregadas) o fato de serem portadoras do vírus que pacientes masculinos entrevistados conforme mostra a tabela 20.

Tabela 20. Sigilo sobre doença no trabalho e gênero

Gênero	não conta/contava no trabalho	Não trabalha	Conta/contava no trabalho	Total
masculino	9	3	33	45
feminino	7	12	14	33
Total	16	15	47	78

Qui-Quadrado= 11,76

p< 0,001

Religião

O grupo dos pacientes pentecostais apresentou significativamente menor escolaridade que pacientes católicos. Enquanto a média de anos de estudo com sucesso para pacientes pentecostais foi de 6,4375 (DP= 3,46), a média para católicos foi de 7,10 anos (DP= 4,5) (p= 0,083). Como era esperado, a frequência religiosa foi maior entre pacientes pentecostais: enquanto que no último mês pacientes católicos foram em média 2,6 vezes a cultos religiosos (DP= 4,5), pacientes de igrejas pentecostais foram em média 10,8 vezes (DP= 10,6) (p= 0,00).

Os pacientes da amostra não apresentam diferença significativa quanto a crença nas medicação quando analisamos esta variável segundo a religião (qui-quadrado= 8,91227 p= 0,34975). Pacientes pentecostais, católicos e de outras religiões não apresentam diferença significativa em relação ao convencimento no diagnóstico na amostra estudada (qui-quadrado= 5,45681 , p= 0,48669). Pacientes pentecostais são mais sigilosos em relação a sua doença no trabalho. É mais frequente entre eles que ninguém no trabalho saiba sobre a doença, ainda que a diferença não seja significativa (qui-quadrado= 23,71215; p=0,09598). Não existe diferença significativa em relação à motivação no tratamento entre os diferentes grupos religiosos (qui-quadrado= 13,26036 ; p= 0,10320).

Em relação a antecedentes psiquiátricos, não existe diferença significativa em relação ao uso anterior de medicações psicotrópicas, uso de álcool e consumo de drogas entre pacientes de diferentes religiões. Não houve diferença significativa entre as médias de HAD de ansiedade, depressão e no teste de Kent entre pacientes de diferentes religiões.

4.5. ANÁLISE MULTIVARIADA

Com a finalidade de identificar interações entre as variáveis e detectar a importância relativa das variáveis identificadas na análise bivariada como significativas na interferência da adesão medicamentosa, foi realizada uma análise multivariada. Devido ao fato de algumas das variáveis independentes serem numéricas e contínuas e outras serem categoriais, o modelo de análise escolhido foi a regressão logística binária. Para tal, foi criado um novo banco de dados no qual estavam presentes apenas as variáveis que, na análise bivariada, apresentaram valores significativamente diferentes entre grupos de pacientes com má e boa adesão medicamentosa.

Para este procedimento todas as variáveis dependentes foram analisadas segundo o referencial de apenas duas categorias de adesão, mesmo aquelas que mostraram-se significativas numa análise realizada com cinco categorias. O resultado desta análise encontra-se na tabela 21.

Tabela 21. Regressão Logística Binária

Variável	Escore	Significância
Gênero	6,736	0,009
Presença de efeitos colaterais	6,734	0,009
Crença na Medicação	6,521	0,011
Faltas em consultas	6,340	0,012
Motivação para tratamento	2,192	0,139
Escolaridade	1,659	0,198
Convencimento no diagnóstico	1,185	0,276
Religião	0,015	0,902

Verificamos nesta tabela que quatro das principais variáveis independentes que haviam se mostrado significativas na análise bivariada (motivação para tratamento, escolaridade, convencimento no diagnóstico e religião) deixaram de ser significativas nesta segunda análise. Por outro lado, variáveis relacionadas ao tratamento (presença de efeitos colaterais, crença na medicação e faltas às consultas) mostraram-se importantes na determinação de boa adesão medicamentosa. O gênero dos pacientes mostrou ser ainda a variável independente mais relevante na determinação de boa adesão.



5. DISCUSSÃO

5.1. LIMITAÇÕES DO PRESENTE ESTUDO

É necessário inicialmente que algumas ressalvas sejam feitas em relação ao alcance dos achados deste estudo. A capacidade de generalização dos dados encontrados deve ser vista com cuidado. Na descrição do *setting* do estudo houve um esforço para demonstrar as diversas particularidades do ambulatório no qual os sujeitos foram entrevistados. O fato dos pacientes serem atendidos por residentes, alunos e médicos contratados torna a forma de atendimento e a própria rotina diferente do que se encontraria, por exemplo, no ambulatório municipal de pacientes com HIV-Aids. Por outro lado, procurei fazer com que, dentro dos locais de estudo disponíveis, as entrevistas ocorressem onde a demanda de atendimento pudesse retratar o perfil de pacientes com sorologia positiva para HIV existente na região.

O aspecto transversal do estudo não permitiu que fossem observadas as transformações em relação a adesão medicamentosa dos sujeitos estudados. O que observamos foi o relato de alguns pacientes da forma com que foi realizada a tomada das medicações na última semana. O significado disto deve ser relativizado. Uma consulta perdida, uma situação casual pode deixar um paciente com ótima adesão sem acesso a medicações por uma semana, tornando-o, no estudo, um sujeito com péssima *compliance*. Por outro lado, a ampliação do tempo de adesão estudado através de relatos dos próprios pacientes diminuiria perigosamente a segurança dos dados obtidos.

Outro limite do estudo diz respeito a alguns dados do questionário aplicado. O Teste de Kent, por exemplo, não foi validado no país mas constituiu um instrumento simplificado importante na avaliação de inteligência e conhecimento. Neste segundo ítem (conhecimento) as informações fornecidas por ele foram congruentes com o nível de instrução dos entrevistados na análise estatística. A interpretação destes dados merece ainda um cuidado particular. A capacidade de compreensão de pacientes em relação ao tratamento implica numa condição conseguida no contato do médico com seu paciente, não sendo apenas uma característica deste.

Ainda em relação aos dados obtidos no questionário, cabe salientar que algumas perguntas, ainda que possibilitassem uma discussão sobre variáveis que interferem na adesão medicamentosa, não permitiram um aprofundamento nos temas abordados. Este é o caso das perguntas sobre sigilo relacionado a doença. Deixar de contar para amigos, ou pessoas com quem se trabalha sobre o diagnóstico não fornece mais que indicativos relacionados a identidade e vivência da doença. Aprofundar-se na experiência de ter sorologia positiva para HIV requereria um método qualitativo de estudo. Da mesma forma, ainda que participar de entidades que reúnem pessoas com sorologia positiva para HIV signifique assunção de uma condição particular, este tipo de participação não é comum no país.

Dados relacionados a adesão medicamentosa, motivação para o tratamento e consumo de álcool e drogas devem ser observados com algumas ressalvas. A amostra estudada faz parte de um conjunto de pacientes em acompanhamento médico regular, envolvidos num programa terapêutico e que para serem entrevistados tiveram de ir a uma consulta médica. Indivíduos com sorologia positiva para HIV podem fazer consumo pesado de drogas ilícitas, álcool e não encontrarem-se inseridos num programa de atendimento médico (ou simplesmente o haverem abandonado). Os pacientes entrevistados haviam sido, portanto, previamente, triados de alguma forma pelo próprio método empregado.

Outra limitação diz respeito ao tamanho da amostra. Ainda que tenha sido realizado um cálculo estatístico para definir o número de pacientes estudados durante um estudo piloto, ao longo da pesquisa identificamos alguns subgrupos que requereriam uma amostra maior. Este é o caso de pacientes pentecostais que poderiam ser melhor caracterizados mediante uma ampliação da amostra. Parece precipitado apresentar conclusões das relações entre religião e adesão medicamentosa tendo dentro da amostra apenas 16 pacientes que identificam-se como evangélicos. Por outro lado, ao final do período de coleta de dados, percebemos que boa parte dos pacientes randomizados já haviam sido entrevistados, o que sugeria um esgotamento do universo amostral dentro deste ambulatório. Isto sugere a necessidade de replicação do estudo com amostras mais amplas e diversificadas.

Uma das principais limitações do estudo diz respeito a própria avaliação da adesão através do relato dos próprios pacientes. Este tema foi discutido na exposição do método e novas ressalvas serão feitas durante este capítulo. No entanto, vale lembrar que os valores encontrados são adequados para a comparação com dados da literatura extraídos de artigos que utilizaram métodos semelhantes de avaliação. Foram tomados diversos cuidados para evitar uma tendência em superestimar o relato dos pacientes sobre a própria forma de fazer uso das medicações. Acreditamos, enfim, que mais importante que os valores encontrados foi a possibilidade de verificar os fatores associados a adesão e propiciar uma discussão sobre a articulação destes.

Por fim, os dados obtidos não retratam por completo e de forma profunda o comportamento de indivíduos com sorologia positiva para HIV em relação ao uso de medicações antirretrovirais. O alcance esperado é muito mais modesto: o estudo descreve a forma com que pacientes adequados a um sistema de atendimento ambulatorial num centro terciário, assistidos principalmente por estudantes de medicina e residentes fazem uso de uma medicação que lhes é proposta. Esta diferenciação é fundamental na medida em que deixa claro que não existe a pretensão de compreender os motivos que levam pacientes com Aids a se opor a orientações médicas.

Este estudo pretende identificar alguns fatores que podem estar associados a baixa adesão e propiciar uma discussão que articule estes achados entre si e a literatura médica. Desta forma, pretendemos dar uma contribuição necessária a prática clínica de profissionais de saúde que lidam com estes pacientes.

5.2. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

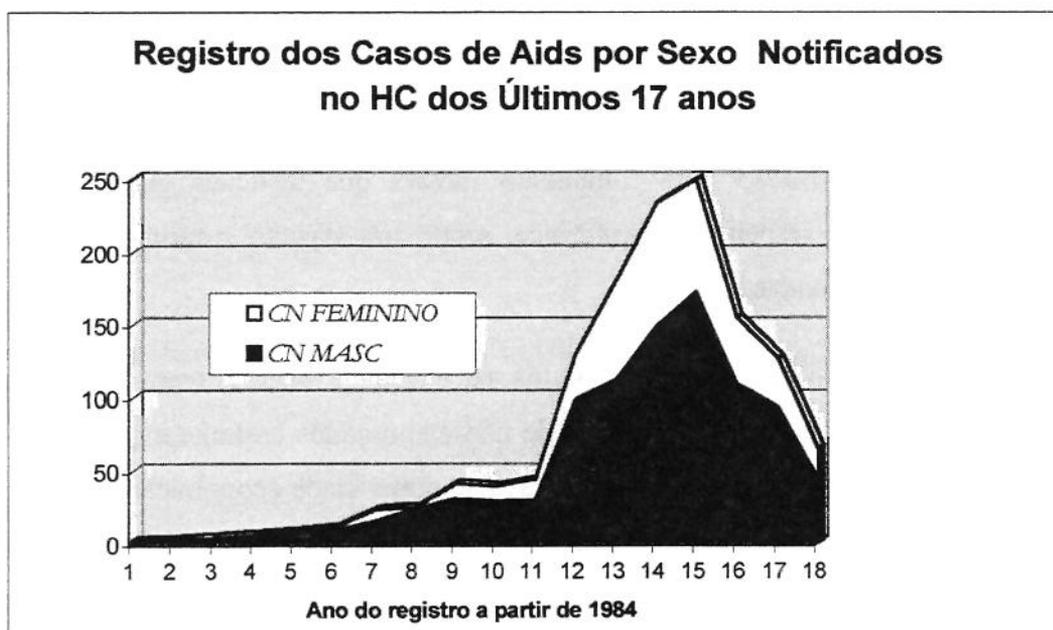
5.2.1. Características Sociodemográficas

Ainda que a maioria dos pacientes estudados seja do sexo masculino (57,7%), a alta representação de mulheres na amostra chama a atenção quando comparados com outros estudos sobre o mesmo tema. Katrissius (1998), que estudou adesão a antirretrovirais incluiu em sua amostra de 41 pacientes apenas 5 mulheres (12,1 %). Gordillo (1999)

realizou estudo sobre o mesmo tema com amostra de 366 pacientes sendo que 23,7 % eram do sexo feminino. Kalichman (1999), estudou amostra de 182 pacientes dos quais 24,1 % eram mulheres.

Esta grande representação feminina na amostra deste estudo pode ser explicada por alguns motivos. Em primeiro lugar, retrata a mudança do perfil epidemiológico da epidemia de Aids. Mais de um estudo mostra o fenômeno da crescente da infecção de mulheres pelo vírus do HIV (Moore, 1999; Roberts, 2000), movimento contrário ao número de pacientes infectados pelo uso de drogas injetáveis (Moatti, 2000). O fato da amostra apresentar quase metade de pacientes femininas pode significar que realmente o ambulatório no qual foi realizado o estudo atenda muitas mulheres. Algumas características do ambulatório favorecem para que ele capte uma amostra semelhante ao próprio perfil epidemiológico de sua área de cobertura. Ao contrário de estudos que captaram pacientes em serviços onde servem-se refeições gratuitas ou em pensões baratas (Bangsberg, 1999), ou em protocolos de pesquisa (Katrissius, 1998), a amostra foi colhida num ambulatório geral de Moléstias Infecciosas.

Em diversos casos, o Hospital das Clínicas não é utilizado como um centro terciário, mas capta pacientes que surgem no serviço. O acesso de muitos pacientes é via pronto-socorro que atende demanda espontânea, sem que seja necessário encaminhamento. Muitos outros usuários do ambulatório são provenientes de outras especialidades e de serviços de clínica médica da região. Conforme vemos no gráfico 5, verificamos que a proporção homem/mulher de diagnósticos de Aids na UNICAMP vem diminuindo nos últimos anos.



Fonte- Vigilância epidemiológica HC- UNICAMP

Gráfico 5. Registro de Casos de Aids notificados no HC 1984-2001

A grande proporção de mulheres na amostra abre ainda a possibilidade de discussão dos resultados com referência à literatura mais ampla. Como será visto mais adiante, pacientes do sexo feminino infectados com o vírus do HIV enfrentam condições muito particulares de discriminação social e são submetidas a estresses inexistentes na maioria dos pacientes masculinos. Optamos por abordar com maior profundidade esta questão e outras relacionadas mais adiante.

Outras características sócio-demográficas dos pacientes estudados merecem ser discutidas. Apenas 10 pacientes (12,8%) caracterizaram-se como bi ou homossexuais, contrariando a relação estereotipada entre homossexualismo e Aids. A idade média de 36,9 anos é próxima a encontra em outros estudos (40 anos- Katrissios 1998; 35 anos- Gordillo 1999; 38 anos- Rodrigues Rosado, 1998). A escolaridade média foi baixa, de menos de sete anos, que corresponde ao curso primário incompleto. Dividindo a escolaridade em categorias, verificamos que 69,2 % dos pacientes estudaram até a oitava série do primário, 23,1% estudaram até o terceiro colegial e apenas 7,7% iniciaram o curso superior.

Foi alta a representação na amostra de pacientes procedentes de Campinas e região (68%). Este dado retrata a realidade do serviço no qual foi realizado o estudo. O fato da distância entre local de moradia não implicar em diferença em relação a adesão medicamentosa ou motivação para tratamento mostra que distância geográfica não é significativa no que diz respeito à *compliance*, sendo um aspecto menor frente a outras variáveis que foram estudadas.

Apenas 29 pacientes (37,2%) dos pacientes se encontravam empregados e trabalhando no período do estudo, um valor de não-empregados bastante expressivo, sendo que a maioria dos pacientes estudados encontrava-se numa idade economicamente ativa. Os dados relacionados a idade, características relativas ao trabalho, sexualidade e gênero convergem com o fenômeno do crescimento da prevalência de Aids em indivíduos heterossexuais, pobres, de baixa escolaridade e do sexo feminino na sociedade urbana. O fato da maioria da amostra constituir de pacientes casados (55%) e menos de 11 % viver em pensões ou asilos sugere que a grande maioria da amostra não vive em situação de marginalidade.

5.2.2. Características psiquiátricas

Ciesla e Roberts (2000) realizaram uma metanálise que incluiu dez estudos realizados entre 1988 e 1998 sobre depressão e Aids. Os artigos selecionados cumpriam os seguintes critérios: 1- avaliação de depressão em grupos de pacientes HIV positivos e HIV-negativos; 2- Foram realizadas nestes estudos entrevistas diagnósticas em ambos os grupos; 3- Deveriam constar nestes artigos registro de taxas de depressão maior ou distmia nos últimos seis meses; 4- Os pacientes estudados não deveriam ser captados em serviços de saúde mental. A análise estatística revelou que a freqüência de depressão é quase duas vezes maior em pacientes com sorologia positiva para HIV que em controles soronegativos.

Ainda que o objetivo do presente estudo não seja comparar a prevalência de transtornos depressivos entre os pacientes da amostra e soronegativos, esta alta prevalência de depressão pode auxiliar na discussão dos resultados obtidos. Mais de 25% dos sujeitos,

um quarto da amostra, apresentou valores positivos para ansiedade e depressão, valor alto quando comparado a outros valores da literatura para pacientes crônicos ou terminais utilizando a mesma escala. A tabela 21 mostra valores obtidos numa revisão da literatura médica relacionada a estudos que envolveram o uso do HAD publicada por Herrmann em 1996. Abaixo dos valores publicados nesta revisão da literatura encontram-se em **negrito** os dados obtidos no presente estudo.

Comparando os valores do HADS encontrados em nosso estudo a outros da literatura, verificamos que os escores encontrados foram altos. Grubb (1996) estudou pacientes cardiopatas após IAM identificando média de 5,2 pontos para HAD-ansiedade e 4,2 pontos em média para sintomas depressivos. Carroll (1993) estudou 809 pacientes com câncer aplicando o HADS e verificou que 25,1% da população estudada apresentava valores depressivos acima do ponto de corte, valor semelhante ao encontrado em nosso estudo.

Tabela 22. Prevalência de escores de HADS anormais em diferentes pacientes alemães e controles (extraído de Herrmann C. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 42, n 1, pág 22, 1997)

Grupo	n	Valores anormais de ansiedade (em %)	Valores anormais de depressão (em %)	Valores anormais de ansiedade e/ou depressão (em %)
Estudantes de Medicina	136	9	2	10
Controles Saudáveis	152	7	5	10
Não-pacientes com queixas de saúde	55	33	13	38
pacientes oncológicos	73	10	21	25
Pacientes cardiológicos	5579	19	17	26
Pacientes neurológicos ambulatoriais	11	18	27	27
Pacientes em hemodiálise	18	22	50	50
Pacientes com dores nas costas	70	36	29	47
Pacientes com fibromialgia	33	39	39	52
pacientes psiquiátricos	69	56	48	71
Pacientes ambulatoriais soropositivos para HIV	78	25	29,5	33

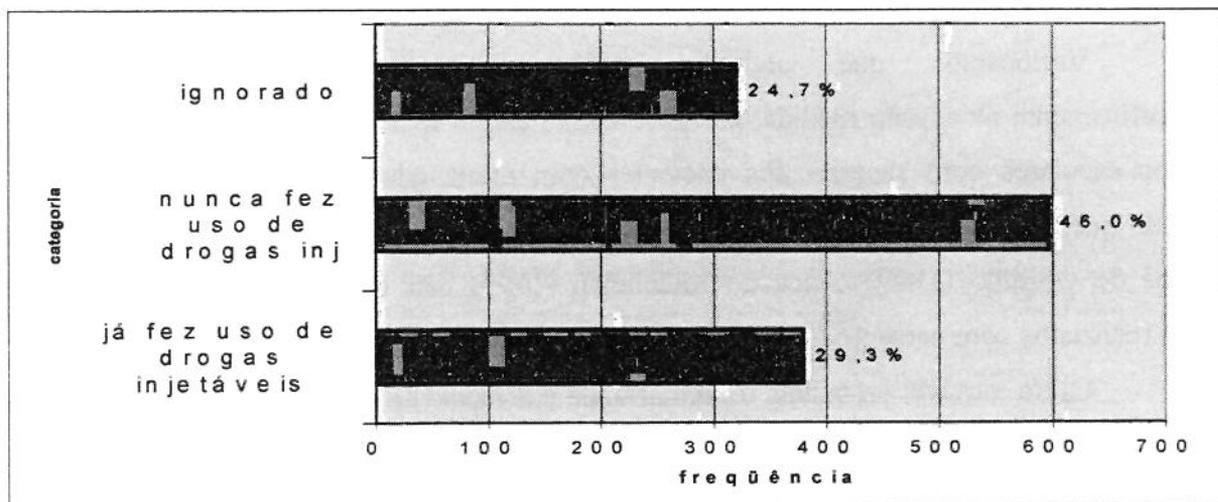
Pacientes com baixa adesão não apresentaram significativamente mais sintomas depressivos que pacientes com alta adesão. Apesar disso, a média de sintomas depressivos foi maior (7,1 pontos para o grupo com alta adesão x 6,2 pontos para grupo com baixa adesão). Sintomas de ansiedade foram significativamente maiores entre pacientes com baixa adesão. Os resultados sugerem que os pacientes da amostra estudada apresentam altos níveis de sofrimento psíquico e este é maior em pacientes com baixa adesão. O fato da maioria dos entrevistados (53,8%) haver sido atendido por psicólogo ou psiquiatra e 44,9% já terem feito uso de psicotrópicos reforçam ainda mais o fato de pacientes com sorologia positiva para HIV estarem expostos a situações de risco para transtornos de humor.

Dependência química poderia ser uma das possibilidades para explicar-se a existência de um grau importante de sofrimento mental entre os pacientes entrevistados. Entretanto, quase metade dos entrevistados (48,7%) não havia feito uso de bebidas alcoólicas no último ano e 88,5% havia feito uso de álcool em até 3 vezes no último mês, o que caracteriza um consumo baixo. Somado a isto, observamos que a maioria absoluta da amostra (67,9%) nunca fez uso de drogas ilícitas como maconha, crack ou cocaína. 87,2% não havia feito uso no último ano e 92,3% ou nunca havia feito uso ou, caso já houvesse, não havia usado nada no último mês. Além de contrariar uma visão estereotipada relacionada ao perfil de pacientes com sorologia positiva para HIV, estes dados mostram que o consumo de substâncias ilícitas não explica os altos escores de ansiedade e depressão e a grande frequência de pacientes com antecedentes psiquiátrico dentre os entrevistados da amostra.

A mudança do perfil de uso de drogas ilícitas entre pacientes com HIV-Aids pode ser ilustrado com o gráfico abaixo. Trata-se do registro de casos de Aids diagnosticados no HC-UNICAMP nos últimos 17 anos. Cabe lembrar que estes registros não dizem respeito a sorologia positiva para HIV, mas a pacientes que já apresentaram sintomas que correspondem, normalmente, a infecções oportunistas. Existe um intervalo de pelo menos 5 anos entre a contaminação e a manifestação da doença. Assim, casos diagnosticados em 1984 correspondem a uma contaminação anterior a 1980. Observamos que 29 % dos pacientes destes registro já havia feito uso de drogas injetáveis, enquanto que

32,1 % dos pacientes estudados havia feito uso em algum momento, de qualquer tipo de droga. Não necessariamente injetável.

Outros motivos que poderiam estar associados a este grau de sofrimento mental são citados pela literatura- estigma e discriminação associadas a doença, perdas sociais (Moore, 1999). O fato de apenas 3 pacientes entrevistados estarem em acompanhamento psiquiátrico durante o estudo vai ao encontro do fato de transtornos psiquiátricos serem sub diagnosticados entre pacientes com HIV (Gordillo, 1999). É importante notar ainda que transtornos depressivos implicam em um pior prognóstico em Aids, fenômeno que não está necessariamente associado com adesão medicamentosa (Zorrilla, 1996).



Fonte- Vigilância epidemiológica HC-UNICAMP

Gráfico 6. Frequência de Uso de Drogas Injetáveis Entre os Casos de Aids de Diagnosticados no HC Unicamp (1984-2001)

5.3. ADESÃO MEDICAMENTOSA E VARIÁVEIS RELACIONADAS

A grande maioria dos pacientes da amostra (76,9 %) situou-se nas faixas de ótima e de boa adesão medicamentosa. Entretanto, levando em consideração todas as ressalvas relativas ao método de entrevistas, que tende a superestimar o valor referido de adesão, consideramos adequada apenas o uso correspondente a 95 % ou mais dos comprimidos prescritos. 56,4 % dos entrevistados encontravam-se nesta faixa. Consideramos este valor bastante realista dado o *setting* de estudo; um ambulatório que é desenvolvido por médicos residentes e estudantes que estagiam no serviço e onde nenhum programa para melhora da adesão era desenvolvido regularmente no período do estudo.

Os valores encontrados foram bastante abaixo dos de alguns estudos encontrados na literatura. Walsh, 1998 encontrou que 91,6 % dos pacientes da amostra utilizavam 100 % da medicação prescrita. Por outro lado, os valores de nosso estudo foram semelhantes aos encontrados por Gordillo (1999) que estudou pacientes indigentes na Espanha e 57,6% deles faziam uso de mais de 90% das doses prescritas. A adesão dos pacientes de nossa amostra foi melhor da encontrada no estudo de Rodriguez-Rosado (1998) também na Espanha onde 56,3% dos pacientes fizeram uso de mais de 80 % das doses prescritas. Por outro lado, encontrar que apenas 56,4 % dos pacientes tinham adesão considerada ótima pode ser considerada uma mostra da validade do método de entrevistas utilizado, se considerarmos a crítica deste em superestimar os valores de adesão.

Verificamos que algumas variáveis estudadas parecem interferir significativamente na adesão medida, particularmente dados sócio-demográficos. O número de anos escolares com sucesso dos pacientes com ótima adesão foi significativamente maior do que a média do grupo de pacientes com baixa adesão. Este dado corresponde aos achados de Gordillo (1999) e aos de Kalichman (1999) mas contraria os de Katrissios (1998) realizados com pacientes triados para um estudo clínico.

Outra variável associada a escolaridade é a medida de nível de conhecimento e capacidade de compreensão medidas no teste de Kent. Nas perguntas relacionadas a conhecimento, pacientes com boa adesão tiveram um desempenho significativamente melhor que o grupo com adesão insatisfatória. Ao contrário, a capacidade de resolução de problemas não está relacionada à adesão medicamentosa. O fato das duas variáveis estarem associadas a adesão: escolaridade e nível de conhecimento, sugere que pacientes com mais instrução estão mais habilitados a seguir orientações médicas. Por um lado, este fato pode estar relacionado à capacidade dos sujeitos em seguir orientações médicas uma vez que sua linguagem é mais próxima daquela empregada por profissionais de saúde. Por outro lado, pacientes com maior grau de instrução podem compartilhar das expectativas e crenças dos médicos, como será discutido mais adiante, tornando mais fácil seguir adequadamente suas orientações.

Supiya Mehta em 1997 avaliou algumas variáveis possivelmente associadas a adesão medicamentosa em Aids, com referência a algumas características da doença. Associou baixo nível educacional a baixo status socio-econômico que, além de pouca

aprendizagem incluía problemas de habitação, acesso a serviços de saúde e a recursos financeiros. Estas dificuldades associadas seriam preditores de baixa adesão, tomando este conceito como referência (SES- *Socioeconomic Status*), observamos que ao contrário do que poderia ser previsto não há homogeneidade das variáveis descritas na interferência relacionada à adesão medicamentosa a antirretrovirais. O fato dos pacientes viverem em família ou sozinhos, em pensões ou asilos não interfere na adesão. O acesso a serviços de saúde não pode ser avaliado porque estudamos apenas aqueles que tinham acesso a um serviço específico. O fato do paciente estar ou não trabalhando não implicou em diferenças quanto à adesão.

5.4. ADESÃO MEDICAMENTOSA, CRENÇA NO TRATAMENTO E RELIGIÃO

Ainda que na amostra estudada houvesse apenas 16 pacientes que identificavam-se como evangélicos, verificamos que estes apresentaram significativamente pior adesão medicamentosa que aqueles pertencentes a outras religiões. Algumas hipóteses podem ser levantadas para discutir este fato. Menor escolaridade entre pentecostais (6,4 anos em contraste aos 7,1 anos de estudo com sucesso dos católicos, $p= 0,083$, ainda que não significativo), pode concorrer para este achado. Por outro lado, o consumo de álcool e drogas ou diferença nos escores de ansiedade e depressão, que poderiam ser vistos como uma explicação corrente, não variaram nos dois grupos.

Outra hipótese que explica esta possível diferença da adesão medicamentosa remete à antropologia médica. Diz respeito ao caráter da religião como um “sistema de cura” e sua articulação com o sistema biomédico oficial. Esta possibilidade de análise implica numa discussão que observa tanto a religiosidade dos pacientes como o caráter do sistema médico de atenção numa perspectiva externa, isto implica, em termos de representação social e comportamento dos pacientes implicados, em colocar os dois modelos numa condição de simetria.

Em primeiro lugar, é possível pensar que, no caso de pacientes pentecostais, exista algum antagonismo entre os dois modelos (um “sistema religioso de cura” e o sistema biomédico oficial). Ainda que estes pacientes freqüentem ambos os sistemas- vão

às consultas com a mesma regularidade que pacientes católicos e têm maior frequência religiosa que entrevistados de outras religiões- em algum momento uma prática e crença religiosas interferem no tratamento medicamentoso.

Este antagonismo remete, por sua vez, a saberes e sistemas explicativos diferentes que norteiam diferentes condutas e práticas muitas vezes antagônicas. O caso clínico de uma paciente acompanhada entre 1999 e 2000 pode ilustrar este antagonismo:

Aparecida, 43 anos, amasiada, 3 anos de estudo com sucesso, doméstica, tem diagnóstico de Aids C3 há 3 anos, havendo sido contaminada pelo atual companheiro após uma relação extra conjugal desde há mais de 5 anos. Ainda que tenha se contaminado antes, seu companheiro, ao contrário de Aparecida, não apresentou qualquer manifestação clínica até o momento e não faz qualquer acompanhamento médico. Foi atendida pelo psiquiatra a pedido do infectologista que a acompanhava com suspeita de transtorno depressivo. No início do acompanhamento, Aparecida vivia com seus pais por ter se separado após haver recebido o diagnóstico de Aids. Apresentava perda de peso importante (encontrava-se com menos de 45 Kg- tinha 1,55 m). Ninguém em sua família sabia de seu diagnóstico, com exceção de sua irmã que a acompanhava nas consultas. Com o acompanhamento regular e uso de nortriptilina voltou a ganhar peso e ter melhora clínica rápida e significativa. Seu marido passou a frequentar uma igreja pentecostal- a Igreja Quadrangular. Após insistência deste, Aparecida voltou a morar com ele e mudou de religião. Passou a faltar às consultas psiquiátricas e de MI com frequência. Começou a ver a própria doença, o que era reiterado pelo marido, como uma expressão da vida longe de Jesus que ambos haviam levado durante anos. Esta afirmação ultrapassava uma concepção de etiologia- haver se contaminado por haver pecado- mas adquiria o caráter total da doença. Esta significava a desgraça de estar longe da verdadeira fé e sua melhora fazia sentido na medida em que Aparecida reproduzia quase todos os dias sua conversão indo aos cultos quase diariamente. Passou a viver melhor com seu marido que progressivamente ganhou status dentro da igreja. Tomar medicações e ir ao médico passou então a ter o significado de não crer adequadamente em sua cura espiritual e física. Sua doença portanto não havia sido Aids, mas sim sua descrença e falta de fé.

Kleinman em *Patients and Healers in the Context of Culture* (1980) verifica diferentes práticas e modelos terapêuticos, sejam médicos ou não como parte de um mesmo sistema de saúde. O autor propõe que a medicina seja vista como um sistema passível de análise, como um sistema cultural de significados simbólicos, organizados em instituições sociais e padrões de relacionamentos interpessoais. Integraria diferentes componentes relacionados à doença existentes na vida social. Isto inclui padrões de crença da doença e suas causas, normas de escolha e avaliação de tratamentos, regras, papéis, relações de poder e as instituições envolvidas. Os componentes básicos deste sistema são pacientes e curadores cuja relação é mediada por configurações e significados culturais específicos. As crenças a respeito da doença, a forma com que as pessoas respondem diante dela, decisões e expectativas seriam parte deste sistema.

Uma pessoa procuraria práticas diferentes dentro deste sistema no sentido de definir significados para seu sofrimento. O procedimento de identificar diferentes formas de interpretação dentro de um mesmo sistema permite visualizar e discutir o fenômeno de adesão como um produto não de desobediência médica mas, no caso da interferência religiosa, como resultado de uma confrontação de diferentes concepções de sofrimento (ou de “doença”) e de intervenções relacionadas a ele. Permite ainda que seja abandonada momentaneamente a terminologia médica no sentido de procura de diferentes significados que pode adquirir o sofrimento, físico, moral e social.

Laplanche em a *Antropologia da Saúde* (1991) procura estabelecer relações dentro da própria biomedicina de “saúde” com salvação e de “doença” com punição. Segundo este autor, a “doença” pode ser vista como uma consequência de uma transgressão provocada pelo próprio paciente. Esta noção, dentro de uma concepção cristã, impregna a própria biomedicina num fenômeno de moralização da doença. Este fenômeno pode ser visto com facilidade dentro do exemplo bastante ilustrativo da Aids, na qual a construção de grupos de risco obedece também a lógica de estabelecer uma idéia de que a contaminação ocorre preferencialmente dentro de práticas desviantes. Para Laplanche, a idéia de transgressão implica em noções de responsabilidade, justiça e reparação que dizem respeito a comportamentos lesivos e ameaçadores à sociedade. No caso de pacientes imersos em práticas religiosas, a transgressão não decorreria apenas de práticas, como

observamos na vinheta, mas de crenças “desviantes” em relação ao que é pregado nos cultos.

Além disso, algumas características das próprias igrejas pentecostais vão ao encontro deste fenômeno. Inicialmente, igrejas pentecostais têm num de seus pontos de referência a existência de práticas terapêuticas em seus cultos. Outra característica diz respeito ao proselitismo- característica de uma religião em tolerar ou não o trânsito dos fiéis por outras denominações religiosas durante o período em que fazem parte de uma igreja. Neste sentido, igrejas pentecostais toleram pouco que seus fiéis freqüentem cultos de outras religiões.

Concepções biomédicas que implicam em adesão medicamentosa, ida a consultas e crença no discurso médico confrontam-se com o proselitismo de algumas igrejas pentecostais. O discurso médico, por sua vez, também incorpora muitas das noções de proselitismo algo análogas as do pentecostalismo.

Laplantine, na mesma obra citada, discorre sobre a peculiaridade do modelo sanitário representar uma explicação totalizante da doença, na medida em que articula a doença ao social. Não se restringe à mera aplicação de procedimentos científicos, mas enuncia o que é bom, o é correto como comportamento, que deve ser feito e instaura uma noção de esperança em relação aos procedimentos propostos. A biomedicina pune a desobediência, a transgressão e luta contra o charlatanismo, em decorrência de um conjunto de concepções de etiologia, em certo sentido tal como faz o pentecostalismo.

O confronto entre a biomedicina e as igrejas pentecostais se dá nos dois sentidos, quer seja com a negação de concepções relativas a crenças religiosas por parte dos médicos, quer seja pela negação de concepções médicas em igrejas pentecostais. Este fenômeno pode, muitas vezes, tornar conflitantes as crenças envolvidas diante de um mesmo problema (Aids, no caso).

Igrejas pentecostais por sua vez articulam freqüentemente a idéia de cura a salvação, numa perspectiva que ultrapassa o aspecto físico. É bastante ilustrativo (e facilmente encontrado na prática clínica) a procura de pacientes com Aids à Igreja Universal do Reino de Deus. O principal culto desta igreja ocorre na sexta-feira e tem em seus objetivos propiciar cura para pacientes que têm sido mal sucedidos na procura de ajuda em diversos modelos terapêuticos, particularmente no biomédico. Este culto, chamado de

Dia da Libertação, reúne todos os males, independente do seu caráter moral, biológico ou espiritual como resultado da presença do demônio na vida do fiel. Assim, homossexualismo, drogadição, alcoolismo ou doenças físicas como Aids possuem explicação comum. A ida ao culto tem um caráter terapêutico dentro do modelo proposto pela igreja. Este fato vai ao encontro com o achado de que pacientes com baixa adesão têm significativamente maior frequência a cultos religiosos que pacientes com alta adesão. Mais que um antagonismo de modelos terapêuticos, este achado expressa que existe um antagonismo de dois diferentes sistemas que incluem crenças e condutas terapêuticas.

Este mesmo modelo explicativo pode servir para a compreensão da melhor adesão de pacientes que acreditam mais no que é dito pelo médico e daqueles que têm uma visão mais realista do tratamento para Aids. Metade dos pacientes com ótima adesão responderam que as medicações irão apenas controlar a doença e seu uso será contínuo. Entrevistados com pior adesão medicamentosa, por sua vez, responderam com maior frequência que as medicações têm papel curativo ou que poderão interromper seu uso algum dia.

A simples crença de melhora não explica porque pacientes que alimentam a idéia de que serão efetivamente curados com o uso de antirretrovirais não tenham adesão melhor do que aqueles que possuem uma visão realista sobre o objetivo do tratamento. Talvez estes dois achados ajudem a caracterizar um grupo de pacientes com boa adesão, pragmáticos e imersos em concepções de cura e doença norteadas por referenciais biomédicos. Este grupo possuiria ainda crenças (confiança no médico) e práticas (adesão medicamentosa) congruentes a estes referenciais.

Por outro lado, pacientes que têm certeza de seu diagnóstico de HIV apresentam melhor adesão. A certeza em relação ao diagnóstico implica em assumir uma condição e identidade de paciente, passível de práticas terapêuticas de caráter médico. O paciente não passa a tomar medicações adequadamente pelo fato de descobrir que há algo errado consigo. O uso da medicação diz respeito a assumir um caráter médico deste sofrimento admitindo, conseqüentemente, um procedimento terapêutico congruente a esta assunção.

Da mesma forma, verificamos que um importante diferencial em relação a adesão medicamentosa relaciona-se a motivação para tratar-se. Tanto quando solicitamos que os entrevistados atribuíssem a si uma nota para sua motivação em tratar-se como quando separamos por categorias relativas à motivação, observamos que pacientes com alta adesão sentiam-se mais motivados. Envolver-se e estar motivado para o tratamento implica em crer no caráter médico do problema. Crer, portanto, no diagnóstico e nos procedimentos terapêuticos. Crer, enfim, no modelo explicativo e nas práticas subjacentes a ele.

5.5. MULHERES, DEPRESSÃO E ADESÃO MEDICAMENTOSA

Como foi descrito anteriormente, uma das particularidades da amostra estudada foi a grande quantidade de mulheres participantes (42,3%) do estudo, se comparado aos realizados em outros países. Não parece haver características do estudo que expliquem este achado como um erro decorrente do método empregado (“erro tipo 1”). Foram investigadas possíveis diferenças entre homens e mulheres que explicassem a diferença de adesão entre sujeitos do sexo feminino e masculino, não sendo encontradas diferenças significativas entre os gênero entre as variáveis estudadas.

O fato dos dados sugerirem uma pior adesão destas pacientes, maiores escores de sintomas depressivos, menor motivação para o tratamento e maior sensibilidade referida a efeitos colaterais sugere um perfil particular e que merece uma discussão mais aprofundada.

Uma primeira hipótese que articula estes dois primeiros achados (sintomas depressivos e adesão medicamentosa) diz respeito a uma possível relação entre estas duas variáveis. Pacientes do sexo feminino têm mais sintomas depressivos, sentem-se menos motivadas para tratar-se e por este motivo têm menor adesão medicamentosa. Por que mulheres têm mais sintomas depressivos e portanto pior adesão ? O que determina uma diferença relacionada à experiência da doença que torna mulheres mais susceptíveis à depressão ? Alguns estudos que abordam a forma com que pacientes lidam com a doença são úteis nesta discussão.

Davies (1997) abordou de forma existencialista a posição de pacientes portadores do vírus há pelo menos cinco anos identificando três diferentes posições: indivíduos voltados para o presente, para o futuro e para um presente vazio. A primeira posição representaria um processo adaptativo à idéia da fatalidade da doença. A segunda posição representaria uma não adaptação e os pacientes nesta condição viveriam de forma análoga a maioria das pessoas. Pessoas que vivem um "presente vazio" se encontram diante da idéia da fatalidade da doença mas, ao mesmo tempo, não conseguem ver a possibilidade de viver em função do presente de forma satisfatória. Pacientes que apresentam quadros depressivos freqüentemente carregam seus relatos com estes elementos:

MV, 49 anos, manicure, separada, católica. Até cinco anos antes de ser atendida, "sua vida havia sido perfeitamente normal", era casada, tinha, um bom emprego e, apesar de seu relacionamento com o marido ser distante, tinha com ele um bom convívio diário. Há quatro anos seu marido pediu divórcio e a paciente contraiu Aids , após a separação. Estava totalmente assintomática no início do quadro depressivo. Segundo ela "...nas primeiras semanas achei que iria morrer logo mas me agarrei no tratamento para levar a vida para frente. Não contei para ninguém sobre o diagnóstico- dizia que ia ao médico por causa de um cisto no ovário. Depois de muitos meses tomando remédios meus exames estão normais e eu posso fazer planos. Mas sei que tenho que tomar os remédios e que estou doente. E sei que sempre vou estar doente, mesmo que ninguém veja."

Bartos (2000) realizou um estudo com 76 pacientes com sorologia positiva para HIV, sintomáticos ou não e definiu três formas destes pacientes lidarem com sua subjetividade em relação a experiência da doença. Alguns pacientes viviam doença como uma carreira, alguns viviam o HIV como uma identidade e um terceiro grupo identificava o HIV como uma experiência pessoal. Os autores identificaram estas três formas de subjetivação como moduladoras da relação destes pacientes consigo e com a comunidade. Estas vivências interferiam ainda na adesão medicamentosa e práticas sexuais dos pacientes estudados. Segundo o autor, mulheres e homens heterossexuais vivem Aids como uma experiência e apresentam menor adesão medicamentosa. Em contraste, indivíduos que vivenciam a doença como uma carreira e apresentam adesão excessiva e práticas sexuais dependentes de sua condição.

Algumas condições tornam pacientes do sexo feminino mais propensas a terem uma experiência relacionada à doença mais geradora de sofrimento que pacientes do sexo masculino. A vivência de pessoas contaminadas pelo vírus da Aids não se limita a experimentar transformações físicas relacionadas a infecções às quais os pacientes ficam sujeitos. Adoecer não é uma realidade apenas pessoal, mas sujeita a ser experimentada socialmente. Mais do que em outras doenças infecciosas e fatais, o paciente com Aids é exposto a processos de segregação e exclusão potencialmente relacionadas de sofrimento psíquico.

Na década de 80, a expansão do número de infectados com o vírus da Aids voltou órgãos de saúde para a identificação de populações que seriam mais propensas a disseminar a doença. Neste âmbito, surgiu a idéia de grupos de risco e de alto risco nos quais a incidência de Aids era maior e cujas práticas (“comportamentos de risco”) diferiam dos hábitos da população geral. Tais grupos passaram a ser estudados e identificados de forma particular, principalmente em relação aos seus hábitos e práticas sexuais- como uso de drogas e número de parceiros. A caracterização destes grupos não se limitou aos costumes mas, tomando como referência possíveis origens e fontes demográficas do vírus, foram estudados afro-americanos, haitianos e latinos. Schiller (1994) discute esta identificação entre Aids e tais grupos como análogo a outros fenômenos ocorridos no ocidente ao atribuir uma doença letal a populações bem delimitadas. Caracterizar tais fontes de contágio como culturas constituiria um processo de identificação do perigo como externo à sociedade.

Mais do que servir como categoria que incorpore homossexuais, usuários de drogas e prostitutas, Aids sintetiza e serve como metáfora a estas condições. O paciente com HIV/Aids não somente “tem” a doença mas incorpora uma condição social, passando a ser identificado por ela. Pacientes com HIV/Aids que desenvolvem quadros depressivos relatam freqüentemente dificuldades em falar que são portadores do vírus. Não raro descreverem-se numa condição em que têm de optar em viver uma situação de "segredo" ou de discriminação:

"MM, 32 anos, advogada, vive em Paulínia (SP), soropositiva para o vírus HIV há 5 anos, com diversos episódios de abandono de tratamento. Desde o início da doença não manteve nenhum namoro por mais de duas semanas porque não conseguiu contar a nenhum de seus parceiros que era portadora do vírus. Desde o diagnóstico não teve qualquer relação sexual. Apresentou um quadro depressivo quando sua mãe descobriu que vinha sendo acompanhada por Aids. Em seu relato dizia que "...nunca fiz nada para ter esta coisa. Sempre me comportei, não usava drogas tive poucos parceiros. Eu me sinto suja. Tomo medicações e me sinto uma prostituta por estar desse jeito. Não sou uma prostituta mas o que tenho "coisas" em comum com elas. Eu não conseguiria explicar no meu trabalho a diferença entre nós se descobrissem que tenho Aids".

A mudança do perfil da epidemia nos últimos anos fez com que o número de mulheres com Aids se tornasse mais significativo. Ainda que vários destes contágios aconteça dentro de relações conjugais estáveis, é forte a idéia de que Aids associa-se à sujeira e promiscuidade sexual. Sacks (1996) analisou o discurso presente na mídia a respeito de mulheres com Aids e verificou como este reproduz normas de comportamento sexual. O duplo caráter da mulher com Aids- responsável pela contaminação (prostituição/promiscuidade) e vítima na contaminação (infecção dentro do casamento)- dá a ela hoje um caráter ambíguo.

O fato do paciente identificar-se ou não com todo um imaginário ligado à doença pode ter um papel importante para o indivíduo desenvolver ou não um quadro depressivo. Um estudo (Adams, 1997) realizado em pacientes com asma, outra doença crônica, aponta para formas com que pacientes aceitam ou rejeitam idéias relacionadas às sua doença como forma de identificarem-se mais ou menos com elas. Pacientes que aceitam melhor a identidade de doentes são criativos em conciliar esta condição a outras identidades sociais, não vendo-as como excludentes. O caso de Aids apresenta várias particularidades e, entre elas, a necessidade de saídas mais criativas para a aceitação de uma identidade que reúne e sintetiza diferentes formas de desvio. A identificação que pacientes femininas apresentam com os significados associados à Aids parece ser particularmente penosa.

O fato de pacientes femininas serem identificadas a uma doença que freqüentemente as coloca numa condição geradora de sofrimento, o que se expressa no escore de sintomas depressivos, interfere diretamente na adesão medicamentosa. Desta forma, existe tanto uma via direta quanto indireta de interferência na adesão. Conrad (1985) estudou pacientes com epilepsia e o duplo significado que adquire a medicação na medida em que impede a manifestação da doença ao mesmo tempo que a reafirma e reproduz. O uso de antirretrovirais reproduz uma condição de exclusão, desamparo, mobilizando representações ligadas a sujeira e promiscuidade que interferem no uso destas drogas.

Além da questão relacionada à identidade, ocorrem diversos problemas mais concretos que tornam mulheres com Aids mais propensas a desenvolverem quadros depressivos. Campbell (1990) em face da mudança do perfil epidemiológico da doença, com o crescimento da proporção de pacientes do sexo feminino, apontou para o fato de que Aids interfere nos vários papéis sociais desempenhados por mulheres.

Para a autora, pacientes femininas freqüentemente desempenham o papel de cuidadoras do lar, o que gera uma preocupação relacionada com o futuro de sua família após sua morte. A existência de contaminação vertical cria: 1- uma preocupação adicional ao tratamento 2- um sentimento de culpa e pesar pela responsabilidade da contaminação. Mulheres (na ocasião em que o artigo foi escrito e nos EUA) não possuíam o mesmo suporte social para o tratamento, que freqüentemente envolvia outras pessoas além da própria paciente. O fato de mulheres estarem mais sujeitas a discriminação tornava-as mais passíveis de perda de suporte familiar, ao isolamento e a possibilidade de ter de manter sua condição de saúde em segredo. Este último dado é corroborado por achados que tivemos em nosso estudo.

5.6. ADESÃO MEDICAMENTOSA

Adesão medicamentosa é um fenômeno complexo, que ultrapassa a medida da porcentagem dos comprimidos tomados. Conforme mostram os dados, parece envolver aspectos externos à medicação, como relação médico-paciente e da identificação do

paciente com o sistema terapêutico. Ainda que a literatura procure observar adesão medicamentosa dentro de uma perspectiva explicitamente pragmática, uma vez que define o sucesso ou não de um tratamento, uma literatura mais crítica discute outros aspectos da *compliance*.

Além do fato de artigos conceituais mais críticos mostrarem a existência de uma diversidade no sentido que pode ser atribuído à idéia de *compliance*, apresentam uma tentativa de estabelecer uma relação entre o fenômeno e o contato entre o profissional de saúde e o paciente. Tomando a prescrição médica e seu seguimento como referência, *compliance* torna-se uma demonstração do poder envolvido nesta relação. Hayes-Bautista (1976) verificou que pacientes desenvolvem comportamentos “próprios” relacionados ao uso de medicações no sentido de deter controle em relação ao próprio tratamento. O autor encara a *non-compliance* como uma demonstração deste controle, como um conjunto de práticas (e táticas) para diminuir a assimetria existente entre o poder do médico e do paciente durante o tratamento. Modificar a prescrição proposta seria uma forma do paciente apropriar-se do poder médico.

Conrad (1985) propõe outro modelo explicativo para o controle exercido pelo próprio paciente sobre as medicações das quais faz uso. O autor trabalha com o conceito de “Health Belief Model” perspectiva baseada na idéia de que o comportamento do paciente é controlado por decisões racionais tomadas em função de probabilidades subjetivas. Pacientes têm melhor adesão quando a doença, ao seu ver, pode trazer sérias conseqüências ao seu funcionamento diário. Baseia-se, portanto, em relações que o paciente estabelece entre susceptibilidade, gravidade, custo e benefícios.

Para Conrad, ainda, pacientes tenderiam a desenvolver uma auto- regulagem (“self-regulation”) das tomadas de medicações- seu tratamento seria formalmente modificado em algumas situações. Por exemplo, deixam de tomar remédios prescritos quando usam bebidas alcóolicas e “compensam” perdas de dose posteriormente. Este conceito permite que os pacientes não sejam divididos em grupos de alta e baixa adesão. Praticamente todos os pacientes têm posturas próprias que implicam em não seguir adequadamente orientações em algum momento do tratamento. A relação que o paciente estabelece com a medicação e com a doença sofreria forte influência dos significados atribuídos a elas. Para o autor, a medicação carrega uma ambigüidade- ao mesmo tempo

que controla a doença e não deixa que ela se manifeste, a reproduz. Por um lado, pacientes encontram em seu uso a garantia de normalidade associando o uso da medicação a um bem estar psicológico. Por outro lado sentem-se doentes apenas ao tomar a medicação.

O *setting* do presente estudo envolveu pacientes que raramente eram vistos mais de uma vez pelo mesmo médico. Para que haja uma negociação sobre a medicação, é necessário a existência de uma relação em que hajam regras, papéis e flexibilidade (ou mesmo a transgressão) destas. A troca de médico pode impossibilitar esta barganha, levando ao paciente do uso de recursos próprios no sentido de diminuir a assimetria da relação. O fato de não haver interlocução que possibilite uma negociação pode fazer com que pacientes tendam a desenvolverem comportamentos próprios em relação ao uso de antirretrovirais. Infelizmente, o desenho do presente estudo não permite avaliar o papel exato desempenhado pela troca de médico na relação com o paciente. Outra dificuldade presente neste tipo de abordagem é apontado por Garrity (1981). Este autor discute a dificuldade em se estabelecer uma forma adequada de estudo da relação médico-paciente, uma vez que existe um sigilo característico neste encontro- a consulta médica.

Os dados encontrados apontam fortemente para a importância de aspectos voltados para a relação médico-paciente na adesão medicamentosa a antirretrovirais. Confiança no diagnóstico, no discurso médico, clareza nos objetivos do tratamento e motivação são variáveis que podem ser transformadas durante o contato estabelecido numa consulta e na relação de um paciente com um sistema terapêutico. Da mesma forma, possibilitar um sistema de trocas durante este contato permite que diferentes sistemas de cura não se contraponham, mas coexistam, o que torna para o paciente menos conflitiva a postura de submeter-se a orientações médicas.

Os dados encontrados demonstram ainda que o comportamento tanto de adesão quanto de não adesão é sobretudo ambíguo e pouco linear. Pacientes que acreditam que a medicação irá curá-los tomam-na irregularmente; parte da amostra vai às consultas sem acreditar na sua doença. Na medida em que partimos de uma categoria essencialmente médica e pragmática- adesão medicamentosa- é fácil perder a dimensão do conflito gerado pela condição em que estas pessoas vivem. Talvez este conflito e sofrimento, também presente nos dados colhidos, explique e seja retratado na complexidade do fenômeno da adesão medicamentosa.



6. CONCLUSÕES

No capítulo anterior procuramos discutir alguns achados que inicialmente nos pareceram surpreendentes, particularmente a inesperada baixa adesão medicamentosa entre pacientes do sexo feminino que foi confirmada na regressão logística binária. Consideramos este achado importante ainda que tenha de ser replicado em amostras maiores e sem as especificidades que apresenta o campo e os sujeitos do estudo. É importante salientar o aspecto clínico e operacional deste achado no sentido de despertar a atenção de profissionais que trabalham diretamente com Aids.

Outro dado relevante diz respeito a importância dos aspectos relacionados à relação médico-paciente, como confiança no diagnóstico e no discurso médico, além da motivação para o tratamento que pode ser estimulada e reproduzida nesta relação dentro de ambulatórios e consultórios. Mais uma vez este dado parece ser operacionalmente relevante, uma vez que pode ser instrumentalizado no contato usual com pacientes.

Por fim, com todas as ressalvas sobre o limitado poder de generalização deste estudo, observamos que adesão medicamentosa é um fenômeno complexo e que relaciona-se às crenças relacionadas ao sofrimento vivido pelo paciente. Adesão medicamentosa exige do paciente a convergência a um modelo explicativo de doença e aos procedimentos voltados para este. Tomar regularmente uma medicação pode ser visto de forma prática como um procedimento simples. Entretanto, admitir um diagnóstico, seguir ordens de uma autoridade médica e estar motivado para tal, requer uma visão de mundo muito específica. Neste ponto reside a principal necessidade para estudos futuros: observar o fenômeno de adesão medicamentosa além do olhar da prescrição e da sua obediência, mas com os olhos dos pacientes. Com todos os significados que este fenômeno pode comportar.



7. SUMMARY

Introduction- Adherence to HAAD is one of most important aspects associated to success of Aids/HIV treatment. Some data suggests some particularities in Brazilian and South American epidemic both in the dynamics of disease distribution and population use of health services. Objectives- This study tests if some demographic, psychosocial and psychiatric variables are involved in non-adherence to HAAD in a Brazilian sample. Method- 78 HIV randomized serum positive outpatients in use of HAAD were interviewed. These patients were in regular treatment at an University outpatient clinic in Campinas, Brazil. The interview included socio demographic data, questions about motivation for treatment, trust in medical discourse and diagnosis and patients' reserve about disease. Adherence was measured dividing the number of pills which patients related they'd taken during the week before interview by the number of pills prescribed registered in the medical file. Results- Female patients had worse adherence to HAAD than male patients did ($p= 0,001$). Female patients have more depressive symptoms (measured with HADS) than male patients ($p=0,04$). Non-adherent patients were less motivated ($p=0,001$) than adherent ones. Non-adherent patients also have a less realistic perspective of treatment objectives and doubts about medical discourse and diagnosis. There were no associations between compliance and alcohol or illicit drugs consumption in this sample. Depressive and anxiety symptoms measure by HADS were associated to less motivation for treatment. Discussion- these data suggest that confidence in medical orientations and a pragmatic vision of objectives of treatment may be key factors for good adherence in Aids/HIV treatment. Treatment motivation was influenced both by depressive symptoms and medical-patient relationship.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams S, Pill R, Jones A. *Medication, Chronic Illness and Identity: the Perspective of People with Asthma*. *Social. Science and Medicine* 45-2 189-201, 1997.
2. Atkinson JH, Grant I. *Natural History of Neuropsychiatric Manifestations of HIV Disease*. *Psychiatry Clinic North American* 1993 Mar; 17 (1): 17-33.
3. Bartos M, McDonald K. *HIV as Identity, Experience or Career*. *Aids Care*; 12(3): 299-306, Jun 2000.
4. Becker MH, Maiman LA *Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations* *Medical Care*, January 1975 vol XII, n 1
5. Botega NJ. *Reação à Doença e à Hospitalização* in *Prática psiquiátrica no hospital geral- interconsulta e emergência*. Artmed Editora pp43-59. Campinas 2002.
6. Botega NJ, Bio MR, Zomingani MA e cols. *Transtornos de Humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão*. *Revista de Saúde Pública* 29 (5): 355-363 (1995).
7. Brown GR, Rundell JR. *Prospective Study of Psychiatric Morbidity in HIV-Seropositive Women Without Aids*. *General Hospital Psychiatry* 1990 Jan; 12 (1): 30-35.
8. Campbell CA. *Women and Aids*. *Social Science and Medicine* Vol 30 n 4, pp 407-415. 1990.
9. Ciesla JA, Roberts JE. *Meta-analysis of the Relationship between HIV Infection and risk for depressive disorders*. *American Journal of Psychiatry* 158; 5, may, 2001.
10. Conrad P. *The Meaning of Medications: Another Look at Compliance*. *Social Science and Medicine* vol 20 n1, p. 29-37, 1985.
11. Davies ML. *Shattered Assumptions: Time and the experience of long-term HIV Positivity*. *Social Science and. Medicine* 1997 Mar; 44 (5): 561-71.

12. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. *Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment*. Archives of Internal Medicine. 2000; 160: 2101-2107.
13. Garrity TF. *Medical Compliance and the Clinician-Patient Relationship: a Review*. Social Science and Medicine 1, 15E, 215-222, 1981.
14. Gifford AL, Bormann JE, Shively MJ, Right BC, Richman DD, Bozzette SA. *Predictors of Self Report Adherence and Plasma HIV Concentrations in Patients on Multidrug Antiretroviral Regimens*. Journal of Acquired immune deficiency syndroms. 23, 2000, 386-385.
15. Gordillo V, del Amo J, Soriano V, González-Lahoz J. *Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy*. Aids 1999, 13: 1763-1769.
16. Greif GL, Price C. *A Community-based Support Grup for HIV Positive IV Drug Abusers: the HERO Program*. Journal of Substance Abuse Treatment 1988;263-6.
17. Grubb NR, O'Carroll R, Cobbe SM, Sirel J, Fox KA. *Chronic Memory Impairment After Cardiac Arrest Outside Hospital*. British Medical Journal 1996 Jul 20; 313 (7050): 143-6.
18. Havlir D, Richman D. *Viral Dynamics of HIV: Implications for Drug Development and Therapeutic Strategies*. Annual Internal Medicine 1996; 124: 984-994.
19. Hayes-Bautista DE. *Modifying the treatment: patient compliance, patient control and medical care*. 1976 Social Science and Medicine Vol 10, 233-238.
20. Herrmann C. *International Experiences with the HAD- a Review of Validation Data and Clinical Results*. Journal of Psychosomatic Research 42 (1): 17-41, 1997.
21. Holzemer WL and cols. *Predictors of self adherence in persons living with HIV disease*. Aids Patient Care STDS 1999 mar; 13 (3): 185-97.

22. Judd F, Mijch A, McCausland J, Cockram A. *Depressive Symptoms in Patients with HIV Infection: a Further Exploration*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1997 Dec; 31(6): 862-8.
23. Kalichman SC, Ramachindraz B, Catz S. *Adherence to Combination antiretroviral therapy in HIV patients of low health literacy*. Journal of General Internal Medicine. 1999 May; 14 (5): 315-317.
24. Kelly B, Raphael B, Judd F, Perdices M, Kernutt G, Biderman DJ et cols. *Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and HIV Infection*. Psychosomatics 1998 Sep-Oct; 39(5):405-15.
25. Laplantine F. *Antropologia da Doença*. Livraria Martins Fontes, Primeira Edição brasileira, 1991. São Paulo.
26. Lego S. *Psicoterapia de Grupo com Pessoas Infectadas pelo HIV e com os que lhes Prestam Cuidados* in Compêndio de Psicoterapia de Grupo. Kaplan H, Sadock B. Porto Alegre, Artes Médicas. 1996.
27. Lipsitz J, Willian J, Rabkin N, et al. *Psychopathology in male and female intravenous drug users with and without HIV infection*. American Journal of Psychiatry 1994, 151: 1662-1668.
28. Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture- the explaration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry* (1980).University of California Press, Los Angeles.
29. Lyketson C, Hoover D, Guccione M et al. *Changes in depressive symptoms as Aids develops*. American Journal of Psychiatry 1996, 153: 1430-1437.
30. Maj M. *Depressive syndromes and symptoms in subjects with human immunodeficiency virus (HIV) infection*. British Journal of Psychiatry Suppl 1996 Jun;(30):117-22.

31. Malbergier A, Andrade AG. *Transtornos Depressivos em Usuário de Drogas Injetáveis Infectados pelo HIV: um Estudo Controlado*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21 (4), 1999 217-224.
32. Markowitz JC, Rabkin JG, Perry SW. *Treating Depression in HIV positive patients*. Aids 1994, 8: 403-412.
33. Mayne T, Vittinghoff E, Chesney M et al. *Depressive effect and survival among gay and bisexual men infected with HIV*. Archives of General Psychiatry 1996, 156: 2233-2238.
34. McKegney FP, O'Dowd A. *Suicidality and HIV Status*. American Journal of Psychiatry 1992; 149:396-398.
35. Mehta S, Moore RD, Graham NMH. *Potential Factors Affecting Adherence With HIV Therapy*. Aids, 1997, 11: 1665-1670.
36. Michener HA, Burt MR. *Components of Authority as Determinants of Compliance*. Journal of Personality and Social Psychology 1975, Vol. 31, n4, 606-614
37. Murri R, Ammassari A, Gallicano K, De Luca A, Cingolani A. *Patient-reported nonadherence to HAART is Related to Protease Inhibitor Levels*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 24(2): 123-8, 2000 Jun 1.
38. Musacchio AZ, D'Agnone OA. *Aids and Drug Abuse: Some Aspects of Psychiatric Consultation*. Medical Law, 1989; 8(2): 119-23.
39. Norusis MJ. *SPSS Manual*. SPSS Inc., Chicago, 1994.
40. O'Dowd MA, Biderman DJ, McKegney FP. *Incidence of Suicidality in Aids and HIV-positive Patients Attending a Psychiatry Outpatient Program*. Psychosomatic 1993 Jan-Feb; 34(1): 33-40.
41. Perry S, Jacobsberg L, Fishman B. *Suicidal ideation and HIV testing*. JAMA 1990 Feb 2;263(5):679-82 .

42. Peterson D, Swindells S, Mohr J, et al. *How much adherence is enough ? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMSCaps*. Sixty Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago 1999.
43. Roberts KJ, Mann T. *Barriers to antiretroviral medication adherence in HIV-infected women*. *Aids Care* 2000 Aug; 12 (4): 277-86.
44. Rodrigues-Rosado R, Jimenez-Nacher J, Sorino V, Anton P, González-Labroz J. *Virological Failure and Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV-infected Patients*. *Aids*, vol 12 n 9, 1998.
45. Sacks V. *Women and Aids: an Analysis of Media Misrepresentations*. *Social Science and Medicine* vol 42 n 1 pp 59-73, 1996.
46. Schiller NG, Crystal S, Denver-Lewellen D. *Risky Business: The Cultural Construction of Aids Risk Groups*. *Social Science and Medicine* 38 n10-. 1337-1346, 1994.
47. Seth R, Granville-Grossaman K, Goldmeier D, Lynch S. *Psychiatric Illness in Patients with HIV Infection and Aids Referred to the Liaison Psychiatrist*. *British Journal of Psychiatry* 1991, 159, 347-350.
48. Singh N, Squier C, Sivek C, et al. *Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance*. *AIDS Care*, 1996, 8: 261-269.
49. Stone VE, Hogan JW, Schuman P, Rompalo AM, Howard AA, Korkontzelou C, Smith DK. *Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the her study*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* October 1;28(2): 124-131. 2001.
50. Vanhove GF, Gries JM, Verotta D, Sheiner LB, Coombs R, Collier AC, Blaschke. *Exposure-response relationships for saquinavir, zidovudine, and zalcitabine in combination therapy*. *Antimicrobial Agents Chemotherapy*, 1997 November; 41 (11): 2433-8.

51. Walsh JC, Jones CD, Barnes EA, Gazzard BG, Mitchell SM. *Increasing survival in AIDS patients with cytomegalovirus retinitis treated with combination antiretroviral therapy including HIV protease inhibitors.* AIDS 1998, April 16; 12(6): 613-618.
52. Walsh JC, Horne R, Dalton M, Burgess AP, Gazzard BG. *Reason for non-adherence to antiretroviral Therapy: patients' perspectives provide evidence of multiple causes.* Aids Care, december: 13(6): 709-20, 2001.
53. Weidle PJ, Ganera CE, Irwin KL, McGowan JP, Ernst JA, Olivo N, Holmberg SD. *Adherence to Antiretroviral Medications in an Inner-City Population.* Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome; 22(5): 498-502, 1999 Dec 15.
54. Zorrilla E, McKay J, Luboesky L, Schimidt K. *Relation of Stressors and Depressive Symptoms to Clinical Progression of Viral Illness.* American Journal of Psychiatry 1996. 153: 626-635.
55. Zigmond AS, Snaith RP (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale.* Acta Psychiatrica Scandinavica 67: 361-370.



9. ANEXOS

Consentimento pós-informação

Gostaríamos que você respondesse a este questionário e participasse de um estudo sobre o uso de medicamentos em pessoas que têm Aids. Nem todas as perguntas são diretamente relacionadas a este tema mas imaginamos que de certa forma estes dados são importantes e vão contribuir para que possamos propor formas de tratamento mais adequadas para pessoas como você. Todos os dados relacionados a esta pesquisa são sigilosos: mesmo o médico que está cuidando de você aqui neste ambulatório não terá acesso a suas respostas. As informações que você irá me fornecer serão tratadas dentro de uma análise estatística o que lhe garante total sigilo. Não responder a este questionário não interfere, de forma alguma, em seu tratamento no Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Para que este estudo possa ajudar mais tarde no tratamento de pessoas com Aids, é muito importante que você responda às perguntas de forma bastante sincera. Caso algumas delas sejam incômodas, você pode se recusar a responder. O importante é que as respostas dadas correspondam à verdade. Obrigado.

Concordo em responder ao questionário após haver sido informado sobre a natureza do estudo.

Assinatura _____ RG _____ data ___/___/___

Dados Sócio-demográficos

Nome- _____ Gênero- M F

Profissão- _____

Ia) Qual sua idade ? _____

Ib) Você estudou até que série ? (anos de estudo com sucesso) _____

Ic) Você é

- 1- Solteiro
- 2- Casado/amasiado
- 3- Separado
- 4- Divorciado
- 5- Viúvo
- 6- Outros

Id) Você vive

- 1- sozinho
- 2- com seus pais
- 3- com sua esposa
- 4- com sua esposa e filhos
- 5- Outros- _____

Ie) Atualmente você está

- 1- Empregado
- 2- Desempregado
- 3- Afastado temporariamente do trabalho
- 4- Aposentado por tempo de serviço
- 5- Aposentado por invalidez pelo fato de ter o vírus HIV
- 6- Aposentado por invalidez por outros motivos
- 7- Dona de casa
- 8- outros _____

If) Quanto a sua religião

- 1- Você é católico
- 2- Você é pentecostal/crente
- 3- Você é protestante tradicional- batista, presbiteriano
- 4- Você é espírita
- 5- Outras religiões especificar _____
- 6- Frequenta mais de uma religião especificar _____

Ig) Quantas vezes, no último mês, você foi à igreja ou a algum culto, missa de sua religião ? _____

Ih) Onde você nasceu ? Cidade _____ Estado _____
Em que cidade você vive atualmente ? _____

Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral

Marque com um “x” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido **na última semana**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

a) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 a maior parte do tempo
- 2 boa parte do tempo
- 1 de vez em quando
- 0 nunca

b) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 sim, do mesmo jeito que antes
- 1 não tanto quanto antes
- 2 só um pouco
- 3 já não sinto mais prazer em nada

c) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 sim, e de um jeito muito forte
- 2 sim, mas não tão forte
- 1 um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 não sinto nada disso

d) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 do mesmo jeito que antes
- 1 atualmente um pouco menos
- 2 atualmente bem menos
- 3 não consigo mais

d) Estou com a cabeça cheia de preocupações

- 3 a maior parte do tempo
- 2 boa parte do tempo
- 1 de vez em quando
- 0 raramente

e) Eu me sinto alegre:

- 3 nunca
- 2 poucas vezes
- 1 muitas vezes
- 0 a maior parte do tempo

f) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 sim, quase sempre
- 1 muitas vezes
- 2 poucas vezes
- 3 nunca

g) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 quase sempre
- 2 muitas vezes
- 1 de vez em quando
- 0 nunca

h) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago

- 0 nunca
- 1 de vez em quando
- 2 muitas vezes
- 3 quase sempre

i) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência

- 3 completamente
- 2 não estou mais me cuidando como eu deveria
- 1 talvez não tanto quanto antes
- 0 me cuido do mesmo jeito do que antes

j) Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum

- 3 sim, demais
- 2 bastante
- 1 um pouco
- 0 não me sinto assim

k) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 do mesmo jeito que antes
- 1 um pouco menos do que antes
- 2 bem menos do que antes
- 3 quase nunca

l) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico

- 3 a quase todo momento
- 2 várias vezes
- 1 de vez em quando
- 0 não sinto isso

m) Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa

- 0 quase sempre
- 1 várias vezes
- 2 poucas vezes
- 3 quase nunca

Questões relacionadas a saúde mental e antecedentes psiquiátricos

1) Você já foi atendido por psiquiatra, psicólogo ou outro profissional de saúde mental ?

- 1- Sim Qual _____
2- Não

2) Você já tomou algum calmante, remédio para dormir ou remédio psiquiátrico ?

- 1- Sim Qual o nome ? _____ Que tipo de remédio era ?
Antidepressivo, calmante/ansiolítico, remédio para dormir ? 2) Não fez uso

3) Você já foi internado em hospitais psiquiátricos ou enfermarias de psiquiatria alguma vez ?

- 1- Sim Quantas vezes ? _____
2- Não

4) Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, como cerveja, vinho, pinga, conhaque, etc:

- 1- Você não tomou nada no último ano
2- Você tomou bebidas alcoólicas entre uma e três vezes no último mês
3- Você tomou entre 3 e 6 vezes no último mês
4- Você tomou mais de 6 vezes no último mês
5- Você tomou mais de 20 vezes no último mês Especificar _____

5) Em relação a drogas ilícitas como maconha, cocaína em pó, crack, bolinhas, anfetamina, cogumelo, LSD e outros

- 1- Você nunca usou nada disso
2- Você não usa nada disso há pelo menos um ano
3- Você não usa nada disso há pelo menos um mês
4- Você fez uso entre uma e três vezes no último mês
5- Você fez uso entre 3 e 6 vezes no último mês
6- Você fez uso entre 6 e 20 vezes no último mês
Você fez uso mais de 20 vezes no último mês Especificar _____

Perguntas relacionadas à adesão medicamentosa

a) - Durante **os últimos três meses** você tem tomado sua medicação ?

- 1- Sim, totalmente
- 2- Sim, parcialmente
- 3- Não, parei de tomar

b) - Durante **os últimos três meses** com que frequência você tem tomado suas medicações exatamente da forma com que seu médico lhe orientou ?

- 1- Todos os dias
- 2- todos os dias, mas perco algumas doses por semana
- 3- todos os dias, mas perco uma dose por dia
- 4- Quase todos os dias
- 5- Três ou quatro vezes por semana
- 6- Uma ou duas vezes por semana
- 7- Nunca
- 8- Não estou tomando medicações

c) - Com que frequência cada uma das afirmações que se seguem são corretas **nos últimos 3 meses**

1) Eu tenho dificuldades em seguir o que meu médico sugere em relação ao uso da medicação

- 1- Nunca
- 2- Raras vezes
- 3- Algumas vezes
- 4- Com alguma frequência

5- A maioria das vezes

6- Todas as vezes

2) Eu me sentia capaz de seguir os planos de tratamento de meu médico, **nos últimos 3 meses**

- 1- Nunca
- 2- Raras vezes
- 3- Algumas vezes
- 4- Com alguma frequência
- 5- A maioria das vezes
- 6- Todas as vezes

3) Eu achei fácil fazer o que meu médico me sugeriu **nos últimos 3 meses**

- 1- Nunca
- 2- Raras vezes
- 3- Algumas vezes
- 4- Com alguma frequência
- 5- A maioria das vezes
- 6- Todas as vezes

d) - Durante **a última semana** você tem tomado sua medicação ?

- 1- Sim, totalmente
- 2- Sim, parcialmente
- 3- Não, parei de tomar

e) - Durante **a última semana** com que frequência você tem tomado suas medicações exatamente da forma com que seu médico lhe orientou ?

- 1- Todos os dias
- 2- todos os dias, mas perco algumas doses por semana
- 3- todos os dias, mas perco uma dose por dia
- 4- Quase todos os dias
- 5- Três ou quatro vezes por semana
- 6- Uma ou duas vezes por semana
- 7- Nunca
- 8- Não estou tomando medicações

f) - Com que frequência cada uma das afirmações que se seguem são corretas **na última semana**

1) Eu tenho dificuldades em seguir o que meu médico sugere em relação ao uso da medicação (**nesta última semana**)

- 1- Nunca
- 2- Raras vezes
- 3- Algumas vezes
- 4- Com alguma frequência
- 5- A maioria das vezes
- 6- Todas as vezes

2) Eu me sentia capaz de seguir os planos de tratamento de meu médico em relação aos remédios (**nesta última semana**)

- 1- Nunca
- 2- Raras vezes
- 3- Algumas vezes
- 4- Com alguma frequência
- 5- A maioria das vezes
- 6- Todas as vezes

3) Eu achei fácil fazer o que meu médico me sugeriu nos última semana em relação ao uso de medicações (**nesta última semana**)

- 1- Nunca
- 2- Raras vezes
- 3- Algumas vezes
- 4- Com alguma freqüência
- 5- A maioria das vezes
- 6- Todas as vezes

g) De todos os comprimidos prescritos, quantos você deixou de tomar ontem ? ____

h) Quantos comprimidos você deixou de tomar na última semana ? ____

i) Quantos comprimidos você acha que deixou de tomar no último mês? ____

l) Você sabe o nome e a dosagem das medicações que o médico prescreveu ?

1- Não

2- Sim Quais _____

m) Quantos comprimidos você toma por dia: _____

IIIk) A quantas consultas você faltou no últimos 6 meses ?

- 1- Nenhuma 2- 1 consulta 3- 2 consultas 4- mais de duas
consultas

Questões relacionadas ao tratamento: motivação, crença no tratamento e no médico e presença de efeitos colaterais

1) Você acredita em tudo o que seu médico lhe diz nas consultas ?

- 1- Sim, acredito em tudo
- 2- Acredito na maioria das coisas que ele me diz
- 3- Acredito apenas em algumas coisas que ele me diz
- 4- Acredito muito pouco no que me dizem
- 5- Não acredito no que os médicos me dizem

2) Alguém o auxilia a tomar ou a lembrar-se de tomar sua medicação ?

- 1- Sim
- 2- Não

3) Você está convencido de seu diagnóstico de Aids/ portador do vírus HIV ?

- 1- Sim
- 2- Sim mas tenho dúvidas a este respeito eventualmente
- 3- Estou sempre duvidando deste diagnóstico
- 4- Não acredito que este seja meu diagnóstico

4) Todos nós sabemos que o tratamento de Aids traz várias dificuldades como a frequência das consultas, uso de muitos comprimidos todos os dias e até o uso de medicamentos em períodos em que o paciente não tem qualquer problema aparente.

Em relação à vontade de se tratar você.

- 1- Sente-se muito motivado no tratamento, não se importando com as dificuldades que ele lhe traz
- 2- Sente-se motivado mas desanima com frequência pelas dificuldades que aparecem
- 3- Sente-se pouco motivado pelas dificuldades mas continua fazendo acompanhamento
- 4- As dificuldades são muitas e você se sente desmotivado. Já pensou em largar o acompanhamento
- 5- Não tem motivação nenhuma: pensa freqüentemente em abandonar tudo

5) **Imagine uma escala que varia entre zero e dez. Se você fosse dar uma nota para sua vontade de tratar-se de Aids, que nota você daria ? Considere 0 como nenhuma vontade de tratar-se e 10 como a vontade máxima em se tratar.**

Nota _____

6) Em relação ao papel que o tratamento para Aids tem para você

- 1- O tratamento para Aids tem um papel central na minha vida: meus horários e atividades são organizados em função das medicações que tomo e de minhas consultas. Acho que a participação é grande demais e isto me incomoda
 - 2- O tratamento para Aids tem um papel central na minha vida: meus horários e atividades são organizados em função das medicações que tomo e de minhas consultas. Não me incomodo com isto.
 - 3- O tratamento para Aids tem um papel importante mas não central na minha vida. Acho, ainda assim, que deveria ter um papel menor.
 - 4- O tratamento para Aids tem um papel importante mas não central na minha vida. Acho que seu papel é adequado.
 - 5- O tratamento para Aids tem uma importância relativa para mim. Raramente tenho que mudar minha rotina em função do tratamento. Ainda assim, acho que a importância é grande demais.
 - 6- O tratamento para Aids tem uma importância relativa para mim. Raramente tenho que mudar minha rotina em função do tratamento. Acho sua importância adequada.
 - 7- O tratamento para Aids é bastante secundário em minha vida. Acho isto bom.
 - 8- O tratamento para Aids é bastante secundário em minha vida. Acho que deveria me preocupar mais.
 - 9- Eu não me importo com o tratamento e acho que está bom assim.
- Eu não me importo com o tratamento apesar de achar que deveria agir de outra forma.

7) Você acredita que estas medicações

- 1- Não ajudam muito
- 2- Irão controlar sua doença mas não poderei parar de tomar remédios
- 3- Ajudam a controlar a doença, mas não impedem que ela piore com o tempo
- 4- Irão curar sua doença um dia e não precisarei mais tomar remédios
- 5- Não ajudam nada
- 6- Irão curar a doença mas terei de tomá-las para o resto da vida

8) Ainda a respeito das medicações que você usa

- 1- Você acha que entende o suficiente a respeito delas
- 2- Acha que entende sobre elas mas gostaria de saber mais
- 3- Acha que entende pouco
- 4- Não entende nada sobre elas

9) **As medicações que você têm feito uso têm efeitos colaterais, como náuseas, vômitos, dor de estômago ou de barriga ?**

- 1- Sim, muitos efeitos colaterais importantes
- 2- Sim, alguns com alguma importância
- 3- Sim, poucos efeitos que incomodam
- 4- Sim, poucos efeitos mas que não incomodam
- 5- Nenhum efeito colateral

10) **Estes EC atrapalham o uso de seus medicamentos ?**

- 1- Não
- 2- Sim, atrapalham mas não impedem que eu tome as medicações corretamente
- 3- Sim, impedem que eu use a medicação de forma adequada
- 4- Sim, é impossível tomar as medicações corretamente
- 5- Não tenho efeitos colaterais

Privacidade e identificação com a doença

1) Você toma seus medicamentos na frente de outras pessoas ?

- 1- Sim, não me importo
- 2- Não de um modo geral
- 3- Nunca

2) Você toma seus medicamentos na frente de desconhecidos ?

- 1- Sim, de um modo geral não me importo
- 2- Não, de um modo geral evito tomar
- 3- Nunca

3) Você acha que a sua doença trouxe implicações para seu trabalho ?

- 1- Ninguém no meu trabalho sabe que eu tenho Aids
- 2- Não atrapalhou
- 3- Atrapalhou muito pouco
- 4- Um pouco
- 5- Atrapalhou bastante no trabalho
- 6- Tornou quase impossível trabalhar
- 7- Tornou impossível o trabalho
- 8- Não trabalho
- 9- Dona de casa

4) Você acha que o diagnóstico de Aids atrapalhou na sua relação com seus amigos ?

- 1- Meus amigos não sabem que eu tenho Aids
- 2- Não atrapalhou
- 3- Atrapalhou muito pouco
- 4- Um pouco
- 5- Atrapalhou bastante
- 6- Tornou quase impossível ter os mesmos amigos
- 7- Tornou impossível ter os mesmos amigos

5) Após o diagnóstico você já procurou ter relações pessoais (fazer amigos ou ter relacionamentos amorosos) com pessoas que também têm Aids ?

- 1- Sim
- 2- Não

6) Quais destas pessoas sabem que você tem sorologia positiva para Aids ?

- 1- Ninguém
- 2- Esposa /marido ?
- 3- Filhos
- 4- Seus pais ?
- 5- Seus irmãos ?
- 6- colegas de trabalho ?
- 7- Chefe no trabalho/ patrão ?
- 8- Amigos
- 9- Todos

7) Você sente-se à vontade de falar sobre as dificuldades relacionadas a sua doença para:

- 1- colegas de trabalho?
- 2- Filhos
- 3- Seus pais?
- 4- Seus irmãos?
- 5- Chefe no trabalho ?
- 6- Esposa, companheira /marido, companheiro ?
- 7- Amigos
- 8- Todos

9-Ninguém

8) Você se relaciona de preferência com pessoas contaminadas pelo vírus do HIV?

- 1- Sim
- 2- Não

9) Você procurou ou participa de alguma entidade que reúne pessoas com HIV ?

- 1- Não procurei e não me importo com isto
- 2- Não procurei mas isto me interessa
- 3- Procurei mas não encontrei nenhuma entidade
- 4- Procurei e encontrei mas não continuei freqüentando
- 5- Vou esporadicamente a uma destas entidades
- 6- Freqüento uma destas entidades assiduamente

Teste de Kent

Conhecimentos

- 1- De que são feitas as casas ? (1 ponto para cada material, até 4 pontos)-
- 2- Diga o nome de algum peixe (1 ponto para cada peixe até 4 pontos)
- 3- Diga-me o nome de algumas cidades grandes (1 ponto para cada cidade, até 4)-
- 4- O que se pode fazer com areia ? (brincar=1; construções=2; vidro=4)-
- 5- Que metal é atraído por imã ? (aço=2; ferro=4)
- 6- Quais as cores da bandeira brasileira ? (verde e amarelo=1; verde amarelo azul e branco=2)-

Problemas (3 pontos para cada resposta nos dois prim. ítems e 4 para cada último)

- 1- Se uma bandeira ondeia ou bate em direção sul, de que direção vem o vento ?
- 2- A que horas do dia a sombra de uma pessoa ao sol é menor ?
- 3- Porque a lua parece ser maior que as estrelas ? (porque está mais baixa=2 pontos; porque está mais perto da terra=3 pontos; porque objetos mais próximos parecem maiores=4 pontos)
- 4- Se a sua sombra aponta para o nordeste, onde está o sol ? (no sudoeste=4 pontos)

TOTAL DE PONTOS- _____

Informações adicionais de prontuário:

- 1- HC
 2- Nome
 3- Estadio (CDC)- Data do diagnóstico
 4- Atualmente: 1- Com doença oportunista 2- Sem doença oportunista

3- O paciente estava

- 1- Muito motivado para responder ao questionário
 2- Motivado para responder ao questionário
 3- Razoavelmente motivado para responder ao questionário
 4- Um pouco desmotivado para responder ao questionário
 5- Bastante desmotivado

4- Medicamentos e dosagens em uso

- 1-
 2-
 3-
 4-

5- Foi avaliado alguma vez por psiquiatra ?

- 1- Sim
 2- Não

6- Resumo da avaliação

Queixa
 Diagnóstico
 Conduta

7- Carga viral

Data-					
Número de cópias					

8- Dosagem de CD-4

Data-					
Dosagem-					

9- Infecções que o paciente já apresentou

- 1-
 2-
 3-
 4-

10- Segundo o médico que atendeu o paciente, qual a categoria de adesão na qual o paciente se encontra ?

- 1- ótima- toma 95% ou mais das doses
- 2- boa- toma entre 80 e 95 % das doses prescritas
- 3- regular- toma entre 75 e 80% das doses prescritas
- 4- baixa- toma entre 50 e 75 % do prescrito
- 5- péssima- toma menos de 50 % da medicação prescrita

11-Quantos comprimidos são prescritos para o paciente por dia: _____