



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Caio Cavassan de Camargo**

**Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em indivíduos que vivem com HIV/AIDS**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Doenças Tropicais.

Orientadora: Profa. Adjunta Lenice do Rosário de Souza

Caio Cavassan de Camargo

Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em indivíduos que vivem com HIV/AIDS

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Doenças Tropicais.

Orientadora: Profa. Adjunta Lenice do Rosário de Souza

Botucatu  
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Camargo, Caio Cavassan.

Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em indivíduos que vivem com HIV/AIDS / Caio Cavassan Camargo. - Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Lenice do Rosário de Souza

Capes: 40101096

1. Terapia antirretroviral de alta atividade. 2. Adesão à medicação. 3. HIV (Vírus). 4. AIDS (Doença). 5. Fatores socioeconômicos. 6. Depressão.

Palavras-chave: Adesão à medicação; Depressão; Enfrentamento; Fatores socioeconômicos; HIV.

# ***AGRADECIMENTOS***

**Esta Tese é especialmente dedicada:**

**à minha mãe, Sirlene,**

que continua me apoiando desde sempre e acreditou que o sonho de uma formação a nível de doutorado seria possível desde que acreditássemos e nos dedicássemos com todas as forças.

O sucesso veio daquilo que sonhamos e construimos juntos.

Você é minha heroína; obrigado pelo carinho, pelas broncas e por toda a vontade de crescer que me ensinou a ter;

**aos meus avós, Benedicta e Domingos,**

que me criaram, juntamente com minha mãe, fizeram todos os filhos se dedicarem aos estudos, e mostraram-me que a fé em Deus cria os caminhos. Obrigado por todos esses anos de cuidado, eu não poderia ter desejado uma família mais acolhedora para fazer parte.

Vô, quantas lembranças e mudanças das épocas de colo e caldo-de-cana, que saudades me trás;

**à família**

Que sempre me deu crédito e apoio em todos os momentos. Alguns de vocês se tornaram meus melhores amigos e padrinhos que sempre desejei, os outros completam as fases da vida e meu coração.

**À minha sogra M<sup>a</sup> Lucia,**

Que nesses quatro anos do doutorado que coincidiram com o momento que nos conhecemos viveu e venceu muitas batalhas. Estamos juntos, juntos somos mais, sempre juntos.

Obrigado por me acolher como o “fião branco”, somos o que somos porque temos um ao outro.

**Agradeço, especialmente:**

**à Prof<sup>a</sup>. Adj<sup>a</sup>. Lenice do Rosário de Souza,**

cuja capacidade, delicadeza, cuidado e dedicação me inspiram. Obrigado pelas oportunidades, pelo carinho, pela orientação, pela amizade e principalmente pela perseverança; Se não fosse sua paciência e sua participação,

meu crescimento até este momento, não teria  
chegado aonde chegou.

**ao Prof<sup>o</sup>. Adj<sup>o</sup>. Hélio Amante Miot,**

que muito me ensinou nesses 6 anos de convívio, me mostrou para atingirmos nossos objetivos é necessário muita crítica e autoconhecimento;

**à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karen Ingrid Tasca,**

por toda amizade e apoio em diversas ocasiões. Criamos uma grande amizade, daquelas em que numa hora dificuldades, realmente se pode contar, obrigado por trilhar próximo os caminhos da pós, sucesso pra nós, e felicidades em sua nova fase como mãe da Maya;



**a equipe do Hospital-Dia:** que, de diferentes modos, contribuíram para a concretização deste estudo;

**Um momento de agradecimento único:**

**A minha esposa Nayara RV Cavassan:**

Pretinha, 4 anos de doutorado se passaram, 4 anos de lutas mas de muita amizade e acima de tudo companheirismo, 4 anos de casados, e ainda não tenho palavras para agradecer, nem para descrever sua importância na minha vida, que grande presente é esse que Deus me deu. "...nessa vida somos dois, três, quatro, quantos você quiser...", desde que estejamos sempre um ao lado do outro. Você é meu sonho, e juntos vamos cada vez mais longe.

Te amo muito, obrigado por acreditar na gente.

# ***SUMÁRIO***

## Sumário

<i>CAPÍTULO 1 – Revisão Bibliográfica</i> .....	1
Resumo .....	29
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Objetivo Geral e Específicos.....	16
Referências Bibliográficas.....	17
<i>CAPITULO 2 - Artigo 1</i> .....	24
Resumo .....	27
Introdução.....	28
Metodologia.....	29
Resultados.....	32
Discussão.....	37
Conclusão.....	40
Referências.....	41
<i>CAPÍTULO 3 – Artigo 2</i> .....	51
Resumo .....	53
Introdução.....	54
Métodos .....	55
Resultados.....	57
Discussão .....	58
Conclusão .....	60
Referencias .....	60
<i>CAPÍTULO 4 – Considerações Finais</i> .....	63
Considerações Finais .....	63
<i>APÊNDICES</i> .....	65
APENDICE I .....	66
APÊNDICE II.....	67
APÊNDICE III .....	70
APÊNDICE IV.....	70

***CAPÍTULO 1***  
***REVISÃO BIBLIOGRÁFICA***

## RESUMO:

A Organização Mundial da Saúde divulgou no final de 2015, através da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, que existem no mundo cerca de 36,7 (34,0 – 39,8) milhões de pessoas infectadas com o vírus da imunodeficiência humana. A partir da escolha do esquema medicamentoso podem surgir potenciais implicações relacionadas à variação da durabilidade da atividade antirretroviral, restauração do sistema imune, dificuldades de adesão ao regime terapêutico, bem como as possibilidades de aparecimento de resistência às drogas. A compreensão dos aspectos dificultadores da adesão é um passo essencial à melhoria do manejo terapêutico e para superação das adversidades causadas pela infecção pelo HIV. Os objetivos desse estudo foram caracterizar a adesão à terapia medicamentosa antirretroviral em indivíduos que vivem com HIV/Aids de um serviço público de ambulatórios do estado de São Paulo/Brasil e avaliar os fatores associados no processo terapêutico, como aspectos socioeconômicos, sintomas depressivos e enfrentamento da doença. Esta tese foi dividida em dois estudos sendo um transversal, que responde questões relacionadas à mensuração de adesão à TARV, quais fatores se relacionam à não adesão, presença de sinais de depressão e uso de estratégias de enfrentamento perante o diagnóstico de infecção pelo HIV/aids; o segundo estudo trata-se de estudo do tipo coorte não concorrente, que avaliou o tempo de uso de TARV em função do tempo, associada à mensuração da adesão à TARV. Em ambos os dados foram obtidos por meio de entrevista, recentemente realizada pelo próprio pesquisador, com duração de aproximadamente 40 minutos, cujos dados foram estimados para todo o período de uso da medicação. Além disso, foi realizada consulta a prontuários médicos e ao sistema de controle logístico de medicamentos (SICLOM). Para avaliar a adesão foi utilizada a adaptação brasileira do "*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*". Os sinais de depressão foram investigados pela escala *Beck Depression Index* - BDI-II e o enfrentamento por meio do inventário de estratégias de

*coping* de Folkman & Lazarus, adaptado para o português. Foram entrevistados 112 pacientes do Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira”, com média de idade de  $42 \pm 10$  anos, sendo predominantes, sexo masculino, baixa escolaridade e renda, não ter parceiros sexuais fixos, contagem de linfócitos T CD4+ > 500 células/mm<sup>3</sup> e carga viral indetectável. Quase 30% dos indivíduos referiram consumos de tabaco e álcool. Dois terços da casuística apresentaram níveis de adesão abaixo do ideal e algum sinal de depressão. Dentre as estratégias de enfrentamento, autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva, influenciaram para a melhora da adesão. **Palavras Chave:** HIV; Adesão à Medicação; Depressão; Enfrentamento; Fatores Socioeconômicos.

**ABSTRACT:**

At the end of 2015, the World Health Organization (WHO) announced, through the Joint United Nations Program on HIV / AIDS, that there are around 36.7 (34.0 - 39.8) million people infected with the Immunodeficiency. From the choice of the drug regimen, potential implications can arise regarding the variation of the durability of the antiretroviral activity, restoration of the immune system, difficulties of adherence to the therapeutic regimen, as well as the possibilities of drug resistance. Understanding the difficult aspects of adherence is an essential step towards improving therapeutic management and overcoming adversities caused by HIV infection. The aims of this study were to characterize adherence to antiretroviral drug therapy in individuals living with HIV / AIDS at a public outpatient clinic in the state of São Paulo / Brazil and to evaluate the associated factors in the therapeutic process, such as socioeconomic aspects, depressive symptoms And coping with the disease. This thesis was divided into two studies, a cross-sectional study that answers questions related to the measurement of adherence to ART, which factors are related to non-adherence, the presence of signs of depression and the use of coping strategies in the diagnosis of HIV infection /

Aids; The second study is a noncompetitive cohort study, which evaluated the survival of each therapeutic regimen used, as a function of time, associated to the measurement of ART adherence. Both data were obtained through an interview, recently conducted by the researcher himself, with a duration of approximately 40 minutes, whose data were estimated for the entire period of medication use. In addition, the medical records and the medical logistic control system (SICLOM) were consulted. To assess adherence, the Brazilian adaptation of the "Questionnaire for the Evaluation of Adherence to Antiretroviral Treatment" was used. Signs of depression were investigated by the Beck Depression Index - BDI-II scale and coping with Folkman & Lazarus's inventory of coping strategies adapted to Portuguese. We interviewed 112 patients from the "Domingos Alves Meira" Specialized Clinic of Infectology, with a mean age of  $42 \pm 10$  years, being predominant, male, low schooling and income, having no fixed sex partners, T lymphocyte count  $CD4 > 500$  cells /  $mm^3$  and undetectable viral load. Almost 30% of the individuals reported consuming tobacco and alcohol. Two-thirds of the sample had below-optimal levels of adhesion and some signs of depression. Among the coping strategies, self-control, social support, problem solving and positive re-evaluation, influenced the improvement of adherence.

**Key-words:** HIV; Adherence; Depression; Coping; Socioeconomic factors

## INTRODUÇÃO

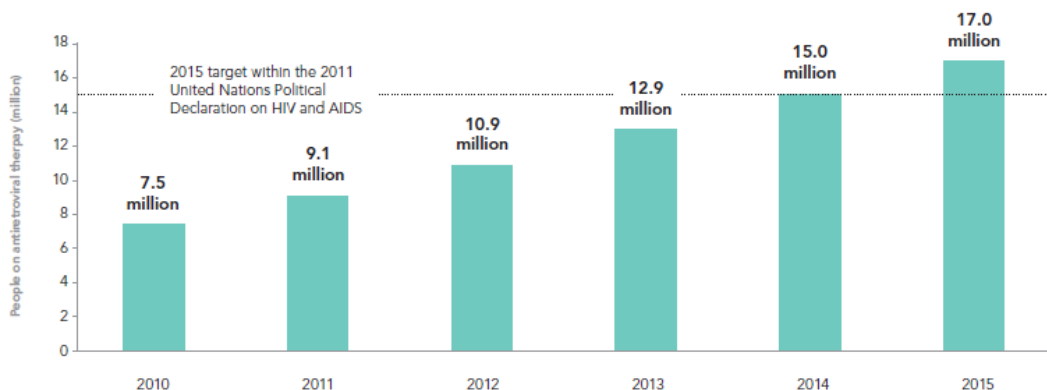
Dados da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), mostram que existiam, no mundo, 36,7 (34,0 – 39,8) milhões de pessoas infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) em 2015, sendo que no mesmo ano ocorreram 2,1 (1,8-2,4) milhões de novas infecções, 1,1 (940.000-1,3) milhão de mortes a ela relacionadas. Nesse sentido, a UNAIDS recomendou em 2015 a abordagem *Fast-Track*, cujo intuito é aumentar investimentos e melhorar estratégias nos 15 anos afim de atingir taxa zero de discriminação, reduzir para 200.000 o número de novos casos anuais, e alcançar o plano de metas 95-95-95, que consiste em 95% da população com conhecimento do status sorológico, 95% em uso de terapia antirretroviral (TARV) e 95% em supressão viral.<sup>(1,2)</sup>

Existem 17 milhões (46%) de pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) em uso da TARV no mundo (Figura 1), tendo havido cerca de 1/3 de aumento somente nos últimos dois anos. A fim de elevar o número de pessoas em uso de TARV, os países da América Latina e Caribe traçaram o programa de metas 90-90-90, reconhecido pela UNAIDS em 2014, a partir do qual surgiram as metas do *Fast-track* citadas anteriormente, assim, espera-se que ocorra o controle da epidemia até 2030.<sup>(3-6)</sup>



**Figura 1. Número global de pessoas vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral entre 2010 e 2015.**

Number of people living with HIV on antiretroviral therapy, global, 2010–2015



Sources: Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) 2016; UNAIDS 2016 estimates.

Fonte: Global HIV/Aids response<sup>(4)</sup>

No Brasil, estima-se que até o fim de 2014, existiam 781 mil PVHA, sendo dessas 83% diagnosticadas, 52% em TARV e 46% com supressão viral<sup>(3)</sup>.

A recente história da ampla utilização da TARV no Brasil, resultou no reconhecido impacto do trabalho do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MS), pelo qual foi possível observar melhora nos indicadores de morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos que realizam tratamento. Por outro lado, contribuiu para o perfil crônico assumido pela doença na atualidade, com o surgimento de lipodistrofias e várias outras comorbidades em pessoas que estão, há muito tempo, convivendo com efeitos da toxicidade dos medicamentos<sup>(3)</sup>.

Os medicamentos antirretrovirais começaram a ser utilizados no final da década de 1980, após aprovação para uso clínico da zidovudina (AZT) pela *U.S. Food and Drug Administration* (FDA), em março de 1987. Desde o início, o intuito do tratamento era impedir ou

diminuir a multiplicação do HIV no organismo, na tentativa de evitar o enfraquecimento do sistema imunológico e, com isso, diminuir a velocidade de progressão da doença<sup>(7,8)</sup>.

Após a descoberta do AZT, várias outras drogas da mesma ou de classes diferentes surgiram para o tratamento da infecção pelo HIV<sup>(9)</sup>. No entanto, o uso de esquemas potentes de antirretrovirais após a descoberta dos inibidores de protease foi o que revolucionou o tratamento de PVHA a partir de 1996, após a introdução de combinações de ao menos três drogas de alta potência, que naquela época, foi conhecido como "coquetel". Este passou a ser distribuído gratuitamente no Brasil para todos os indivíduos que tinham indicação do tratamento. Segundo dados do MS, mais de 400 mil pessoas recebem regularmente a TARV. Existem 14 drogas disponíveis no Brasil, divididas em seis classes<sup>(10-12)</sup>.

Esquemas atuais combinados de TARV promovem maior eficácia e diminuem o risco de resistência medicamentosa. Embora ainda não exista cura esterelizante para a infecção pelo HIV, o resultado do uso adequado é normalmente a supressão quase total da replicação do vírus<sup>(4, 5)</sup>.

A escolha da terapia inicial tem papel essencial, pois dela decorrem implicações potenciais, não somente em curto, mas também em longo prazo. Assim, deve-se considerar variação da durabilidade da atividade antirretroviral, alterações na restauração do sistema imune, dificuldades de adesão ao regime terapêutico, bem como as possibilidades de aparecimento de resistência às drogas. A eficácia do primeiro regime terapêutico e quando iniciá-lo são tópicos discutidos em todo o mundo até hoje e que geram muitas questões que necessitam de respostas consistentes<sup>(5,13)</sup>.

Segundo recomendações para TARV em adultos infectados pelo HIV do MS no Brasil, a partir de 2015<sup>(5)</sup>, o tratamento medicamentoso de pacientes recém-diagnosticados, deve ser dividido nas seguintes diretrizes:

- Para todas as PVHA, independentemente da contagem de linfócitos T CD4+ (CD4+) - estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV;
- PVHA sintomáticas (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4+ - iniciar TARV;
- PVHA assintomáticas,  $CD4+ \leq 500$  células/mm<sup>3</sup> - iniciar TARV;
- PVHA assintomáticas,  $CD4+ > 500$  células/mm<sup>3</sup> - iniciar TARV na coinfeção HIV-Hepatite B, com indicação de tratamento para hepatite B, neoplasias não definidoras de aids, doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado, coinfeção HIV-Hepatite C e carga viral do HIV (CV) acima de 100.000 cópias/mL;
- PVHA sem contagem de CD4+ disponível, e na impossibilidade de se obtê-la - não se deve adiar o início do tratamento;
- Gestantes - iniciar TARV imediatamente.

A antecipação do início do tratamento para PVHA vem ocorrendo de forma sistematizada, a fim de diminuir a transmissão do HIV que associada a prevenção positiva visa evitar reinfecções, além de reduzir o risco de aquisição de outros agravos, tais como sífilis, hepatite B e/ou hepatite C<sup>(5)</sup>.

Esquemas iniciais de TARV, a partir de 2017, deverão incluir sempre a combinação de três drogas, preferencialmente, contendo tenofovir (TDF), primeira escolha, ou no caso de sua contra-indicação, utiliza-se abacavir (ABV), ambos em associação com lamivudina (3TC) e dolutegravir (DTG). Até o momento atual, o efavirenz (EFZ) é utilizado ao invés do DTG.

O uso de EFZ como terceira droga continuará nos seguintes casos: coinfeção com tuberculose, gestantes e no caso de intolerância ao DTG . Nos casos de impossibilidade de uso do EFZ ou do DTG, e após a primeira falha terapêutica, o uso de inibidores de protease (IP), é recomendado, sendo o atazanavir (ATV), lopinavir (LPV) e o darunavir (DRV) as possíveis escolhas<sup>(14)</sup>.

Estudos<sup>(6,14-18)</sup> realizados com as drogas citadas acima, mostraram que o DTG tem as vantagens de alta potência, alta barreira genética, administração em dose única diária e poucos eventos adversos, garantindo esquemas antirretrovirais mais duradouros e seguros e que a supressão viral, ou seja,  $CV < 40$  cópias/ml, foi maior (89%) nos pacientes em uso de EFZ, quando comparados àqueles que usavam IP. Além disso, esquemas iniciados com IP, em geral, de posologia mais complexa, provavelmente dificulta a adesão ao tratamento.

Sabe-se que a adesão terapêutica completa é difícil, tendo em vista o número de medicamentos e de comprimidos prescritos, seus efeitos colaterais e as interações entre eles e com outros medicamentos, alimentos, álcool e outras drogas<sup>(19)</sup>. Além disso, os esquemas propostos interferem, diretamente, no cotidiano do paciente, dificultando a completa obediência à prescrição, e sendo necessária, muitas vezes, a modificação de seus hábitos de vida<sup>(20)</sup>.

Eventos adversos imediatos ou tardios, leves ou graves, têm sido um dos fatores mais importantes relacionados à não adesão à TARV. Sintomas imediatos são frequentes e comuns a todas as classes de antirretrovirais e são decorrentes de intolerância gástrica, caracterizada por náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, porém em geral, são leves e respondem bem ao tratamento com medicamentos sintomáticos, desaparecendo após os primeiros dias ou semanas de terapia.

Outros eventos adversos como astenia, cefaleia, insônia, mielotoxicidade, neuropatia periférica, pancreatite, hepatotoxicidade, manifestações neuropsiquiátricas, tais como, tonturas, distúrbios do sono, irritabilidade, agitação, depressão, euforia, dificuldade de concentração e amnésia, também podem ocorrer<sup>(21-25)</sup>.

O uso crônico das TARV, anterior aos esquemas atuais induzia a manifestações adversas graves, tais como, necrose asséptica das cabeças do fêmur e úmero, resistência à insulina, indução de diabetes<sup>(26)</sup> e lipodistrofia com ou sem dislipidemia. Estes efeitos tardios levavam muitos pacientes a ter dificuldades de adesão ou, mesmo, se recusarem a continuar com a terapêutica<sup>(27-30)</sup>.

Lima et al.<sup>(31)</sup> demonstraram que, além das reações adversas, um dos principais motivos relacionados à troca da TARV inicial, no primeiro ano, foi a falta de adesão dos pacientes.

Adesão, segundo o MS<sup>(3)</sup>, é um processo que envolve a tomada do medicamento nas doses e frequências prescritas, além de envolver a realização de exames e comparecer às consultas agendadas. Adesão terapêutica pode ser definida como um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a PVHA, a equipe e sua rede social<sup>(32)</sup>.

Adesão envolve, também, um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa aumentar a autonomia para o autocuidado, transcendendo à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da PVHA. O estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos

hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde devem ser considerados, inclusive, para pessoas que não fazem uso de TARV<sup>(32-34)</sup>.

A elaboração do plano terapêutico deve levar em consideração os fatores facilitadores e dificultadores da adesão<sup>(3)</sup>:

**Fatores que facilitam a adesão:**

- Esquemas terapêuticos simplificados, como doses fixas combinadas, que permitem o uso de diferentes medicamentos em um mesmo comprimido
- Conhecimento e compreensão sobre a enfermidade e o tratamento
- Acolhimento e escuta ativa do paciente pela equipe multidisciplinar
- Vínculo com os profissionais de saúde, equipe e o serviço de saúde
- Capacitação adequada da equipe multidisciplinar
- Acesso facilitado à TARV por meio do funcionamento e localização adequada da Unidade de Dispensação de Medicamentos
- Parceria com Organizações da Sociedade Civil
- Apoio social

**Fatores que dificultam a adesão (esquema, serviço e paciente)**

- Complexidade do regime terapêutico (diferentes drogas, quantidade de doses)
- Precariedade ou ausência de suporte social
- Baixa escolaridade

- Não aceitação da soropositividade
- Presença de transtornos mentais, como ansiedade e depressão
- Efeitos colaterais do medicamento
- Relação insatisfatória do usuário com o profissional de saúde e serviços prestados
- Crenças negativas e informações inadequadas referentes ao tratamento e à doença
- Dificuldade de adequação à rotina diária do tratamento
- Abuso de álcool e outras drogas
- Falta de recursos humanos na equipe
- Dificuldade de transporte do paciente
- Falta de material educativo
- Medo de sofrer com a discriminação
- Dificuldade de acesso ao serviço e aos medicamentos
- Faixa etária do paciente (criança, adolescente e idoso)
- Estigma relacionado à maternidade/paternidade para PVHA
- Exclusão social

A compreensão desses aspectos dificultadores da adesão é o primeiro passo para seu manejo e superação. Vale ressaltar, que na prática cotidiana dos serviços de saúde, as dificuldades de adesão devem ser identificadas e compreendidas caso a caso. Isso porque, a vivência de dificuldades, bem como de facilidades para a adesão, diferem de uma pessoa para

outra. É no processo de escuta que os contextos individuais específicos poderão ser aprimorados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutiva<sup>(33)</sup>. Para tanto, alguns fatores merecem especial atenção: flexibilidade de horário, atenção diferenciada para os diversos grupos populacionais e garantia de cuidado multidisciplinar, que podem ser estabelecidos por meio de ações estratégicas<sup>(3)</sup>, a saber:

- Atendimento individual com foco na adesão
- Interconsulta ou consulta conjunta de profissionais
- Tratamento diretamente observado (convencional ou modificado)
- Realização de grupos terapêuticos, operativos, temáticos e de convivência
- Realização de atividades em sala de espera
- Estimular o uso de dispositivos e técnicas para adesão (porta-pílula, diários, alarmes, tabelas e mapas de doses, materiais educativos)
- Dose individualizada com identificação no rótulo sobre a tomada (horário e interação com alimentos) por meio de figuras ilustrativas para os usuários com maior dificuldade de entendimento
- Autorregistro da adesão (relatório ou questionários)
- Utilização da abordagem consentida para busca de faltosos e abandono de tratamento
- Utilização do Sistema de Logística de Medicamentos (SICLOM) para monitoramento de retirada do medicamento



Existem diversos modos de se mensurar adesão e sua validação podem ser mostrados pelo estado clínico do paciente, pelos resultados das contagens de CD4+ e principalmente pela quantificação da CV<sup>(32)</sup>.

Dentre esses métodos de mensuração destacam-se, a dispensação da farmácia, detecção da concentração de medicamentos no sangue e na urina e o autorrelato do paciente<sup>(35,36)</sup>.

Dentre os métodos não laboratoriais, os dispositivos de monitoramento eletrônico, são considerados o padrão ouro para avaliação de adesão, porém seu custo elevado, falha ou mal funcionamento e a não garantia de ingestão do medicamento levam a baixa utilização. Já quanto ao padrão-ouro laboratorial, a análise de concentração sérica por cromatografia líquida, é descrita como principal método porém assim como o dispositivo de monitoramento eletrônico, também envolve altos custos que dificultam sua implantação na rotina ambulatorial<sup>(37,38)</sup>.

O autorrelato é medido por meio de perguntas sobre o número de doses tomadas ou perdidas num determinado período de tempo. Para aumentar a especificidade é possível associar questionários e uma escala visual, na qual, por exemplo, é colocado um sinal (cruz, círculo, etc) no nível de aproveitamento que o paciente acha que teve, sendo aceitáveis respostas com 0%, 50% e 100% de cada dose que deveria ter sido tomada<sup>(39)</sup>.

Métodos mais caros e que não confirmam a ingestão do medicamento são sistemas de monitoramento eletrônico, que têm como vantagens a medida em tempo real e o acompanhamento de doses perdidas. Este consiste em várias formas de avaliação, como por exemplo, a abertura da tampa do frasco ou caixa de comprimidos, comunicação em tempo real por meio de uma rede de telefones celulares. Adicionalmente, alguns dispositivos não guardam somente os arquivos de adesão, mas também, podem enviar mensagens para lembrar os pacientes de tomar as medicações<sup>(40)</sup>.

Para avaliar se o autorrelato é um método adequado para mensurar a adesão do paciente, diversos instrumentos que combinam análise de sintomas psiquiátricos, como a depressão e o enfrentamento perante o diagnóstico da infecção pelo HIV, vêm sendo empregados<sup>(39-43)</sup>.

Sintomas depressivos são os mais frequentes entre as PVHA, com prevalência de até 36%. Quase um terço têm sintomas ou sinais de depressão detectáveis, em comparação com a prevalência na população geral. A frequência de depressão entre indivíduos infectados pelo HIV é quase duas vezes maior do que em pacientes com outras doenças crônicas, como diabetes ou doença cardiovascular<sup>(44-47)</sup>.

Para avaliar a gravidade de sintomas depressivos Aaron Beck criou em 1961, uma escala que foi revisada e atualizada em 1996, com o intuito de avaliar diversos itens relacionados aos sintomas depressivos, tais como desesperança, irritabilidade e alterações cognitivas, culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como, sintomas físicos, como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. Até então a depressão era entendida como psicodinâmica, ou seja, conjunto de fatores de natureza mental e emocional que motivam o comportamento humano, ao invés de enraizada nos próprios pensamentos dos pacientes (cognição)<sup>(48, 49)</sup>.

Sendo assim, a adaptação psicológica para o diagnóstico da infecção pelo HIV pode estar ligada aos resultados positivos de melhoria na saúde mental dos pacientes. A percepção da doença pode determinar as maneiras como as PVHA lidam com o estresse e as estratégias de enfrentamento que irão desenvolver<sup>(47,50)</sup>.

O enfrentamento, do termo em inglês *coping*, é baseado na adaptação, estresse e mudanças que as emoções causam em nossos sentimentos e a forma com que lidamos com elas. No início de um evento estressante uma pessoa pode lidar evitando o contato com outras pessoas, mas também buscando apoio emocional de um familiar ou amigo<sup>(51,52)</sup>.

Em *Ways of Coping Questionnaire* de Folkman e Lazarus (1988)<sup>(53)</sup> são possíveis investigações acerca dos componentes e determinantes de como os indivíduos lidam com ou/reagem aos acontecimentos. Este instrumento foi criado a fim de identificar pensamentos e ações utilizadas perante eventos estressantes específicos em associação com a teoria transacional de *coping* desenvolvida por Lazarus em 1966<sup>(54)</sup>. Os autores realizaram inúmeras análises até chegarem à versão mais recente desta teoria, na qual os indivíduos respondem ao estresse a partir de duas dimensões gerais de enfrentamento: focado no problema e focado nas emoções<sup>(55)</sup>.

O enfrentamento focado no problema envolve esforços a partir do modo de gerir ou alterar o estresse na relação pessoa-ambiente, enquanto que no enfrentamento focado nas emoções, o sujeito se esforça a fim de estabilizar emoções estressantes<sup>(56)</sup>.

Devido às enormes dificuldades em padronizar um instrumento capaz de mensurar a forma de enfrentamento que os indivíduos expressam perante eventos específicos, Folkman e Lazarus realizaram diversas revisões e análises fatoriais de seu instrumento original até adotarem a escala baseada numa divisão em oito categorias<sup>(53,57)</sup>:

- Confronto: descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere certo grau de hostilidade e de risco.
- Afastamento: descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.
- Autocontrole: descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações.
- Suporte Social: descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.

- Aceitação da Responsabilidade: reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as situações.
- Fuga-Esquiva: descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta escala contrastam com os da escala de «afastamento», que surgem do desprendimento.
- Resolução de Problemas: descreve os esforços focados sobre o problema para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema.
- Reavaliação Positiva: descreve os esforços de criação de significados positivos, focando no crescimento pessoal, apoiado em uma dimensão religiosa.

Acredita-se, portanto, que ocorra entre as PVHA, ocorra altos índices de baixa adesão, e que esta seja influenciada por diversos fatores, sendo principalmente relacionada aos aspectos socioeconômicos, depressivos e ao enfrentamento, já que este grupo populacional após a descoberta do diagnóstico positivo para o HIV, tende a demonstrar comportamentos de autodefesa que contribuem para com o isolamento social que levam ao aparecimento de sintomas como ansiedade, raiva e irritação e conseqüentemente à depressão.

Com base nas dificuldades de adesão observadas nos pacientes em seguimento nos serviços de ambulatórios especializados em infectologia –“Domingos Alves Meira, SAEI-DAM” e na proporção de pacientes internados na enfermaria de moléstias infecciosas e parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB UNESP, com sintomas e estado imunológico de aids, esta tese foi elaborada a fim de entender quais fatores têm maior influência para com a alteração dos níveis de adesão terapêutica entre PVHA. Após a percepção de que uma grande parte desta população apresenta dificuldades

de interação e inserção social após a descoberta do diagnóstico da infecção pelo HIV, e que estas acabam por contribuir para com o desenvolvimento e agravamento de sintomas depressivos, este tema foi desenvolvido pela necessidade de acompanhamento e desenvolvimento de novas alternativas que contribuíssem para com a adesão terapêutica e medicamentosa.

## **OBJETIVO GERAL**

Mensurar a adesão à terapia medicamentosa antirretroviral e seus fatores associados em indivíduos que vivem com HIV/Aids de um serviço público de ambulatórios do estado de São Paulo/Brasil.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Mensurar a adesão utilizando a adaptação brasileira do "*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*"(CEAT-VIH)<sup>(40)</sup>.
- Avaliar a interferência dos sintomas depressivos na adesão terapêutica utilizando a escala de depressão de Beck (BDI)<sup>(42)</sup>.
- Analisar enfrentamento perante o diagnóstico utilizando o inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus, adaptado para o português<sup>(51)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. UNAIDS/WHO [Internet]. Global Aids Up Date 2016 [Acesso 22 jul 2016]. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf)
2. UNAIDS/WHO [Internet]. Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030; 2015 [Acessado em 13 abr 2017]. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2686\\_WAD2014report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf)
3. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – HIV.Aids 2015. Brasília – DF. [Acesso em 01 ago 2016]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aids\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf)
4. UNAIDS/WHO [Internet]. Global HIV/Aids response: Epidemic Update and health sector progress towards Universal Access. Progress Report 2011. Geneva: UNAIDS/WHO; 2011 [Acesso 01 ago 2016]. Disponível em: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130\\_UA\\_Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2013.(Atualizado em 2015). [Acessado em 21 jan 2017] Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal\\_31\\_7\\_2015\\_pdf\\_31327.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf)
6. UNAIDS/WHO [Internet]. 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Genebra: UNAIDS/WHO; [Acesso em 10 ago

2016] Disponível em [http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015\\_11\\_20\\_UNAIDS\\_TRATAMENTO\\_META\\_PT\\_v4\\_GB.pdf](http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf)

7. U.S. Food and Drug Administration (FDA). HIV/AIDS Historical Time line 1981-1990. [Acesso em 01 ago 2016] Disponível em: <http://www.fda.gov/forpatients/illness/hivaids/history/ucm151074.htm>.
8. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, Gottlieb MS, Volberding PA, Leedom JM, et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex a double – blind, placebo-controlled Trial. *N Engl J Med.* 1987; 317:185-91,1987.
9. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Consumer Information by Audience. Tenth anniversary of the first protease inhibitor approval [Acesso em 10/07/2012] Disponível em: <http://www.fda.gov/ForConsumers/ByAudience/ForPatientAdvocates/HIVandAIDSActivities/ucm124499.htm>
10. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Medicamentos.[Acesso em 07/08/2016] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>.
11. Miranda AS, Avila CM, da Silva FC, Lopes RO. Maraviroque: uma inovação terapêutica para o tratamento da AIDS. *Rev Virtual Quim.* 2010; 2 (2), 130-139.
12. Goodman & Gilman. As bases farmacológicas da terapêutica. 10ª Ed – Rio de Janeiro; McGraw-Hill,2005. pág: 1014-22.
13. Ribeiro FA, Tupinambás U, Fonseca MO, Greco DB. Durability of the first combined antiretroviral regimen in patients with AIDS at a reference center in Belo Horizonte, Brazil, from 1996 to 2005. *BRAZ J INFECT DIS.* 2012; 16(1): 27-33.
14. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Atualização dos esquemas antirretrovirais para pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) e indica-

ções de uso ampliado de dolutegravir (DTG) e darunavir (DRV) para composição de esquemas. Nota informativa nº 096, de 2016/DDAHV/SVS/MS

15. Walmsley, Sharon, et al. "Brief report: dolutegravir plus abacavir/lamivudine for the treatment of HIV-1 infection in antiretroviral therapy-naive patients: week 96 and week 144 results from the SINGLE randomized clinical trial." *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)* 70.5 (2015): 515. 3.
16. Feinberg J, Clotet B, Khuong MA. Once-daily dolutegravir (DTG) is superior to darunavir/ritonavir (DRV/r) in antiretroviral naive adults: 48 week results from FLAMINGO (ING114915) [abstract H-1464a]. In: 53rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Denver, CO, 2013.
17. Bartlett JA, Fath MJ, Demasi R, Hermes A, Quinn J, Mondou E, Rousseau F. An updated systematic overview of triple combination therapy in antiretroviral-naive HIV-infected adults. *AIDS* 2006; 20(16):2051-64.
18. Riddler SA, Haubrich R, DiRienzo AG, et al. A prospective, randomized, phase III trial of NRTI-, IP-, and NNRTI-sparing regimens for initial treatment of HIV-1 infection: ACTG 5142. XVI International AIDS Conference. Toronto, Canada, August 2006.
19. Rodrigues CS. Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. *Rev Saúde Pública*. 2003;37:183-90.
20. Nemes MIB. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais de usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à AIDS no Estado de São Paulo [monografia da Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1999 [acesso 12 maio 2007]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV: guia de tratamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Série Manuais, 2.



22. Lafeuillade A, Hittinger G, Philip G, et al. Metabolic Evaluation of HIV-Infected Patients Receiving a Regimen Containing Lopinavir/Ritonavir (Kaletra™). *HIV Clin Trials*. 2004;5(6):392–398.
23. Muñoz-Moreno JA, Fumaz CR, Ferrer MJ, et al. Neuropsychiatric Symptoms Associated with Efavirenz: Prevalence, Correlates and Management. A Neurobehavioral Review. *AIDS Rev*. 2009; 11:103-9.
24. Ministério da Saúde. Formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006 Brasília : Ministério da Saúde, 2008.897 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
25. Manosuthi W, Thongyen S, NilkamhangS, et al. Long-term treatment outcomes of ritonavirboosted lopinavir monotherapy among HIVinfected patients who experienced NRTI and NNRTI failure *AIDS Research and Therapy* 2012, 9:8.
26. Metha S, Moore RD, Graham, NMH. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *Aids*. 1997;11:1665-70.
27. Vitória MA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento retroviral. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998.
28. Haubrich R, Riddler S, DiRienzo G, et al: Metabolic outcomes of ACTG 5142: A prospective, randomized, phase III trial of NRTI-, PI-, and NNRTIsparing regimens for initial treatment of HIV-1 infection. *AIDS 14th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, Los Angeles; 2007, Abstract 38.
29. Simpson et al.: Economic modeling of the combined effects of HIV-disease, cholesterol and lipoatrophy based on ACTG 5142 trial data. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2011; 9:5.
30. Sepúlveda-Torres LC, De La Rosa A, Cumba L, et al. Prevalence of Drug Resistance and Associated Mutations in a Population of HIV-1+ Puerto Ricans: 2006–2010. *AIDS Research and Treatment*. 2012, Article ID 934041.

31. Lima DGL, Arruda EAG, Lima AJA, et al. Fatores determinantes para modificações da terapia antirretroviral Inicial. *Rev Assoc Med Bras.* 2012; 58(2):222-228.
32. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Ministério da Saúde, 2008. 130 p.(Série Manuais; n. 84).
33. Mukherjee JS, Ivers L, Leandre F, et al. Antiretroviral Therapy in Resource-Poor Settings Decreasing Barriers to Access and Promoting Adherence *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006; 43:S123–S126.
34. Faustino QM. Intervenção cognitivo-comportamental e comportamento de adesão ao tratamento anti-retroviral em pessoas vivendo com HIV/Aids. Dissertação (Mestrado)– Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
35. Williams AB, Amico KR, Bova C, Womack JA. A Proposal for Quality Standards for Measuring Medication Adherence in Research. *AIDS and Behavior.* 2012; DOI: 10.1007/s10461-012-0172-7.
36. McMahon JH, Jordan MR, Kelley K, Bertagnolio S, Hong SY, Wanke CA, et al. Pharmacy adherence measures to assess adherence to antiretroviral therapy: review of the literature and implications for treatment monitoring. *Clin Infect Dis.* 2011; 52(4):493–506.
37. Williams AB, Amico KR, Bova C, Womack JA. A proposal for quality standards for measuring medication adherence in research. *AIDS and behavior.* 2013;17(1):284-297. doi:10.1007/s10461-012-0172-7.
38. Abdissa A, Wiesner L, McIlleron H, Friis H, Andersen ÅB, Kæstel P. Evaluation of an immunoassay for determination of plasma efavirenz concentrations in resource-limited settings. *Journal of the International AIDS Society.* 2014;17(1):18979. doi:10.7448/IAS.17.1.18979.

39. Walsh JC, Mandalia S, Gazzard BG. Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *AIDS*. 2002;16:269–277.
40. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para La Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral” *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):685-94.
41. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4:561-571.
42. Gorestein C, Andrade L – Validation of a Portuguese Version of The Beck Depression Inventory and The State – Trait Anxiety Inventory in Brasilier Subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996; 29: 453 – 457.
43. Ashraf M, Sitwat A. Personality dimensions positive emotions and coping strategies in the caregivers of people living with HIV in Lahore, Pakistan. *Int J Nurs Pract*. 2016 May 11. Doi: 10.1111/ijn.12444. [Epub ahead of print]
44. Pieper AA, Treisman G. Drug treatment of depression in HIV-positive patients: safety considerations. *Drug Saf* 2005; 28: 753–762.
45. Leserman J. Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosom Med* 2008; 70: 539–545.
46. Bing EG, Burnam MA, Longshore D et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 721–728.
47. Stanton AL, Revenson TA, & Tennen H. Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*. 2007; 58, 565–592. doi:10.1146/annurev. psych.58.110405.085615

48. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess.* 1996 Dec;67(3):588-97.
49. Beck AT, Alford BA. *Depression: Causes and Treatment.* Pennsylvania. 2ª Ed. ISBN-10: 0812219643
50. Reynolds N, Eller LS, Nicholas P, Corless I, Kirksey K, Hamilton M., *et al.* HIV illness representation as a predictor of self-care management and health outcomes: A multi-site, cross-cultural study. *AIDS and Behavior* 2009; 13, 258– 267.
51. Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine* 1997; 45: 1207–1221.
52. Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol USP.* 1996;7(1/2):183-201.
53. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire (research edition).* California: Consulting Psychologists Press.
54. Lazarus R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process.* New York: McGraw-Hill
55. Edwards, J., & O'Neil, R. (1998). The construct validity of scores on the Ways of Coping Questionnaire: confirmatory analysis of alternative factor structures. *Educational and Psychological Measurement*, 58 (6), 955-983
56. Pais-Ribeiro J, Santos C. Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica* (2001), 4 (XIX): 491-502
57. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress process and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.

***CAPÍTULO 2***  
***ARTIGO 1***

**Depressão e enfrentamento: fatores relacionados à adesão à terapia antirretroviral em pessoas que vivem com HIV/aids.**

Caio C. Camargo<sup>a</sup>, Nayara R. V. Cavassan<sup>a</sup>, Karen I. Tasca<sup>a</sup>, Silmara Meneguim<sup>b</sup>, Helio A. Miot<sup>c</sup>, Lenice R. Souza<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP; <sup>b</sup>Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP; <sup>c</sup>Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Endereço dos Autores:

Caio Cavassan de Camargo: Departamento de Doenças Tropicais. Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, Rubião Junior. CEP: 18618-687. Botucatu/SP, Brasil. Telefone: +55 14 9 9122 9595. e-mail: [caiocavassan@gmail.com](mailto:caiocavassan@gmail.com)

Nayara Rodrigues Vieira Cavassan: Departamento de Doenças Tropicais. Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, Rubião Junior. CEP: 18618-687. Botucatu/SP, Brasil. Telefone: +55 14 9 9161 1383. e-mail: [bio.nayaravieira@gmail.com](mailto:bio.nayaravieira@gmail.com)

Karen Ingrid Tasca: Departamento de Doenças Tropicais. Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, Rubião Junior. CEP: 18618-687. Botucatu/SP, Brasil. Telefone: +55 14 3880 1641. e-mail: [karenitasca@hotmail.com](mailto:karenitasca@hotmail.com)

Silmara Meneguim: Departamento de Enfermagem. Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, Rubião Junior. CEP: 18618-687. Botucatu/SP, Brasil. Telefone: +55 14 3880 1312. e-mail: [silmeneguim@fmb.unesp.br](mailto:silmeneguim@fmb.unesp.br)

Helio Amante Miot: Departamento de Dermatologia. Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, Rubião Junior. CEP: 18618-687. Botucatu/SP, Brasil. Telefone: +55 14 3880 1261. e-mail: [heliomiot@gmail.com](mailto:heliomiot@gmail.com)

Lenice do Rosário de Souza: Departamento de Doenças Tropicais. Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, Rubião Junior. CEP: 18618-687. Botucatu/SP, Brasil. Telefone: +55 14 3880 1285. e-mail: [lenicedorosariodesouza@gmail.com](mailto:lenicedorosariodesouza@gmail.com)

Autor Correspondente: Caio C. de Camargo. e-mail: [caiocavassan@gmail.com](mailto:caiocavassan@gmail.com)

Agencia de Financiamento: Não se aplica

Local do Estudo: Serviço de Ambulatórios Especializados em Infectologia “Domingos Alves Meira” – SAEI-DAM, da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – FMB-UNESP/Botucatu

Agradecimentos: Serviço de Ambulatórios Especializados em Infectologia “Domingos Alves Meira”, pela infraestrutura disponibilizada para o desenvolvimento deste projeto. Aos Pacientes pela colaboração e prestatividade em aceitar participar de diversas pesquisas que são desenvolvidas no cotidiano do serviço.

## RESUMO

A diminuição da mortalidade em pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), está relacionada ao início precoce da terapia antirretroviral. Porém a adesão sustentada a esses medicamentos é um dos maiores desafios das equipes de saúde, devido principalmente aos eventos adversos e interações com outras drogas. Os objetivos deste estudo foram avaliar os níveis de adesão à terapia medicamentosa antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids e estabelecer fatores que poderiam interferir no processo terapêutico, incluindo aspectos socioeconômicos, sintomas depressivos e enfrentamento da doença. Trata-se de estudo transversal, que responde questões relacionadas à mensuração de adesão à TARV, quais fatores se relacionam à não adesão, presença de sinais de depressão e uso de estratégias de enfrentamento perante o diagnóstico de infecção pelo HIV/aids. Para avaliar a adesão foi utilizada a adaptação brasileira do "*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*". Os sinais de depressão foram investigados pela escala *Beck Depression Index - BDI-II* e o enfrentamento por meio do inventário de estratégias de  *coping* de Folkman & Lazarus, adaptado para o português. Foram entrevistados 112 pacientes do Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia "Domingos Alves Meira", com média de idade de  $42 \pm 10$  anos, sendo predominantes, sexo masculino, baixa escolaridade e renda, não ter parceiros sexuais fixos, contagem de linfócitos T CD4+ > 500 células/mm<sup>3</sup> e carga viral indetectável. Quase 30% dos indivíduos referiram consumos de tabaco e álcool. Dois terços da casuística apresentaram níveis de adesão abaixo do ideal e algum sinal de depressão. Dentre as estratégias de enfrentamento, autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva, influenciaram para a melhora da adesão.

**Palavras Chave:** HIV; Adesão à Medicação; Depressão; Enfrentamento; Fatores Socioeconômicos.



## INTRODUÇÃO

O início precoce e aumento do acesso à terapia antirretroviral (TARV) é um dos objetivos da Organização Mundial de Saúde (OMS), para redução da mortalidade de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou com aids (PVHA). Até o final de 2015, a cobertura global de distribuição da TARV alcançou 46% das PVHA, o que resultou, desde 2010, em redução de aproximadamente meio milhão de mortes <sup>(1-3)</sup>.

No Brasil, apesar da distribuição das medicações ser gratuita para todos os indivíduos com indicação de TARV e dos grandes avanços no seu desenvolvimento, com maior eficácia, redução do número de comprimidos e associação de drogas em um mesmo comprimido, a adesão sustentada permanece um grande desafio para as equipes de saúde <sup>(4)</sup>, o que seria fundamental na prevenção da resistência aos medicamentos e na progressão da doença e morte <sup>(5)</sup>.

O sucesso da adesão terapêutica envolve abordagens relativas a aspectos físicos, psicossociais, culturais e comportamentais, que requerem decisões compartilhadas e responsabilizadas entre a PVHA, a equipe e sua rede social. Condições, como, a complexidade do regime terapêutico, com seu grande número de doses e de comprimidos e presença de aspectos depressivos são fatores que até o aparecimento de esquemas modernos baseados em apenas um comprimido, eram frequentemente associados à baixa adesão à TARV <sup>(2,6)</sup>.

Sintomas depressivos caracterizados por perda de interesse, desesperança, falta de concentração, fadiga e dificuldades de enfrentamento, podem diminuir a motivação para o autocuidado, bem como a adesão terapêutica, a partir do desenvolvimento de atitudes que

incluem o não uso diário de comprimidos nas doses recomendadas e deslocamento até o serviço de saúde para seu atendimento <sup>(2, 6, 7)</sup>.

Segundo Folkman & Lazarus <sup>(8-10)</sup>, o estresse e o enfrentamento (*coping*) surgem quando não se consegue lidar com eventos tidos como ameaças. Mudanças nas emoções, tais como, ansiedade, irritação, culpa, alegria, entre outros, e a sequência em que se apresentam, refletem como se lida com determinada situação. Quando a fonte da ameaça não pode ser autogerenciada, estratégias com base na esquiva e recusa, são evidenciadas. Já a busca por apoio emocional, caracterizada pela escuta, expressão dos sentimentos e demonstração de apreço, podem refletir comportamentos que tendem a contribuir para o bem-estar <sup>(11)</sup>.

O equilíbrio da saúde mental está relacionado a diferentes padrões de resposta cognitivo-comportamentais. Assim, os indivíduos expressam estratégias, tais como, a evasão, associada a sintomas psiquiátricos, como depressão, e o enfrentamento adaptativo, relacionado à melhoria da saúde mental, que podem determinar, respectivamente, a falha ou sucesso da adesão ao regime terapêutico <sup>(12)</sup>.

Os objetivos deste estudo foram avaliar os níveis de adesão à TARV de PVHA e identificar associações que poderiam interferir na adesão, incluindo aspectos socioeconômicos, imunológicos, sintomas depressivos e enfrentamento da doença.

## **METODOLOGIA**

### **Campo do estudo**

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” (SAEI-DAM). Este Serviço é público, ou seja, vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, e é referência para o atendimento de pacientes com HIV/aids na região de Botucatu/SP, Brasil.

## **Desenho do Estudo**

Trata-se de estudo transversal, que responde questões relacionadas à mensuração de adesão à TARV, quais fatores se relacionam à não adesão, presença de sinais de depressão e uso de estratégias de enfrentamento ao tratamento para infecção pelo HIV/aids. Os dados foram obtidos por meio de entrevista, com duração de aproximadamente 40 minutos, realizada pelo próprio pesquisador.

## **População do Estudo**

Foram entrevistados pacientes dados entre abril de 2013 e junho de 2016 de 112 PVHA em seguimento no SAEI-DAM e que tenham iniciado uso de TARV, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil<sup>(2)</sup>. A população alvo foi formada pelos pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos e com condições cognitivas e discernimento para responder aos três questionários que compõem este inquérito.

Os pacientes somente foram incluídos após esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO I). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP (parecer 233.458). (ANEXO II)

Os pacientes foram selecionados por conveniência, a medida que buscavam atendimento ou cujo agendamento de rotina esteve agendado para os dias em que o entrevistador estivesse no serviço. Os pacientes foram coletados das consultas ambulatoriais que ocorriam de segunda a quinta – feira.

## **Amostra**

Para um modelo final a fim de atender os objetivos, estimou-se a necessidade de até 110 indivíduos para responder os objetivos propostos.<sup>(13)</sup>

## Variáveis

As variáveis exploradas incluíram sexo, idade, escolaridade, ausência ou presença de parceiros sexuais fixos, renda familiar, além de tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas atuais. Os aspectos imunológicos e virológicos foram avaliados, respectivamente, pelas contagens de linfócitos T com marcador CD4+ (CD4+) por milímetro cúbico de sangue e determinações das cargas virais plasmáticas do HIV (CV), ambas expressas em números absolutos.

Além das variáveis sociodemográficas, foi avaliada a adesão terapêutica utilizando a adaptação brasileira do "*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*" (CEAT-VIH)<sup>(14)</sup> (ANEXO III), que conta com 20 questões autorrelatadas, cujo escore total varia de 17 a 89 pontos e, quanto maior o escore, melhor a adesão.

Para avaliação de sinais de depressão foi utilizada a escala de Beck (*Beck Depression Index - BDI-II*)<sup>(15, 16)</sup> (ANEXO IV), composta por 21 questões autorrelatadas, com escore total variando entre zero e 63, para indicar se algum nível esteve presente nas últimas duas semanas que antecederam a aplicação do teste.

O uso de estratégias de enfrentamento foi analisado utilizando-se o inventário de estratégias de *coping* de Folkman & Lazarus, adaptado para o português<sup>(17)</sup> (ANEXO V), contendo 66 itens que variam entre zero e três pontos cada, para avaliar como os indivíduos lidam com algum evento estressor específico. Esses dados foram divididos em oito categorias de enfrentamento num total de 51 itens assim como na versão original do questionário: confronto (itens 46, 7, 17, 28, 34 e 6); afastamento (itens 44, 13, 41, 21, 15 e 12); autocontrole (itens 14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63); suporte social (itens 8, 31, 42, 45, 18 e 22); aceitação de responsabilidade (itens 9, 29, 51 e 25); fuga-esquiva (itens 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 e 16); resolução de problemas (itens 49, 26, 1, 39, 48 e 52); reavaliação positiva (itens 23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20).

## **Análise estatística**

As variáveis quantitativas foram expressas em função de suas médias e desvios-padrão ou medianas (p25 e p75), de acordo com a sua normalidade, avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis categóricas e ordinais foram expressas em porcentagem. A variável dependente do estudo foi o escore total de adesão obtido pelo questionário CEAT-VIH. Para a análise bivariada foram usados os testes de Rô de Spearman, Mann-Whitney e Jonckheere-Terpstra, para comparações entre variáveis com distribuição não normal. A análise multivariada foi realizada pela Análise de Correspondência Múltipla usando técnica exploratória sem categorização dos subgrupos e, posteriormente, as variáveis foram testadas em um modelo explanatório: Modelo Linear Generalizado com função de ligação de identidade e distribuição de probabilidade  $\gamma$ , para identificar quem melhor se associou à variável dependente, sendo considerados significativos valores de  $p \leq 0,05$ . Os dados foram acondicionado em banco de dados no Microsoft Excel 2013<sup>®</sup> e analisados no Software IBM<sup>®</sup> SPSS 22<sup>(18)</sup>.

## **RESULTADOS**

Foram entrevistados 112 pacientes com média de idade de  $42 \pm 10$  anos, sendo 66% do sexo masculino e a escolaridade predominante foi de nenhuma até fundamental completo. Renda familiar de até três salários mínimos foi observada na maioria da população estudada e ainda 63% não apresentava parceiros sexuais fixos. Tabagismo e etilismo não foram predominantes, porém estavam presentes em 29% e 27%, respectivamente, nesta população. Consumo de drogas ilícitas não foi analisado devido ao baixo número de relatos dentre os participantes. Cerca de um terço dos indivíduos apresentou adesão terapêutica adequada e dois terços apresentaram algum sintoma depressivo. Quanto aos aspectos imunológicos, 65% apresentava a última contagem de  $CD4+ > 500$  células/mm<sup>3</sup> e 79% estavam com a CV indetectável, conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1. Caracterização sobre aspectos sociodemográficos, imunológicos, adesão e sintomas depressivos dos 112 pacientes que vivem com HIV/aids estudados em Botucatu entre 2013 e 2016.**

Variáveis	N	Adesão*			Depressão**		
		A1	A2	A3	D1	D2	D3
<b>N – Total (%)</b>	112	37 (33)	37 (33)	38 (34)	41 (37)	32 (29)	39 (35)
<b>Idade – Média(dp)</b>	42 (10)						
<b>Escolaridade – N(%)</b>							
Fundamental	41 (36)	17 (42)	12 (29)	12 (29)	15 (36)	08 (20)	18 (44)
Médio	39 (35)	12 (31)	12 (31)	15 (38)	12 (31)	13 (33)	14 (36)
Superior	32 (29)	08 (25)	13 (41)	11 (34)	14 (44)	11 (34)	07 (22)
<b>Sexo – N (%)</b>							
Masculino	74 (66)	21 (28)	29 (39)	24 (33)	32 (43)	23 (31)	19 (26)
Feminino	38 (34)	16 (42)	08 (21)	14 (37)	09 (24)	09 (24)	20 (52)
<b>Renda-Md (p25-p75)</b>	3 (2-5)						
<b>Parceria – N(%)</b>							
Com parceiros	41 (37)	14 (34)	13 (32)	14 (34)	15 (37)	12 (29)	14 (34)
Sem Parceiros	71 (63)	23 (32)	24 (34)	24 (34)	26 (37)	20 (28)	25 (35)
<b>Tabagismo – N(%)</b>	– 33 (29)	15 (45)	08 (24)	10 (30)	08 (24)	13 (40)	12 (36)
<b>Etilismo – N(%)</b>	29 (28)	10 (32)	12 (39)	09 (29)	15 (48)	08 (26)	08 (26)
<b>Linfócitos T CD4+</b>							
<500 células/mm <sup>3</sup>	39 (35)	16 (41)	12 (31)	11 (28)	13 (33)	11 (28)	15 (38)
>500 células/mm <sup>3</sup>	73 (65)	21 (28)	26 (35)	27 (36)	28 (38)	22 (30)	24 (32)
<b>Carga Viral</b>							
Indetectável	88 (79)	24 (27)	31 (35)	33 (38)	33 (38)	25 (28)	30 (34)
Detectável	24 (21)	15 (63)	04 (17)	05 (20)	08 (33)	07 (29)	09 (38)

N – Número; **dp**: desvio – padrão; **Md** – Mediana; **p25** – 1º quartil; **p75** – 3º quartil; Renda: Expressa em salários mínimos; \***Escores de Adesão: A1** (baixa) ≤ 72; **A2** (intermediária): entre 73 e 77; **A3** (adequada): ≥ 78; \*\* **Escores de depressão: D1** (ausente): ≤ 05; **D2** (leve): entre 06 e 13; **D3** (moderada a grave): (score ≥14).

Presença de sintomas depressivos e adesão associaram-se entre si, porém demonstraram fraca correlação (rô de Spearman -0,259; p=0,006). Renda e sexo associaram-se à presença de sintomas depressivos, sendo que o feminino apresentou maior escore na escala de depressão de Beck. A adesão se relacionou às variáveis imunológicas, em que valores mais altos, puderam ser observados entre os que tinham CD4+ > 500 células/mm<sup>3</sup> e CV indetectável. Adesão e a presença de sintomas depressivos tiveram seus escores totais expressos em

mediana (p25 e p75) para cada uma das categorias analisadas, porém não se correlacionaram às outras variáveis sociodemográficas (Tabela 2).

**Tabela 2. Mediana dos escores adesão, sintomas depressivos e sua associação para cada uma das variáveis dos 112 pacientes que vivem com HIV/aids estudados em Botucatu entre 2013 e 2016.**

Variáveis	Adesão* Md(p25-p75)	p-valor	Depressão** Md (p25-p75)	p-valor
<b>Idade</b>	-	0,202	-	0,245
<b>Escolaridade</b>	-	0,141	-	0,068
Fundamental	74 (68-79)	-	10 (05-21)	-
Médio	75 (71-78,5)	-	09 (4,5-18,5)	-
Superior	75 (72,5-80)	-	06 (03-13)	-
<b>Sexo</b>	-	0,331	-	<b>0,008</b>
Masculino	75 (71-79,8)	-	07 (03-13,8)	-
Feminino	75 (69-78)	-	14,5 (6,3-23,3)	-
<b>Renda</b>	75 (72-79)	0,201	09 (04-20)	<b>0,013</b>
<b>Parceria</b>	-	0,620	-	0,701
Com parceiros	75 (70,5-79,5)	-	09 (4,5-17,5)	-
Sem Parceiros	75 (70-79)	-	08 (03-19)	-
<b>Tabagismo</b>	73 (70-78)	0,197	10 (6-16)	0,364
<b>Etilismo</b>	75 (71-78)	0,665	06 (03-14,5)	0,423
<b>Linfócitos T CD4+</b>	-	<b>0,017</b>	-	0,760
<500	73 (67-78)	-	10 (05-19)	-
>500	75 (71-79)	-	08 (03-17)	-
<b>Carga Viral</b>	-	<b>0,004</b>	-	0,301
Indetectável	75 (71-79)	-	09 (03-17,2)	-
Detectável	72 (63-74,2)	-	8,5 (05-19,7)	-
<b>Depressão</b>	-	<b>0,006</b>	-	-
Ausente	76 (74-80)	-	-	-
Leve	75 (70,8-79,3)	-	-	-
Moderado – Grave	73 (69-77)	-	-	-

**Md** – Mediana; **p25** – 1º quartil; **p75** – 3º quartil; \***Escores de Adesão**: baixa ≤ 72, intermediária: entre 73 e 77, adequada: ≥ 78; \*\* **Escores de depressão**: ausente: ≤ 05, leve: entre 06 e 13, moderada a grave: ≥ 14.

Na avaliação das categorias do enfrentamento foram observadas diferenças em relação à adesão, mostrando que quanto maiores o autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva, maior a adesão. Outras correlações ocorreram em relação ao enfrentamento, sendo que quanto maiores a resolução de problemas, menor a presença de sintomas depressivos, observando-se o oposto com o item fuga-esquiva (Tabela 3).

**Tabela 3. Distribuição de enfrentamento nas oito categorias de avaliação em função da adesão e da presença de sintomas depressivos dos 112 pacientes vivendo com HIV/aids estudados em Botucatu entre 2013 e 2016.**

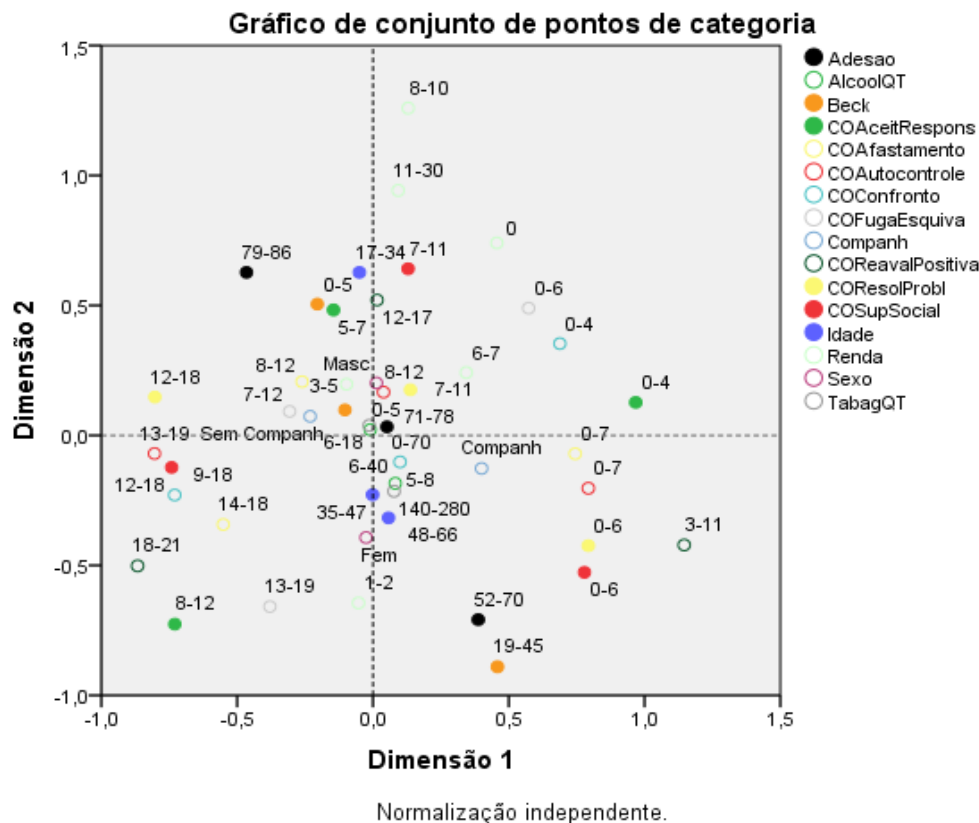
Variáveis	Escore Md (p25- p75)	Adesão		Depressão	
		CC	P-valor	CC	p-valor
<b>Adesão</b>		1	-	-0,259	<b>0,006</b>
<b>Depressão</b>		-0,259	<b>0,006</b>	1	-
<b>Enfrentamento</b>					
Confronto	06 (04-09)	0,139	0,145	-0,084	0,379
Afastamento	09 (07-12)	0,106	0,270	-0,090	0,346
Autocontrole	9,5 (07-13)	0,207	<b>0,029</b>	0,043	0,655
Suporte Social	09 (06-13)	0,260	<b>0,006</b>	-0,173	0,068
Aceitação de Responsabilidade	06 (04-09)	0,047	0,626	0,094	0,322
Fuga-Esquiva	9,5 (06-14)	0,008	0,937	0,315	<b>0,001</b>
Resolução de Problemas	09 (06-12)	0,236	<b>0,013</b>	-0,215	<b>0,023</b>
Reavaliação Positiva	15 (12-18)	0,187	<b>0,049</b>	-0,076	0,425

**CC:** Coeficiente de Correlação; **Md:** mediana; **p25:** 1º quartil; **p75:** 3º quartil

Após a realização da Análise de Correspondência Múltipla usando técnica exploratória, a amostra foi classificada quanto ao grau de adesão ao tratamento medido pelo questionário CEAT-VIH em adesão baixa/insuficiente (escore  $\leq 70$ ), adesão intermediária (escore entre 71 e 78) ou ideal/adequada (escore  $\geq 79$ ). Pela mesma análise a amostra foi categorizada quanto aos níveis de depressão medidos pelo BDI-II, sendo, ausente (escore  $\leq 05$ ), leve (escore entre 06 e 18) ou moderada a grave (escore  $\geq 19$ ). Assim, foram comparadas, por proximidade, às variáveis independentes, conforme demonstra o Gráfico 1.



**Gráfico 1. Gráfico de conjunto de pontos de categorias por análise de correlações múltiplas dos 112 pacientes que vivem com HIV/aids estudados**



Na tentativa de avaliar as variáveis que melhor se correlacionaram com a adesão foi realizada análise multivariada, utilizando modelo linear generalizado. Houve correlação significativa e positiva com a variável autocontrole e a interação entre presença de sintomas depressivos vs. suporte social. Correlação negativa pode ser observada quanto a presença de sintomas depressivos, tabagismo-QT (Quantidade de cigarros consumidos ao longo de uma semana) e as interações entre renda vs. autocontrole e tabagismo-QT vs. suporte social (Tabela 4).

**Tabela 4. Modelo linear generalizado das variáveis relacionadas à adesão dos 112 pacientes que vivem com HIV/aids**

Variáveis	$\beta$	IC de Wald (95%)		p-valor
		Inferior	Superior	
<b>Escolaridade (E.)</b>				0,761
E. Fundamental	-2,916	-5,965	0,133	
E. Médio	-0,120	-2,508	2,268	
E. Superior	0	-	-	
<b>Depressão</b>	-0,173	-0,428	0,082	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Renda</b>	2,285	0,926	3,643	0,972
<b>Idade</b>	0,175	-0,001	0,352	0,376
<b>Tabagismo-QT</b>	-0,016	-0,078	0,045	<b>0,044</b>
<b>Enfrentamento</b>				
Confronto	0,030	-0,275	0,335	0,063
Autocontrole	0,911	-0,280	2,103	<b>0,001</b>
Suporte Social	0,015	-0,274	0,304	0,251
Resolução de Problemas	0,784	-0,113	1,681	0,420
Reavaliação Positiva	0,672	-0,094	1,439	0,977
<b>Interações</b>				
Depressão vs. Suporte Social	0,035	0,013	0,057	<b>0,032</b>
Depressão vs. Reavaliação Positiva	-0,023	-0,043	-0,003	0,198
Renda vs. Idade	-0,027	-0,050	-0,005	0,228
Renda vs. Autocontrole	-0,111	-0,211	-0,011	<b>0,033</b>
Renda vs. Resolução de Problemas	-0,027	-0,094	0,041	0,369
Tabagismo-QT vs. Suporte Social	-0,004	-0,006	-0,002	<b>0,001</b>
Tabagismo-QT vs. Resolução de Problemas	0,004	-0,001	0,009	0,081
Autocontrole vs. Reavaliação Positiva	-0,011	-0,083	0,061	0,244
Resolução Problemas vs. Reavaliação Positiva	-0,046	-0,105	0,013	0,145

**Variável Dependente:** AdesãoGama87; Modelo: (Interceptação) determinado pelo "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral – CEAT-VIH";  $\beta$ : coeficiente beta, estimativa de verossimilhança máxima. **IC de Wald (95%):** Intervalo de confiança de Wald (95%); **E.:** Escolaridade; **Tabagismo-QT:** Quantidade de cigarros consumidos ao longo de uma semana; **vs.:** *versus* (indica a interação entre duas variáveis independentes atuando sobre a adesão)

## DISCUSSÃO

Com relação aos dados sociodemográficos, assim como pode ser observado em outros estudos de PVHA<sup>(14, 19-23)</sup>, em que não se avalia um grupo específico, ocorreu predomí-

nio de indivíduos do sexo masculino, em faixa etária produtiva, com baixas escolaridade e renda familiar.

Os resultados obtidos nesse estudo demonstraram que mais de 2/3 da população apresentou scores de adesão abaixo do considerado bom/adequado, não havendo interferência das variáveis sociodemográficas estudadas, ou seja, sexo, idade, escolaridade, renda, ter parceiros sexuais fixos, tabagismo e etilismo. Vários estudos <sup>(2-7, 11, 19-21)</sup> discutem que existem fatores que causam maior interferência, quando se trata de adesão terapêutica, como por exemplo, carga medicamentosa, uso de substâncias ilícitas, depressão, ausência de suporte social, preconceitos e falta de acesso a serviços de saúde.

Renda relacionou-se significativamente à presença de sintomas depressivos. Alguns estudos <sup>(14, 24, 25)</sup> consideram que baixos níveis socioeconômicos e grau de instrução, além da depressão são preditivos em PVHA para que estas apresentem adesão inadequada, em nosso estudo, e níveis de escolaridade mais baixos foram predominantes entre os indivíduos que apresentaram maiores escores de sintomas depressivos.

Além dos aspectos econômicos e educacionais, variáveis como, o consumo de álcool, cigarro e drogas ilícitas, são frequentemente relacionadas tanto a alterações de adesão a TARV quanto a associação com sintomas depressivos <sup>(26-28)</sup>. No presente estudo, somente tabagismo-QT, se relacionou significativamente com a variável dependente, em que quanto menor o consumo, melhores eram os escores de adesão das PVHA.

Do total de pacientes desse estudo, 33% relataram fazer uso de outras medicações para tratar diferentes tipos de comorbidades, que em geral apresentam sintomas, tais como, fadiga, perda de peso e perda de concentração, tornando difícil a diferenciação entre a depressão, a doença do HIV e outras doenças crônicas <sup>(25)</sup>.

A depressão causa aumento de morbimortalidade em pacientes com doenças crônicas. Nesse sentido, estudos <sup>(29-31)</sup> com PVHA mostram que ela pode ser responsável por de-

clínico nas contagens T CD4+ e aumento na CV do HIV, o que levaria a uma piora do quadro clínico geral dos pacientes. Apesar de nossa população ser predominante de indivíduos com contagens de CD4+ > 500 células/mm<sup>3</sup> e CV indetectável, nós pudemos observar que dentre aqueles que mantinham quadro imunológico inadequado, 2/3 apresentavam algum sintomas de depressão.

Wagner *et al.*<sup>(7)</sup>, estudaram PVHA em Uganda, e observaram que menores escores de depressão foram encontrados naqueles com maior autorrelato de adesão a TARV. A proporção de sintomas depressivos pode variar dependendo da população ou forma de investigação utilizada, podendo chegar até 79% dos indivíduos. A gravidade dos quadros vem sendo diretamente relacionada à piora dos índices de adesão<sup>(32-34)</sup>.

Os resultados do presente estudo indicaram que estratégias de enfrentamento como autocontrole, suporte social, reavaliação positiva e resolução de problemas podem interferir na adesão terapêutica de PVHA. A relação entre ausência de suporte social seja de amigos, familiares e parceiros, já havia sido demonstrada como importante fator para o aumento da depressão, com conseqüente reflexo na piora da adesão ao tratamento<sup>(25, 35, 36)</sup>. A interação da variável suporte social *vs.* tabagismo-QT mostrou que o consumo dessa substância pode interferir neste aspecto do enfrentamento demonstrado individuo, levando a conseqüente piora da adesão.

Dois terços dos indivíduos sem parceiros, neste estudo, apresentaram adesão inadequada e algum sintoma de depressão. Sabe-se que PVHA costumam restringir sua rede de relacionamentos, devido ao estigma e discriminação, no entanto, a formação de grupos pode contribuir com a melhoria na capacidade de enfrentamento<sup>(37, 38)</sup>.

Chipimo *et al.*<sup>(39)</sup>, em 2011, mostraram que PVHA em uso de TARV, são mais adaptadas à convivência com a infecção, expressando, frequentemente, esperança e valorização

de grupos de apoio, o que ajudaria a explicar a relação positiva entre o enfrentamento baseado no autocontrole e suporte social com a adesão, encontrado no presente estudo.

Reavaliação positiva demonstrou efeito protetor contra danos psicológicos, o que possibilitaria melhor sensação de bem-estar e conseqüentemente melhora da adesão, conforme que já havia sido estudada previamente como estratégia de enfrentamento em PVHA por outros autores<sup>(40, 41)</sup>.

Processos de reavaliação positiva também podem ajudar o indivíduo a se motivar e voltar a desenvolver atitudes que contribuam para melhoria do estresse relacionado à doença, causando efeito positivo para comportamentos baseados na resolução de problemas. A interação entre a reavaliação positiva e a resolução problemas mostrou-se significativa para melhoria da adesão. Estados psicológicos adequados, permitem que esses indivíduos expressem autocontrole e experimentem a sensação de realização pessoal, mesmo após terem sofrido com diversos aspectos relativos à infecção<sup>(42)</sup>.

A combinação entre diversas estratégias cognitivo-comportamentais leva à resiliência psicológica e satisfação com a própria vida. Já o desequilíbrio na utilização desses recursos resulta em aumento do estresse e reduzida capacidade de enfrentamento<sup>(43,44)</sup>.

Como limitações pudemos observar que a utilização o autorrelato de adesão é constantemente avaliado como uma ferramenta de baixa confiabilidade e que deve ser usada em associação a outros métodos como análise de concentração sérica de medicamentos, dispensação de comprimidos pela farmácia e avaliação do estado imunológico dos pacientes; também não foram utilizados instrumentos de mensuração de consumo de álcool e tabaco. Possíveis vies de memória do paciente podem ter ocorrido devido ao tempo entre a entrevista e o diagnóstico positivo da infecção pelo HIV

## **CONCLUSÃO**

Este estudo encontrou que grande parte da população apresenta baixa adesão e que esta é relacionada à presença de tabagismo, sinais de depressão, dificuldades de autocontrole, ausência de suporte social, dificuldades na resolução de problemas, e baixa reavaliação positiva.

A partir de um processo de escuta e colaboração, em contextos individuais específicos, a equipe poderia aproveitar para aplicar diferentes abordagens, como formação de grupos de discussão e compartilhamento de experiências, desenvolver palestras educativas a fim de explorar o autoconhecimento, bem como estimular a participação de familiares e amigos no intuito de encontrar soluções adequadas e resolutivas, que contribuam para minimizar efeitos psicológicos e contribuir para melhoria da adesão ao tratamento.

Outros estudos avaliando a conformidade entre os questionários de adesão, presença de sintomas depressivos e enfrentamento devem ser conduzidos, além de avaliar barreiras estruturais e possíveis dificuldades de acessibilidade como fator dificultador de adesão.

Faz-se necessário que outras variáveis como, retiradas de medicamentos na farmácia e tipo de esquema terapêutico utilizado sem incorporados em próximos trabalhos a fim de ajudar a responder quais fatores melhoram a adesão ao tratamento.

## **REFERÊNCIAS**

1. UNAIDS/WHO [Internet]. Global HIV/Aids response: Epidemic Update and health sector progress towards Universal Access. Progress Report 2011. Geneva: UNAIDS/WHO; 2011 [Acesso 01 ago 2016]. Disponível em: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130\\_UA\\_Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf).

2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2013.(Atualizado em 2015). [Acessado em 22 jul 2016] Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal\\_31\\_7\\_2015\\_pdf\\_31327.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf)
3. UNAIDS/WHO [Internet]. Global Aids Up Date 2016 [Acesso 22 jul 2016]. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf)
4. Bangsberg DR, Ragland K, Monk A, Deeks SG. A single tablet regimen is associated with higher adherence and viral suppression than multiple tablet regimens in HIV+ homeless and marginally housed people. *AIDS*. 2010; 24(18):2835–40.
5. Hogg RS, Heath K, Bangsberg DR, Yip B, Press N, O’Shaughnessy MV, et al. Intermittent use of triple-combination therapy is predictive of mortality at baseline and after 1 year of follow-up. *AIDS*. 2002; 16:1051–8.
6. Peltzer K, Preez NF, Ramlagan S, Anderson J. Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health*. 2010; 10:111
7. Wagner GJ<sup>1</sup>, Ghosh-Dastidar B<sup>2</sup>, Robinson E<sup>2</sup>, Ngo VK<sup>2</sup>, Glick P<sup>2</sup>, Mukasa B<sup>3</sup>, Musisi S<sup>4</sup>, Akena D<sup>4</sup>. Effects of Depression Alleviation on ART Adherence and HIV Clinic Attendance in Uganda, and the Mediating Roles of Self-Efficacy and Motivation. *AIDS Behav*. 2016 Jul 20. [Epub ahead of print]
8. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer, 1984.

9. Folkman S, Lazarus, R. S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol.* 1985 Jan; 48(1):150-70.
10. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol.* 1986 May; 50(5):992-1003.
11. Folayan MO, Harrison A, Brown B, Odetoyinbo M, Stockman JK, Ajuwon AJ, et al. Associations between Forced Sexual Initiation, HIV Status, Sexual Risk Behavior, Life Stressors, and Coping Strategies among Adolescents in Nigeria. *PLoS ONE.* 2016; 11(5): e0155210. doi:10.1371/ journal.pone.0155210
12. Lazarus RS. *Emotion and adaptation.* London: Oxford University Press. 1991.
13. Miot HA. Sample size in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras.* 2011; 10(4):275-8.
14. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2007; 41(5): 685-694. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-8910200700050001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200700050001&lng=en). Epub July 19, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 4:561-571



16. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012 Dec; 34(4):389-94.
17. Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol USP.* 1996; 7(1/2):183-201.
18. Hout MC, Papesh MH, Goldinger SD. Multidimensional Scaling. *Wires. Cognit Sci.* 2013; 4:93-103.
19. Ashraf M, Sitwat A. Personality dimensions positive emotions and coping strategies in the caregivers of people living with HIV in Lahore, Pakistan. *Int J Nurs Pract.* 2016 May 11. Doi: 10.1111/ijn.12444. [Epub ahead of print]
20. Ironson G, Kremer H, Lucette A. Relationship Between Spiritual Coping and Survival in Patients with HIV. *J Gen Intern Med.* 2016 May 5. [Epub ahead of print]
21. Reis AC1, Guerra MN, Lencastre LM. Treatment adherence and subjective well-being in HIV/AIDS infection. *AIDS Care.* 2013; 25(12):1604-11. doi: 10.1080/09540121.2013.793276. Epub 2013 Jun 19
22. Leite TC, Campos DP, Coelho AB, Teixeira SL, Veloso VG, Morgado MG, et al. Impact of HIV-1 subtypes on AIDS progression in a Brazilian cohort. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2016 Jul 15. [Epub ahead of print]
23. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – HIV.Aids 2015. Brasília – DF. [Acesso em 01 ago 2016]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aids\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf)

24. UNAIDS/WHO [Internet]. The Gap Report. Geneva: UNAIDS/WHO; 2014 [Acesso 263 jul 2016]. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf)
25. Slot M, Sodemann M, Gabel C, Holmskov J, Laursen T, Rodkjaer L. Factors associated with risk of depression and relevant predictors of screening for depression in clinical practice: a cross-sectional study among HIV-infected individuals in Denmark. *HIV Med.* 2015 Aug; 16(7):393-402. doi: 10.1111/hiv.12223. Epub 2015 Jan 14.
26. Cioe PA, Gamarel KE, Pantalone DW, Monti PM, Mayer KH, Kahler CW.. Cigarette Smoking and Antiretroviral Therapy (ART) Adherence in a Sample of Heavy Drinking HIV-Infected Men Who Have Sexwith Men (MSM). *AIDS Behav.* 20 Jul 2016. DOI 10.1007/s10461-016-1496-5
27. Hand, G. A., Lyerly, G. W., Jagers, J. R., & Dudgeon, W. D. Impact of aerobic and resistance exercise on thehealth of HIV-infected persons. *American Journal of Lifestyle. Medicine*, 2009; 3(6), 489-499.
28. Lee, K. A., Portillo, C. J., & Miramontes, H. The influence of sleep and activity patterns on fatigue in women with HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2001; 12, 19-27.
29. Nicholson WD, Long BC. Self-esteem, social support, internalized homophobia, and coping strategies of HIV1 gay men. *J Consult Clin Psychol.* 1990; 58: 873–876. PMID: 2292639

30. Pence BW, Miller WC, Gaynes BN, Eron JJ. Psychiatric Illness and Virologic Response in Patients Initiating Highly Active Antiretroviral Therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007 Feb 1; 44(2):159-66.
31. Starace F, Ammassari A, Trotta MP, Murri R, De Longis P, Izzo C, *et al*. Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002 Dec 15; 31 Suppl 3:S136-9.
32. McGowan JA, Sherr L, Rodger AJ, Fisher M, Miners A, Anderson J. Age, time living with diagnosed HIV infection, and self-rated health. *HIV Med*. 2016 Jul 7. doi: 10.1111/hiv.12398. [Epub ahead of print]
33. Rueda S, Mitra S, Chen S, *et al*. Examining the associations between HIV related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open*. 2016; 6:e011453. doi:10.1136/bmjopen-2016-011453
34. Dal-Bó MJ, Manoel AL, Filho AO, Silva BQ, Cardoso YS, Cortez J, *et al*. Depressive Symptoms and Associated Factors among People Living with HIV/AIDS. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2015 Mar-Apr; 14(2):136-40. doi: 10.1177/2325957413494829. Epub 2013 Jul 19.
35. Herrmann S, McKinnon E, Hyland N *et al*. HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11: 56.
36. Power R, Koopman C, Volk J *et al*. Social support, substance use, and denial in relationship to antiretroviral treatment adherence among HIV-infected persons. *AIDS Patient Care STDs*. 2003; 17: 245–252.

37. Charkhian A, Fekrazad H, Sajadi H, Rahgozar M, Maddahi S, Haji Abdolbaghi M. Relationship between health-related quality of life and social support in HIV-infected people in Tehran, Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2014, 43(1), 100-106.
38. Mahmoudi M, Dehdari T, Shojaezadeh D, Abbasian L. Coping With Stress Strategies in HIV-infected Iranian Patients. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015 Jul-Aug; 26(4):464-71. doi: 10.1016/j.jana.2015.01.001. Epub 2015 Jan 13.
39. Chipimo PJ, Tuba M, Fylkesnes K. Conceptual models for mental distress among HIV-infected and uninfected individuals: A contribution to clinical practice and research in primary-health-care centers in Zambia. *BMC Health Services Research*. 2011; 11(1), 7.
40. van der Veek SM, Kraaij V, Van Koppen W, Garnefski N, Joekees K. Goal disturbance, cognitive coping and psychological distress in HIV-infected persons. *J Health Psychol*. 2007 Mar; 12(2):225-30.
41. Norcini Pala A, Steca P. Illness perceptions and coping strategies among individuals diagnosed with HIV. *J Behav Med*. 2015 Aug; 38(4):620-31. doi: 10.1007/s10865-015-9639-0. Epub 2015 Apr 2.
42. Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*. 1997; 45: 1207–1221.
43. Namir S, Wolcott DL, Fawzy FI, Alumbaugh MJ. Coping with AIDS: Psychological and health implications. *J Appl Soc Psychol*. 1987; 17: 309–328.
44. Ammassari A, Antinori A, Aloisi MS, Trotta MP, Murri R, Bartoli L, *et al*. Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretro-

viral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics*. 2004 Sep-Oct; 45(5):394-402.

***CAPÍTULO 3***  
***ARTIGO 2***

**Análise de sobrevivência e adesão à terapia antirretroviral: o impacto na falha terapêutica**

**Autores:** Caio C. Camargo<sup>a</sup>, Nayara R. V. Cavassan<sup>a</sup>, Karen I. Tasca<sup>a</sup>, Helio A. Miot<sup>b</sup>, Lenice R. Souza<sup>a</sup>

**Afiliação:** <sup>a</sup>Departamento de Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Botucatu-São Paulo/ Brasil; <sup>b</sup>Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Botucatu-São Paulo/ Brasil; <sup>c</sup>Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Botucatu-São Paulo/ Brasil.

**Sugestão de Running Head:** Adesão e troca da terapêutica em HIV/aids: uma análise de sobrevivência.

**Autor Correspondente:** Caio Cavassan de Camargo. Rua Antônio Brasilino Fávero, 289. Jardim Flamboyant, Botucatu/ São Paulo/ Brasil. CEP: 18610-101; Telefone: +55 14 9 9122 9595; e-mail: [caiocavassan@gmail.com](mailto:caiocavassan@gmail.com).

## **RESUMO**

Não adesão ao tratamento para o HIV está associada a falhas terapêuticas que causam resistência medicamentosa e grandes prejuízos para serviços de saúde pública. O objetivo desse estudo foi avaliar se a não adesão e o tempo de permanência em cada esquema terapêutico interferem na falha terapêutica. Foram entrevistados 112 pacientes vivendo com HIV/aids atendidos em um serviço de ambulatórios especializados de infectologia do estado de São Paulo-Brasil, com mediana de tempo de uso de antirretrovirais de 551 dias, e presença de trocas de esquemas terapêuticos em mais de 75% do total. Baixa adesão está associada com menor tempo de uso de TARV propostos e acabam por se relacionar a maiores falhas imunológicas.

**Palavras Chave:** HIV; Aderência ao tratamento medicamentoso; falha de tratamento; Análise de Sobrevivência



## **Introdução**

A infecção pelo HIV e as dificuldades terapêuticas, tais como adesão, permanecem como um grande desafio para os serviços públicos de saúde, tendo em vista que do total de indivíduos infectados no mundo, aproximadamente 36,7 milhões, menos da metade está em tratamento (43%) e uma proporção ainda menor atingiu a supressão viral máxima(1).

A escolha da terapia antirretroviral (TARV) inicial para a infecção pelo HIV tem papel fundamental na resposta terapêutica de pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), pois dela decorrem implicações potenciais, não somente em curto, mas também em longo prazo que contribuem para o sucesso ou fracasso do tratamento.(2)

Eventos adversos independente da intensidade ou tempo de duração, têm sido considerados fatores relacionados à não adesão à TARV. Sintomas precoces são frequentes e comuns a todas as classes de antirretrovirais e decorrem geralmente de intolerância gástrica, que em geral são leves e respondem bem ao tratamento com medicamentos sintomáticos, desaparecendo após os primeiros dias ou semanas de terapia. Porém, outros eventos adversos tais como hepatotoxicidade, manifestações neuropsiquiátricas, necrose asséptica das cabeças do fêmur e úmero, resistência à insulina e lipodistrofia com ou sem dislipidemia, também podem ocorrer(2).

Reações adversas estão entre os principais motivos relacionados à troca da TARV inicial, no primeiro ano, pois levam à falta de adesão dos pacientes, dificultando assim a supressão viral e a restauração do sistema imune, o que contribui para indução de possíveis resistências às drogas(2).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a falha imunológica é definida como a queda na contagem de linfócitos T CD4+ superior a 50% de seu valor máximo sem

infecções concomitantes ou a permanência dela constantemente abaixo de 100 células/mm<sup>3</sup> de sangue mesmo com indivíduo em tratamento(3).

A falha terapêutica foi considerada quando o indivíduo apresentou carga viral plasmática do HIV acima do limite de detecção, de 40 cópias de RNA/mL e posteriormente confirmadas por exame de genotipagem do vírus. Este é um método de sequenciamento genômico da transcriptase reversa e protease do HIV e os resultados foram baseados pelo algoritmo brasileiro ou de Stanford.(2)

A falha imunológica pode ser um sinal de alerta para o serviço de saúde, pois pode estar condicionada a dificuldades de adesão apresentadas pelo paciente e que levam a uma necessidade de troca de esquema precoce(3).

Portanto o objetivo desse estudo foi avaliar se a não adesão e o tempo de permanência em cada esquema terapêutico proposto interferem potencialmente na falha terapêutica.

## **Métodos**

### **Campo do estudo**

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” (SAEI-DAM). Este Serviço é público, ou seja, vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, e é referência para o atendimento de pacientes com HIV/aids na região de Botucatu/SP, Brasil.

### **Desenho do Estudo**

Trata-se de estudo do tipo coorte não concorrente, que avaliou o tempo de uso de TARV em cada esquema terapêutico utilizado, em função do tempo, associada à mensuração da adesão à TARV. Esta foi obtida por meio de entrevista, recentemente realizada pelo próprio pesquisador, com duração de aproximadamente 40 minutos, cujos dados foram estima-

dos para todo o período de uso da medicação. Além disso, foi realizada consulta a prontuários médicos e ao sistema de controle logístico de medicamentos (SICLOM).

### **População do Estudo**

Foram coletados dados a partir de 2006 de 112 PVHA entrevistadas entre abril de 2013 e junho de 2016, em seguimento no SAEI-DAM e que tinham iniciado uso de TARV, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil(2). A população alvo foi formada pelos pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos e com condições cognitivas e discernimento para responder ao questionário que compõe este inquérito.

Os pacientes somente foram incluídos após esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP (parecer 233.458).

### **Amostra**

Para um modelo final composto de 10 variáveis, estimou-se a necessidade de até 110 indivíduos para responder os objetivos propostos utilizando o modelo de Freeman  $N=10*(k+1)(4)$ .

### **Variáveis**

As variáveis exploradas foram: tempo de tratamento, número de trocas de esquemas terapêuticos, ocorrência de falha terapêutica e adesão à TARV atual.

Quanto ao número de trocas, os dados foram obtidos pela análise do prontuário médico de cada paciente e confirmada no SICLOM, utilizando-se dados a partir da implantação desse sistema para o gerenciamento de TARV em 2006.

A adesão terapêutica foi avaliada utilizando a adaptação brasileira do "*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*"(CEAT-VIH)(5), que conta com 20 questões autorrelatadas, cujo escore total varia de 17 a 89 pontos e, quanto maior o

escore, melhor a adesão. A amostra foi classificada quanto ao grau de adesão ao tratamento medido em adesão baixa/insuficiente (escore  $\leq 70$ ) e adesão intermediária/alta (escores  $> 71$ ).

### **Análise estatística**

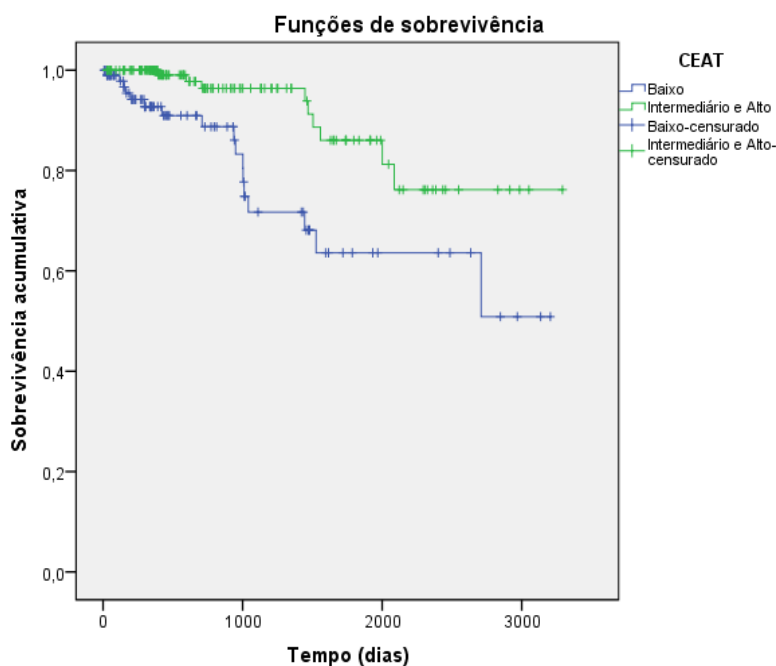
As variáveis quantitativas foram expressas em função de suas medianas e quartis (p25 e p75), de acordo com a sua normalidade, avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis categóricas e ordinais foram expressas em porcentagem. A variável dependente foi o tempo de permanência em cada esquema terapêutico utilizado pelo paciente. Para a análise bivariada foi utilizado o teste de Rô de Spearman, para correlações entre variáveis com distribuição não normal. Posteriormente foi realizada análise de sobrevivência através da Regressão de Cox. A frequência de trocas de medicamentos entre pacientes com falha e evento adverso foram comparadas pelo teste do qui-quadrado de tendência. Foram considerados significativos valores de  $p \leq 0,05$ . Os dados foram analisados no Software IBM SPSS 22(6).

### **Resultados**

Foram entrevistadas 112 PVHA com média de idade de  $42 \pm 10$  anos, sendo predominante o sexo masculino (66%). A mediana do tempo de seguimento foi de 551 (300-1323) dias.

O número de trocas de TARV variou de zero a cinco, sendo o maior número encontrado entre os indivíduos que apresentavam menores escores de adesão. Quando estes dados foram comparados ao motivo principal da troca, pelo teste qui-quadrado de Pearson, foi possível identificar que houve maior frequência entre os que apresentavam falha terapêutica do que por eventos adversos ( $p < 0,001$ ). Entre os indivíduos que apresentaram eventos adversos, 94 (94%) realizaram duas trocas ou menos de TARV. Já a mudança de esquema por falha medicamentosa ocorreu em 12 (10%) dos indivíduos, sendo que oito (66,7%) apresentaram duas trocas ou mais.

O gráfico 1 evidencia o tempo de uso de TARV em função do tempo relacionada à adesão à TARV. Houve menor frequência de trocas entre aqueles que apresentavam grau de adesão intermediário/alto do que baixo/insuficiente. E, à medida que havia aumento de um ponto no questionário CEAT-VIH, diminuía em 6,7% a chance de falha de tratamento e aumento de três vezes na chance de permanência no esquema em função do tempo (HR = 3,484; IC = 1,549-7,834;  $\beta = -0,067$ ;  $p = 0,03$ ).



**Gráfico 1.** Análise de sobrevivência nos esquemas terapêuticos em função do tempo das 112 pessoas vivendo com HIV/aids estudadas. (censurados: indivíduos que saíram por apresentarem evento adverso).

## Discussão

NO presente estudo, assim como pôde ser observado em estudo multicêntrico realizado por Protopopescu *et al.*(7), em que a ausência de falhas levou à supressão virológica prolongada, sendo que foi quase o dobro entre indivíduos com média/alta adesão quando comparados aos de baixa, mesmo quando adicionada a variação do tempo.

Os resultados encontrados no presente estudo reforçam a importância do cuidado e do planejamento focado na melhoria da adesão desde o início do primeiro esquema antirre-

troviral, bem como durante todo o seguimento do paciente, pois à medida que a variável tempo aumenta, o tempo de uso de TARV entre os indivíduos de baixa adesão diminui.

Cuong *et al.*(8) observaram que os principais fatores relacionados ao maior risco de falha virológica foram a não adesão e as trocas de regime terapêutico. Neste estudo realizado no Vietnã o risco de falhas entre indivíduos virgens de tratamento foi de 7,4%, o que corrobora com os dados encontrados no presente estudo, em que houve maior proporção de falha entre os que já haviam utilizado maior número de esquemas antirretrovirais.

Além da quantidade de trocas, a mudança de TARV de primeira linha para segunda ou terceira, implica em maior número de comprimidos, que apesar de se apresentarem eficazes, são mais caros e tendem a ser de pior adaptação conduzindo o paciente à piora da adesão(9).

Em estudo realizado com adolescentes na Zâmbia(10), os autores observaram que as falhas de adesão estavam relacionadas ao número de comprimidos decorrente da troca de esquemas, sendo que quase 90% em segundo esquema de TARV relatava tomar mais do que quatro comprimidos ao dia. Adicionalmente, esse grupo era composto por adolescentes um pouco mais velhos e que tinha mais tempo de uso de TARV.

O longo tempo de tratamento foi uma variável que se associou a menor adesão e ao maior número de trocas. Assim como observado por Kim *et al.*(11), pacientes com tratamentos baseados em TARV de primeira linha, apresentam maior taxa de descontinuação por eventos adversos. Sendo assim a adesão ao tratamento demonstra, também, sucesso na relação entre as recomendações médicas e as atitudes do paciente.

A interação entre aderência e supressão virológica tem sido descrita(2,7-11). Kerschberger *et al.*(12) detectaram que avaliar precocemente problemas na adesão contribui para diminuir o risco de troca, bem como previne o aparecimento de cepas resistentes que levam o indivíduo à falha virológica e à necessidade de troca da TARV. Apesar da avaliação

precoce de adesão não ter sido realizada no presente estudo, os resultados permitem inferir a mesma observação.

## **Conclusão**

A falha terapêutica está relacionada ao número de trocas e à não adesão, tornando o desenvolvimento de estratégias focadas na melhoria do suporte ao paciente indispensável.

A equipe multiprofissional deve trabalhar a adesão e a escuta do paciente como estratégias para diminuir eventos adversos, número de trocas e aparecimento de cepas resistentes a partir da primeira consulta, mesmo antes de iniciar a TARV.

Quanto melhor a interação equipe-paciente maior o grau de confiança entre as partes, o que leva a resultados de sucesso terapêutico em menor tempo e com menores chances de falhas.

## **Referencias**

1. UNAIDS/WHO [Internet]. Global Aids Up Date 2016 [Acesso 22 jan 2017]. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clinico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2013.(Atualizado em 2015). [Acessado em 21 jan 2017] Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal\\_31\\_7\\_2015\\_pdf\\_31327.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf)
3. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2013.

4. Miot HA. Sample size in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras.* 2011; 10(4):275-8.
5. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2007; 41(5): 685-694. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-8910200700050001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200700050001&lng=en). Epub July 19, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>.
6. Hout MC, Papesh MH, Goldinger SD. Multidimensional Scaling. *Wires. Cognit Sci.* 2013; 4:93-103.
7. Protopopescu C, Carrieri MP, Raffi F, Picard O, Hardel L, Piroth L, *et al.* Prolonged viral suppression over a 12-year follow-up of HIV-infected patients: the persistent impact of adherence at 4 months after initiation of combined antiretroviral therapy in the ANRS CO8 APROCO-COPILOTE cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016 Nov 15. [Epub ahead of print]
8. Cuong DD, Sönnnerborg A, Tam VV, El-Khatib Z, Santacatterina M, Marrone G, *et al.* Impact of peer support on virologic failure in HIV-infected patients on antiretroviral therapy - a cluster randomized controlled trial in Vietnam. *BMC Infect Dis.* 2016; 16: 759. Published online 2016 Dec 16. doi: 10.1186/s12879-016-2017-x
9. Langebeek N, Gisolf EH, Reiss P, *et al.* Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *BMC medicine.* 2014;12:142.
10. Stalter RM, Katayamoyo P, Packer C, Banda H, Chen PL, Mwansa JK, *et al.* Transitioning to Second-Line Antiretroviral Therapy Among Adolescents in Copperbelt Province,



Zambia: Predictors of Treatment Switching and Adherence to Second-Line Regimens. *Pediatr Infect Dis J*. 2017 Jan 16. doi: 10.1097/INF.0000000000001547. [Epub ahead of print].

11. Kim MJ, Kim SW, Chang HH, Kim Y, Jin S, Jung H. Comparison of Antiretroviral Regimens: Adverse Effects and Tolerability Failure that Cause Regimen Switching. *Infect Chemother*. 2015 Dec;47(4):231-8. doi: 10.3947/ic.2015.47.4.231. Epub 2015 Dec 30.
12. Kerschberger B, Boulle AM, Kranzer K, Hilderbrand K, Schomaker M, Coetzee D, *et al*. Superior virologic and treatment outcomes when viral load is measured at 3 months compared to 6 months on antiretroviral therapy. *J Int AIDS Soc*. 2015; 18(1): 20092. Published online 2015 Sep 23. doi: 10.7448/IAS.18.1.20092

# ***CAPÍTULO 4***

## ***Considerações Finais***

## **Considerações Finais**

Diversos são os fatores que influenciam na adesão do paciente à terapia antirretroviral. Após a realização deste trabalho, ficou evidente que cada dimensão do cuidado tem sua importância.

O diagnóstico clínico de alterações, eventos adversos, falhas terapêuticas, fazem parte de um contexto que envolve o cuidado integral do paciente, no qual se identificam déficits de atenção, cuidado, suporte emocional, depressão, enfrentamento e outros fatores que influenciam para a piora do quadro geral do paciente.

PVHA assim como quaisquer outros pacientes que enfrentam patologias crônicas, estão sujeitos às dificuldades encontradas devido ao longo tempo de convívio com a doença, como diminuição ou falha no efeito do fármaco, esquecimento ou recusa à necessidade de sua tomada para manutenção da saúde.

Como particularidades destacam-se a demanda de incremento na escuta e atenção aos pacientes para identificação precoce de fatores que contribuam para a melhoria da aceitação da doença e compartilhamento da responsabilidade do cuidado integral às PVHA.

Este estudo encontrou que grande parte da população apresenta baixa adesão e que esta é relacionada à presença de tabagismo, sinais de depressão, dificuldades de autocontrole, ausência de suporte social, dificuldades na resolução de problemas, e baixa reavaliação positiva.

A partir de um processo de escuta e colaboração, em contextos individuais específicos, a equipe poderia aproveitar para aplicar diferentes abordagens, como formação de grupos de discussão e compartilhamento de experiências, desenvolver palestras educativas a fim de explorar o autoconhecimento, bem como estimular a participação de familiares e amigos no intuito de encontrar soluções adequadas e resolutivas, que contribuam para minimizar efeitos psicológicos e contribuir para melhoria da adesão ao tratamento.

# ***APÊNDICES***

## APENDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) senhor(a) para participar da pesquisa “**Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em indivíduos que vivem com HIV/aids**”, que tem por objetivo medir os níveis de adesão à terapia medicamentosa em indivíduos portadores de HIV/Aids. Adesão à terapia medicamentosa significa o quanto o paciente consegue tomar, o mais corretamente possível, seus remédios para tratar o HIV. E, também, saber por que alguns não conseguem tratar corretamente. Para participar você deverá responder às questões da entrevista, que tem por tempo estimado 20 minutos, que será realizada pelo pesquisador, que é enfermeiro. Caso necessário, submeter-se a coleta de sangue, que será realizada na rotina do atendimento, para dosagens de células de defesa T CD4+ e contagem da carga viral do HIV. Serão, ainda, levantados dados de seu prontuário e de sua ficha de retirada de medicamentos na farmácia. Esta pesquisa é de minha responsabilidade, enfermeiro Caio Cavassan de Camargo, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lenice do Rosário de Souza, do Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Pelo presente instrumento, eu \_\_\_\_\_, devidamente, esclarecido, ciente dos procedimentos aos quais serei submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado e, ciente, também, de que as informações serão utilizadas exclusivamente pelos pesquisadores, que manterão sigilo sobre minha identidade, e que os mesmos estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas e de que **posso retirar este meu consentimento, a qualquer hora, sem prejuízo do atendimento neste Serviço**, firmo meu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta. Qualquer dúvida adicional poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Botucatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>o</sup> Enf<sup>o</sup> Caio Cavassan de Camargo  
R Antonio Brasilino Favero, 289  
Jd. Flamboyant Cel: 14 9122 9595  
e-mail: [caiocavassan@gmail.com](mailto:caiocavassan@gmail.com)

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lenice do Rosário de Souza  
R Salim Kahil, n<sup>o</sup> 470/apto. 803  
V Nogueira, Botucatu, Fone 38821395  
e-mail: [lsouza@fmb.unesp.br](mailto:lsouza@fmb.unesp.br)

## APÊNDICE II

**Nme:** \_\_\_\_\_

**Data do Nascimento:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Renda familiar:** \_\_\_\_\_

**Outros Medicamentos** \_\_\_\_\_

**Tabagismo** ( ) sim ( ) não. **Quanto** \_\_\_\_\_ **Frequencia** \_\_\_\_\_

**Etilismo** ( ) sim ( ) não. **Volume** \_\_\_\_\_ **Frequencia** \_\_\_\_\_

### **Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH, Versão em português [Brasil])**

Durante a última semana

1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?

- ( ) Sempre
- ( ) Mais da metade das vezes
- ( ) Metade das vezes
- ( ) Alguma vez
- ( ) Nenhuma vez

2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?

- ( ) Sempre
- ( ) Mais da metade das vezes
- ( ) Metade das vezes
- ( ) Alguma vez
- ( ) Nenhuma vez

3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?

- ( ) Sempre
- ( ) Mais da metade das vezes
- ( ) Metade das vezes
- ( ) Alguma vez
- ( ) Nenhuma vez

4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido deixou de tomar sua medicação?

- ( ) Sempre
- ( ) Mais da metade das vezes
- ( ) Metade das vezes
- ( ) Alguma vez
- ( ) Nenhuma vez

5. Lembra-se de quais remédios está tomando nesse momento?

( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

6. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?

- ( ) Nada ( ) Pouco ( ) Regular
- ( ) Bastante ou ( ) Muito

7. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?  
 Nada  Pouco  Regular  
 Bastante  Muito
8. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?  
 Nada  Pouco  Regular  
 Bastante  Muito
9. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?  
 Nada  Pouco  Regular  
 Bastante  Muito
10. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?  
 Nada  Pouco  Regular  
 Bastante  Muito
11. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?  
 Não, nunca  
 Sim, alguma vez  
 Sim, metade das vezes  
 Sim, muitas vezes  
 Sim, sempre
12. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?  
 Não, nunca  
 Sim, alguma vez  
 Sim, metade das vezes  
 Sim, muitas vezes  
 Sim, sempre
13. Como se sente em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?  
 Muito insatisfeito  
 Insatisfeito  
 Indiferente  
 Satisfeito  
 Muito satisfeito
14. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?  
 Muito intensos  
 Intensos  
 Medianamente intensos  
 Pouco intensos  
 Nada intensos
15. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?  
 Muito tempo  
 Bastante tempo  
 Regular

- Pouco tempo
- Nada de tempo

16. Que avaliação tem de si mesmo com relação à tomada dos remédios para o HIV?

- Nada cumpridor
- Pouco cumpridor
- Regular
- Bastante
- Muito cumpridor

17. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

- Muita dificuldade    Bastante dificuldade    Regular    Pouca dificuldade
- Nenhuma dificuldade

18. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação por um dia completo, ou mais de um dia?

- Sim, quantos dias? \_\_\_\_\_
- Não

19. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação?

- Sim Qual? \_\_\_\_\_
- Não

20. Como é a relação que mantém com o seu médico?

- Ruim    Um pouco ruim    Regular    Pode melhorar    Boa



## APÊNDICE III

### ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Selecione a afirmativa que melhor descreve como o paciente se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Marque um X no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de marcar a resposta do paciente.

1.  não me sinto triste  
 sinto-me triste  
 sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto  
 estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
  
2.  não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro  
 sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro  
 sinto que não tenho nada por que esperar  
 sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
  
3.  não me sinto fracassado(a)  
 sinto que falhei mais do que um indivíduo médio  
 quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos  
 sinto que sou um fracasso completo como pessoa
  
4.  não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer  
 não gosto das coisas da maneira como costumava gostar  
 não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma  
 estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
  
5.  não me sinto particularmente culpado(a)  
 sinto-me culpado(a) boa parte do tempo  
 sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo  
 sinto-me culpado(a) o tempo todo
  
6.  não sinto que esteja sendo punido(a)  
 sinto que posso ser punido(a)  
 espero ser punido(a)  
 sinto que estou sendo punido(a)
  
7.  não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)  
 sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)  
 sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)  
 eu me odeio
  
8.  não sinto que seja pior que qualquer pessoa  
 critico minhas fraquezas ou erros  
 responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas  
 culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
  
9.  não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar

- tenho pensamentos a respeito de me matar, mas não os levaria adiante
  - gostaria de me matar
  - eu me mataria se tivesse uma oportunidade
- 10.**  não costumo chorar mais do que o habitual
- choro mais agora do que costumava chorar antes
  - atualmente choro o tempo todo
  - eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira
- 11.**  não me irrita mais agora do que em qualquer outra época
- fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
  - atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
  - absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
- 12.**  não perdi o interesse nas outras pessoas
- interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
  - perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
  - perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
- 13.**  tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
- adio minhas decisões mais do que costumava
  - tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
  - não consigo mais tomar decisões
- 14.**  não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
- preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
  - sinto mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
  - considero-me feio(a)
- 15.**  posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
- preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
  - tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
  - não consigo fazer trabalho nenhum
- 16.**  durmo tão bem quanto de hábito
- não durmo tão bem quanto costumava
  - acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
  - acordo horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
- 17.**  não fico mais cansado(a) do que de hábito
- fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
  - sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
  - estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
- 18.**  o meu apetite não está pior do que de hábito
- meu apetite não é tão bom como costumava ser
  - meu apetite está muito pior agora
  - não tenho mais nenhum apetite

- 19.** ( ) não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente  
( ) perdi mais de 2,5 kg estou deliberadamente  
( ) perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso,  
( ) perdi mais de 7,0 kg comendo menos: ( ) sim ( ) não
- 20.** ( ) não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde  
( ) preocupo-me com problemas físicos, dores, aflições, alterações gastrointestinais  
( ) estou preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso  
( ) estou tão preocupado em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
- 21.** ( ) não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual  
( ) estou menos interessado(a) por sexo do que costumava  
( ) estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente  
( ) perdi completamente o interesse por sexo

## APÊNDICE IV

Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação \_\_\_\_\_, de acordo com a seguinte classificação:

0. não usei esta estratégia; 1. usei um pouco; 2. usei bastante; 3. usei em grande quantidade

1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20. Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não	0	1	2	3

era o esperado.				
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3

55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60. Rezei.	0	1	2	3
61. Me preparei para o pior.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3