

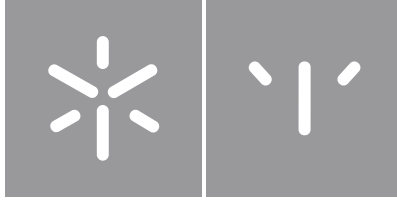


Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Ana Rita Cunha Gonçalves

**Fatores associados à adesão terapêutica
em pessoas com VIH/SIDA**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Ana Rita Cunha Gonçalves

**Fatores associados à adesão terapêutica
em pessoas com VIH/SIDA**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Ângela Maia
e da
Doutora Mariana Gonçalves

Declaração

Nome: Ana Rita Cunha Gonçalves

Endereço eletrónico: ana.gon@live.com.pt

Telemóvel: 916826063

Número de cartão de cidadão: 14830886

Título da dissertação: Fatores associados à adesão terapêutica em pessoas com VIH/SIDA

Orientação: Professora Doutora Ângela da Costa Maia e Doutora Mariana Gonçalves

Ano de conclusão: 2018

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 08/06/2018

Assinatura: Ana Rita Cunha Gonçalves

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Introdução	6
Método	10
Participantes	10
Instrumentos	11
Procedimento	13
Análise estatística	13
Resultados	14
Discussão	22
Referências	28

Índice de tabelas

Tabela 1. Dimensões e índices gerais da sintomatologia psicopatológica	15
Tabela 2. Subescalas e índice total de Apoio Social	16
Tabela 3. Subescalas e índice total de Estigmatização	17
Tabela 4. Frequência de acontecimentos da História de Adversidade na infância ...	18
Tabela 5. Frequência de eventos da Lista dos Acontecimentos de Vida	18/19
Tabela 6. Diferenças entre grupos ao nível da Adesão terapêutica	19
Tabela 7. Correlações de Pearson	20
Tabela 8. Modelo de Regressão Linear Múltipla	21

Agradecimentos

À Prof. Doutora Ângela Maia, orientadora ao longo de todo o percurso da realização da tese, pelo seu exemplo de trabalho, profissionalismo e competência

À Doutora Mariana Gonçalves, pelo seu exemplo de dedicação, excelência e disponibilidade ao longo de todo este percurso

À equipa de investigação, que tornou sempre possível melhorar o meu trabalho, através dos debates e reflexões conjuntas e pelo esclarecimento de dúvidas

Aos Hospitais do Norte de Portugal que tornaram possível a recolha de dados para realizar o estudo

Às minhas colegas de curso e amigas, Ângela e Raquel, por todo o apoio ao longo do curso, por sempre acreditarem em mim e me ajudarem a superar as dificuldades e adversidades

Aos meus pais, irmã, cunhado e a toda a família, pela compreensão, ajuda, presença e dedicação ao longo deste percurso e que tornaram possível a concretização do meu trabalho

Ao meu companheiro de sempre, Micael, por todo o apoio, dedicação, companheirismo e paciência e por me ter acompanhado ao longo de todo percurso académico

Fatores associados à adesão terapêutica em pessoas com VIH/SIDA

Resumo

A importância de um grau elevado de adesão terapêutica em pessoas que vivem com VIH/SIDA está bem documentada na literatura, sendo necessário uma adesão superior a 90% para que a doença esteja controlada. Assim, torna-se importante identificar e compreender as variáveis associadas à adesão terapêutica, sendo este o objetivo do estudo. Avaliaram-se um total de 100 participantes seguidos na consulta de Infeciologia de dois Hospitais do Norte de Portugal, a maioria do sexo masculino (81%), com idades compreendidas entre os 21 e os 81 anos ($M = 49.88$; $DP = 12.03$). Os resultados mostraram que o sexo e a literacia influenciam de forma significativa a adesão terapêutica, com pessoas de nível educacional alto e do sexo feminino a aderir mais à terapêutica. O Total de Sintomas Positivos mostrou, também, ser preditor da adesão terapêutica bem como a estigmatização. Estes dados reforçam a importância das variáveis de saúde, sociais e sociodemográficas na adesão terapêutica, chamando a atenção para a necessidade dos profissionais de saúde estarem atentos à psicopatologia na população do VIH/SIDA e a importância da educação social uma vez que estas variáveis afetam de forma direta a adesão aos cuidados de saúde nesta população.

Palavras-chave: VIH/SIDA; Adesão Terapêutica; Psicopatologia; Estigmatização;

Factors associated with therapeutic adherence in people with HIV/AIDS

Abstract

The importance of a high degree of therapeutic adherence in people living with HIV / AIDS is well documented in the literature, requiring more than 90% adherence for the disease to be controlled. Thus, it is important to identify and understand variables that may positively or negatively affect adherence to care in this population, and this is the objective of the present study. A total of 100 participants were followed up at the Infectiology clinic of two hospitals in the North of Portugal, most of them were males (81%), aged between 21 and 81 years ($M = 49.88$, $SD = 12.03$). The results showed that sex and literacy significantly influence therapeutic adherence, with people of high educational level and women becoming more adept at therapy. The Total Positive Symptoms also showed to be a predictor of therapeutic adherence as well as stigmatization. These data reinforce the importance of health, social and sociodemographic variables in therapeutic adherence, drawing attention to the need of health professionals to be alert to psychopathology in the HIV / AIDS population and the importance of social education, since these variables affect direct adherence to health care in this population.

Keywords: HIV/AIDS; Therapeutic Adherence; Psychopathology; Stigmatization;

Fatores associados à adesão terapêutica em pessoas com VIH/SIDA

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é um dos agentes mais infecciosos a nível mundial (OMS, 2016), podendo definir-se como um retrovírus que incapacita e destrói o sistema imunológico, tornando-o desprotegido a infeções oportunistas. O Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), por sua vez, constitui a fase final do VIH que pode ser controlada pela adesão terapêutica.

Os números mostram que, até ao final de 2016, existiam cerca de 36,7 milhões de pessoas, a nível mundial, infetadas pelo VIH (UNAIDS, 2017). Destes, 18,2 milhões estão a receber a Terapia Antirretroviral (TAR) e estima-se que 7 em cada 10 mulheres infetadas que engravidam também estão a receber a TAR (OMS, 2016). Segundo o relatório das Nações Unidas (2017), o número de novas infeções por VIH, em todas as idades, diminuiu em 1,8 milhões (16%), desde o ano de 2010 até 2016. De acordo com o mesmo documento, o número de crianças infetadas, no mesmo período, diminuiu em 47%. Relativamente ao género, em idades jovens (dos 15 aos 24 anos), as novas infeções diminuíram em ambos os sexos, sendo esta diminuição de 17% para o sexo feminino e de 16% para o sexo masculino. No entanto, é de notar que o número de mulheres jovens infetadas é superior em 44% aos homens, na mesma faixa etária (dos 15 aos 24 anos). Também o número de mortes provocadas pelo VIH/Sida tem decrescido, sendo que os números apontavam para 1,9 milhões de mortes em 2005, número que diminuiu para 1 milhão no ano de 2016 (declínio de 48%).

Em Portugal estima-se que um total de 56001 de pessoas já foram diagnosticadas com VIH, desde o primeiro caso, que data do ano de 1983, até ao final do ano de 2016, segundo o relatório anual do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA,IP, 2017). No ano de 2016 foram diagnosticados um total de 1030 novos casos de infeção por VIH, sendo que 1027 destes casos (99,7%) têm idade superior a 15 anos. Também foram diagnosticados, no decorrer do mesmo ano, 261 novos casos de SIDA, sendo que tal como a infeção por VIH, a sua maioria também foram diagnosticados em adultos (260 casos). No que respeita à fonte de contaminação, 96,8% dos casos foram por contacto sexual de risco, dos quais 59,6% foram por transmissão heterossexual e 37,2% por transmissão decorrente de relações entre homens. O uso de materiais de drogas injetáveis foi a segunda maior fonte de transmissão do VIH, em 3% dos casos.

Na década de 90 surgiu a TAR, que permitiu a passagem do VIH/SIDA de uma doença mortífera ao estatuto de doença crónica, passível de ser controlada a longo prazo, aumentando o tempo e a qualidade de vida das pessoas infetadas (diminuição de internamentos e de episódios mórbidos; Canavarro, Pereira, Simões, Pintassilgo, & Ferreira, 2008). No entanto, a toma de

medicação não é condição suficiente, embora necessária, para ser considerada uma adesão terapêutica adequada. A adesão terapêutica pode definir-se como o grau de consonância do comportamento do doente com as indicações dadas pelo profissional de saúde (médicos ou outros), no que respeita ao regime terapêutico, mas também às alterações nos hábitos e estilos de vida para assim obter estilos de vida saudáveis (não fumar, não beber, adotar hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico, evitar situações de stress) e ainda comparecer às consultas bem como realizar sempre os exames/análises pedidas (Cabral & Silva, 2009).

Quando as pessoas portadoras de VIH assumem a sua responsabilidade no processo, a carga viral pode mesmo tornar-se indetetável sendo para isso necessário que a adesão terapêutica seja superior a 90% (Remor, Milner-Moskovics, & Preussler, 2007). No entanto, sabe-se que existem vários fatores que influenciam a adesão terapêutica nos VIH-positivos.

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Heestermans, Browne, Aitken, Vervoort e Klipstein-Grobusch (2016) concluiu que as principais barreiras à adesão terapêutica são os comportamentos de risco (uso de álcool e tabaco), fatores sociodemográficos (ser do sexo masculino, ser mais jovem e ter nível educacional mais baixo), o uso de medicinas tradicionais, sintomatologia depressiva, discriminação e estigmatização, para além de fatores psicossociais (baixo suporte social e não revelação do diagnóstico) e insatisfação com os serviços e trabalhadores da saúde.

Segundo Carvalho, Braga e Galvão (2004), o momento do diagnóstico do VIH/Sida tem um impacto elevado na vida das pessoas infetadas, levando a alterações de comportamentos perante a vida e na forma como a percebem. Segundo os mesmos autores, sendo esta uma doença sem cura, com responsabilidade própria no contágio e transmissível, é previsível uma forte afetação emocional e psicológica, não só para o infetado, que pode ver afastadas todas as pessoas próximas, como para toda a rede de suporte envolvente, que tem de lidar com a incerteza e a frustração por não poder ajudar. Desta forma, as pessoas portadoras do vírus optam muitas vezes por esconder o diagnóstico de seropositividade dos outros, para evitar as consequências desagradáveis que advêm do estigma (Tsai et al., 2013). O receio da revelação do diagnóstico prende-se muitas vezes com a grande estigmatização que sofrem as pessoas que vivem com VIH/SIDA (Silva, 2016).

O estigma é um dos fatores muito associados ao bem-estar emocional e psicológico dos doentes portadores de VIH, podendo definir-se como um processo social imposto pela sociedade que reduz alguém "*de uma pessoa inteira e usual para um contaminado*" (Goffman 1963 citado em Katz et al. 2013). Wingood e colaboradores (2008) ao investigar o estigma num grupo de mulheres negras infetadas com VIH, verificaram que o estigma está associado a diversas sequelas a nível da saúde

mental, sendo que maior estigma estava associado a um maior medo de revelação do diagnóstico, stress pós-traumático, sintomas depressivos e menor qualidade de vida. Um outro estudo realizado por Li, Murray, Suwanteerangkul e Wiwatanadate (2014), revelou que o estigma está fortemente correlacionado com a não adesão terapêutica. Silva (2016), na sua investigação, encontrou que a estigmatização tem uma relação positiva com a depressão, ou seja, quanto maior estigmatização, maior sintomatologia depressiva. No mesmo estudo, a estigmatização mostrou ser, também, um preditor da depressão em pessoas que vivem com VIH.

De acordo com Serafini e colaboradores (2015), a depressão é uma das psicopatologias mais prevalentes na população infetada com VIH, tendo identificado na mini-revisão de literatura que realizaram valores entre 14% a 27,2%. Num outro estudo de Reis, Lencastre, Guerra e Remor (2010), foram encontradas evidências de que a sintomatologia psicopatológica se correlaciona negativamente com a adesão terapêutica e com a qualidade de vida. Os sintomas psicopatológicos também foram identificados como fatores de risco para a deterioração do sistema imunológico dos VIH positivos, ainda que eles se encontrem a fazer adesão à TAR (independentemente do tipo e tempo de adesão), independentemente da carga viral que possuíam, do grau de adesão e da quantidade de células T DC4+ (Remor, Penedo, Shen, & Schneiderman, 2007 citado em Reis et al., 2010). Um estudo realizado por Maia, Gomes e Gonçalves (2018) com uma população do Norte de Portugal mostrou que pessoas do sexo feminino são mais propensas a apresentar sintomas de depressão, bem como estar exposto a condições de pobreza e de exclusão social. No mesmo estudo, também foi identificado como preditor da depressão ter experiências adversas ao longo da vida, relatar menos apoio social e ter menos relações familiares positivas. Por outro lado, a depressão também está associada positivamente com a ideação suicida, ou seja, quanto maiores os níveis de psicopatologia, maior a ideação suicida (Sousa, 2017). A ideação suicida surge associada, no mesmo estudo, à perceção de altos níveis de estigmatização e de baixos níveis de apoio social.

A ideação suicida é uma das patologias mais relatadas na população do VIH/SIDA. Segundo Carrico e colaboradores (2007), num estudo realizado com 2909 VIH-positivos, 19% dos inquiridos relatou ter pensamentos suicidas na semana antes ao preenchimento do inquérito e, destes, 7% relatou que teriam cometido suicídio se tivessem tido oportunidade. Este mesmo estudo revelou que indivíduos que mantêm uma relação amorosa (romântica) apresentam menos ideação suicida, que se pode explicar pela perceção de apoio social recebido de um parceiro direto. Bitew e colaboradores (2016), com portadores de VIH da Etiópia, concluíram que 33,6% dos inquiridos apresentava ideação suicida. Segundo os mesmos autores são fatores determinantes para a ideação suicida ser do sexo feminino,

solteiro, ter depressão e baixo apoio social percebido. No entanto, um trabalho realizado por Dabaghzadeh, Jabbari, Khalili e Abbasian (2015) refere que a adesão à TAR pode não diminuir a ideação suicida e pode até aumentá-la durante o primeiro mês de adesão.

O baixo apoio social é outro dos fatores que tem sido identificado como uma barreira à adesão terapêutica (Heestermans et al., 2016). O apoio social pode ser definido como a percepção que o sujeito tem de que é cuidado, estimado e integrado num conjunto de relações com obrigações e benefícios mútuos, constituindo assim a sua rede de suporte social (Cobb S. 1976 cit. Cunha & Galvão, 2016). O efeito do suporte social tem sido investigado em experiências sobre a adesão ao tratamento antirretroviral, mostrando que este tem uma influência direta na motivação para os VIH positivos se autocuidarem e indiretamente influencia os estímulos que interferem negativamente com a adesão à TAR (Remor, Milner & Preussler, 2007). Em outro estudo, realizado por Gonzalez e colaboradores (2004), estes constataram que o apoio social e o bem-estar psicológico estão relacionados positivamente com a adesão à terapêutica.

Uma outra variável que parece influenciar a adesão terapêutica são as experiências adversas quer na infância como na idade adulta. Sabe-se que a presença de uma experiência adversa na idade adulta aumenta a probabilidade de outras ocorrerem na mesma idade (Dong et al., 2004). Segundo os mesmos autores as experiências adversas tendem a ocorrer simultaneamente e quanto maior é o seu número, maior o seu efeito de vulnerabilidade de desenvolvimento. Num outro estudo de Springs e Friedrich (1992) citado por Rodgers e colaboradores (2004), é referido que o abuso sexual em raparigas surge associado a comportamentos de risco mais precoces, como o consumo aumentado de tabaco, uso excessivo de álcool, iniciação prematura da vida sexual, envolvimento com um maior número de parceiros e gravidez na adolescência. Numa revisão sistemática da literatura realizada por Hugges e colaboradores (2017) com vista a perceber a influência das experiências adversas na infância, encontrou-se uma associação forte para o risco sexual, doença mental e uso problemático de álcool e ainda mais forte para o uso problemático de drogas, violência dirigida e autoinfligida. Whetten e colaboradores (2013) concluíram que pessoas com um passado de histórias de traumas está correlacionado com a não adesão terapêutica.

Em Portugal, segundo a literatura consultada, não existem estudos que explorem a adesão terapêutica de forma tão alargada e com todas as variáveis enunciadas. Uma vez que Portugal tem um número relativamente elevado de pessoas infetadas por VIH/SIDA, surge a necessidade de estudar as variáveis que parecem ter um efeito inibitório na adesão terapêutica. Este projeto teve início num projeto mais amplo do Administração Regional de Saúde do Norte em parceria com o Centro de

Investigação de Psicologia da Universidade do Minho (Maia & Gonçalves, 2015), que se focou inicialmente em caracterizar as necessidades psicossociais da população infetada pelo VIH/SIDA em Portugal, e que foi clarificando as lacunas que existem ao nível do estudo das necessidades desta população.

Assim, tendo em conta as lacunas referidas, estabelecemos como objetivo geral a compreensão dos fatores que influenciam a adesão terapêutica em VIH-positivos. Os objetivos específicos tratam de tentar compreender 1) Se as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e nível educacional) influenciam a adesão terapêutica; 2) Se a revelação ou não do diagnóstico influencia a adesão terapêutica; 3) Qual o papel da estigmatização na adesão terapêutica; 4) Qual o papel do apoio social na adesão terapêutica 5) O estado da saúde mental e a sua influência na adesão terapêutica e, finalmente, 6) O contributo da adversidade na infância e na idade adulta na adesão terapêutica.

Com base na literatura enunciada, as nossas hipóteses são: 1) Pessoas do sexo masculino aderem menos à terapêutica; 2) Pessoas mais jovens aderem menos à terapêutica; 3) Pessoas com nível educacional mais baixo apresentam menos adesão à terapêutica; 4) Pessoas que não revelam o seu diagnóstico aderem menos à terapêutica; 5) Pessoas que relatam níveis mais elevados de estigmatização e auto estigmatização aderem menos à terapêutica; 6) Pessoas que relatam menos apoio social aderem menos à terapêutica; 7) Pessoas que experienciam maiores níveis de sintomatologia depressiva aderem menos à terapêutica; 8) Pessoas que relatam maiores níveis de ideação suicida aderem menos à terapêutica e 9) Pessoas que tiveram mais experiências adversas na infância e na idade adulta aderem menos à terapêutica.

Método

Participantes

A nossa amostra é constituída por um total de 100 participantes de ambos sexos com idades compreendidas entre os 21 e os 81 anos ($M = 49.88$; $DP = 12.03$) seguidos na consulta de Infeciologia de dois centros hospitalares do Norte de Portugal, com diagnóstico de VIH/Sida. A maior parte dos participantes era do sexo masculino ($n = 81$, 81%) e de nacionalidade portuguesa ($n = 95$, 95%). No que respeita ao estado civil, 39 (39%) eram casados, 37 (37%) eram solteiros, 15 (15%) eram divorciados/separados, quatro (4%) eram viúvos e cinco (5%) viviam em união de facto. Relativamente ao estatuto profissional, 38 (38%) participantes estavam empregados a tempo inteiro, um (1%) estava empregado a tempo parcial, 11 (11%) estavam desempregados a ganhar subsídio de

desemprego, 17 (17%) estavam desempregados sem subsídio, 29 (29%) eram reformados/pensionistas, três (3%) estava, de estado médico/baixa médica e um (1%) encontrava-se noutra situação. Por fim, em termos de habilitações literárias seis (6%) dos inquiridos não tinham cumprido a escolaridade mínima obrigatória, 42 (42%) tinham o primeiro ciclo de ensino básico, 19 (19%) tinham o segundo ciclo de ensino básico, nove (9%) tinham o terceiro ciclo do ensino básico, 16 (16%) tinham o ensino secundário e oito (8%) o ensino superior.

Instrumentos

Questionário Demográfico e de Saúde subdivide-se em (1) caracterização pessoal e familiar, onde são pedidas informações como sexo, idade, estado civil, nacionalidade e habilitações literárias; (2) caracterização socioprofissional, que questiona sobre a situação atual e passada relativamente aos empregos do participante bem como a fonte de rendimento; e (3) condições de saúde: pergunta sobre a data de diagnóstico, patologias que possa ter associado ao diagnóstico, qual o tipo de serviço de saúde que mais recorreu, a facilidade em ser assistido quando necessita, assiduidade às consultas e ao levantamento da terapêutica antirretroviral.

Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral em Pessoas com Infecção pelo VIH e SIDA (CEAT-VIH©, *Versão em Português para Portugal*: Reis, Lencastre, Guerra & Remor, 2009). Este instrumento é composto por 20 itens, sendo alguns deles de resposta de escala tipo *Likert* e outros de resposta aberta. Os valores totais da escala podem variar entre 17 e 89, sendo que quanto maior o score, maior a adesão terapêutica. Resultados $< \text{ou} = 78$ apontam para baixa/inadequada adesão terapêutica e > 78 indicam adequada/boa adesão terapêutica. O instrumento apresentou para a população portuguesa boas características psicométricas nomeadamente ao nível da consistência interna com um alfa de *Cronbach* de .71. No nosso estudo, o alfa de *Cronbach* obtido foi de .66.

Escala de estigmatização para pessoas que vivem com a infeção VIH (Berger, Ferrans, Lashley, 2001, versão Portuguesa de Maia & Gonçalves, 2015). Esta escala é composta por 40 itens, num formato *Likert* de 4 pontos de (1) “*Discordo totalmente*” até (4) “*Concordo totalmente*”. Este instrumento subdivide-se em 4 subescalas: (1) Estigmatização personalizada; (2) Revelação do diagnóstico; (3) Autoimagem negativa e (4) Atitudes públicas. Este instrumento permite calcular um índice de estigmatização geral obtido através da média aritmética das respostas às 4 subescalas. A subescala do estigma personalizado pode assumir valores entre os 18-72, a subescala revelação entre 10-40, a subescala autoimagem negativa entre 13-52, a subescala atitudes públicas ente 20-80 e o índice geral de estigmatização entre 40-160.

Questionário MOS-SSS-P (Medical Outcomes Study Social Support Survey) (Sherbourne & Stewart, 1991, versão portuguesa: Fachado, Martinez & Pereira, 2007), é composto por 20 itens distribuídos por quatro fatores: 1) apoio emocional; 2) apoio material; 3) apoio afetivo e 4) interação social positiva. Este instrumento é uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos desde (0) “nunca” a (4) “sempre”. A versão portuguesa do instrumento demonstrou boas características psicométricas, designadamente ao nível da consistência interna (alfa de *Cronbach* de .97) e da fiabilidade teste-reteste (ICC = .94). No nosso estudo, obteve-se um alfa de *Cronbach* de .98.

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993; Versão Portuguesa: Canavarro, 1995). Este instrumento é um inventário de autorrelato em que o sujeito qualifica através de uma escala tipo *Likert* de (0) “Nunca” até 4 “Muitíssimas vezes”, um total de 53 itens. Esta escala é constituída por nove dimensões- Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação paranoide, Psicoticismo – e três índices globais - Índice Geral de Sintomas (intensidade do mal-estar experienciado tendo em conta o número de sintomas assinalados), Índice de Sintomas Positivos (média da intensidade de todos os sintomas assinalados) e Total de Sintomas Positivos (número de queixas sintomáticas apresentadas). A versão portuguesa do instrumento apresenta boas qualidades psicométricas (Canavarro, 1999). Os alfas de *Cronbach* das nove dimensões são .80, .77, .76, .73, .77, .76, .62, .72 e .62, respetivamente. No nosso estudo, o alfa de *Cronbach* das nove dimensões foram .92, .89, .54, .71, .87, .87, .92, .75 e .86, pela mesma ordem.

Questionário da Ideação Suicida (QIS) é a versão portuguesa do Suicide Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988; Versão portuguesa: Ferreira & Castela, 1999) e tem como objetivo avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas nos adolescentes e adultos, de modo a que os itens que compõem o questionário abrangem uma hierarquia de pensamentos relativos ao suicídio (Ferreira & Castela, 1999). Este instrumento é constituído por 30 itens, numa escala tipo *Likert* de (0) “Nunca tive este pensamento” a (6) “quase todos os dias”. Ferreira e Castela (1999) encontraram um alfa de *Cronbach* elevado (.96). No nosso estudo, obteve-se um alfa de *Cronbach* de .98.

Questionário de história de adversidade na infância (Felitti & Anda, 1998; Versão Portuguesa Maia & Silva, 2007). É uma tradução do “Family ACE Questionnaire” e consiste num instrumento de autorrelato para adultos, que avalia a ocorrência de experiências adversas na infância, num total de 17 itens. Os itens estão organizados de acordo com as 10 categorias de adversidade definidas pelo grupo de investigação ACE, sendo cinco contra o sujeito e cinco adversidades do ambiente familiar (Silva & Maia, 2007).

Lista de Acontecimentos de Vida: traduzido do Life Events Checklist-5 (Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane – National Center for PTSD, 2013), por Maia (2014). Esta lista prevê que os participantes se posicionem, em relação a um conjunto de acontecimentos potencialmente stressantes (16 itens no total), que ocorreram depois dos 16 anos (exemplo, acidentes, ameaças, assistir a violência entre familiares), calculando a adversidade total. Este Índice Total de Adversidade equivale ao somatório da classificação de cada sujeito nas 16 questões de adversidade e pode variar entre 0, caso o sujeito não tenha relatado nenhum tipo de adversidade, e 16, caso o sujeito tenha experimentado todos os tipos de adversidade.

Procedimento

O presente estudo está enquadrado num projeto mais amplo realizado anteriormente denominado Estigmatização, Saúde Mental e adaptação ao VIH/Sida cujo objetivo é a compreensão dos processos adaptativos dos doentes de VIH/Sida. Assim, após o projeto ser submetido à comissão de ética da Universidade do Minho e ter sido aprovado, contactou-se os centros hospitalares anteriormente mencionados de forma a dar a conhecer o projeto e após ser aprovado pelas respetivas comissões de ética, iniciou-se a recolha de dados.

A recolha de dados consistiu no preenchimento de um protocolo composto pelos questionários mencionados, com uma duração de aproximadamente 30 minutos, num único momento. Os participantes foram, num primeiro momento, abordados pelo seu médico assistente com informação sobre a investigação e questionados sobre a sua disponibilidade em participar. Seguidamente, foram encaminhados ao gabinete da investigadora, depois da consulta com o médico, onde receberam todas as informações sobre o estudo, tais como os objetivos e o seu carácter anónimo e confidencial, e posteriormente o consentimento informado. As investigadoras eram psicólogas treinadas e em casos de necessidade, procedeu-se à estabilização emocional dos participantes antes de terminar as entrevistas.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao uso do *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), versão 24.0. Com vista a testar as nossas hipóteses realizamos as seguintes análises: (1) Análise descritiva para os dados sociodemográficos e de saúde; (2) Testes-t para amostras independentes de forma a avaliar se existem diferenças entre os sexos ao nível da adesão terapêutica; Utilizou-se também para avaliar se há diferenças entre as pessoas que revelam versus as que não revelam o diagnóstico na adesão terapêutica e, por fim, foi utilizado para verificar se pessoas com baixo nível educacional aderem de forma diferente à terapêutica comparado com pessoas de alto

nível educacional. Para isto, foi considerado alto nível educacional pessoas com escolaridade superior ao sexto ano e baixo nível educacional pessoas que têm menos do que o sexto ano de escolaridade (incluído). (3) Testes-t para uma amostra de forma a comparar os resultados obtidos pela nossa amostra com os resultados médios aferidos para a população geral do BSI, do MOS-SSS-P e do QIS; (4) Correlações de Pearson para avaliar se existem associações entre as variáveis idade, tempo de diagnóstico, estigmatização total, apoio social total, sintomatologia depressiva, ideação suicida e experiências adversas na infância bem como na idade adulta e a adesão terapêutica; (5) Regressão linear múltipla, para estudar quais das variáveis são preditores da adesão terapêutica. Na regressão linear múltipla optamos por utilizar, no nosso estudo, a variável tempo de diagnóstico dicotomizada, considerando dois grupos, aquele cujos participantes conheciam o diagnóstico há dois anos ou menos, e o grupo de participantes que conheciam o diagnóstico há mais de dois anos, estando esta dicotomização relacionada com a evidência empírica de que os primeiros anos pós diagnóstico são essenciais para a adaptação à doença

Resultados

Tempo de Diagnóstico e Fonte de Contaminação

O tempo médio de diagnóstico da infeção do VIH/Sida dos participantes foi de 112.86 meses ($DP = 88.28$), com uma variação entre dois a 384 meses. Pode verificar-se que 17% dos participantes conhecia o seu diagnóstico de VIH há dois anos ou menos, enquanto que a maioria (83%) conhecia o seu diagnóstico há mais de dois anos.

Relativamente à fonte de contaminação, 17% relatou ter sido contaminado por via venosa (através da partilha de seringas), 28% por via sexual, 6% infetados pelo parceiro, 3% através de transfusão de sangue contaminado; 42% não sabia e 4% não respondeu.

Serviços mais utilizados, Consultas e Levantamento da Terapêutica

O serviço mais utilizado pelos participantes foi a consulta externa/hospital de dia, 93 % dos casos, seguindo-se a este a Unidade de saúde, com 5% e, por fim, o Serviço de Urgência e o Internamento (ambos com 1%).

No que respeita à presença nas consultas, no último ano, 88% dos participantes referiu que nunca tinha faltado a uma consulta, 10% relatou ter faltado a uma ou duas consultas e 2% revelou ter faltado a mais que duas consultas.

Por fim, relativamente ao levantamento da terapêutica (TAR), nos últimos seis meses 90% revelou nunca ter faltado ao levantamento, 4% relatou ter faltado uma ou duas vezes, 2% mais do que duas vezes e 4% não respondeu.

A qualidade dos serviços, numa escala de zero a dez, foi avaliada em média com 8.97 pontos ($DP = 1.23$).

Psicopatologia e Ideação suicida

Em relação à psicopatologia, foram analisadas as nove dimensões, bem como os três índices gerais. Os resultados da análise descritiva relativos a esta variável apresentam-se na tabela 1.

Tabela 1

Dimensões e índices gerais de sintomatologia psicopatológica

	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Somatização	0	2.86	.44	.62
Obsessão-compulsão	0	1	.45	.41
Sensibilidade Interpessoal	0	2.75	.47	.49
Depressão	0	1.83	.55	.44
Ansiedade	0	1	.42	.38
Hostilidade	0	1.40	.46	.41
Ansiedade fóbica	0	2.60	.36	.51
Ideação paranoide	0	1	.53	.36
Psicoticismo	0	3.40	.47	.59
Total de Sintomas Positivos (TSP)	0	53	23.26	18.96
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	1	6.50	1.08	.57
Índice Geral de Sintomas (IGS)	0	3.21	.53	.55

Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Obsessão-Compulsão $t(99) = -20.46, p < .001$, Sensibilidade Interpessoal $t(99) = -9.84, p < .001$, Depressão $t(99) = -7.80, p < .001$, Ansiedade $t(99) = -13.63, p < .001$, Hostilidade $t(99) = -10.68, p < .001$, Ideação Paranoide $t(99) = -14.76, p < .001$, Psicoticismo $t(99) = -3.26, p = .002$ e nos índices IGS $t(99) = -5.595, p < .001$ e ISP $t(97) = -8.319, p < .001$, quando comparados com os valores médios de aferição para a população geral, sendo que os participantes apresentavam valores médios inferiores em todas as dimensões. A dimensão Depressão é a que apresenta a média mais alta de entre todas as

dimensões, contudo apenas 1% dos participantes pontuou no nível patológico do BSI na nossa amostra, tendo em conta o valor do ponto de corte de 1.7 do ISP.

Em relação à ideação suicida relatada, num total possível de 180 pontos, a média foi de 11.96 ($DP = 24.05$). Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da ideação suicida, $t(99) = -3.892$, $p < .001$. A população em estudo apresentou valores significativamente mais baixos quando comparado com a média da população geral.

Apoio Social

No que respeita ao apoio social, os dados foram analisados para as quatro subescalas, bem como para o índice total de apoio social. Na tabela 2 encontram-se as estatísticas descritivas referentes a esta variável.

Tabela 2

Subescalas e índice total de Apoio Social

	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Apoio emocional	0	4	3.03	1.26
Apoio afetivo	0	4	3.12	1.29
Apoio material	0	4	3.13	1.26
Interação social positiva	0	4	3.06	1.27
Índice total de apoio social	0	4	3.07	1.21

Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas apoio afetivo $t(99) = -2.67$, $p = .009$, apoio material $t(99) = -4.41$, $p < .001$, apoio emocional $t(99) = -2.64$, $p = .01$ e na escala de apoio total $t(99) = -2.49$, $p = .015$, quando comparado com os valores de validação do instrumento para a população geral. As médias obtidas no nosso estudo são inferiores em todas as subescalas e na escala total.

Estigmatização

Relativamente à estigmatização percebida pelos participantes, analisaram-se descritivamente as quatro subescalas que compõem a escala e o índice total de estigmatização. Os resultados estão expostos na tabela 3.

Tabela 3

Subescalas e índice total de Estigmatização

	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Estigma personalizado	7	57	42.00	8.41
Revelação	20	63	27.61	4.68
Autoimagem negativa	21	42	30.51	4.29
Atitudes públicas	38	94	51.01	7.57
Índice total de estigmatização	65	157	98.86	13.50

Considerando os valores máximos para a escala, podemos verificar que, em média, os participantes pontuaram alto em todas subescalas. Não são apresentados testes-t para uma amostra para estes dados porque o instrumento utilizado não se encontra validado para a população portuguesa.

A comparação entre o grupo que Revelou *versus* Não Revelou o diagnóstico do VIH mostrou que as pessoas que optam por Não Revelar o diagnóstico apresentam níveis maiores de estigmatização ($M = 103.91$) por comparação aos que revelam o seu diagnóstico ($M = 94.73$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(98) = -3.58, p = .001$).

Experiências adversas na infância e idade adulta

No que respeita às experiências adversas na infância, a média de experiências relatadas foi de 3.18 ($DP = 3.37$), variável entre 0 e 12. Na tabela 4 encontram-se as frequências dos acontecimentos da história de adversidade na infância.

Tabela 4

Frequência dos acontecimentos da História de Adversidade na Infância

Tipo de experiência	Nunca aconteceu (%)	Aconteceu-me (%)
Abuso emocional	71	29
Abuso físico	74	26
Abuso sexual	98	2
Exposição a violência doméstica	79	21
Abuso de substâncias	71	29
Divórcio ou separação dos pais	90	10
Prisão de um membro da família	88	12
Doença mental ou suicídio	80	20
Negligência física	83	17
Negligência emocional	82	18

Relativamente ao número de experiências adversas na idade adulta, a média foi de 4.52 ($DP=2.80$), variável entre 0 e 14. Na tabela 5, encontram-se as frequências dos eventos da lista de acontecimentos de vida

Tabela 5

Frequências dos eventos da Lista de Acontecimentos de Vida

	Vi acontecer (%)	Aconteceu-me (%)
Fogo ou explosão	59	41
Acidente de viação	25	75
Acidente de trabalho, em casa ou atividade recreativa	73	27
Ser perseguido	73	27
Ser atropelado	77	23
Ser assaltado	69	31

Tabela 5

Frequências dos eventos da Lista de Acontecimentos de Vida (continuação)

	Vi acontecer (%)	Aconteceu-me (%)
Doença ou ferimento que ameaçou a vida	74	26
Morte inesperada ou repentina de alguém próximo	44	56
Ser ameaçado com uma arma	73	27
Agressão física após os 16 anos	63	37
Agressão sexual após os 16 anos	98	2
Causar ferimento, dor ou morte de alguém	95	5
Assistir a violência entre membros da família	78	22
Outro acontecimento ou experiência stressante	89	11
Assistir a morte inesperada ou repentina de alguém próximo	73	27
Assistir a morte inesperada ou violenta de desconhecido	82	18

Adesão Terapêutica

Os participantes pontuaram, em média, 75.88 ($DP = 5.75$) na escala que avalia a adesão terapêutica. Destes, segundo os pontos de corte do instrumento, 62 apresentavam baixa/inadequada adesão terapêutica e 38 elevada/adequada adesão terapêutica.

Comparação ao nível do sexo, habilitações literárias e revelação vs. Não revelação do diagnóstico na adesão terapêutica

Tabela 6

Diferenças entre grupos ao nível da adesão terapêutica

Variável	Grupos	$M(DP)$	$t(92)$	<i>Cohen's d</i>
Nível educacional	Baixo	74.17(5.23)	3.013*	-.62
	Alto	77.60(5.78)		
Sexo	Feminino	77.21(4.37)	-1.129	.32
	Masculino	75.55(6.02)		
Diagnóstico	Revelação	76.49(6.23)	.897	.18
	Não revelação	75.42(5.36)		

* $p < .05$

Podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas, $t(92) = -3.013$; $p = .003$; $d = -.62$), ao nível da adesão terapêutica em função do nível educacional, com as pessoas com nível educacional mais alto a aderirem mais à terapêutica. Este grupo apresenta um efeito de tamanho moderado.

Associação entre Idade, Tempo de Diagnóstico, Apoio Social, Estigmatização, Total de Sintomas Positivos, Ansiedade, Depressão e Somatização e a Adesão Terapêutica

De forma a compreender de que forma as variáveis estudadas estão associadas com a adesão terapêutica, realizaram-se testes de correlação de Pearson, conforme descrito na tabela 7.

Tabela 7

Correlações de Pearson

	Adesão terapêutica
Idade	-.04
Tempo de diagnóstico	-.06
Apoio Social	.15
Estigmatização	-.09
Total de Sintomas Positivos	.52*
Depressão	.40*
Ansiedade	.51*
Somatização	.38*
Ideação suicida	.06
Experiências adversas na infância	.02
Experiências adversas na idade adulta	-.01

* $p < .001$

Apenas as dimensões Depressão, Ansiedade, Somatização e o índice Total de Sintomas Positivos mostraram estar associados significativamente à Adesão Terapêutica. Estas dimensões associaram-se positivamente com a adesão terapêutica, ou seja, quanto mais depressão, ansiedade, somatização e sintomas positivos, maior adesão à terapêutica.

Preditores da Adesão Terapêutica

Foi utilizado o modelo de regressão linear múltipla de forma a prever a Adesão Terapêutica, utilizando-se como preditores o total de sintomas positivos, a estigmatização, o apoio social, ideação suicida (tabela 8).

Tabela 8

Modelo de Regressão linear múltipla: Sexo, idade, tempo de diagnóstico, total de sintomas positivos, apoio social, estigmatização e ideação suicida como preditores da adesão terapêutica

	B	Beta	t	95% IC para B		F	R ² (R ² Ajustado)
				Limite inferior	Limite superior		
Modelo 1						F(2,97)	
(Constante)	0.77		3.65***	0.35	1.19		
Idade	-0.01	-0.11	-1.11	-0.01	0.00	1.81	.04(.02)
Sexo	0.20	0.16	1.60	-0.05	0.45		
Modelo 2						F(3,96)	
(Constante)	0.81		2.75**	0.23	1.40		
Idade	0.00	-0.11	-1.05	-0.01	0.00	1.21	.04(.01)
Sexo	0.21	0.16	1.60	-0.05	0.46		
Tempo de diagnóstico	-0.03	-0.02	-0.21	-0.30	0.24		
Modelo 3						F(7,92)	
(Constante)	1.77		3.18**	0.67	2.88		
Idade	0.00	-0.11	-1.22	-0.01	0.00		
Sexo	0.21	0.17	1.82+	-0.02	0.44		
Tempo de diagnóstico	-0.19	-0.15	-1.48	-0.45	0.07	5.39***	.29(.24)
Estigmatização	-0.01	-0.25	-2.48*	-0.02	0.00		
Apoio Social	-0.02	-0.05	-0.45	-0.12	0.08		
Total de Sintomas Positivos	0.01	0.50	5.20***	0.01	0.02		
Ideação suicida	0.00	0.05	0.43	0.00	0.01		

***p < .001; **p < .05; +p < 0.1

O modelo de regressão explica 29,1% da variância da adesão terapêutica ($R^2_{aj} = .24$), sendo este significativo, $F(7,92) = 5.39, p < .001$.

A análise da regressão mostrou que a estigmatização ($\beta = -0.01, t = -2.48, p = .015$) e o Total de sintomas positivos ($\beta = .01, t = 5.20, p < .001$) são preditores independentes significativos da adesão terapêutica. O sexo também se revelou preditor da adesão terapêutica, embora que marginalmente significativo ($\beta = 0.21, t = 1.82, p < 0.1$).

Discussão

A adesão terapêutica é um processo fundamental para garantir a qualidade de vida em pessoas que vivem com VIH. O nosso estudo teve como objetivo perceber quais e de que forma as variáveis sociodemográficas, psicossociais e de saúde se associam à adesão terapêutica em pessoas que vivem com VIH/SIDA.

A análise da associação das variáveis sociodemográficas permitiu concluir que a idade não manifestou relação com a adesão à terapêutica, contrariamente ao anteriormente descrito por Mehta, Moore e Graham (1997), em que pessoas mais velhas apresentavam níveis mais elevados de adesão terapêutica. No nosso estudo também não encontramos associações entre o tempo de diagnóstico e a adesão terapêutica, não corroborando assim a nossa hipótese inicial. Estes dados também foram encontrados por Remor e colaboradores (2007) no estudo de validação do instrumento CEAT-VIH para a população Brasileira onde a idade não mostrou relações significativas com a adesão terapêutica bem como o tempo de diagnóstico em meses, ressaltando, desta forma, as controvérsias que existem na literatura sobre a capacidade preditiva do perfil sociodemográfico na adesão terapêutica.

Relativamente ao sexo, foram encontradas diferenças marginalmente significativas no que toca à adesão terapêutica, mostrando que pessoas do sexo feminino aderem mais à terapêutica por comparação com o sexo masculino, conforme havíamos hipotetizado, em concordância com a literatura (Marcellin et al., 2008; Bastard et al., 2011). Os estudos mostram que as mulheres parecem fazer um melhor uso dos serviços de saúde e que têm maior facilidade em comunicar com os profissionais de saúde do que os homens, o que facilita a integração dos comportamentos de adesão na rotina e, por outro lado, os homens parecem aceitar menos a doença também pelo estigma a que são expostos quando contaminados por relações sexuais com outros homens (Bastard et., 2011).

Ainda no que respeita aos dados sociodemográficos, foram encontradas diferenças significativas ao nível das habilitações literárias, revelando que pessoas com maior escolaridade apresentavam maior adesão terapêutica. Este dado está de acordo com o estudo de Gordillo, Amo,

Soriano e González-Lahoz (1999) que encontraram no seu estudo o nível educacional como preditor da adesão terapêutica, com pessoas com baixo nível educacional a aderir menos à terapêutica e pessoas com nível educacional elevado, nomeadamente com cursos universitários, que apresentavam níveis mais elevados de adesão terapêutica, ressaltando assim a importância da literacia na adesão aos cuidados de saúde.

Um outro resultado encontrado é que a divulgação do diagnóstico de VIH (Revelar *versus* Não Revelar) não está associado com a adesão à terapêutica, refutando, assim, a nossa hipótese inicial. Embora a revelação ou não revelação do diagnóstico não se reflita na adesão terapêutica no nosso estudo, este dado encontra-se significativamente associado com os níveis elevados de estigmatização relatados, sendo que as pessoas que não revelam apresentam uma média significativamente superior de estigmatização do que aquelas que o fazem. Este dado é consonante com a literatura que tem vindo a demonstrar que a opção de revelar ou não o diagnóstico aos mais próximos se relaciona com o estigma ou a vergonha de ser portador da doença (Smith, Rossetto & Peterson, 2008).

No que respeita às variáveis psicossociais, a estigmatização foi relatada em níveis altos na nossa população, quer nas subescalas quer no índice total, como é característico da população geral do VIH, conforme encontrou Swendeman, Rotheram-Borus, Comulada, Weiss e Ramos (2006), em que 89% dos inquiridos relataram estigma percebido e 31% relataram experiências de estigma nos últimos três meses. Relativamente ao apoio social relatado em pessoas que vivem com VIH/SIDA, este foi relatado em valores significativamente inferiores aos da população geral, de acordo com o que também tem vindo a ser demonstrado na literatura (Silva, 2016; Sousa, 2017).

Estes dados também estão em conformidade com os resultados obtidos relativamente à estigmatização, ou seja, como esperado a população apresenta baixo apoio social e altos níveis de estigmatização. Um estudo realizado por Galvan, Davis, Banks e Bing (2008) encontrou uma associação negativa entre o apoio social e a estigmatização, em que pessoas que relatam menor apoio social percebido referem sentir mais estigmatização. É possível que as pessoas sentindo altos níveis de estigmatização optem por não revelar o diagnóstico, o que poderá contribuir para a perceção de baixos níveis de apoio social, conforme foram relatados, pois as famílias/amigos não sabendo do diagnóstico não lhes é permitido fornecer o apoio que seria desejável, sendo a revelação do diagnóstico o ponto chave para justificar a necessidade de apoio. Ainda assim, não conseguimos encontrar associações entre o apoio social e a adesão terapêutica, apesar de confirmar os baixos níveis de apoio relatados que é característico da população com VIH/SIDA. Não descartamos as hipóteses de que, de facto, esta variável se associe à adesão terapêutica como tem vindo a demonstrar a literatura, no entanto, no

nosso estudo isso não se verificou. Este resultado pode dever-se ao facto de que o questionário utilizado avalia apenas o apoio social na doença.

A estigmatização mostrou, por outro lado, ser um preditor significativo da adesão terapêutica, conforme relata a literatura evidenciada, observando-se que pessoas que apresentam altos níveis de estigmatização tendem a aderir menos à terapêutica, corroborando assim a nossa hipótese inicial. A identificação da variável estigmatização como preditora de baixa adesão terapêutica está, em grande parte, relacionada com a não divulgação do diagnóstico, pois, na maioria dos casos as pessoas optam por não revelar o seu diagnóstico às famílias, companheiros bem como entidade patronal e colegas de trabalho, pelo receio dos rumores que podem espalhar, medo de ser despedido e medo de que as pessoas que os rodeiam (por exemplo, os vizinhos), por desconhecimento acerca da doença, tenham receio de ficar contaminados ao contactar com as pessoas infetadas (Vyankandondera et al., 2014). Consequentemente, quando acompanhados por qualquer uma destas pessoas, a toma da medicação torna-se um problema, preferindo não a fazer para que não tenham de se justificar, podendo a falta de privacidade ser uma das grandes razões para o não cumprimento da adesão terapêutica (Bezabhe, Chalmers, Bereznicki, Peterson, & Bimirew, 2014). Segundos os mesmos autores, o medo de serem vistos no hospital a levantar a medicação ou a frequentar a unidade de Infeciologia para as consultas pode contribuir para a não comparência nos serviços de saúde.

Um dado que se mostrou contraditório em relação à literatura foi a sintomatologia psicopatológica relatada. No nosso estudo a sintomatologia psicopatológica foi relatada em níveis significativamente inferiores ao da população clínica geral, em todas as dimensões bem como nos índices. A dimensão depressão foi, contudo, a que apresentou valores mais altos, todavia não superiores aos da população em geral.

A associação positiva entre a sintomatologia psicopatológica e a adesão terapêutica encontrada nos nossos resultados não está de acordo com a literatura. Amberbir, Woldemichael, Getachew, Girma e Deribe (2008) no seu estudo encontraram que, a população que vive com VIH, tende a apresentar elevados níveis de sintomatologia depressiva, o que influencia de forma negativa a adesão terapêutica, mostrando que pessoas não deprimidas aderem duas vezes mais à terapêutica comparativamente às pessoas deprimidas. No nosso estudo, o total de sintomas positivos também foi encontrado como preditor da adesão terapêutica, no entanto, estes dados parecem não ser significativos uma vez que a população pontua, no geral, sintomatologia abaixo dos pontos de corte para a população clínica, o que mostra que a população não apresenta sintomatologia. Assim, perante estes dados, não conseguimos corroborar a hipótese de que pessoas mais deprimidas aderem menos à terapêutica.

Uma outra hipótese colocada de que pessoas que experienciam maiores níveis de ideação suicida aderem menos à terapêutica também não foi corroborada. Estes resultados podem dever-se a que a população em estudo não revelou, de facto, ideação suicida, tendo até apresentado um valor médio de ideação suicida significativamente inferior ao da população geral. Da mesma forma, estes dados também estão em concordância com os dados da psicopatologia relatada, sendo que baixa psicopatologia se associa a baixa ideação suicida (Sousa, 2017).

Os resultados encontrados relativamente à saúde mental podem ser justificados pelo facto de, tendo a recolha sido feito em contexto hospitalar, todos os doentes estão em acompanhamento frequente e regular nas consultas de infecologia e a fazer tratamento anti retrovírico, minimizando, assim, o impacto da doença nas suas vidas. Outra das razões prende-se com o facto de a maioria das pessoas já conhecer o diagnóstico do VIH/SIDA há muito tempo, e por isso já se terem adaptado e aprendido a lidar melhor com a doença. A toma de medicação e a inserção dos cuidados na rotina permite que os efeitos adversos não se façam notar com tanta intensidade bem como a relação próxima que apresentam com os profissionais de saúde, que aliás avaliam muito bem, tal como o serviço de saúde. Por outro lado, o instrumento utilizado para avaliar a adesão terapêutica e os respetivos pontos de corte referem-se a pessoas com o vírus ativo, o que exige comportamentos de adesão terapêutica diferenciados daqueles que são exigidos a pessoas com o vírus indetetável (que é o caso da maioria dos participantes da nossa amostra).

Relativamente às experiências adversas relatadas, quer na idade adulta quer na infância, não foram encontradas associações com a adesão terapêutica, não confirmando assim a hipótese inicial de que pessoas que experienciam adversidade ao longo da sua vida fazem menos adesão terapêutica. Schilling, Aseltine e Gore (2007) encontraram no seu estudo que mais experiências nas adversas na infância se associam positivamente com maior consumo de drogas, mais comportamentos antissociais e maior psicopatologia na idade adulta. Conforme já foi relatado, os nossos dados mostram que a população relata psicopatologia abaixo da média para a população geral e apenas 17% dos participantes identificaram a partilha de seringas como causa da infeção do VIH, o que poderá indicar que as experiências adversas não impactaram de forma significativa a vida destas pessoas, e por isso, parecem não influenciar a adesão terapêutica.

O nosso estudo apresenta, contudo, algumas limitações, sendo uma delas o facto de estarmos a fazer um estudo de autorrelato, pelo que não nos é permitido avaliar a fidelidade dos dados, sendo isto especialmente importante no caso do Questionário da Adesão Terapêutica (CEAT-VIH), pois é com base na apreciação que as pessoas fazem de si próprias em relação à adesão que realizamos o

estudo. Outra das limitações prende-se com o facto de que a Escala de Estigmatização para pessoas que vivem com a infeção VIH/SIDA não estar validada para a população portuguesa, não tendo assim dados de referência para comparação bem como a fidelidade e validade do instrumento para a nossa população. Ainda relativamente aos instrumentos utilizados, também o questionário utilizado para estudar o apoio social avalia exclusivamente as questões relativas à doença e não é extensível à compreensão das outras áreas da vida do avaliado, pelo que seria importante utilizar, em estudos futuros, um instrumento que estendesse a sua avaliação às outras áreas da vida do doente de forma a explorar se o apoio social não relativo à doença pode ser importante na adesão aos cuidados.

Outra das limitações do estudo refere-se à recolha ter sido feita em contexto hospitalar, garantia de que, o doente está a fazer alguma adesão terapêutica (ainda que baixa em mais de metade dos casos), e por isso estes resultados não podem ser generalizados a outras populações do VIH.

Para estudos futuros seria importante realizar estudos com populações em contextos não hospitalares. Outra das áreas pouco exploradas, tendo em conta também o número reduzido de mulheres infetadas, são as possíveis especificidades do sexo feminino, sugerindo-se assim a possibilidade de realizar estudos quer quantitativos quer qualitativos de forma a compreender o fenómeno da adesão terapêutica nesta população. Por fim, um estudo importante estaria relacionado com a compreensão da adesão terapêutica no período de adaptação à doença, isto é, no primeiro ano decorrente do diagnóstico com a adaptação que uma doença crónica exige como, por exemplo, lidar com um esquema terapêutico diário e fazer análises e ter consultas trimestralmente.

Em suma, os resultados do presente estudo evidenciam a importância das variáveis de saúde, da estigmatização e das variáveis sociodemográficas (sexo e literacia) para a adesão terapêutica em pessoas que vivem com VIH. É crucial que as pessoas que vivem numa condição crónica de saúde tenham o apoio emocional e psicológico adequado que lhes permita viver com qualidade de vida e ter uma maior consciência sobre a importância da adesão ao tratamento. A identificação das variáveis que se associam com a adesão terapêutica é um ponto chave e fundamental para elaborar e implementar intervenções ao nível da adesão terapêutica e assim aumentar a controlabilidade da doença, sendo necessário que haja uma formação especializada que vai para lá da vertente médica, assegurando também a prevenção primária, secundária e individualizada.

O facto de sabermos que o sexo feminino tende a fazer maior adesão terapêutica permite identificar a necessidade que existe de consciencializar, explicar e incentivar à adesão terapêutica no sexo masculino, permitindo assim a promoção de reuniões até ao nível grupal e de atividades que incitem aos comportamentos de adesão. Continua, também, a existir a necessidade de educar a

população geral para o VIH, pois permanece o estigma resultante de ideias pré-concebidas que estão enraizadas na nossa sociedade, apresentando-se assim como uma questão cultural. É necessário compreender que o VIH é uma doença de caráter crónico e que pode ser tratada aderindo aos cuidados e comportamentos de saúde e que esta condição não deve reduzir uma pessoa, como as outras doenças crónicas não reduzem. Esta intervenção poderá ser realizada diretamente na comunidade, desde escolas, lares, instituições de cariz social, hospitais, clínicas de saúde privadas e universidades.

A adesão terapêutica que, no fundo, compreende todos os processos e mecanismos em que o doente se envolve de forma a controlar a doença, conjuntamente com o médico, mas como em qualquer outra doença crónica, a controlabilidade da doença depende quase na totalidade da adesão aos cuidados por parte do doente, reforçando assim a importância que tem o bem-estar emocional e psicológico dos doentes para que possam garantir os autocuidados.

Referências

- Amberbir, A., Woldemichael, K., Getachew, S., Girma, B., & Deribe, K. (2008). Predictors of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons: a prospective study in Southwest Ethiopia. *BMC Public Health*, *8*:265. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-265>
- Bastard, M., Fall, M., Lanièce, I., Taverne, B., Desclaux, A., Ecochard, R., Sow, P., Delaporte, E. & Etard, J. (2011). Revisiting Long-Term Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in Senegal Using Latent Class Analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, *57* (1), 55-61.
doi:10.1097/QAI.0b013e318211b43b
- Bezabhe, W., Chalmers, L., Bereznicki, L., Peterson, G., Bimirew, M. & Kassie, D. (2014). Barriers and Facilitators of Adherence to Antiretroviral Drug Therapy and Retention in Care among Adult HIV-Positive Patients: A Qualitative Study from Ethiopia PLoS ONE *9*(5): e97353.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097353>
- Berger, B., Ferrans, C., & Lashley, F. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*, *24*, 518-529.
<https://doi.org/10.1002/nur.10011>
- Bitew, H., Andargie, G., Tadesse, A., Belete, A., Fekadu, W., & Mekonen, T. (2016). Suicidal Ideation, Attempt, and Determining Factors among HIV/Aids Patients, Ethiopia. *Hindawi Publishing Corporation Depression Research and Treatment*, 2016.
<http://dx.doi.org/10.1155/2016/8913160>
- Cabral, M.V. & Silva, P.A. (2009). A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos. Lisboa: ICS. Imprensa de Ciências Sociais.
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos - B.S.I. In M. R. Simões, Gonçalves, & Almeida (Eds), *Testes e provas psicológicas em Portugal (vol. II)*, pp. 95-109.
Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M., Pintassilgo, A., & Ferreira, A. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa (de Portugal) do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV). *Psicologia, Saúde & Doenças*, *9*(1), 15-28.
- Carvalho, C.M.L., Braga, V.A.B. & Galvão, M.T.G. (2004). Aids e Saúde mental: Revisão Bibliográfica. Universidade do Minho

DST – J Bras Doenças Sex Transm, 16(4), 50-55.

- Carrico, A. W., Johnson, M. O., Morin, S. F., Remien, R. H., Charlebois, E. D., Steward, W. T., & Chesney, M. A. (2007). Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *Aids*, 21(9), 1199-1203. DOI: 10.1097/QAD.0b013e3281532c96
- Cunha, G.H. e Galvão, M.T.G. (2016). Efeito do suporte social na vida de adultos com HIV/AIDS. *Care Online*; 8(3):4833-4840. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4833-4840>
- Dabaghzadeh, F., Jabbari, F., Khalili, H., & Abbasian, L. (2015). Associated Factors of Suicidal Thoughts in HIV-Positive Individuals. *Iranian Journal Psychiatry*, 10(3), 185-191.
- Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P. & Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation*, 110(13): 1761-6.
- Fachado, A.A., Martinez, A.M., Villalva, C.M. & Pereira, M.G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Med Port*, 20: 525-533. <http://hdl.handle.net/1822/17442>
- Fang, L., Chuang, D., & Lee, Y. (2016). Adverse childhood experiences, gender, and HIV risk behaviors: Results from a population-based sample. *Preventive Medicine Reports* 4, 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.05.019>
- Felitti, V. & Anda, R. (1998). Traduzido por Silva, S. & Maia, A. (2008). Versão portuguesa do Family ACE Questionnaire (Questionário da História de Adversidade na Infância). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Ferreira, J. A. & Castela, M. C. (1999). Questionário de Ideação Suicida. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Ed), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2 (12), 123-130. Braga: APPORT/SHO.
- Galvan, F. H., Davis, E. M., Banks, D. & Bing, E. G. (2008). HIV stigma and Social Support among African Americans. *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 22(5). <https://doi.org/10.1089/apc.2007.0169>
- Gonzalez, J. S., Penedo, F. G., Antoni, M. H., Duran, R. E., McPherson-Baker, S., Ironson, G. & Schneiderman, N. (2004). Social support, positive states of mind and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23, 413-418. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.23.4.413>
- Gordillo, V., Amo, J., Soriano, V., & González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological

- variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, **13**:1763–1769.
- Heestermans, T., Browne, I.J.L., Aitken, I.S.C., Vervoort, S.C. & Klipstein-Grobusch, K.I. (2016). Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Global Health*;1: e000125.
doi:10.1136/bmjgh-2016- 000125
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M.P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Wales*, 2(35), 6-66. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Katz, I.T., Ryu, A.E., Onuegbu, A.G., Psaros, C., Weiser, S.D., Bangsberg, D.R. & Tsa, A.C. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society* , 16(Suppl 2):18640.
<https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.18640>
- Li, M.J., Murray, J.K., Suwanteerangkul, M.S. & Wiwatanadate (2014). Stigma, Social Support and Treatment Adherence among HIV-Positive patients in Chiang Mai, Thailand. *AIDS Educ Prev*. 26(5): 471–483. <https://doi.org/10.1521/aeap.2014.26.5.471>
- Maia, Â., Gomes, H. & Gonçalves, M. (2018). Relationship Between HIV and Depressive Symptomatology in Patients From Northern Portugal: Analysis of Individual, Health, and Social Predictors. *Journal of the association of Nurses in AIDS Care*, Vol. 29, No. 2, 275-286.
- Mehta, S., Moore, R. D. & Graham, M.H. (1997). Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, 11:1665-1670.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, e outro Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016 / Departamento de Doenças Infeciosas do INSA; colab. Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose. Direção Geral da Saúde. - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2017- (Documento VIH e SIDA; 148).
- Reis, A.C, Lencastre, L., Guerra, M.P. & Remor, E. (2009). Adaptação portuguesa do questionário para a avaliação da adesão ao tratamento anti-retrovírico – VIH (CEAT-VIH). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 175-191.

- Remor, E., Penedo, F. J., Shen, B. J., & Schneiderman, N. (2007) Perceived stress is associated with CD4+ cell decline in men and women living with HIV/AIDS in Spain. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 19:2, 215-219.
<https://doi.org/10.1080/09540120600645570>
- Remor, E., Milner-Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Estudo psicométrico para a adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)”. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 685-694.
- Rodgers, C.S., Lang, A.J., Laffaye, C., Satz, L.E., Dresselhaus, T.R. & Stein, M.B.(2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behaviour. *Child, Abuse and Neglect*, 28: 575-586. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.002>
- Schilling, E.A., Aseltine, R.H. & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*, 7:30.
<https://doi.org/10.1186/14712458-7-30>
- Serafini, G., Montebovi, F., Lamis, D.A., Erbuto, D., Girardi, P., Amore, M., & Pompili, M. (2015). Associations among depression, suicidal behavior and quality of life in patients with human immunodeficiency virus. *World J Virol*, 4(3): 303-312.
- Smith, R., Rossetto, K., & Peterson, B. L. (2008). A meta-analysis of disclosure of one's HIVpositive status, stigma and social support. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 20:10, 1266-1275. <https://doi.org/10.1080/09540120801926977>
- Silva, C.F.L (2016). *Factores preditores de Psicopatologia em pessoas que vivem com VIH/SIDA*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Braga.
- Sousa, M.D.F. (2017). *Variáveis associadas à ideação suicida em pessoas que vivem com VIH/SIDA*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Braga.
- Swendeman, D., Rotheram-Borus, M. J., Comulada, S., Weiss, R., & Ramos, M. E. (2006). Predictors of HIV-related Stigma among Young People Living with HIV. *Health Psychology*, 25(4), 501-509.
- Tsai, A.C., Bangsberg, D.R., Kegeles, S.M., Katz, I.T., Haberer, J.E., Muzoora, C., Kumbakumba, E., Hunt, P.W., Martin, J.N. & Weiser, S.D. (2013). Internalized stigma, social distance, and disclosure of HIV seropositivity in rural Uganda. *Ann Behav Med*. 46(3):285-94.
<https://doi.org/10.1007/s12160-013-9514-6>

- Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD.
- Whetten, K., Shirey, K., Pence, B.W., Yao, J., Thielman, N., Whetten, R., Adams, J., Agala, B., Ostermann, J., O'Donnell, K., Hobbie, A., Maro, V., Itemba, D. & Reddy E. (2013). Trauma History and Depression Predict Incomplete Adherence to Antiretroviral Therapies in a Low Income Country. PLoSone. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074771>
- Wingood, G., Reddy, P., Peterson, S., DiClemente, R., Nogoduka, C., Braxton, N., & MBewu, A. (2008). HIV stigma and mental health status among women living with HIV in the Western Cape, South Africa. *South Africa Journal of Science*, 104, 237-240.
- WHO. (2016). HIV/AIDS consultado em Fevereiro de 2018 em <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- UNAIDS DATA 2017. Geneva: UNAIDS.
- Vyankandonderaab, J., Mitchellc , K., Asiimwe-Kateerab, B., Boerbde, K., Mutwaab, P., Balindab, J., Stratend, M., Reissd, P. & Wijgert, J. (2014). AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV. *AIDS CARE*, 25:12, 1504-1512. DOI: 10.1080/09540121.2013.779626