



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

Leite Carvalho, José Carlos de; Drachler, Maria de Lourdes; Centeno Oliveira, Marciara; Pinheiro Tavares, Cézar Arthur; Silveira, Vera Lúcia da

Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral

Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 15, núm. 1, 2002

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18815114>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Eficácia Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral

José Carlos de Carvalho Leite

Universidade de Caxias do Sul

Maria de Lourdes Drachler

Universidade de Caxias do Sul, Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Marciara Oliveira Centeno

Universidade Católica de Pelotas

Cézar Arthur Tavares Pinheiro

Universidade Federal de Pelotas.

Vera Lúcia da Silveira

Universidade Católica de Pelotas

Resumo

Uma escala de expectativa de auto-eficácia para seguir prescrição anti-retroviral em situações difíceis (21-items) foi desenvolvida com base na análise de conteúdo de entrevistas com pacientes que estavam em tratamento ou que o abandonaram. A validade de construto e interna e a validade de construto foram examinadas em 60 sujeitos que freqüentaram ambulatório para avançados da doença (hospital-dia). Um escore de expectativa de auto-eficácia para adesão ao tratamento é o primeiro componente da análise de componentes principais. A média do escore foi 0,25 para os sujeitos aderentes ao tratamento e -0,33 para os não-aderentes ao tratamento (teste t , $p = 0,046$). A chance de adesão duplicou quando o escore de expectativa de auto-eficácia era maior em uma unidade ($OR = 2,07$; $IC95\% = 1,002$ a 4,26). A consistência interna foi alta ($\alpha = 0,96$). A escala demonstrou validade de construto e confiabilidade para medir auto-eficácia para tratar esses pacientes.

Palavras-chave: Expectativas de auto-eficácia; AIDS; HIV; adesão a tratamento; tratamento anti-retroviral.

Development of a Scale of Self-Efficacy for Adherence to Antiretroviral Treatment

Abstract

A 21-item scale of efficacy-expectation for adhesion to antiretroviral therapy in high-risk situations was developed based on the analysis of interviews with HIV/AIDS patients undergoing and dropouts from therapy. Internal consistency and construct validity were examined in 60 patients attending at an ambulatory for patients in advanced stages of the disease (hospital-day). A score of self-efficacy for treatment adhesion was derived from the first component of the principal components analysis. The mean score was 0.25 among adherent patients and -0.33 among those who were non-adherent (t test, $p = 0,046$). Treatment adhesion increased 2,07 times when the efficacy-expectation score increased by one unit ($OR = 2,07$; $IC95\% = 1,002$ a 4,26). The internal consistency was high (Cronbach-alpha = 0.96). The scale demonstrated construct validity as a measure of self-efficacy for antiretroviral therapy in these patients.

Keywords: Self-efficacy expectations; AIDS; HIV; treatment adhesion; compliance with treatment.

prescrita (Wenger e cols., 1999; Williams, Wolf, Yu & Singh, 1998). Estudos realizados no Brasil sugerem que entre 30 e 50% dos pacientes usam menos de 80% da dose prescrita (Nemes e cols., 1998; Paiva e cols., 1998).

Situações de risco para a não-adesão ao tratamento anti-retroviral têm sido investigadas. Esquecimento, distração, interrupção da rotina, ou o fato de estarem fora de casa ou dormindo são os motivos mais referidos pelos pacientes para o não-uso da medicação (Chesney, 2000; Chesney e cols., 2000). Diversos estudos sugerem que a adesão tende a ser menor na vigência de estados emocionais negativos como estados depressivos (Gordillo, del-Amo, Soriano & Gonzalez-Lahoz, 1999; Ohmit e cols., 1998; Singh e cols., 1999), stress emocional (Chesney e cols., 2000; Singh e cols., 1996), uso excessivo de álcool (Chesney e cols., 2000; Haubrich e cols., 1999) e uso de drogas (Chesney e cols., 2000; Gordillo e cols., 1999; Haubrich e cols., 1999; Klaus & Grodesky, 1997). Estados fisiológicos negativos associados a efeitos adversos da medicação também têm sido identificados como fatores de risco para a não-adesão (Chesney, 2000; Chesney e cols., 2000). Por outro lado, a prevalência de adesão tende a ser mais alta quando o serviço de saúde é mais organizado (Nemes e cols., 1998), o paciente percebe que tem suporte social (Gordillo e cols., 1999), considera que o esquema terapêutico adapta-se à sua rotina diária, acredita que o uso incorreto da medicação leva ao desenvolvimento de resistência viral (Chesney e cols., 2000) e que o uso correto melhora a sobrevida e a qualidade de vida (Samet e cols., 1992).

A associação da adesão com o esquema terapêutico ainda é inconclusiva. Embora vários estudos tenham observado menor adesão em esquemas com maior número de comprimidos ou tomadas diárias (Eldred, Wu, Chaisson & Moore, 1998; Gallant & Block, 1998; Ickovics & Meisler, 1997; Kastrissios e cols., 1998; Mehta, Moore & Graham, 1997), outros estudos não evidenciam associação entre adesão e essas variáveis (Nemes e cols., 1998; Oelzner, Brandstätter & Hoffmann, 1996; Singh e cols., 1996).

Fuchs, 1995; Shannon, Bagby, Wang & Trindade, 1995). A utilização de preservativos para prevenção de AIDS é uma questão sexualmente transmissíveis (Basen-Engquist, 1992; Vaughn & Walter, 1992; O'Leary, Goodwin & Boccher-Lattimore, 1992), e adesão a tratamento para o alcoolismo (Leite, 1998). Esses estudos mostram que a expectativa de auto-eficácia é o principal preditor do desempenho desses comportamentos fundamentais para a intervenção nessa área.

Bandura (1977, 1986, 1995a, 1995b) define a expectativa de auto-eficácia como o julgamento de que uma pessoa é capaz de executar determinado comportamento. Neste caso, a expectativa de auto-eficácia é a crença de que os indivíduos são capazes de controlar suas reações e de que podem lidar com as situações que possam dificultar o seguimento regular das prescrições. De acordo com Bandura (1995a), a expectativa de auto-eficácia é o mecanismo central das ações humanas intencionalmente.

Processos Ativados pela Auto-Eficaça

Os processos mediadores da expectativa no comportamento humano são discussões revisões de literatura, envolvendo estudos transversais (Bandura, 1995b, 1997). As revisões hipótese de que a expectativa de auto-eficácia humanas intencionais ao agir sobre processos afetivos, motivacionais e seletivos.

Especificamente, a expectativa de auto-*processos cognitivos* que desenvolvem regras para influenciar eventos, estabelecer metas e estimar as possibilidades de sucesso nessas metas cognitivos que determinam a eficiência em solucionar problemas. Assim, os processos cognitivos são tipo de mediadores da expectativa de desempenho de um padrão de comportamento.

ações (Bandura 1995b, 1997). Por exemplo, estudos sugerem que a baixa auto-eficácia para prevenir situações estressantes tende a produzir ansiedade ou agitação (Maddux & Lewis, 1995); a baixa auto-eficácia para desempenhar comportamentos considerados essenciais ao alcance de metas tende a levar à depressão e à desmotivação (Maddux & Meier, 1995).

Os *processos motivacionais* que determinam a intenção de desempenhar o comportamento proposto, o esforço e a persistência no enfrentamento de dificuldades constituem o terceiro tipo de mediador da expectativa de auto-eficácia na regulação do desempenho. A auto-eficácia influencia processos motivacionais ao modificar significados e valores de influências externas, ao afetar expectativas de resultados de comportamentos e valores desses resultados e ao modificar avaliações de desempenho no alcance de metas pessoais.

Fontes de Auto-Eficácia

A convicção de eficácia pessoal para desempenhar um comportamento resulta de processos cognitivos provenientes de quatro fontes: experiências de domínio pessoal do desempenho, experiências por meio de modelos sociais, persuasão social e estados emocionais e fisiológicos (Bandura 1986, 1995a, 1995b, 1997).

A experiência de ter domínio sobre o desempenho proposto é entendida como a percepção de ter obtido sucesso nesse desempenho, por ter sido capaz de perseverar na criação e na execução das ações necessárias para superar os obstáculos a tal desempenho. Essa percepção de sucesso por superar obstáculos pelo esforço pessoal perseverante tem sido considerada a mais efetiva das fontes de informação para o desenvolvimento de um forte senso de eficácia. Por outro lado, a percepção de ter fracassado tende a prejudicar a convicção de auto-eficácia, principalmente se esta ainda não estiver fortemente desenvolvida (Bandura, 1995b). Por exemplo, estudos demonstram que a auto-eficácia para o controle do comportamento aditivo está associada à intensidade da reação ao estresse (Bandura, 1995b).

próprio, pessoas em situações de sucesso no desempenho produzem modelos de sucesso também porque provê conhecimentos potencialmente úteis para o seu próprio desempenho. Por outro lado, a observação de pessoas que conseguem sucesso no desempenho pode ser prejudicada pela observação de modelos que desempenham situações semelhantes à sua (Bandura, 1995b).

A persuasão social é exercida quando as pessoas recebidas de outros sobre a capacidade de desempenhar um comportamento. As pessoas que são capazes de desempenhar um comportamento proposta tendem a ter maior convicção de eficácia, maior esforço maior e mais sustentado. A persuasão social pode prejudicar a auto-eficácia do usuário de drogas, que tem um forte senso de auto-eficácia que não é desenvolvido (Bandura, 1986, 1997).

Os estados emocionais e os sentimentos de vulnerabilidade julgamento sobre a capacidade de desempenhar um comportamento. Os estados de humor depressivo e ansioso, assim como indicadores de vulnerabilidade, podem ser percebidos como ameaças ao desempenho (Bandura, 1986, 1997).

Dimensões da Auto-eficácia

A expectativa de auto-eficácia é composta por três dimensões: magnitude, força e generalização. A magnitude refere-se aos níveis de confiança que a pessoa tem de que é capaz de desempenhar com sucesso o comportamento proposto. No caso de uma pessoa que tem uma convicção de eficácia que é fraca, é provável que ela não continue a seguir a prescrição quando encontrar adversos da medicação do que esperava. No caso de que seu tratamento está sendo bem de saúde e apresentar cargas de trabalho excessivas.

A força refere-se ao grau de intensidade da convicção de eficácia.

quando em viagem de passeio ou trabalho, mesmo que esta situação ainda não tenha ocorrido. A generalização da auto-eficácia entre as situações medidas pela escala se reflete na intensidade da correlação entre os itens. A generalização também ocorre entre atividades; por exemplo, é possível que a auto-eficácia para seguir a prescrição anti-retroviral esteja relacionada à auto-eficácia para outros comportamentos em saúde prescritos ao sujeito. Bandura (1997) salienta que, devido à capacidade discriminante do sujeito, a generalização tende a ser maior quanto for maior a semelhança entre as atividades a serem realizadas, as habilidades necessárias para sua realização (comportamentais, cognitivas e afetivas) e as situações em que a atividade deverá ser realizada. Bandura (1995a) esclarece que a expectativa de auto-eficácia não pode ser medida diretamente, sendo idealmente medida por um conjunto de variáveis observáveis relacionadas a ela, isto é, os itens de uma escala. Tal escala deve incluir impedimentos de diferentes magnitudes para adotar e manter o comportamento proposto no contexto social onde a escala será aplicada. A cada item deve ser adicionada uma medida em que o sujeito indique o grau de confiança na sua capacidade para realizar o comportamento proposto em um tempo futuro claramente especificado.

Este estudo descreve o desenvolvimento de uma escala de expectativas de auto-eficácia para o sujeito tomar regularmente anti-retrovirais conforme prescrição médica. A escala foi construída de modo que os itens refletem a experiência de sujeitos em tratamento para HIV/AIDS no Brasil. O estudo apresenta, ainda, o exame da consistência interna e da validade de construto da escala em sujeitos atendidos em um ambulatório preferencialmente para pacientes em estágio avançado da doença (hospital-dia), em um serviço público de referência para HIV/AIDS no sul do Brasil.

Método

Participaram da etapa de desenvolvimento dos serviços públicos de referência para a região sul do estado do Rio Grande do Sul (Assistência Especializada em HIV/AIDS Federal de Pelotas (SAE de Pelotas) e HIV/AIDS da Fundação Universidade de Pelotas (Serviço de Rio Grande). Esta etapa durou de junho de 1999 a fevereiro de 2000. De 21 que participaram desta etapa, 52% eram mulheres não gestantes, com idade entre 18 e 45 anos, com escolaridade de menos de um ano incompleto. Desses, 21 eram pacientes da SAE e 12 do Serviço de Rio Grande.

Dos 21 pacientes do SAE de Pelotas que participaram de entrevistas exploratórias individuais para itens da escala e sete foram convocados pelo pesquisador para, individualmente, dar suas opiniões sobre o conteúdo da escala. Para a seleção dos 12 que participaram de entrevistas exploratórias, foi solicitada à equipe do SAE a indicação de pacientes tipicamente estivessem vivendo as seguintes situações: estar no primeiro mês da prescrição de medicamentos regularmente anti-retrovirais conforme prescrição médica mínima, três meses ($n = 5$), usar irregularmente anti-retrovirais ($n = 4$), ter abandonado o tratamento sem indicação médica ($n = 1$), uso ou por falha nessa tentativa ($n = 3$). Os 12 pacientes que participaram de entrevistas exploratórias e que estavam em tratamento regularmente anti-retrovirais foram entrevistados por um pesquisador treinado e que não era consultório no SAE, após consentimento informado escrito do paciente entregue ao seu médico. Os 12 pacientes que estavam abandonando o tratamento foram entrevistados por um psicólogo em visita domiciliar, após consentimento informado escrito do paciente e entidade social do SAE. Dos sete pacientes convocados para a etapa de desenvolvimento da escala, quatro que seguiam a prescrição anti-retrovirais e três que não seguiam a medicação.

Os 12 pacientes do Serviço para HIV/AIDS da Fundação Universidade de Pelotas (divididos em dois grupos de seis) foram convocados para a etapa de desenvolvimento da escala. Os 12 pacientes que estavam abandonando o tratamento foram entrevistados por um psicólogo em visita domiciliar, após consentimento informado escrito do paciente e entidade social do SAE. Dos sete pacientes convocados para a etapa de desenvolvimento da escala, quatro que seguiam a prescrição anti-retrovirais e três que não seguiam a medicação.

precisam usar, sistematicamente, medicação endovenosa para profilaxia ou tratamento de infecções oportunistas. A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2000. Dos 62 pacientes convidados a participar, 60 foram entrevistados por entrevistador treinado após consentimento informado por escrito do paciente ao entrevistador; um homem e uma mulher se recusaram a participar do estudo.

Dos 60 pacientes que participaram, 27 eram mulheres não-gestantes e 33 eram homens. A idade variou de 19 a 67 anos; em média, 36 anos. A maioria (70%) estava em estágios avançados da doença, como indicado pelo uso de medicação para profilaxia ou tratamento de infecções oportunistas. A renda familiar variou de zero a 10 salários mínimos, sendo menor do que dois salários mínimos para 50% dos pacientes. O grau de instrução variou de zero a 12 anos; 50% estudaram menos do que a quinta série. Quarenta e três por cento dos pacientes estavam aderentes ao tratamento, definido por auto-relato de uso de 95% ou mais da dose prescrita (detalhes da medida na seção procedimentos).

Instrumentos

Para o desenvolvimento dos itens de auto-eficácia, foram realizadas entrevistas exploratórias individuais com os pacientes do SAE de Pelotas e entrevistas em grupo com os pacientes do serviço de Rio Grande. Essas entrevistas seguiram um roteiro temático pré-definido que incluiu: (a) a experiência de ser HIV positivo, de apresentar ou não apresentar AIDS, e de receber a indicação de tratamento anti-retroviral; (b) as percepções e as expectativas de resultado – vantagens e desvantagens - de seguir regularmente a prescrição; (c) as percepções e as expectativas de resultado de não tomar os anti-retrovirais ou não seguir regularmente a prescrição; e, (d) situações que dificultam ou facilitam o uso prescrito, incluindo percepções e expectativas da capacidade de superar obstáculos ao seguimento da prescrição. A entrevista baseou-se em perguntas semi-abertas, facilitando

insegurança, raiva, acolhimento, sentimentos não foram trabalhados psicodinâmico, mas a pesquisa deve transmitir ao paciente a compreensão comunicado, buscando conseguindo as características informais e subjetivas.

Procedimentos

Os itens da escala de expectativas ao tratamento anti-retroviral, por análise de conteúdo dos discursos e dos profissionais de saúde em estudo. A análise de conteúdo dos momentos, conforme Miles e Huberman, o primeiro foi a redução do conteúdo dos 14 pacientes do SAE de 100 horas das entrevistas exploratórias realizada separadamente por todos. No final da redução foi elaborada uma escala que iniciou com a auscultação das entrevistas, leitura das transcrições, o que permitiu pré-definidos no roteiro-tópico emergiram do discurso dos sujeitos falas correspondentes a situações de seguimento da prescrição anti-retroviral e as unidades significativas dessas transcritas, conservando-se

Tabela 1. Exemplo de Matriz de Unidades Significativas dos Depoimentos que Geraram os Itens

| | | Em que situações você acredita que não conseguirá tomar os remédios contra o vírus da AIDS conforme explica a receita? | |
|---|---|--|------------------|
| | | Unidades significativas | |
| Linguagem do Sujeito | Linguagem do Pesquisador | | Itens Elaborados |
| S5 - (...) de repente eu tô lendo um livro, uma coisa assim, eu me distraio... O problema é distração, eu me distraio... então bá!!!! (...) tem hora que eu me esqueço que eu tenho problema, mais é fim de semana, bato sempre na mesma tecla, é o fim de semana o meu problema (...) eu saio, eu vou visitar meus familiares e aí quando eu vejo já passou o horário... | S5 refere que quando está se divertindo esquece que tem HIV/AIDS, se distrai e se esquece de tomar a medicação. A distração em momentos de lazer é o seu maior problema para tomar a medicação conforme prescrito, principalmente no final de semana. | AE5 Se eu estiver divertindo-me... tomar. | |
| S10 - Já fiquei sem tomar, também várias vezes. (...) Saía, conversando com os amigos e ficava batendo papo. | S10 refere que deixou de tomar a medicação várias vezes porque estava batendo papo com os amigos (distraído, divertindo-se). | AE16 Se for feriado... semana. | |
| S12 - (...) no fim de semana é ruim (...) se tu vai colocar uma bolsa menor, já tem que colocar os comprimidos certos que tu vai carregar. | S12 refere que no fim de semana é difícil tomar porque tem de se organizar para levar a medicação que vai usar. | AE19 Se eu estiver... fora da minha casa. | |
| S1 “eu tomo direito (...) se eu trabalhasse fora, aí sim ia ser difícil (...) eu tô encostado e a minha esposa, ela é que trabalha (...) alguma coisa ajudo, mas trabalho menos, (...) às vezes tu trabalhando até te esquece. Quando eu saio, procuro não me esquecer e as pessoas que sabem que eu tomo sempre me lembram.” | S1 refere que trabalhar bastante é um problema para tomar direito a medicação, porque trabalhando a pessoa esquece de tomar. Sair de casa é outra situação difícil para tomar a medicação porque a pessoa tende a esquecer. | AE7 Se eu estiver... fora da minha casa. | |

O terceiro momento da análise de conteúdo foi a elaboração dos itens e a verificação do conteúdo da escala de “não vou tomar mesmo”, “acho que não sei”, “acho que vou tomar” e “

de auto-eficácia para seguir regularmente a prescrição anti-retroviral (Anexo A).

Para examinar a confiabilidade da escala de expectativa de auto-eficácia, medida pela sua consistência interna foi usado o índice *alpha* de Cronbach. Além disso, a contribuição de cada item para a variável medida pela escala foi indicada pela correlação item-total corrigida (estatística CITC), que é o coeficiente de correlação de Pearson (*r*) entre cada item e a soma dos demais (Everitt & Dunn, 1991).

Para o exame da validade de construto da escala de expectativa da auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral foram criadas as duas variáveis seguintes.

Expectativa da Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral

Um escore dessa expectativa foi gerado em escala padronizada ζ , pela extração do primeiro componente da análise de componentes principais dos 21 itens, usando-se o método de regressão para a extração do escore. O primeiro componente explicou 58% da variância total (eigenvalue = 12,1) e todos os itens apresentaram peso componencial alto ($>0,45$) nesse componente (Tabela 2); o segundo componente explicou proporção bem menor da variância total (7%; eigenvalue = 1,5).

Adesão ao tratamento anti-retroviral. Essa variável foi estimada do seguinte modo. Primeiro foi calculada a percentagem de adesão a cada medicamento do esquema, usando-se a seguinte fórmula: (número de comprimidos tomados / número de comprimidos prescritos) $\times 100$. A seguir, a percentagem de adesão ao esquema anti-retroviral foi estimada pela média das percentagens de adesão aos anti-retrovirais prescritos. Foi considerado aderente ao tratamento o paciente que estivesse usando, nas últimas 48 horas, 95% ou mais das doses prescritas no esquema anti-retroviral.

A validade de construto da escala foi examinada investigando se, conforme a teoria cognitivo-social de

quando o escore de expectativa é dividido por uma unidade.

Resultados

O exame do conteúdo dos 21 itens da escala sugere que a escala investiga expectativas quanto a seguintes situações difíceis para aderir ao tratamento:

a) Situações que exigem maior esforço, tais como organização para tomar a medicação, resistência à distração ou à falta dos medicamentos necessários para sua absorção, que correspondem a atividades cotidianas ou a situações de lazer (itens 5, 6, 7, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

b) Situações que tendem a diminuir a motivação, como a doença ou a confiança na eficácia do tratamento, que diminuem a preocupação com a eficácia do tratamento (item 2), entre as que afetam a confiança no tratamento, a descontinuidade no atendimento ao tratamento, que acha o tratamento desnecessário ou que não serve para a saúde (itens 12, 20 e 8).

c) Experiências negativas com o tratamento anti-retroviral e afetos negativos desencadeados por essas situações, que incluem sentir que os comprimidos são amargos ou cheiro forte, ter dificuldade para engolir os comprimidos, efeitos adversos da medicação, sentir-se aborrecido e deprimente, sentir-se discriminado ou rejeitado, e críticas de amigos ou crítica social (itens 3, 4, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Como esperado, a média da escala de expectativa de adesão ao tratamento anti-retroviral, codificados de zero a quatro variáveis, era de variância $F = 7,89, p < 0,001$, com a menor variância para o item “*se os remédios estiverem ruim*” e a maior foi 3,77 para o item “*se alguém que acha bobagem eu tomar os remédios*”.

Também, conforme esperado, a escala de expectativa de adesão ao tratamento anti-retroviral era

Tabela 2. Itens da Escala de Auto-eficácia para Seguir a Prescrição Anti-Retroviral, Média da Soma de cada Item e Peso Componencial dos Itens no Primeiro Componente Principal

| | Itens da Escala de Expectativa de Auto-Eficácia | Média | Peso Componencial |
|------|---|-------|-------------------|
| AE1 | Se eu estiver bem de saúde. | 3,53 | 0,00 |
| AE2 | Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não aparece no exame de carga viral. | 3,18 | 0,00 |
| AE3 | Se eu estiver aborrecido e me sentindo pra baixo. | 3,35 | 0,00 |
| AE4 | Se eu for discriminado ou rejeitado. | 3,48 | 0,00 |
| AE5 | Se eu estiver ocupado ou me divertindo. | 3,32 | 0,00 |
| AE6 | Se eu estiver em viagem de passeio ou de trabalho. | 3,47 | 0,00 |
| AE7 | Se eu estiver na rua. | 3,25 | 0,00 |
| AE8 | Se eu estiver me sentindo doente. | 3,68 | 0,00 |
| AE9 | Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da AIDS | 3,18 | 0,00 |
| AE10 | Se eu tiver de tomar muitos comprimidos. | 3,40 | 0,00 |
| AE11 | Se eu estiver nervoso ou irritado. | 3,50 | 0,00 |
| AE12 | Se mudar muito o médico que me atende. | 3,33 | 0,00 |
| AE13 | Se eu tiver de tomar remédios várias vezes por dia. | 3,40 | 0,00 |
| AE14 | Se eu estiver com pessoas estranhas. | 3,45 | 0,00 |
| AE15 | Se o remédio for difícil de engolir. | 3,45 | 0,00 |
| AE16 | Se for feriado ou final de semana. | 3,68 | 0,00 |
| AE17 | Se eu tiver de mudar meu horário de comer ou de dormir. | 3,58 | 0,00 |
| AE18 | Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte. | 3,43 | 0,00 |
| AE19 | Se eu estiver fazendo coisas fora da minha rotina. | 3,42 | 0,00 |
| AE20 | Se eu estiver com alguém que acha bobagem eu tomar esses remédios. | 3,77 | 0,00 |
| AE21 | Se os remédios estiverem me causando efeito ruim. | 2,32 | 0,00 |

A consistência interna da escala foi alta (α de Cronbach = 0,96), sugerindo que os escores dos 21 itens podem constituir uma medida confiável da variável latente investigada pela escala. A correlação item-total corrigida foi maior do que 0,45 para os 21 itens, indicando que todos os itens contribuem para a medida da variável latente.

O escore de expectativa de auto-eficácia para seguir prescrição anti-retroviral, gerado em escala padronizada

resultados são compatíveis com a hipótese de que a expectativa de auto-eficácia está positivamente associada à adesão ao tratamento anti-retroviral: a medida de auto-eficácia foi -0,33 (β = 1,37) para os não-aderentes e 0,25 (β = 0,45) para os aderentes ao tratamento anti-retroviral. O teste t para diferença entre as amostras independentes, não assumindo variância igual, foi significante ($t = 2,09$, $p = 0,04$).

Tabela 3. Correlação entre os Itens da Escala de Auto-Eficácia para Adesão a Tratamento

| Item | AE1 | AE2 | AE3 | AE4 | AE5 | AE6 | AE7 | AE8 | AE9 | AE10 | AE11 | AE12 | AE13 | AE14 | AE15 | AE16 | AE17 | AE18 | AE19 | AE20 | AE21 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| AE1 | 1,00 | 0,73 | 0,82 | 0,52 | 0,65 | 0,70 | 0,58 | 0,46 | 0,22 | 0,72 | 0,61 | 0,50 | 0,76 | 0,56 | 0,70 | 0,68 | 0,60 | 0,55 | 0,50 | 0,45 | 0,40 |
| AE2 | | 1,00 | 0,59 | 0,38 | 0,45 | 0,49 | 0,41 | 0,28 | 0,15 | 0,63 | 0,42 | 0,32 | 0,51 | 0,34 | 0,52 | 0,54 | 0,48 | 0,43 | 0,38 | 0,33 | 0,28 |
| AE3 | | | 1,00 | 0,65 | 0,73 | 0,76 | 0,64 | 0,53 | 0,34 | 0,78 | 0,72 | 0,68 | 0,79 | 0,58 | 0,67 | 0,61 | 0,56 | 0,51 | 0,46 | 0,41 | 0,36 |
| AE4 | | | | 1,00 | 0,45 | 0,48 | 0,58 | 0,58 | 0,42 | 0,34 | 0,58 | 0,52 | 0,42 | 0,34 | 0,38 | 0,20 | 0,15 | 0,10 | 0,05 | 0,00 | 0,00 |
| AE5 | | | | | 1,00 | 0,74 | 0,68 | 0,41 | 0,26 | 0,66 | 0,59 | 0,60 | 0,69 | 0,62 | 0,65 | 0,57 | 0,53 | 0,48 | 0,43 | 0,38 | 0,33 |
| AE6 | | | | | | 1,00 | 0,62 | 0,47 | 0,30 | 0,68 | 0,59 | 0,69 | 0,73 | 0,67 | 0,67 | 0,59 | 0,54 | 0,49 | 0,44 | 0,39 | 0,34 |
| AE7 | | | | | | | 1,00 | 0,62 | 0,38 | 0,59 | 0,72 | 0,53 | 0,68 | 0,47 | 0,65 | 0,53 | 0,48 | 0,43 | 0,38 | 0,33 | 0,28 |
| AE8 | | | | | | | | 1,00 | 0,52 | 0,45 | 0,77 | 0,36 | 0,46 | 0,44 | 0,44 | 0,40 | 0,35 | 0,30 | 0,25 | 0,20 | |
| AE9 | | | | | | | | | 1,00 | 0,26 | 0,40 | 0,29 | 0,27 | 0,59 | 0,19 | 0,27 | 0,22 | 0,17 | 0,12 | 0,07 | 0,02 |
| AE10 | | | | | | | | | | 1,00 | 0,67 | 0,60 | 0,84 | 0,56 | 0,74 | 0,67 | 0,62 | 0,57 | 0,52 | 0,47 | 0,42 |
| AE11 | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,43 | 0,68 | 0,43 | 0,60 | 0,63 | 0,58 | 0,53 | 0,48 | 0,43 | 0,38 |
| AE12 | | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,57 | 0,45 | 0,49 | 0,36 | 0,41 | 0,36 | 0,31 | 0,26 | 0,21 |
| AE13 | | | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,56 | 0,85 | 0,63 | 0,58 | 0,53 | 0,48 | 0,43 | 0,38 |
| AE14 | | | | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,53 | 0,51 | 0,46 | 0,41 | 0,36 | 0,31 | 0,26 |
| AE15 | | | | | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,64 | 0,60 | 0,55 | 0,50 | 0,45 | 0,40 |
| AE16 | | | | | | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,60 | 0,55 | 0,50 | 0,45 | 0,40 |
| AE17 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,55 | 0,50 | 0,45 | 0,40 |
| AE18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,50 | 0,45 | 0,40 |
| AE19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,45 | 0,40 |
| AE20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,00 | 0,40 |
| AE21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,00 |

validade de construto em sujeitos atendidos em ambulatório para pacientes em estágios avançados da doença. A primeira etapa da avaliação de uma escala é a verificação do conteúdo dos itens por observação direta (DeVellis, 1991; Miles & Huberman). Esses autores esclarecem que o objetivo dessa avaliação é verificar se todos os itens parecem medir a variável que a escala se propõe a medir, e se o conjunto de itens parece abranger os principais aspectos dessa variável. A observação direta da escala desenvolvida neste estudo mostra que os itens foram fraseados de modo que o paciente possa expressar seu grau de certeza de que conseguirá usar a medicação, conforme prescrição médica, quando na situação descrita pelo item, o que sugere que a escala mede a expectativa de tratamento. As palavras utilizadas no texto das frases

pacientes de outro serviço, realidade que não participou das etapas anteriores, diminuem a probabilidade de engano do entrevistador e de interpretação errada da elaboração dos itens. O conteúdo da escala, por pacientes e por especialistas em pacientes; suas sugestões foram levadas em consideração final. Além disso, a grande maioria das questões investigadas pela escala desenvolvida, também, foram descritas em estudos sobre não-adesão ao tratamento anti-tuberculoso (Hamnett & Watson, 1996; Murray, 1995; Samet e cols., 1992; Watson, 1995), codificação dos itens da escala deve ser feita a partir do debate e facilitado por um grupo de especialistas.

desenvolvimento da escala. Conforme Bandura (1986, 1997), a escala deve incluir situações que diferem em magnitude de dificuldade que os pacientes acreditam conseguir superar para realizar o comportamento proposto. Compatível com essa hipótese, as médias das respostas dos sujeitos diferiram entre os itens; a maior média ocorreu para o item que investiga auto-eficácia para tomar a medicação na presença de pessoa que não acredita nos benefícios do tratamento; e a menor média, para o item que avalia auto-eficácia na vigência de efeitos adversos da medicação (Tabela 2), sugerindo que esta situação é mais difícil de ser superada do que a primeira. Outro resultado sugestivo de que os itens se comportam como o esperado é a correlação entre os itens, em média, moderada, e as correlações baixas entre itens que diferem bastante em habilidades cognitivas, comportamentais e afetivas (Tabela 3). Esse resultado é compatível com a hipótese de moderada generalização da auto-eficácia entre as situações medidas pela escala, havendo menor generalização entre situações que requerem habilidades muito diferentes entre si (Bandura, 1986, 1997). A alta correlação item-total corrigida apresentada pelos 21 itens, indica que eles contribuem para a medida da variável latente, e a alta consistência interna (α de Cronbach = 0,96) sugere que os escores desses itens podem constituir uma medida confiável dessa variável.

Outra evidência a favor da escala provém de sua validade de construto. Conforme a perspectiva cognitivo-social, a experiência de ter tido sucesso no desempenho proposto é a mais efetiva das fontes de informação para o desenvolvimento de um forte senso de eficácia (Bandura, 1986, 1995b). Nesse sentido, um resultado importante para a validade da escala foi a associação positiva entre o escore de expectativa de auto-eficácia e a adesão ao tratamento: a média do escore de expectativa de auto-eficácia dos sujeitos aderentes foi meia unidade maior do que a média dos não-aderentes; o modelo de regressão estimou que a chance de adesão ao tratamento duplicava quando o escore de auto-eficácia era maior em uma unidade (ou um escore \geq maior). Por exemplo, se a probabilidade de adesão é de 0,5, com um escore de auto-eficácia de 1,0, a probabilidade de adesão é de 1,0.

AIDS, mas em melhores condições de saúde amostra deste estudo é pequeno, não permitindo a estrutura fatorial da escala. Estudos que avaliam a estrutura por análise fatorial dos 21 itens da escala permitem para o melhor entendimento da variável.

A escala é relativamente pequena e de fato o que a torna adequada para aplicação em ambientes clínicos. Por exemplo, os itens poderão ser usados para avaliar a auto-eficácia de pacientes, identificando risco para não-adesão e ainda para subservientes oportunistas sobre a adesão ao tratamento baseado na soma dos itens codificados. Facilitaria o uso clínico da escala, mas a aplicação da escala na prática clínica são resultados.

Referências

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1991). Self-efficacy conception of anxiety & R. A. Wicklund (Orgs.), *Anxiety and self-focus*. New York: Harwood.

Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in problem solving. Em R. Schwarzer (Org.), *Self-efficacy: Theory and application* (pp. 355-394). Washington, DC: Hemisphere.

Bandura, A. (1995a). On rectifying conceptual ecumenism (Org.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory and application* (pp. 347-375). New York: Plenum Press.

Bandura, A. (1995b). Exercise of personal and collective efficacy in challenging societies. Em A. Bandura (Org.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45), Melbourne: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Wiley & Company.

Basen-Engquist, K. (1992). Psychosocial predictors of AIDS in young adults. *AIDS Education and Prevention*, 6, 11-22.

Besch, L. C. (1995). Compliance in clinical trials. *AIDS*, 9, 11-12.

Brodt, H. R., Kamps, B. S., Gute, P., Knupp, B., Staszak, D. (1997). Changing incidence of AIDS-defining opportunistic antiretroviral combination therapy. *AIDS*, 11, 11-12.

Chesney, M. (2000). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. In J. P. Wilcock (Ed.), *Clinical Infectious Diseases*, 30 (Supplement 2), S171-S178.

- DeVellis, R. F. (1991). Scale development: Theory and applications. *Applied Social Research Methods Series* (Vol.26). London: Sage.
- Eldred, L. J., Wu, A. W., Chaisson, R. E. & Moore, R. D. (1998). Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18, 117-125.
- Everitt, B. S. & Dunn, G. (1991). *Applied Multivariate Data Analysis*. London, UK: Edward Arnold.
- Gallant, J. E. & Block, D. S. (1998). Adherence to antiretroviral regimens in HIV-infected patients: results of a survey among physicians and patients. *Journal of The International Association of Physicians in AIDS Care*, 5, 32-35.
- Gordillo, V., del-Amo, J., Soriano, V. & Gonzalez-Lahoz, J. (1999). Socio-demographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.
- Haubrich, R. H., Little, S. J., Currier, J. S., Forthal, D. N., Kemper, C. A., Beall, G. N., Johnson, D., Dube, M. P., Hwang, J. Y. & McCutchan J. A. (1999). The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. *AIDS*, 13, 1099-1107.
- Hecht, F. M., Colfax, G., Swanson, M. & Chesney, M. A. (1998, Fevereiro). *Adherence and effectiveness of protease inhibitors in clinical practice*. Trabalho apresentado na 5th Conference on Retrovirus Infection, San Francisco, the USA.
- Hofstetter, C. R., Sallis, J. F. & Hovell, M. F. (1990). Some health dimensions of self-efficacy analysis of theoretical specificity. *Social Science and Medicine*, 31, 1051-1056.
- Ickovics, J. R. & Meisler, A. W. (1997). Adherence in AIDS clinical trials: A framework for clinical research and clinical care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 385-391.
- Kasen, S., Vaughn, R. D. & Walter, H. J. (1992). Self-efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students. *Health Education Quarterly*, 19, 187-202.
- Kastrissios, H., Suárez, J. R., Katzenstein, D., Girard, P., Sheiner, L. B. & Blaschke, T. F. (1998). Characterizing patterns of drug-taking behavior with a multiple drug regimen in an AIDS clinical trial. *AIDS*, 12, 2295-2303.
- Klaus, B. D. & Grodesky, M. J. (1997). Assessing and enhancing compliance with antiretroviral therapy. *Nurse Practice*, 22, 211-219.
- Leite, J. C. de C. (1998). *Patients' expectations about the treatment for alcohol-related problems in the process of dropout: A two-months follow-up study on predisposing factors to dropout among subjects beginning treatment*. Tese de doutorado não-publicada, Department of Psychology, University of London. London, the UK.
- Maddux, J. E. & Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment basic principles and issues. Em J. E. Maddux (Org.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application* (pp. 37-68). New York: Plenum Press.
- Maddux, J. E. & Meier, L. J. (1995). Self-efficacy and depression. Em J. E. Maddux (Org.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application* (pp. 111-136). New York: Plenum Press.
- Muma, R. D., Ross, M. W., Parcell, G. S. & Koenig, H. (1998). Self-efficacy and adherence among individuals with HIV/AIDS. *American Journal of Health Behavior*, 22, 440-447.
- Nemes, M. I. B., Souza, M. D. F. M. D., Souza, R. D. A. & Lopes, J. F. (1998). Adherence to antiretrovirals de usuários de drogas injetáveis e de assistência à AIDS no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Avaliação*. (Retirado em 03/12/1998).
- DST e AIDS, Ministério da Saúde, www.aids.gov.br
- Oelzner, S., Brandstädter, A. & Hoffmann, A. (1998). Subjective compliance, objective compliance and hydrochlorothiazide. *International Journal of Therapeutics*, 34, 236-242.
- Ohmit, S., Schuman, P., Schoenbaum, E., Dondorp, J., Sacks, H. & Young, M. (1998). *Adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) among women in the Hemophilia and Related Diseases (HERS) and Women's Inter-Agency HIV Study*. (Retirado em 03/12/1998).
- no 12th World AIDS Conference, Paris, France.
- O'Leary, A., Goodhart, F., Jemmott, L. B., Jemmott, J. B. & Fong, T. H. (1998). Predictors of safer sex on the college campus: A structural equation theory analysis. *Journal of American College Health*, 46, 21-27.
- Paiva, V., Santos, N., Ventura-Filipe, E. M. & Soeiro, M. (1998). *Compliance with reverse transcriptase inhibitors among HIV+ women in São Paulo*. Trabalho apresentado na 12th World AIDS Conference, Geneva, Switzerland.
- Palella, F. J. Jr., Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J. M., Satten, G. A., Aschman, D. J. & Phair, J. P. (1998). Declining morbidity and mortality among men with early-stage HIV infection. *New England Journal of Medicine*, 338, 853-860.
- Paterson, D. L., Swindels, S., Mohr, J., Breitlow, K. P., Allen, M. J., Lagakos, S. W., Wagenreier, M. M. & Singh, N. (1998). *How much zidovudine is enough: A preparative study of adherence*. Trabalho apresentado na 12th World AIDS Conference, Geneva, Switzerland.
- Samet, J. H., Libman, H., Steger, K. A., Kornblith, H., Dewees-Durk, R., Levenson, S., Hirsch, J. S., Palella, F. J. Jr., Detels, R., et al. (1998). Compliance with zidovudine therapy in patients with immunodeficiency virus type 1: A prospective study in a hospital clinic. *American Journal of Medicine*, 95, 395-402.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1995). Change in self-efficacy and health behaviors: The role of self-efficacy. In J. E. Maddux (Org.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 191-212). New York: Academic Press.
- Shannon, B., Bagby, R., Wang, M. Q. & Koenig, H. (1998). Self-efficacy as a contributor to the explanation of health behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 22, 395-407.
- Shaw, J. M., Dzwaltowski, D. A. & McNamee, S. (1998). Self-efficacy and causal attributions as mediators of the relationship between self-efficacy and health behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 22, 408-416.

- Walsh, J., Dalton, M., Gill, J., Wilkinson, D., Burgess, A. P. & Gazzard, B. G. (1998, Julho). *Adherence to protease inhibitor based on highly effective antiretroviral therapy*. Trabalho apresentado na 12th World AIDS Conference, Geneva, Switzerland.
- Walsh, J. C., Horne, R., Dalton, M., Burgess, A. P. & Gazzard, B. G. (2001). Reasons for non-adherence to antiretroviral therapy: patients' perspectives provide evidence of multiple causes. *AIDS Care*, 13, 709-720.
- Weinberg, R., Grove, R. & Jackson, A. (1992). Strategies for building self-efficacy in tennis players: A comparative analysis of Australian and American coaches. *Sport Psychologist*, 6, 3-13.
- Wenger, N. A., Gifford, A., Liu, H., Chesney, M., Golin, C., Crystal, S., Berry, S., Coplan, P., Bozzette, S. & Shapiro, M. (1999, Fevereiro). *Patient characteristics and attitudes associated with antiretroviral adherence*. Trabalho apresentado na 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, the USA.
- Williams, A., Wolf, H., Yu, C. & Singh, M. (1998). *Antiretroviral therapy among HIV positive women*. Trabalho apresentado na 12th World AIDS Conference, Geneva, Switzerland.
- Zolopa, A. R., Shafer, R. W., Warford, A., Montoya, J. D., Merigan, T. C. & Efron, B. (1999). HIV patterns predict response to saquinavir-ritonavir in whom previous protease inhibitor therapy fails. *Internal Medicine*, 131, 813-821.

Sobre os autores

José Carlos de Carvalho Leite é Psicólogo, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento/UFRGS, Doutor em Psicologia pelo King's College London/Universidade de Londres. Professor adjunto da Universidade de Caxias do Sul.

Maria de Lourdes Drachler é Médica; Mestre em Medicina, área de concentração Clínica Médica/UFRGS; Doutora em Epidemiologia e Ciências Popacionais pela London School of Hygiene and Tropical Medicine/Universidade de Londres. Professora adjunta da Universidade de Caxias do Sul e da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Marciara Oliveira Centeno é Psicóloga, Mestre em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas.

Cézar Arthur Tavares Pinheiro é Médico, Mestre em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas. Médico Funcionário do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS, Universidade Federal de Pelotas.

Vera Lúcia da Silveira é Médica, Mestre em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas. Médica da Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura Municipal de Pelotas.

Anexo A

Escala de Expectativa de Auto-Eficácia para Seguir Prescrição Anti-HIV

Há pessoas que, em algumas situações, não conseguem tomar os remédios contra o vírus da AIDS. Diga apontando aqui (mostrar escala), qual a certeza de que, desde hoje até a próxima semana, você conseguirá tomar os remédios da AIDS, como na receita, nas seguintes situações: Imagine que você está lendo... Vou conseguir tomar os remédios contra o vírus da AIDS como explica a receita.

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