



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

Abstract

A 21-item scale of efficacy-expectation for adherence to antiretroviral therapy in high-risk situations was developed and validated by analysis of interviews with HIV/AIDS patients undergoing and dropouts from therapy. Internal consistency and 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 adherence was derived from the first component of the principal component analysis. The mean score was 0.25 among adherent patients and 0.33 among those who were non-adherent (t test, $p = 0.046$). The treatment adherence increased 2.07 times when the efficacy-expectation score increased by one unit (OR = 2.07; 95% CI = 1.002 to 4.26). The internal consistency was high (Cronbach-alpha = 0.96). The scale demonstrated construct validity and reliability as a measure of self-efficacy for antiretroviral therapy in these patients.

Keywords: Self-efficacy expectations; AIDS; HIV; treatment adherence; 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, Brandstädt & Hoffmann, 1996; Singh e cols., 1996).

Fuchs, 1995; Shannon, Bagby, Wang & Tr... de preservativos para prevenção de AIDS sexualmente transmissíveis (Basen-Engo Vaughn & Walter, 1992; O'Leary, Good Boccher-Lattimore, 1992), e adesão a tra... do alcoolismo (Leite, 1998). Esses estudos a expectativa de auto-eficácia é o principal p... no desempenho desses comportam... fundamentais para a intervenção nessa área.

Bandura (1977, 1986, 1995a, 1995b) define a expectativa de auto-eficácia como o julgamento sobre sua habilidade para desempenhar um padrão específico de comportamento. Ne... (1995a) define a expectativa de auto-eficácia em relação a medicamentos conforme a prescrição c... na capacidade pessoal de controlar as c... possam dificultar o seguimento regula... realizar com sucesso tal comportamento... cognitivo-social de Bandura, a expectativa... é o mecanismo central das ações huma... intencionalmente.

Processos Ativados pela Auto-Eficácia

Os processos mediadores da expectativa de sucesso no comportamento humano são discutidos em revisões de literatura, envolvendo estudos transversais (Bandura, 1995b, 1997). As pesquisas suportam a hipótese de que a expectativa de auto-eficácia influencia as intenções humanas intencionais ao agir sobre problemas afetivos, motivacionais e seletivos.

Especificamente, a expectativa de auto-eficácia influencia os processos cognitivos que desenvolvem regras para influenciar eventos, estabelecer metas e estabelecer possibilidades de sucesso nessas metas. Os processos cognitivos que determinam a eficiência na resolução de problemas. Assim, os processos cognitivos que determinam o tipo de mediadores da expectativa de sucesso no 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 a

próprio, pessoas em situações de sucesso no desempenho por meio de modelos de sucesso também tendem a ter sucesso porque provê conhecimentos e habilidades potencialmente úteis para a realização pessoal. Por outro lado, a convicção de ter sucesso no desempenho por meio da observação de modelos de sucesso em situações semelhantes à sua (Bandura, 1995b).

A persuasão social é exercida quando as pessoas recebem feedbacks recebidas de outros sobre a realização do desempenho de uma atividade. As pessoas são capazes de desempenhar comportamentos propostos quando os modelos de desempenho proposto tendem a ter maior sucesso e maior esforço maior e mais sustentado. A convicção de ter sucesso no desempenho por meio da observação de modelos de sucesso pode prejudicar a auto-eficácia do sujeito quando há um forte senso de auto-eficácia desenvolvido (Bandura, 1986, 1995b).

Os estados emocionais e os estados fisiológicos influenciam o julgamento sobre a capacidade de realizar o desempenho. Estados de humor depressivo e estados de humor ansioso são considerados como indicadores de vulnerabilidade e podem ser percebidos como obstáculos ao desempenho (Bandura, 1986, 1997).

Dimensões da Auto-eficácia

A expectativa de auto-eficácia refere-se à magnitude, força e generalização da expectativa. A magnitude refere-se aos níveis de dificuldade ou ameaça que a pessoa acredita ser capaz de desempenhar com sucesso o comportamento. No caso de uma pessoa que está em tratamento anti-retroviral, é a expectativa de seguir a prescrição quando enfrenta efeitos adversos da medicação do tratamento de que seu tratamento está sendo eficaz e bem de saúde e apresentar carga viral baixa.

A força refere-se ao grau de

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 reflitam 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 de dois serviços públicos de referência para a região sul do estado do Rio Grande do Sul: a Assistência Especializada em HIV/AIDS do Serviço de Pelotas (SAE de Pelotas) e a Assistência Especializada em HIV/AIDS da Fundação Universidade de Pelotas (Serviço de Rio Grande). Esta etapa ocorreu entre junho de 1999 a fevereiro de 2000. Dos 21 que participaram desta etapa, 52% eram mulheres não gestantes, com idade entre 18 e 59 anos, com escolaridade de menos de um ano de estudo incompleto. Desses, 21 eram pacientes do SAE de Pelotas e 12 do Serviço de Rio Grande.

Dos 21 pacientes do SAE de Pelotas, foram realizadas entrevistas exploratórias individuais para avaliar os itens da escala e sete foram convencionados pelo pesquisador para, individualmente, dar o conteúdo da escala. Para a seleção dos pacientes que participaram de entrevistas exploratórias, foi solicitada à equipe do SAE a indicação de pacientes que tipicamente estivessem vivendo as seguintes situações: estar no primeiro mês da prescrição anti-retroviral, não estar regularmente anti-retrovirais conforme prescrição médica (mínimo, três meses ($n = 5$), usar irregularmente o medicamento ($n = 4$), ter abandonado o tratamento sem motivo ou por falha nessa tentativa ($n = 3$)). Os sete pacientes em tratamento foram entrevistados por um pesquisador no consultório no SAE, após consentimento escrito do paciente entregue ao seu médico. Os 12 pacientes que abandonaram o tratamento foram entrevistados pelo psicólogo em visita domiciliar, após consentimento escrito do paciente e entrega do formulário social do SAE. Dos sete pacientes com falha no tratamento, sua opinião sobre o conteúdo da escala, a adesão à prescrição anti-retroviral, a percepção de que seguiam a prescrição anti-retroviral e um que havia abandonado a medicação.

Os 12 pacientes do Serviço para HIV/AIDS de Rio Grande (divididos em dois grupos

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. Os sentimentos não foram trabalhados no plano psicodinâmico, mas a pesquisadora buscou transmitir ao paciente a compreensão do que foi comunicado, buscando compreender as características informais e sociais.

Para o exame da consistência interna, foi utilizado o construto da escala de auto-eficácia. O questionário aplicado aos 60 pacientes foi o de Rio Grande por entrevistadores treinados. A medida de auto-eficácia medida pela escala foi a adesão ao tratamento anti-retroviral. O questionário permitiu investigar a adesão dos pacientes, o uso de medicação anti-retroviral, os medicamentos nas 48 horas que antecedem o esquema anti-retroviral prescrito, e a adesão posteriormente pelo ambulatório. O questionário foi aplicado por um pesquisador.

Procedimentos

Os itens da escala de expectativa de resultado de adesão ao tratamento anti-retroviral foram selecionados por análise de conteúdo dos discursos dos profissionais de saúde em entrevistas em grupo. A análise de conteúdo foi realizada em momentos, conforme Miles e Huberman (1994). O primeiro foi a redução do conteúdo dos discursos dos 14 pacientes do SAE de Pelotas das entrevistas exploratórias. O segundo foi a redução realizada separadamente por três pesquisadores. O terceiro, final da redução foi elaborada por um pesquisador. O início da redução foi elaborado com a auscultação das entrevistas. Na leitura das transcrições, o que parecia ser pré-definido no roteiro-tópico foi anotado. Os temas emergiram do discurso dos sujeitos e foram selecionadas falas correspondentes a situações de adesão ao seguimento da prescrição anti-retroviral e as unidades significativas dessas falas foram selecionadas e 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 tomar. AE16 Se for fim de semana. AE19 Se eu estiver fora da m
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).	AE7 Se eu estive
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.	
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.	

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 vou tomar”, “acho que vou tomar”, “não sei”, “acho que vou tomar” e “acho que vou tomar”.

Também, conforme esperado,

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

Itens da Escala de Expectativa de Auto-Eficácia		Média	Peso C
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 (*alfa* 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 expectativa de auto-eficácia está positiva à adesão ao tratamento anti-retroviral: a média de auto-eficácia foi -0,33 ($dp = 1,37$) para não aderentes e 0,25 ($dp = 0,45$) para os aderentes anti-retroviral. O teste *t* para diferença entre amostras independentes, não assumindo variância, foi significativo ($t = 2,09$, $gl = 10$).

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	0,70	0,68	0,70	0,68	0,70
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	0,52	0,54	0,52	0,54	0,52
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	0,67	0,61	0,67	0,61	0,67
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	0,38	0,20	0,38	0,20	0,38
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	0,65	0,57	0,65	0,57	0,65
AE6						1,00	0,62	0,47	0,30	0,68	0,59	0,69	0,73	0,67	0,67	0,59	0,67	0,59	0,67	0,59	0,67
AE7							1,00	0,62	0,38	0,59	0,72	0,53	0,68	0,47	0,65	0,53	0,65	0,53	0,65	0,53	0,65
AE8								1,00	0,52	0,45	0,77	0,36	0,46	0,44	0,44	0,51	0,44	0,51	0,44	0,51	0,44
AE9									1,00	0,26	0,40	0,29	0,27	0,59	0,19	0,27	0,59	0,19	0,27	0,59	0,19
AE10										1,00	0,67	0,60	0,84	0,56	0,74	0,67	0,84	0,56	0,74	0,67	0,84
AE11											1,00	0,43	0,68	0,43	0,60	0,63	0,68	0,43	0,60	0,63	0,68
AE12												1,00	0,57	0,45	0,49	0,36	0,57	0,45	0,49	0,36	0,57
AE13													1,00	0,56	0,85	0,63	0,56	0,85	0,63	0,56	0,85
AE14														1,00	0,53	0,51	0,53	0,51	0,53	0,51	0,53
AE15															1,00	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64
AE16																1,00	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64
AE17																	1,00	0,64	0,64	0,64	0,64
AE18																		1,00	0,64	0,64	0,64
AE19																			1,00	0,64	0,64
AE20																				1,00	0,64
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 auto-eficácia. A escala foi avaliada com validade de

pacientes de outro serviço, realidade que não participou das etapas anteriores. Isso pode diminuir a probabilidade de vieses do entrevistador e de interpretação dos itens. O conteúdo foi avaliado por pacientes e por especialistas em adesão a tratamento; suas sugestões foram consideradas na etapa final. Além disso, a grande maioria dos itens investigados pela escala desenvolvida também, foram descritas em literatura sobre não-adesão ao tratamento anti-HIV (Hamnett & Watson, 1996; Mullan, 1995; Samet e cols., 1992; Walmsley, 1995). A codificação dos itens da escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento foi realizada de modo a facilitar a análise dos dados e a

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).

AIDS, mas em melhores condições de saúde. No entanto, a amostra deste estudo é pequeno, não permitindo a estrutura fatorial da escala. Estudos que validem a estrutura por análise fatorial dos 21 itens são necessários para o melhor entendimento da variável medida.

A escala é relativamente pequena e de fácil aplicação, 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 aqueles em maior risco para não-adesão e ainda para subscrever intervenções oportunistas sobre a adesão ao tratamento. A aplicação baseada na soma dos itens codificados poderia facilitar a aplicação da escala na prática clínica, mas a validação da aplicação da escala na prática clínica são necessários.

Referências

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior 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. In A. Bandura & R. A. Wicklund (Orgs.), *Anxiety and self-focus*. New York: Harwood.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychosocial change. In R. Schwarzer (Org.), *Self-efficacy: Theory and research* (pp. 355-394). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1995a). On rectifying conceptual ecumene. In A. Bandura (Org.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory and research* (pp. 347-375). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1995b). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Org.), *Self-efficacy in human agency* (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 adherence in young adults. *AIDS Education and Prevention*, 4, 191-205.
- Besch, L. C. (1995). Compliance in clinical trials. *AIDS*, 9, 111-112.
- Brodt, H. R., Kamps, B. S., Gute, P., Knupp, B., Stasz, W. (1997). Changing incidence of AIDS-defining opportunistic infections in antiretroviral combination therapy. *AIDS*, 11, 111-112.
- Chesney, M. (2000). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 30 (Suplemento 2), S171-S176.

- 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 ap-*
- Muma, R. D., Ross, M. W., Parcell, G. S. (1995). Predictors of adherence among individuals with chronic illness. *Health Psychology*, 14, 447.
- Nemes, M. I. B., Souza, M. D. F. M. D., Souza, R. D. A. & Lopes, J. F. (1998). *Adesão ao tratamento por anti-retrovirais de usuários de assistência à AIDS no estado de São Paulo: resultados da avaliação*. (Retirado em 03/12/1999). Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
- Oelzner, S., Brandstädt, A. & Hoffmann, V. (1998). Subjective compliance, objective compliance in geriatric hypertensive and hydrochlorothiazide. *International Journal of Gerontology and Therapeutics*, 34, 236-242.
- Ohmit, S., Schuman, P., Schoenbaum, E., Sacks, H. & Young, M. (1998). *Adherence to antiretroviral therapy (HAART) among women in the Women's Inter-Agency HIV Study*. Trabalho apresentado no 12th World AIDS Conference, Sydney, Australia.
- O'Leary, A., Goodhart, F., Jemmott, L. (1998). Predictors of safer sex on the coital union: A theory analysis. *Journal of American Academy of Sexuality*, 4, 1-10.
- Paiva, V., Santos, N., Ventura-Filipe, E. M. (1998, Julho). *Compliance with reverse transcriptase inhibitors among HIV+ women in Sao Paulo*. Trabalho apresentado na 12th AIDS Conference, Geneva, Switzerland.
- Palella, F. J. Jr., Delancy, K. M., Moorman, J. S., Lovejoy, T. A., Fu, R., Satten, G. A., Aschman, D. J. & Hughes, M. D. (1998). Mortality among persons with human immunodeficiency virus infection in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 280, 853-860.
- Paterson, D.L., Swindels, S., Mohr, J., Brundage, R., Wagnier, M. M. & Singh, N. (1998). *Adherence is not enough: A preparative study of adherence in the context of HIV and Opportunistic Infections*, Chicago, IL.
- Samet, J. H., Libman, H., Steger, K. A., Hays, R. D., Dewees-Durk, R., Levenson, S. (1998). Compliance with zidovudine therapy in a community-based immunodeficiency virus type 1: A longitudinal study of a hospital clinic. *American Journal of Epidemiology*, 147, 100-108.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1995). *Changing health behaviors: The role of self-efficacy*. (Org.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-10). New York: University Press.
- Shannon, B., Bagby, R., Wang, M. Q. & Fuchs, R. (1998). Self-efficacy as a contributor to the explanation of health behaviors. *Health Psychology Research*, 5, 395-407.
- Shaw, J. M., Dziewaltowski, D. A. & Moorman, J. S. (1998). Causal attributions as mediators of adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1005-1012.

- Walsh, J., Dalton, M., Gill, J., Wilkinson, D., Burgess, A. P. & Gazzard, B. G. (1998, Julho). *Adherence to proteinase 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. G., Hughes, M. D., Merigan, T. C. & Efron, B. (1999). HIV-1 RNA levels predict response to saquinavir-ritonavir in whom previous protease inhibitor therapy failed. *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 Populacionais 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.

Marciana 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 Antirretroviral**

Há pessoas que, em algumas situações, não conseguem tomar os remédios contra o vírus da AIDS como prescrito na receita. Diga apontando aqui (mostrar escala), qual a certeza de que, desde hoje até a próxima vez que precisará 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				