

Universidade Católica de Goiás

Departamento de Psicologia

Mestrado em Psicologia

**ATUAÇÃO DO MÉDICO COM RELAÇÃO AO PACIENTE  
PORTADOR DE HIV EM CONTEXTO AMBULATORIAL**

**Céres Regina Dias Fernandes**

Goiânia-GO

2005

Universidade Católica de Goiás

Departamento de Psicologia

Mestrado em Psicologia

# ATUAÇÃO DO MÉDICO COM RELAÇÃO AO PACIENTE PORTADOR DE HIV EM CONTEXTO AMBULATORIAL

**Céres Regina Dias Fernandes**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Orientadora: Profa. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto**

Goiânia

Maio de 2005

- F363a Fernandes, Céres Regina Dias  
Atuação do médico com relação ao paciente portador de HIV em contexto ambulatorial. / Céres Regina Dias Fernandes. – Goiânia, 2005.  
97p.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Goiás, Departamento de Psicologia, 2005.
1. Portador de HIV – tratamento. 2. Portador de HIV – relação médico paciente. 3. Doença sexualmente transmissível. I. Título.
- CDU 616.98:578.828HIV  
159.9

**BANCA EXAMINADORA**

**Profa. Dra. Ilma A. Goulart de S. Britto**

Departamento de Psicologia  
Universidade Católica de Goiás  
Presidente da Banca

**Prof. Dr. Antônio Carlos Ximenes**

Universidade Federal de Goiás  
Membro Efetivo da Banca

**Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda**

Departamento de Psicologia  
Universidade Católica de Goiás  
Membro Efetivo da Banca

**Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto**

Departamento de Psicologia  
Universidade Católica de Goiás  
Membro Suplente da Banca

*“A AIDS representa uma ameaça peculiar para a Humanidade, mas, ao contrário das guerras, é uma batalha que vem de dentro... Será que vamos optar pelo ódio e pela discriminação, ou teremos a coragem de escolher o amor e a dedicação?”*

*(Elizabeth Klüber-Ross)*

## **Agradecimentos**

### Agradeço

Aos profissionais e pacientes que aceitaram participar deste estudo, tornando-o possível e contribuindo, assim, para o avanço da Ciência.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto, inigualável na arte de ensinar a linguagem da Ciência, deixando à mostra sua dedicação e competência profissional, comprometida e vibrante como orientadora e pesquisadora. Valorosos foram os ensinamentos passados por ela, ampliando meus conhecimentos e encorajando-me a realizar este estudo. Obrigada pelo estímulo.

À psicóloga Rita de Cássia Reis Rabelo Jácomo, querida amiga, inestimável aluna, estagiária e companheira, meu reconhecimento por sua prestimosa dedicação e competência acadêmica e por seu incentivo ímpar para a concretização deste trabalho.

À mestra e psicóloga Paula Virgínia Oliveira Elias, pelo coleguismo solidário e apoio na efetivação deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Ximenes, ao Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda e ao Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto, por aceitarem o convite para fazer parte da banca na defesa desta Dissertação.

Ao corpo docente do Curso de Mestrado em Psicologia, formado por todos aqueles profissionais que, de alguma forma, participaram no desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Hospital onde realizei este trabalho, nas pessoas de seus diretores, chefes de enfermagem e pessoal da enfermagem, médicos, psicólogos e funcionários, incansáveis trabalhadores da saúde pública, com meu sincero reconhecimento.

À Profa. Maione Maria Mileo, pela confiança depositada e que, de forma amiga, esteve comigo, oferecendo-me sempre compreensão, viabilizando inúmeras vezes o meu tempo de estudo.

À amiga Maria do Rosário da Conceição Rocha, que com seu jeito de ser carinhoso, sempre esteve disponível para colaborar.

À amiga Auriane Rissi Martins de Oliveira, pelo apoio simpático e solidário.

Ao Me. Luis Carlos da Silva Souza, médico infectologista, pela amizade, estímulo e acessibilidade nas orientações científicas.

À Profa. Me. Suzana Oellers, por sua eficiência e presteza amiga na revisão ortográfica do texto deste trabalho e sugestões apresentadas, o meu muito obrigada!

Ao Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro, pelo acolhimento e compreensão ao possibilitar-me tempo e condição para prosseguir e concluir este estudo, meus agradecimentos.

À Universidade Católica de Goiás pelo apoio financeiro à execução desta pesquisa.

Muitos foram os amigos que, direta ou indiretamente, cooperaram e me estimularam para a realização deste trabalho. A todos eles, meu muito obrigada!

## **Dedico**

À minha mãe, que esteve comigo sempre e que participou desta minha caminhada de maneira silenciosa, sendo mãe simplesmente.

Ao meu pai (*in memoriam*), sempre.

Ao meu esposo, Ubirajara, pelo amor e confiança depositados em mim.

Aos meus filhos, Reginara e Georgeo, que compartilharam do meu ideal, incentivando-me a prosseguir na jornada, quaisquer que fossem os obstáculos.

Ao Flávio e à Karys, pela amizade e respeito.

E, em especial, aos filhos dos meus filhos: Clara, Pedro, Nicolás e Guilherme, pela magnitude de ser avó.

## ÍNDICE

	<b>página</b>
<b>Lista de abreviaturas</b> .....	x
<b>Lista de tabelas</b> .....	xi
<b>Lista de figuras</b> .....	xiv
<b>Resumo</b> .....	xv
<b>Abstract</b> .....	xvi
A relevância da relação médico-paciente .....	2
Estudos sobre HIV/AIDS .....	7
Comportamentos de risco: transmissão da epidemia .....	16
Biologia e comportamento .....	19
A análise do comportamento .....	22
Comportamento governado por regras .....	26
Adesão ao tratamento em doenças crônicas e AIDS .....	28
Objetivos do presente estudo .....	40
<b>Método</b> .....	42
Participantes .....	42
Díade Médico-Paciente 1 (DMP1) .....	42
Díade Médico-Paciente 2 (DMP2) .....	43
Díade Médico-Paciente 3 (DMP3) .....	43
Díade Médico-Paciente 4 (DMP4) .....	43
Ambiente .....	44
Equipamentos e Material .....	44

	<b>página</b>
Procedimento .....	48
Teste de Concordância .....	51
<b>Resultados</b> .....	<b>53</b>
<b>Discussão</b> .....	<b>75</b>
<b>Referências</b> .....	<b>80</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>87</b>
Anexo 1 – Folha de Registro para Categorias Comportamentais do DMP-MP ..	88
Anexo 2 – Folha de Registro para Comportamentos Verbais e Não-verbais do DMP-PP .....	89
Anexo 3 – Folha de Registro da Relação Médico-Paciente para registro das categorias comportamentais referentes à relação médico-paciente .....	90
Anexo 4 – Folha de Registro da Frequência de Emissões Verbais do MP .....	91
Anexo 5 – Folha de Registro da Frequência de Emissões Verbais do PP .....	92
Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do(a) Médico(a) .....	93
Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do(a) Paciente .....	95
Anexo 8 – Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética .....	97

**Lista de abreviaturas**

AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida

APA – (*American Psychiatric Association*) - Associação Americana de Psiquiatria

DNA – Ácido desoxirribonucléico

DST – Doença(s) sexualmente transmissível(is)

DMP – Díade médico-paciente

HAART – (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) - Terapia anti-retroviral altamente ativa

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

IC – Índice de concordância

MP – Médico participante

PP – Paciente participante

RNA – Ácido ribonucléico

SES/SP – Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo

USP – Universidade de São Paulo

**Lista de tabelas**

	<b>página</b>
<b>Tabela 1.</b> Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Informar sobre a transmissão e a não transmissão do HIV/AIDS”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. ....	55
<b>Tabela 2.</b> Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Investigar comportamentos sexuais de risco”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. ....	56
<b>Tabela 3.</b> Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Investigar outros comportamentos de risco”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. ....	57
<b>Tabela 4.</b> Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Preparar para os efeitos dos medicamentos anti-retrovirais”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. ....	58
<b>Tabela 5.</b> Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Fornecer apoio ao paciente”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. ....	59
<b>Tabela 6.</b> Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Investigar as condições do paciente”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. ....	60
<b>Tabela 7.</b> Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Explicar sobre o risco de propagação do HIV/AIDS”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. ....	61

<b>Tabela 8.</b> Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Preparar o paciente para a adesão à terapia com anti-retrovirais”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. ....	63
<b>Tabela 9.</b> Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Explicar diferenciando”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. ....	64
<b>Tabela 10.</b> Freqüência e porcentual das categorias comportamentais dos MP cuja função era “Emitir comportamentos verbais facilitadores da adesão”. ....	65
<b>Tabela 11.</b> Freqüência e porcentual das categorias comportamentais dos MP cuja função era “Emitir comportamentos verbais não-facilitadores da adesão”. ....	66
<b>Tabela 12.</b> Freqüência e porcentual das categorias comportamentais dos MP cuja função era “Emitir comportamentos não-verbais facilitadores da adesão”. ....	68
<b>Tabela 13.</b> Freqüência e porcentual das categorias comportamentais dos MP cuja função era “Emitir comportamentos não-verbais não-facilitadores da adesão”. ....	69
<b>Tabela 14.</b> Freqüência e porcentual das categorias comportamentais dos PP cuja função era “Emitir comportamentos verbais indicativos da adesão”. ....	70

<b>Tabela 15.</b> Freqüência e porcentual das categorias comportamentais dos PP cuja função era “Emitir comportamentos verbais indicativos da não-adesão”.....	72
<b>Tabela 16.</b> Freqüência e porcentual das categorias comportamentais dos PP cuja função era “Emitir comportamentos não-verbais indicativos da adesão”.....	73
<b>Tabela 17.</b> Freqüência e porcentual das categorias comportamentais dos PP cuja função era “Emitir comportamentos não-verbais indicativos da não-adesão”.....	74

**Lista de figuras**

	<b>página</b>
<b>Figura 1.</b> Representação esquemática do consultório médico utilizado na presente pesquisa. ....	45
<b>Figura 2.</b> Porcentual dos relatos verbais dos médicos participantes (MP) e dos pacientes participantes (PP) no momento da consulta. ....	53

## Resumo

Este trabalho enfatiza a importância da relação médico-paciente como um conjunto de múltiplas influências, além de ser um fator preditivo para os bons resultados no tratamento e adesão dos pacientes portadores do vírus HIV aos medicamentos anti-retrovirais. Ressalta a importância de analisar os padrões comportamentais apresentados na relação para possibilitar que esses pacientes tenham maior compreensão sobre o tratamento e os cuidados que devem ter. Os objetivos deste estudo foram descrever a atuação do médico no preparo do paciente para o tratamento e em identificar as funções desta atuação a partir da análise dos relatos verbais e comportamentos não-verbais encontrados em suas diferentes formas de ocorrência. Participaram desta pesquisa quatro díades médico-paciente provenientes do ambulatório de um hospital de referência para este tipo de tratamento. Este estudo possui caráter exploratório e é uma investigação empírica da relação médico-paciente por meio das ações que ocorrem em contexto ambulatorial, circunstância em que se faz uso de metodologia descritiva para a análise desta relação no que diz respeito às múltiplas influências no contexto ambulatorial/hospitalar. Foram analisados os padrões comportamentais apresentados pelo médico durante o atendimento ao paciente em suas diferentes funções verbais: informar sobre a transmissão e a não transmissão do HIV, investigar comportamentos de risco, preparar para os efeitos dos medicamentos anti-retrovirais, entre outros. Dentre os resultados foi possível destacar ainda que os médicos participantes orientaram os pacientes sobre os riscos da contaminação pelo HIV por via sexual sem preservativo e sobre os efeitos colaterais dos medicamentos e os informaram sobre os serviços de saúde. Foram investigados os comportamentos verbais e não-verbais facilitadores de adesão, tanto dos médicos quanto dos pacientes, e também foram analisados os padrões comportamentais apresentados na relação médico-paciente em suas diferentes funções. Os resultados foram discutidos em termos de metodologia aplicada. Os dados do presente estudo alertam para a importância da atuação médica ao explicar ao paciente os comportamentos necessários na adesão ao tratamento com os anti-retrovirais, bem como os benefícios desta terapia para a qualidade de vida do portador de HIV.

**Palavras-chave:** Relação médico-paciente; comportamento verbal; adesão ao tratamento

### **Abstract**

This study emphasizes the importance of the doctor-patient relationship as a group of multiple influences, besides being a predictive factor for the good results of the treatment and adherence of HIV patients to anti-retroviral medicines. It enhances the importance of analyzing the behavioral patterns presented in this relationship to make it possible for the patients to get a broader understanding of the treatment and cares they should take. The goals of the present study were to describe the doctor role when preparing the patient for the treatment and to identify the functions of these acts by analyzing the verbal reports and non-verbal behaviors found out in their different forms of occurrence. Four dyads doctor-patient, from a reference hospital for this type of treatment, participated in this research. This study has an exploratory character and it is an empiric investigation of the doctor-patient relationship, through actions that occur in an ambulatory context, a circumstance in which descriptive methodology is used to analyze this relationship as to the multiple influences in the ambulatory/hospital context. Among the results it was possible to highlight that the participant doctors guided the patients enlightening them about the risks of contamination by HIV via sexual intercourse without preservative and about the side effects of the medicines, and also informed them about the health services. The verbal and non-verbal behaviors that facilitate adherence, emitted from both doctors and patients, were investigated and the behavioral patterns presented in the doctor-patient relationship were also analyzed in their different functions. The results were discussed in terms of applied methodology. The data obtained in the present study alert to the importance of the doctor role when explaining to the patient the behaviors needed in the adherence to anti-retroviral medicines, as well as the benefits of this therapy to the quality of life of HIV positive patients.

**Key words:** Doctor-patient relationship; verbal behavior; treatment adherence.

O presente estudo enfoca um conjunto de respostas provenientes da relação médico-paciente em uma situação em que o paciente é afetado pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana). O médico conhece o problema. O paciente busca a solução. O paciente busca o atendimento de um profissional capacitado para o tratamento de sua condição após ser contaminado. Desta relação que se estabelece, dependerá o sucesso do tratamento. A qualidade da relação que se inicia naquele preciso momento deve ser entendida como um conjunto de múltiplas influências entre o médico e o seu paciente. Assim, a relação médico-paciente pode tornar-se um fator preditivo para os bons resultados ao tratamento.

A importância em atentar para as variáveis que ocorrem no contexto ambulatorial/hospitalar motivou a realização deste trabalho. Em uma relação médico-paciente, os comportamentos dos participantes podem favorecer ou dificultar o sucesso do tratamento. Na consulta, o médico procura informar o estado patológico em que o paciente se encontra, buscando manter a efetividade do tratamento e o seu seguimento. Assim, o trabalho do médico tem como função a promoção da saúde, a adesão ao tratamento, as informações sobre a doença e as mudanças no estilo de vida após a inclusão da terapia medicamentosa, dados estes que contribuirão para reduzir os graus de sofrimento e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Quando uma pessoa afetada pelo HIV está diante de um médico, antes de tudo busca soluções médicas para sua condição biológica alterada. As intervenções médicas sobre o estado do enfermo e seus condicionantes, as informações que se possui sobre a enfermidade e as suas formas de transmissão e prevenção devem constituir o ponto de partida para a efetividade do tratamento.

## A relevância da relação médico-paciente

A relação entre o médico e o paciente foi estudada por Balint (1957/1984) em uma obra clássica da psicologia médica. Aquele pesquisador afirma que os pacientes devem ser educados para se comportar adequadamente diante de suas doenças, mesmo que neste terreno o médico possa enfrentar grandes dificuldades técnicas. O autor ainda chama a atenção para a necessidade de pesquisas com o intuito de observar o comportamento do paciente em relação à enfermidade: “Todo médico convirá, assim creio, em que *a atitude do paciente quanto à sua doença* é de suprema importância para o êxito da terapia, e em que o médico corresponde à tarefa de ‘educar’ o paciente para que este preste sua colaboração” (p. 210).

Balint (1957/1984) apresenta aspectos importantes sobre as implicações comportamentais na clínica médica ao observar o papel do médico durante o tratamento. Por um aspecto, o autor destaca a importância do escutar como um modo diferente do que é feito tradicionalmente, ou seja, a compreensão e o seu uso de forma a que ela tenha efeito terapêutico. Assim, a ação escutar fornece o material para o compreender e a compreensão deve ser adquirida antes que possa ser usada.

Outro aspecto abordado por Balint (1957/1984) diz respeito ao repertório comportamental do médico perante o paciente, situação na qual o comportamento do médico adquire relevância não apenas por apresentar o frasco de remédio ou as pílulas, mas por promover a atmosfera na qual a substância será administrada e recebida. É notória a frase cunhada pelo autor: a droga mais utilizada na clínica geral é o próprio médico.

Elias e Britto (2004) afirmam que a tarefa de educar o paciente para o tratamento deve ser realizada no momento da consulta, uma vez que isto o torna conhecedor de seu problema. Assim, pode-se argumentar que é indispensável ao médico a aquisição de conhecimentos sobre o comportamento humano, posto que a relação médico-paciente ultrapassa o âmbito dos fenômenos biológicos. Antes de tudo, o médico está diante de uma pessoa que se comporta em função da enfermidade que ora apresenta. Britto, Oliveira e Sousa (2003) declaram que a observação e a descrição devem fazer parte dos métodos de investigação do comportamento em contextos clínicos. Ao ensinar o paciente, o médico cria condições que permitem ao paciente observar e descrever seus sintomas.

Analisar comportamentos neste contexto tem relevância como, por exemplo, no âmbito da prevenção dos comportamentos de risco ou da adesão ao tratamento do HIV. Todavia, estudos sobre a relação médico-paciente em contextos ambulatoriais/hospitalares dentro da abordagem comportamental são escassos. Do mesmo modo, estudos empíricos sobre a relação médico-paciente na adesão ao tratamento com medicamentos anti-retrovirais não têm sido foco de investigações recentes.

A relação construída por meio do atendimento do paciente portador do HIV pelo médico é o foco da análise do presente estudo. Desta forma, a análise do comportamento do médico é tão importante quanto a análise que se faz do comportamento do paciente. Isto porque os comportamentos de ambos durante a consulta são função de suas respectivas histórias, além de também estarem sob o controle de variáveis presentes no momento do atendimento propriamente dito e que são produto da relação entre ambos.

A descrição e a análise dos problemas do paciente portador do HIV fornecem um conjunto de estímulos para o médico, informando-o sobre a história da contaminação e suas conseqüências. Assim, se o médico atentar às reações do paciente, pode obter importantes informações sobre os procedimentos que o paciente estabelece fora do contexto ambulatorial. Isto permitirá, a partir dali, o norteamento da ação médica. É pela própria relação médico-paciente que se torna possível conhecer detalhes de como o paciente se comporta e as razões pelas quais se comporta de tal maneira.

É também pela relação com o médico que o paciente aprende comportamentos preventivos que poderão atrasar a manifestação da enfermidade. Por possuir conhecimentos sobre as variáveis das quais o comportamento do paciente é função, tanto em sua rotina diária quanto no momento da consulta, o médico pode ensinar-lhe comportamentos preventivos, o que potencialmente gera prevenção do contágio. É necessário recomendar ao paciente que proceda a mudanças em sua rotina diária, tais como usar preservativo, evitar compartilhamento de agulhas e de outros objetos infectados, evitar contato com objetos perfurocortantes que possam entrar em contato acidental com material infectado (particularmente de sangue para sangue), evitar a transmissão vertical (da mãe para o feto) ou por meio do leite materno.

Do mesmo modo, é durante a relação médico-paciente que as duas pessoas envolvidas propõem soluções para a contaminação de uma delas, o paciente. Esta relação requer assertividade na comunicação para o tratamento. O médico assume função importante diante do paciente e deve, na medida do possível, evitar críticas, julgamentos, coerções ou punições. Seus procedimentos podem ser utilizados tanto para gerar comportamentos preventivos como para evitar comportamentos de risco e isso

deve ser reconhecido como responsabilidade do médico. O médico deve colocar a sua prática sob o controle de princípios éticos visando proporcionar segurança e bem-estar ao paciente.

Todavia, Vázquez, Rodríguez e Álvarez (1998) afirmam que a comunicação do diagnóstico e do tratamento não se realiza, na maioria das vezes, em condições que favoreçam as destrezas requeridas no cumprimento da satisfação do paciente. Não são dadas instruções explícitas. Não são definidos termos assertivos sobre o que, como e quando. Não se atenta ao estilo de vida do paciente ao prescrever o tratamento. Não se proporciona *feedback* adequado sobre os problemas surgidos. Não se modelam os comportamentos requeridos, particularmente quando estes são complicados. Além de tudo isso, os autores afirmam que a supervisão é insuficiente e, com freqüência, realizada por outros clínicos que desconhecem o paciente. E, se assim for, torna-se necessária a utilização de procedimentos comportamentais para aumentar o volume de informações ao paciente. É necessário que se reconheça em que condições a informação de que dispõe o paciente pode influenciar a execução das prescrições.

Cabe ao médico definir os procedimentos e ao paciente atuar conjuntamente. Devem-se analisar opções, mas o paciente deve assumir responsabilidades ante as orientações em termos de medicamentos e comportamentos, isto é, mudanças em seu estilo de vida devem ser implementadas. Quanto mais seguro se mostrar o médico, mais confiança terá o paciente. A relação bem-sucedida poderá construir comportamentos para a promoção da adesão. Os pacientes “que tiveram seus comportamentos fortalecidos dessa maneira, pode-se dizer que vive bem” (Skinner, 1991, p. 114).

A adesão ao tratamento está diretamente ligada ao relacionamento médico-paciente, independentemente do nível social. É necessário que o profissional médico construa uma relação de confiança com o paciente e vice-versa e, às vezes, é tão importante conversar com o paciente quanto pedir e avaliar os exames (Jordan, Lopes, Okazaki, Kamatsu, & Nemes, 2000). Na relação, o paciente acaba atendendo ao pedido do médico e assume o compromisso de tomar o medicamento corretamente, desde que tenha a atendê-lo um profissional simpático e confiável. O médico não pode ser rigoroso nem frio. O que o paciente está esperando é que o médico entre em sua intimidade, se interesse por ele.

O médico que ouve o cliente lhe dá provas e créditos de que o está escutando. Isto é fundamental para o estabelecimento da qualidade da relação e também para o restabelecimento do repertório verbal do cliente suprimido pela extinção e punição. Assim, o médico, ao dar importância aos termos pertinentes à realidade do cliente, utilizando termos comuns ao seu cotidiano, estará sinalizando seu entendimento sobre as condições em que vive o paciente. Conseqüentemente, é provável que a freqüência do comportamento verbal do paciente aumente.

O médico se mostrará muito mais próximo do cliente, interagindo com ele em sua própria linguagem. Os clientes podem apresentar baixa freqüência de respostas verbais por terem sido punidos no passado pelos erros de português, pelo vocabulário restrito, entre outros. Se o médico utiliza um repertório verbal simples, sem termos rebuscados, será diminuída a probabilidade de o paciente responder-lhe como alguém que irá julgá-lo mal e, mais importante ainda, restabelecerá a freqüência de comportamentos verbais do cliente, o que é essencial para o tratamento.

Diante do que foi colocado, depara-se com o seguinte problema: encontrar estratégias que promovam a adesão dos pacientes aos esquemas terapêuticos e modos de contribuir no âmbito da saúde para a efetivação do processo de construção e exercício da cidadania.

Segundo pesquisa realizada pelo Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) de São Paulo, com supervisão do Departamento de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) em 1998, a qualidade do serviço de saúde e a relação com a equipe médica estimulam maior adesão ao tratamento de pacientes soropositivos (Jordan *et al.*, 2000).

Assim, tornam-se necessários estudos para demonstrar que quando há interação terapêutica, o cliente provavelmente desenvolve melhor adesão ao tratamento que está sendo proposto. Certamente, a compreensão manifestada pelo médico poderá ser apontada como fator necessário à eficácia do tratamento.

### Estudos sobre HIV/AIDS

A AIDS, causada pelo HIV, alterou as práticas comportamentais e médicas contemporâneas. Existe uma grande diversidade de estudos em busca do conhecimento sobre o vírus e seus efeitos sobre o hospedeiro que aqui nos importa: o homem.

Vázquez *et al.* (1998) afirmam que a AIDS é causada pelo HIV e sua transmissão ocorre por intermédio do contato com secreções sexuais, sangue contaminado e por transmissão vertical, ou seja, da mãe para o feto, pois mães soropositivas transmitem a infecção para seus bebês no útero ou por meio do leite materno. A saliva, pelo contrário,

não serve de veículo de transmissão da enfermidade, posto que, entre outras razões, existem na mucosa bucal certos agentes antimicrobianos de alta eficácia que dificultam a transmissão deste tipo de infecção. Por isso, pode-se afirmar com segurança que beijar uma pessoa infectada por HIV não provoca o contágio.

O HIV pertence à família dos retrovírus e à subfamília centrivírus. Causa infecção indolente, com longos períodos de latência clínica e viremia persistente (Greene, 1995). A infecção pelo HIV atinge todos os órgãos e sistemas. As manifestações clínicas ocorrem como consequência da ação direta do vírus ou de infecções oportunistas ou neoplasias, além daquelas provocadas por mecanismos imunológicos ou pela combinação de todos esses fatores (Andrade & Pereira, 2003). Conhecem-se dois tipos deste vírus: o HIV-1 e o HIV-2. Estes apresentam diferenças tanto em sua patogenia como em seu caráter infeccioso; sem dúvida, o quadro clínico provocado por ambos é praticamente indistinguível. Entretanto, o tipo mais estudado é o HIV-1 e é a este que se refere a maior parte da literatura publicada sobre o tema.

Vázquez *et al.* (1998) afirmam que o HIV é um tipo especial de vírus, denominado retrovírus, que tem em seu núcleo duas partes de ácido ribonucléico (RNA) ligadas a uma enzima especial chamada transcriptase reversa. O contágio segue o seguinte processo: o vírus situa-se sobre um receptor especial na superfície de um tipo de célula T denominada linfócito CD4 e, deste modo, pode entrar na célula. Então, o RNA viral é liberado e a enzima permite ao RNA fazer uma cópia do ácido desoxirribonucléico (DNA) do vírus. Este passo de RNA a DNA não é muito freqüente na natureza e, por isso, este tipo de vírus foi categorizado como retrovírus. Como resultado deste processo, o DNA do vírus se incorpora nos cromossomos das células do organismo infectado e, a partir deste

momento, as células do organismo hospedeiro começam a fazer cópias do vírus, as quais são expulsas através das paredes das células infectadas. Portanto, o organismo que inicialmente for infectado passa a ser o que produz o próprio vírus, o que debilita, progressiva e fatalmente, o sistema imunológico em caso de AIDS.

Desde que a infecção ocorre até o conhecimento de uma sintomatologia clínica que possa categorizar a enfermidade da AIDS passa-se uma média de 8 a 10 anos (OMS, 1993 citado por Vázquez *et al.*, 1998). No transcurso desse período vai ocorrendo uma lenta expulsão do vírus, o que passa, em muitos casos, imperceptível ao paciente. Concretamente, o diagnóstico de AIDS requer que se cumpram três critérios fundamentais: (a) soropositividade do HIV; (b) menos de 200 linfócitos CD4<sup>+</sup> L<sup>-1</sup>; (c) presença de uma das 26 enfermidades descritas pela Organização Mundial de Saúde como definidoras de AIDS, entre elas a monilíase bacteriana recorrente, o sarcoma de Kaposi ou uma das mais recentes incluídas na lista, a tuberculose pulmonar (Vázquez *et al.*, 1998).

A detecção do HIV em estudo sorológico das pessoas não presume o diagnóstico de um caso de AIDS. Os sintomas da infecção pelo HIV podem incluir: perda de peso rápida; tosse seca; calafrios; inchaço dos gânglios linfáticos nas axilas, virilha ou pescoço; diarreia prolongada; pontos brancos na língua ou na garganta (ou seja, aftas); erupções de cor vermelha, marrom, rosa ou arroxeadas na pele, dentre outros.

É importante observar que cada um desses sintomas pode ser causado por outras afecções, sendo necessários testes para estabelecer o diagnóstico correto. Os sintomas também são diferentes em crianças. A progressão da infecção pelo HIV no organismo se dá da seguinte forma: (a) inicialmente ocorre a infecção pelo HIV sem sintomas, mas o

teste de sangue é positivo para o vírus, o qual pode permanecer latente por vários anos. Os sintomas leves iniciais geralmente desaparecem e a pessoa volta a ficar assintomática; (b) infecção pelo HIV com sintomas, quando o vírus torna-se ativo e os leucócitos morrem, debilitando o sistema imunológico. Começam a surgir sintomas leves e gradualmente vão se agravando, ou seja, a pessoa torna-se sintomática; (c) a AIDS é o último estágio da infecção pelo HIV. Nesta etapa, a maioria dos leucócitos foi destruída, debilitando gravemente o sistema imunológico. O organismo já não consegue mais combater outras infecções e doenças (Diretrizes para tratamento de HIV e AIDS, 2002).

A infecção pelo HIV/AIDS ocorre em todos os continentes. Os países subdesenvolvidos sofrem as maiores conseqüências da epidemia, especialmente sob os aspectos social, econômico e assistencial. O Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS estima que no final de 2000 existiam 36,1 milhões de pessoas com HIV/AIDS, sendo 1,4 milhão constituído por crianças menores de 15 anos. Em 2000, ocorreram 5,3 milhões de novas infecções, o que corresponde a cerca de 15 mil novas infecções por dia. Mais de 95% de todas as infecções ocorreram em continentes ou países subdesenvolvidos. Estimativas indicam cerca de 46 milhões de casos de AIDS no mundo desde o início da epidemia, em 1982 (UNAIDS/ONU, 2002).

No Brasil, foram notificados 257.780 casos de AIDS até dezembro de 2002 no Ministério da Saúde. Destes, 12.437 indivíduos habitavam a Região Centro-Oeste e 4.501, o Estado de Goiás (Ministério da Saúde, 2002). As principais mudanças no perfil epidemiológico da AIDS, no Brasil, durante os últimos 20 anos de epidemia, podem ser imputadas às tendências no sentido da “heterossexualização”, da “feminização”, da “pauperização”, da desaceleração da velocidade de propagação e da “interiorização”

desta infecção. Dentre estas, chamam particularmente a atenção a “heterossexualização” e a “feminização” da epidemia de AIDS (Fonseca, Szwarcwald, & Bastos, 2002, citados por Duarte, 2003; Ministério da Saúde, 2002).

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças monitoram a incidência, a prevalência, a morbidade e a mortalidade do HIV/AIDS. Nos últimos anos tem havido uma mudança notável na epidemiologia da AIDS no mundo. A queda do número de mortes e a diminuição da incidência de AIDS foram atribuídas à eficácia da terapia anti-retroviral.

Na história da humanidade, nenhuma outra doença jamais suscitou questões tão complexas quanto a AIDS. As necessidades dos indivíduos, das suas famílias e das comunidades são diversas e muitos são os impactos psicológicos, sociais, políticos e econômicos do HIV e da AIDS (Zampieri, 1996).

A AIDS é um mal presente em quase todos os países do mundo, uma pandemia global, apresentando histórias e perfis diferentes, de acordo com a cultura e o espaço geográfico nos quais ocorre. Desde que foi descrita, tem sido uma grande preocupação da comunidade científica descrever, tratar e prevenir a sua ocorrência (Zampieri, 1996).

No Brasil, a epidemia reflete a grandeza e a diversidade sociogeográfica do País e sua marcante heterogeneidade regional, que faz da epidemia brasileira uma soma de microepidemias regionais. Essas características e o dinamismo desse processo, além de dificultarem as atividades de acompanhamento do curso da epidemia, de prevenção da disseminação do HIV e do planejamento para reduzir o seu impacto, tornam indispensável deter conhecimento mais profundo e preciso sobre a natureza da epidemia pelo HIV/AIDS (Ministério da Saúde, 2002).

No Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP), sede da Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS e onde funciona um dos mais de 160 serviços ambulatoriais públicos que acompanham portadores de HIV/AIDS no Estado de São Paulo, ocorreu redução de 74% no número absoluto de óbitos entre 1996 e 1998 (de 596 para 159), o que representou redução de 50% na taxa de mortalidade para cada 100 pacientes matriculados por ano. No Estado de São Paulo, no período de 1995 a 1998, a redução do número de óbitos foi de 41% (de 7.739 para 4.583), segundo dados da Fundação SEADE (Teixeira, Paiva, & Shimma, 2000).

A infecção pelo HIV/AIDS criou necessidades de assistência médica, psicológica e suporte social. A assistência médica compreende serviços de diagnóstico, profilaxia, tratamento e aconselhamento, além de abordagens nutricionais e uso de uma gama cada vez maior de fármacos. Também demanda apoio, informações, cuidados sociais e assistência psicológica, tanto em se tratando de prevenção quanto de ações terapêuticas (Zampieri, 1996).

De maneira geral, o monitoramento da epidemia de HIV/AIDS é feito por meio da notificação dos casos e de outros registros, como os inquéritos populacionais ou comportamentais que indicam prevalência. No Brasil, estima-se existirem cerca de 600 mil pessoas entre 15 e 49 anos infectadas pelo HIV (6,5 casos por 1.000 habitantes) (Ministério da Saúde, 2002).

Dos dados consolidados pelo Ministério da Saúde até o ano de 2002 e notificados, os casos de AIDS foram enquadrados nas seguintes categorias de transmissão: heterossexual (39%), uso de droga injetável (17,2%), homossexual (16,9%), bissexual

(9,7%), perinatal (3%), transfusão de sangue/derivados (1,1%), hemofílicos (0,5%). A forma de transmissão foi considerada impossível de ser determinada pelas informações oferecidas em 19,4% dos casos (Ministério da Saúde, 2002).

Em Goiás foram notificados 4.501 casos, dos quais 2.309 no município de Goiânia. Em uma análise sobre a epidemia de AIDS na Região Centro-Oeste, Martelli e Andrade (1997) chamam a atenção para o impressionante acréscimo de 513% na categoria de exposição heterossexual, entre 1994 e 1995, com conseqüente aumento da participação feminina. Em 1987 foram notificados 16 casos de AIDS em homens para cada caso em mulheres; em 1995 esta proporção foi reduzida para 4:1, atingindo 1:1 em 2001 (SESGO, 2002).

Desde que a AIDS foi detectada pela primeira vez, em 1980, até o ano de 2004 foram registrados 362.364 casos no Brasil, com 53.137 casos entre os anos de 1980 e 1992, 32.526 casos em 2003 e 13.933 casos em 2004. Novos dados revelam, no entanto, que a epidemia de AIDS no País está em processo de estabilização, embora apenas entre os homens, tendo sido registrados 22,8 casos por 100 mil homens em 2003, proporção menor do que a observada em 1998, de 26,4 por 100 mil homens. Entretanto, observa-se ainda o crescimento da incidência desta doença em mulheres, tendo sido observada a maior taxa em 2003, de 14,1 casos por 100 mil mulheres. Sabe-se, porém, que estes patamares ainda são elevados. Em 2003 foram diagnosticados 32.526 casos novos, com taxa de 18,4 casos por 100 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2004).

A mortalidade causada por AIDS foi 2% maior em 2003 do que a registrada em 2002, com 11.276 óbitos. A taxa de mortalidade permaneceu estável em 6,4 óbitos por

100 mil habitantes e em 8,8 por 100 mil homens, mas manteve a tendência crescente entre as mulheres (Ministério da Saúde, 2004).

A tendência de aumento da incidência da doença também foi observada em todas as regiões geográficas, com exceção da Região Sudeste, que em 2003 apresentou taxa de incidência menor do que a observada em 1998. Nas demais regiões, o crescimento da incidência de AIDS ainda é pronunciado, principalmente nas Regiões Sul, Centro-Oeste e Norte (Ministério da Saúde, 2004).

No Centro-Oeste foram notificados 20.248 casos de AIDS entre os anos de 1980 a 2004, sendo 2.179 casos entre 1980 e 1992, 2.478 casos em 2003, e 1.177 casos em 2004, com taxa de 20,1 casos por 100 mil habitantes. No Estado de Goiás, de 1993 a 2003, a taxa de incidência de AIDS por 100 mil habitantes foi de 16,2 (SES-GO, 2005).

Em 2002 foram notificados em Goiás 480 casos e em 2003, 874 casos de AIDS (SES-GO, 2005). Os casos masculinos devido à transmissão pelo uso de drogas injetáveis continuam a decrescer, os casos decorrentes de transmissão homo/bissexual mantiveram-se estabilizados em cerca de 26% e os casos decorrentes de transmissão heterossexual continuam com tendência crescente. A doença vem atingindo, também, de maneira importante, os indivíduos com menor escolaridade, principalmente as mulheres. Embora as informações sobre raça/cor somente tenham passado a ser registradas a partir de 2001, é interessante observar que entre 2001 e 2004 mais de 60% dos casos de AIDS masculinos ocorreram em indivíduos considerados brancos, sofrendo pouca variação no período analisado; já entre as mulheres, observa-se redução na proporção de casos na raça/cor branca, compensada pelo aumento na proporção de casos na parda, de 25% (Ministério da Saúde, 2004).

Desde o início da epidemia até o final da década de 80 pouco se podia fazer para os pacientes contaminados, uma vez que as medicações existentes eram apenas para o tratamento de algumas infecções oportunistas e os casos de óbito eram freqüentes, com curta sobrevida. O fato de lidar com a morte era uma angústia presente entre os profissionais da saúde, visto que se deparavam constantemente com a finitude da vida.

A epidemia não apresenta características homogêneas em todo o Território Nacional, constituindo-se, em realidade, no somatório de subepidemias microrregionais em interação constante, geralmente em função da mobilidade da população. Observa-se que houve crescente aumento do tempo de sobrevida, com queda das taxas de morbiletalidade, a partir de 1995, o que coincidiu com a adoção da terapia com anti-retrovirais e a prática da distribuição gratuita desses medicamentos pelo Ministério da Saúde, dando nova perspectiva e outra dimensão à doença, ou seja, de que havia possibilidade de tratamento e de que as pessoas infectadas poderiam viver com qualidade.

Há a possibilidade de tal fato representar uma outra tendência: as pessoas HIV-positivas poderão permanecer indefinidamente nesta condição, sem preencher os critérios de definição do caso de AIDS e sem serem notificadas. Isto obriga a vigilância epidemiológica a repensar sua prática, uma vez que a simples consolidação dos dados sobre AIDS pode não mais espelhar a realidade da epidemia, mas antes refletir o modo como a transmissão ocorria há alguns anos. Pode-se, assim, gerar distorções na interação da evolução da epidemia e dificultar as atividades de planejamento das ações de prevenção e assistência (Andrade & Pereira, 2003; Ministério da Saúde, 2002).

Castro e Remor (2004) sinalizam uma revolução na intervenção no âmbito do tratamento do HIV a partir de 1996. Essa mudança aconteceu pela introdução no mercado de uma nova geração de fármacos anti-retrovirais, também conhecida como *HAART* (*Highly Active Antiretroviral Therapy* - Terapia Anti-retroviral Altamente Ativa). Esses tratamentos reduziram de forma importante a mortalidade relacionada a esta infecção, embora exijam dos pacientes a ingestão simultânea de múltiplos medicamentos sob rigorosas condições de administração e por tempo indeterminado.

A eficácia da terapia anti-retroviral é evidente, principalmente após a introdução do conceito de terapia combinada de medicamentos mais potentes, como os inibidores de protease e as novas gerações de inibidores de transcriptase reversa. No entanto, a continuidade desta política não está livre de percalços e de desafios para sua efetivação, bem como para o necessário aprimoramento de seus resultados.

Uma questão diz respeito ao custo dos medicamentos e à economia com os custos sociais indiretos, tais como perda de produtividade, aposentadorias e pensões, desestruturação familiar, entre outros. Outra, diz respeito ao desafio quanto à capacidade de se conseguir garantir a adesão dos pacientes aos esquemas terapêuticos preconizados.

### Comportamentos de risco: transmissão da epidemia

Bayés (1995) descreveu três formas concretas de transmissão do HIV: (a) penetrações sexuais, vaginais ou anais ou sexo oral não protegidos entre homens e mulheres ou só entre homens; (b) exposição a hemoderivados, órgãos, sêmen ou sangue

infectados, que tem lugar por intermédio de agulhas e objetos perfurocortantes previamente infectados que atravessam a pele e entram em contato com a corrente sanguínea (como sucede habitualmente nas práticas de muitos usuários de drogas por via parenteral ou acidentalmente por inoculação em ambiente sanitário), de transfusões de sangue (a realização de testes sorológicos eficazes tem reduzido, sobremaneira, esta forma de transmissão, embora ainda haja risco no caso de janela imunológica do doador), de administração de hemoderivados e, em menor medida, de transplantes de órgãos ou inseminação com sêmen procedente de doadores infectados; (c) transfusão perinatal, da mãe infectada para seu filho, também denominada transmissão vertical, durante a gestação ou a amamentação, a qual apresenta-se com altas taxas, chegando a índices desde 15% a 20% na América do Norte e na Europa até 30% a 40% na África (Feijó e Neves Neto, 2003). Infecções casuais na vida e devidas à iatrogenia hospitalar são formas pouco prováveis de transmissão.

Conforme Feijó e Neves Neto (2003), o ato sexual é o modo mais importante de transmissão do HIV. Segundo Casabona (1993 citado por Bayés, 1995), a probabilidade de transmissão do HIV varia segundo a prática sexual utilizada. Clavero (1992 citado por Bayés, 1995) aponta que as formas de transmissão variam conforme as zonas geográficas. Por tudo isso, a AIDS pode ser considerada essencialmente como uma enfermidade via comportamentos de risco.

Para Antunes (2003), a mudança do comportamento de risco envolveria três estágios: o reconhecimento e a definição dos comportamentos de risco; o compromisso em reduzir as práticas sexuais arriscadas; e a busca de estratégias para atingir tais objetivos. O indivíduo deve se perceber em situação de risco diante da epidemia para

então se comprometer com a mudança de comportamento e adotar práticas sexuais seguras em relação ao HIV.

Quanto ao tratamento da infecção pelo HIV atualmente disponível, os medicamentos anti-retrovirais têm contribuído para a redução da incidência de infecções oportunistas e para o progressivo aumento da sobrevida. Ao mesmo tempo, a disponibilidade de um crescente número de fármacos anti-retrovirais e a rápida evolução de novas informações introduziram extraordinária complexidade na terapêutica anti-retroviral (Andrade & Pereira, 2003).

O momento ideal para iniciar o tratamento com as atuais substâncias anti-retrovirais ainda não foi estabelecido em estudos clínicos. Como princípio geral, a terapia deve ser iniciada antes de ocorrer dano irreversível ao sistema imunológico. A contagem dos linfócitos CD4 e a quantificação da carga viral são preditores do risco estimado de progressão para a AIDS, o qual, por sua vez, é um fator determinante para o início do tratamento.

Há consenso de que a terapêutica anti-retroviral está indicada para todo paciente sintomático com infecção crônica. Para os pacientes assintomáticos, a indicação de tratamento requer a análise de diferentes fatores que implicam potenciais riscos e benefícios.

O objetivo básico da terapia anti-retroviral é retardar a progressão da imunodeficiência e/ou restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa infectada. Algumas combinações desta medicação exigem uso de 10 a 20 comprimidos por dia, em doses divididas, em horários rigorosos e/ou com alterações dietéticas (Holodiny, 1999), além de apresentarem efeitos

colaterais associados (Carr & Cooper, 1998). No Brasil, a medicação anti-retroviral está disponível na rede pública de saúde.

### Biologia e comportamento

Observa-se hoje que a saúde biológica, área tradicional da medicina, farmacologia e bioquímica tem-se transformado também em uma área de interesse para a psicologia. Starling (2001) esclarece que décadas de pesquisa sobre este tema têm revelado o forte componente comportamental nas alterações da saúde biológica. Neste sentido, Osler (1892 citado por Bayés, 1995, p. 100), em uma obra clássica na história da medicina escreveu:

La fe en los dioses o los santos cura uno, la fe en las pequeñas píldoras a otro, la sugestión hipnótica a un tercero, a fe en un afable doctor a un cuarto... La fe en nosotros, la fe en nuestros métodos y drogas es el gran capital de la profesión... La piedra de toque del éxito en medicina.

Bayés (1995) argumenta que existem poucas dúvidas que o sistema imunológico pode modular-se também pelas vias psicológicas. Assim, tal sistema apresenta problemas não só biológicos, mas também emocionais. A questão é que não se tem clareza suficiente sobre os papéis que o sistema nervoso ou a ação emocional desempenham na vida dos organismos. Sabe-se, então, que tais fatores não são apenas conseqüências, mas também mediadores de diversas doenças.

Sem dúvida, afirma Starling (2001), existe uma relação entre a existência de perturbações biológicas mensuráveis e o diagnóstico da doença. Geralmente, quanto

maiores as grandezas de tais medidas, mais grave é a doença. Todavia, a participação de variáveis não biológicas na relação saúde-doença é hoje reconhecida, porém há restrições a elas como fenômenos importantes para os profissionais de saúde. A agravante é que as ações delas não correspondem em termos de estrutura biológica. Daí, a hipótese do dualismo mente/corpo, entidades separadas e independentes uma da outra.

Chiesa (1994) argumenta que a linguagem da mente ilustra algumas das dificuldades inerentes sobre o vocabulário comum como ponto de partida para uma análise científica do comportamento. O comportamento verbal precede o comportamento científico e as palavras denotam sistemas conceituais e metáforas que podem prejudicar a análise, dirigindo a atenção dos cientistas para propriedades internas inacessíveis dos organismos e para longe das propriedades acessíveis, quais sejam as relações entre o comportamento e o contexto no qual ocorre.

Chiesa (1994) argumenta, ainda, que a tendência gramatical para expressar em forma de nome os eventos que são verbos dirige os psicólogos para longe do estudo do que as pessoas fazem (verbos, processos) em direção ao estudo das estruturas denotadas na forma de nome. As pessoas pensam, lembram, sentem, falam. Quando essas ações são transformadas em nomes, pensamento, sentimento, memória, linguagem, como é comum em nossa língua, então os cientistas são encorajados a procurar pelas coisas denotadas pelos nomes em vez de estudar os processos ou as atividades em andamento.

Torna-se, então, urgente, colocar em prática o modelo integral do homem que interrompa e substitua a tradição cartesiana ainda dominante em instituições públicas e

privadas de saúde mental. Engel (1977) propôs o modelo biopsicossocial. O que se observa hoje, não obstante, é que tal modelo, raramente contestado, ainda não promoveu mudanças maiores nas práticas curativas, talvez pelo fato dele não definir a natureza da interação entre as variáveis de diferentes domínios e nem ter envolvido ativamente disciplinas não médicas em seu desenvolvimento e implementação (Starling, 2001).

Skinner (1991) afirma que duas ciências estabelecidas têm relação com o comportamento. Uma delas é a fisiologia do corpo, com um cérebro, órgãos, tecidos, células e mudanças elétricas e químicas que ocorrem dentro delas. A outra é um grupo de três ciências interessadas na variação e seleção, que determinam a condição daquele corpo e cérebro em qualquer momento: a seleção natural do comportamento das espécies – a etologia; o condicionamento operante do comportamento do indivíduo – a análise do comportamento; e a evolução dos meios sociais que geraram o comportamento operante e expandem sua amplitude – parte da antropologia.

Skinner (1991) pondera, ainda, que tais ciências poderiam estar relacionadas: a fisiologia estuda o produto, enquanto as ciências de seleção e variação estudam a produção. O corpo trabalha como o faz devido às leis da física e da química e faz o que faz devido à sua exposição às contingências de variação e seleção. A fisiologia nos conta como o corpo funciona; as ciências da variação e seleção nos contam porque é um corpo que trabalha daquela maneira. As duas ciências observam princípios causais muito diferentes.

## A análise do comportamento

A análise do comportamento é a ciência do comportamento. Seus métodos são os da ciência e sua matéria de estudo é o comportamento e as leis que regem as relações entre este e as variáveis que o controlam. Desta perspectiva, o objeto de observação e estudo é a análise das interações constantes entre o organismo e o ambiente à sua volta (Skinner, 1953/2000). Assim, a preocupação do analista do comportamento é com a função do comportamento. Ao identificar uma função, procura-se identificar o valor de sobrevivência daquele comportamento naquelas contingências, porque ele se mantém.

A análise do comportamento evoluiu sob o modelo das ciências naturais. Nesta ciência é exigida a verificação empírica para suas formulações teóricas. Os dados são tratados com rigor metodológico e integram, em suas teorizações e práticas, os conhecimentos biológicos e bioquímicos. Os analistas do comportamento recusam-se a considerar partes do organismo como variáveis independentes para explicar o comportamento. O objeto de estudo do analista do comportamento é o comportamento do organismo como um todo em suas relações com o ambiente (Starling, 2001).

Para Skinner (1991), a busca de relações funcionais está associada ao reconhecimento da multideterminação do comportamento. A complexidade do fenômeno comportamental adquire reconhecimento à medida que o comportamento humano é o objeto central da análise e não uma mente imaterial e suas supostas funções. Os analistas de comportamento propõem que é sobre o homem que operam os três conjuntos de variáveis ambientais, isto é, filogênese, ontogênese e cultura. Assim, e de acordo com Skinner (1991), a filogênese produz o organismo e a ontogênese produz a pessoa. Diferentes contingências produzem diferentes pessoas. A cultura produz o *self*,

isto é, o conjunto de estados internos observados. Desse modo, o caráter único do que resulta dos diferentes níveis de variação e seleção vai além dos repertórios comportamentais, alcançando também as próprias condições orgânicas e a subjetividade de cada um.

Baum (1999, p. 69), afirma que “a moderna teoria da evolução fornece um poderoso referencial para se falar do comportamento”. Assim, não é possível discutir comportamento fora deste contexto, uma vez que, desde Darwin, os biólogos vêm reivindicando, cada vez mais, o comportamento humano como parte de seu objeto de estudo. A explicação da teoria da evolução é histórica, ou seja, uma história de eventos no decorrer de um longo tempo.

Abreu-Rodrigues (2005) esclarece que o modelo selecionista foi adotado por Darwin para explicar a evolução da espécie e por Skinner, para descrever a evolução do comportamento. Isto se dá em função do reconhecimento de que o comportamento exerce um papel central na evolução. É a história de interação entre os indivíduos com o seu ambiente. Muito dessa interação é comportamento.

Ao analisar os padrões comportamentais apresentados na relação médico-paciente, uma questão diz respeito aos determinantes do comportamento verbal, o qual caracteriza as falas dos participantes da relação e suas influências sobre outros comportamentos. Skinner (1957/1978) define o comportamento verbal como o comportamento reforçado pela mediação de outras pessoas e declara que tal definição necessita maiores esclarecimentos. Para compreender o comportamento verbal é imprescindível proceder a uma análise funcional de modo a conhecer as condições em

que ele ocorre, vez “que o falante pode ser estudado pressupondo um ouvinte e o ouvinte um falante” (Skinner, 1957/1978, p. 17).

Na relação médico-paciente, as duas pessoas envolvidas comportam-se ambas como falantes e ouvintes, em uma relação dinâmica, na qual as variáveis controladoras dos relatos verbais de ambos não expressam as mesmas funções, pois dependem de diferentes condições antecedentes. Nas relações humanas há quase sempre maior ou menor influência de uma pessoa sobre a outra. No contexto médico também ocorre esta relação e deve-se levá-la em consideração na mudança do comportamento do paciente. É necessário estudar os modos pelos quais se utilizam palavras instrutivas, isto é, regras para mudar o comportamento de outra pessoa no contexto em que a saúde e a mudança no estilo de vida são a tradição.

Skinner (1984) afirma que é inegável o controle do comportamento verbal sobre o comportamento não-verbal. Assim, as regras e as instruções desempenham papel essencial no controle discriminativo e estabelecedor do comportamento do paciente. Na relação terapêutica, o médico modifica, discute e modela as regras do cliente, bem como apresenta novas regras na forma de conselhos, sugestões, prescrições, deveres e assim por diante. Na relação médico-paciente, ambos se beneficiam pelo repertório comportamental e pelos efeitos produzidos pelas contingências apresentadas pelo outro.

Além disso, tal repertório comportamental deve ser forte o suficiente a fim de se generalizar para as relações dessas pessoas com o mundo externo a elas. Trata-se de uma relação comportamental instalada de acordo com o terceiro nível de variação e seleção proposto por Skinner (1953/2000), em que o comportamento é selecionado e mantido pelas conseqüências reforçadoras que ele produz para o outro.

Em sua proposta sobre o comportamento verbal, Skinner (1957/1978, p. 17) comenta a noção de que “o comportamento do falante e do ouvinte, juntos, compõem aquilo que podemos chamar de episódio verbal total”. Skinner (1991, p. 54) afirma: “Porém, se os ouvintes são responsáveis pelo comportamento dos falantes, precisamos atentar mais de perto para o que eles fazem”.

Staats (1996) afirma que parte dos problemas humanos envolveria mudanças nos eventos que evocam respostas emocionais no indivíduo. Portanto, o paciente necessita de estímulos verbais que evoquem respostas emocionais positivas. Várias doenças envolvem emoções inapropriadas ou deficitárias. Tais afecções devem ser tratadas mudando respostas emocionais ou criando outras, pois emoções têm funções diretivas: se positivas, direcionam comportamentos de aproximação; se negativas, fugas ou esquivas.

Um dos modos efetivos de produzir tais mudanças pode ser por intermédio do uso das palavras, sejam elas faladas, escritas ou sinalizadas. Staats (1996) e Catânia (1999) afirmam que as palavras nos dão o modo mais fácil para influenciar o comportamento de uma pessoa. Assim, as palavras do médico podem ser utilizadas para influenciar e direcionar importantes mudanças no repertório comportamental do portador do HIV em relação à adesão ao tratamento.

Embora o profissional de saúde reconheça a importância do comportamento verbal para a eficácia do tratamento, ainda hoje se faz necessário investigar e avaliar quão importante são, para a adesão ao tratamento pelos pacientes de HIV/AIDS, as instruções que o médico oferece ao seu paciente e vice-versa de modo a construir uma relação de confiança. Assim, se aplicado, o programa de adesão ao tratamento com medicamentos

anti-retrovirais possibilitará aos pacientes portadores de HIV/AIDS a perspectiva de manutenção de sua qualidade de vida.

Para atingir as metas com um programa de adesão ao tratamento é necessário: (a) promover a adesão ao tratamento; (b) antecipar a falta de adesão; (c) conhecer a evolução da sintomatologia, do estilo de vida e das rotinas diárias do paciente; (d) dar informações para corrigir erros ou comunicar-se eficientemente; (e) adaptar o tratamento às demandas e interesses do paciente; (f) estabelecer metas terapêuticas.

### Comportamento governado por regras

Segundo Baum (1999), dizer que um determinado comportamento é “controlado” por uma regra é dizer que está sob controle destes estímulos – a regra. Assim, regras são estímulos especificadores de contingências e exercem controle como estímulos discriminativos de um tipo especial: elas envolvem os comportamentos verbais de uma pessoa, que é aquela que emite a regra. Desse modo, o controle por regras deve envolver uma análise do controle social do falante (que emite a regra) e do ouvinte (que seguirá ou não a regra).

Santos, Paracampo e Albuquerque (2004) esclarecem que regras podem especificar o comportamento a ser emitido – a forma, a frequência e a duração do comportamento; as condições sob as quais ele deve ser emitido – quando, onde e como o comportamento deve ocorrer e suas prováveis conseqüências, quais sejam, o que poderá acontecer se a regra for seguida. Desse modo, instruções, avisos, conselhos, ordens, leis seriam exemplos de regras.

E é justamente a função do ouvinte, como responsável pelo reforço para o falante, que definirá e colocará as regras dentro do campo do comportamento verbal. O comportamento governado por regras depende do comportamento verbal de outra pessoa, o falante. Este comportamento é controlado, comentado, dirigido, instruído, ou seja, está sob controle de estímulos discriminativos verbais.

Muitos dos comportamentos que emitimos começam a partir de instruções e passam a ser modelados pelas contingências. Segundo Baum (1999, pp. 155), “prescrever regras quase sempre compreende saber sobre”, o que é um conhecimento denominado por ele declarativo. Skinner (1953/2000) e Matos (2001) definiram, como regra, o estímulo discriminativo verbal que indica uma contingência.

Pode-se observar que o médico, em seu consultório, utiliza constantemente a descrição de contingências culturais, especialmente por intermédio do comportamento verbal, como forma de controle do comportamento de seu paciente. Em animais, em geral, o comportamento é modelado por contingências naturais; sobre os seres humanos atuam também contingências culturais, especialmente por meio do comportamento verbal. Em seres humanos, especialmente em adultos, o comportamento verbal, pela sua capacidade de se fazer presente e independente de substratos físicos, tem controle muito importante sobre o desempenho dessas pessoas.

De acordo com Baum (1999) e Matos (2001), todas as instruções são regras. No presente estudo serão abordadas questões referentes às instruções do médico ao paciente em contexto ambulatorial. À medida que uma pessoa é “deixada à vontade”, ou é criada mais livremente “para se defender por si mesma”, desenvolve estratégias para

discriminar mais rapidamente as contingências importantes para sua sobrevivência e também para discriminar mudanças nestas contingências.

Seguir instruções depende de correspondências entre certos eventos e o comportamento verbal do falante, entre o comportamento verbal do falante e certos comportamentos do ouvinte e, finalmente, entre certos comportamentos do ouvinte e certos eventos no ambiente, os quais podem incluir desde aprovação social por seguir a regra, até as conseqüências naturais por fazer o prescrito.

Para Guedes (2001), há duas possibilidades para adquirir e manter comportamentos: a primeira refere-se à emissão de respostas sofrendo as conseqüências na própria pele; e a segunda, à não necessidade de ter vivenciado a contingência no passado, como por exemplo, quando o médico diz: “se você tomar o medicamento na dose certa e nos horários indicados, estes sintomas passam”.

Há boa probabilidade de que a prescrição médica seja seguida. Isto quer dizer que a resposta está sob controle dos estímulos verbais antecedentes que a explicitam, que descrevem a contingência. Assim, se for esperado que a fala do médico controle o comportamento do cliente, entra-se no domínio do comportamento governado por regras e, portanto, torna-se relevante atentar para o controle das regras.

### Adesão ao tratamento em doenças crônicas e AIDS

A adesão ao tratamento constitui, desde há muito, um dos problemas mais importantes enfrentados pelos profissionais de saúde. Hipócrates já avisava que o médico deveria atentar para o fato de que os pacientes freqüentemente mentem quando

dizem que tomaram certos remédios. Os termos adesão (*adherence*) e obediência (*compliance*) têm sido usados para designar o grau de coincidência entre os comportamentos das pessoas e as recomendações terapêuticas do profissional de saúde (Malerbi, 2000).

A psicologia da saúde tem estudado, sistematicamente, a adesão, tornando-se tópico de intensa investigação e debate nos últimos 20 anos. O aumento do número de pesquisas deve-se ao fato de que a falta de adesão não só é clinicamente importante, como também tem sérias implicações econômicas, contribuindo para o aumento do número de hospitalizações (Selzman, 1995 citado por Monteiro, 2003). Deve-se adicionar a isso o custo dos medicamentos prescritos e não consumidos e também as mortes de pessoas em idade precoce e em fase produtiva.

Revendo a literatura citada por Monteiro (2003) verifica-se que quando a adesão se refere a tomar medicamentos, muitos pacientes (de 33% a 82%) não seguem as prescrições ou cometem erros ao fazê-lo. Antón e Méndez (1999 citados por Monteiro 2003) identificaram e descreveram como fatores que afetam a adesão: (a) as variáveis do paciente, a sua satisfação com relação ao seu médico e a sua percepção sobre sua própria vulnerabilidade diante da doença; (b) as características do tratamento, a sua duração e complexidade, a sua eficácia e os seus efeitos colaterais; (c) as variáveis de contexto clínico, como por exemplo a relação do médico com o seu paciente e a monitoração dos índices biológicos, principalmente quando os resultados forem negativos.

Malerbi (2000) aponta que quanto mais complexo o tratamento, menor a adesão. Também quanto maior a freqüência de cuidados necessários em um mesmo dia, maior a

chance de o indivíduo deixar de executá-los. Além disso, quanto maior o número de modalidades envolvidas no tratamento, menos o indivíduo seguirá as recomendações do profissional de saúde.

Outro fator importante citado por Malerbi (2000), que influencia a adesão, é a existência de barreiras culturais em situações nas quais o tratamento proposto pelo médico entra em choque com os valores, por exemplo, religiosos, do indivíduo. Por outro lado, a eficácia do tratamento, isto é, quando o tratamento produz alívio rápido dos sintomas, é um fator que favorece a adesão.

Segundo Ferreira (1986), o termo adesão significa ato de aderir, assentimento, aprovação, concordância, aderência; aderência, por sua vez, é o efeito de aderir. De acordo com Houaiss, Villar e Franco (2001), adesão é a ação ou o efeito de aderir e aderência é o ato, o processo ou o efeito de aderir. Assim sendo, os dois termos podem ser considerados sinônimos. Já para as pessoas envolvidas com tratamento de saúde, a adesão constitui o ato de tomar o medicamento prescrito na dose certa, no horário correto, diariamente, de acordo com as recomendações médicas, incluindo dieta, jejum, ou outras particularidades e, no caso do paciente portador do HIV, por período indeterminado. Apesar disto, aderência tem se tornado o termo preferido, devido à sua implicação mais ativa sobre a colaboração entre o paciente e o profissional, sendo considerada uma atividade conjunta, na qual o paciente não apenas obedece à orientação médica, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida pelo médico. Significa que deve existir uma “aliança terapêutica” entre o médico e o paciente, na qual são reconhecidas não apenas as responsabilidades específicas de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no

tratamento (Ministério da Saúde, 1998, p. 15). Também os estudos de Vitória (n.d.) comprovaram isto.

A adesão é a principal variável na qual os serviços de saúde podem intervir, não só para aumentar a eficácia da medicação, mas também para diminuir a chance do surgimento de resistência do HIV aos medicamentos anti-retrovirais.

A importância dos serviços para a adesão foi confirmada em uma pesquisa encomendada em 1998 pelo Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo, com a supervisão do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. O estudo também mostrou que quase 70% dos 8.580 pacientes dos 27 serviços de saúde participantes tomaram 80% ou mais de todos os medicamentos necessários nos três dias que antecederam as entrevistas (Jordan *et al.*, 2000).

Para Vitória (n.d.), vários são os estudos que avaliam os diversos fatores que afetam a capacidade de adesão ao tratamento em pacientes com HIV/AIDS e outras doenças crônicas. Esses estudos têm mostrado algumas características básicas: (a) os aspectos socioeconômicos e sociodemográficos, em casos analisados isoladamente, não são geralmente fatores preditivos de adesão; (b) a capacidade dos profissionais de saúde em prever se um paciente apresentará ou não boa adesão ao tratamento é geralmente baixa; (c) até o momento, o uso de marcadores biológicos, a dosagem de níveis séricos dos fármacos ou de outros parâmetros laboratoriais para a avaliação da adesão do paciente ao tratamento apresentam, na maioria das vezes, mais desvantagens do que vantagens em sua análise, o que dificulta seu uso em termos práticos; (d) aproximadamente 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas apresentam boa adesão aos esquemas terapêuticos propostos; (e) a adesão ao tratamento

medicamentoso para qualquer doença crônica segue uma curva de distribuição em forma de “j”, ou seja, com aproximadamente 50% dos pacientes tomando a medicação corretamente em 80% do tempo, 20% dos pacientes tomando-a entre 50% e 80% do tempo e os restantes 30% dos indivíduos tomando a medicação prescrita em menos de 50% do tempo total do tratamento; (f) a adesão ao tratamento diminui à medida que a complexidade (número de medicamentos, número de comprimidos e número de doses ao dia) e a duração do esquema proposto aumentam; (g) a adesão ao tratamento diminui à medida que o regime proposto interfere nas atividades e no estilo de vida do paciente; (h) a adesão ao tratamento diminui à medida que o esquema proposto interfere nos hábitos alimentares do paciente (necessidade de tomar os medicamentos em jejum ou com as refeições); (i) a adesão ao tratamento diminui se o esquema terapêutico apresentar efeitos colaterais; (j) a adesão ao tratamento tende a ser menor em pacientes com atitude pessimista em relação à sua doença e com comportamento depressivo; (l) a adesão ao tratamento geralmente é menor se a comunicação e a interação entre o paciente e o profissional de saúde são deficientes.

A prevalência da não-adesão aos medicamentos anti-retrovirais e fatores associados, em pacientes atendidos no Hospital de Doenças Tropicais, no município de Goiânia-GO, foi estudada por Sousa (2003), com a participação de 364 pacientes. Os resultados dessa pesquisa mostraram que a prevalência da adesão foi de 83,5% e da não-adesão foi de 16,5%. As variáveis que demonstraram associação com a não-adesão à terapia foram a idade, a falta na consulta médica, os indivíduos que referiram não haver prejuízos ao tratamento ao tomar comprimidos a menos ou pular horários e o relato de desconforto ou mal-estar sentidos após a ingestão dos medicamentos anti-retrovirais.

Vários estudos demonstram que, sistematicamente, algum grau de não-adesão costuma ocorrer nos tratamentos e existe a constatação de que isto é uma questão universal e ocorre tanto em países ricos como em países pobres (Jordan *et al.*, 2000).

A adesão ao tratamento tem sido estudada para várias doenças, com destaque para as crônicas, como diabetes, tuberculose, hipertensão arterial, asma, doenças psiquiátricas e AIDS. A motivação do paciente para dar início ao tratamento e o seu grau de compreensão, o que inclui aceitação autônoma e adesão ao tratamento, orientação acerca de efeitos colaterais, esquema com medicamentos e posologias compatíveis com as atividades diárias do paciente são, também, fatores fundamentais a serem considerados para indicar o tratamento.

Como observado anteriormente, os esquemas que associam medicamentos anti-retrovirais são complexos e comumente apresentam problemas de adesão. Além disso, a adesão total ao tratamento pode tornar-se impossível por problemas psicológicos, culturais ou sociais (Holodiny, 1999).

Para que a supressão viral seja contínua, é necessária a adesão aos anti-retrovirais conforme sejam prescritos. A literatura sobre este assunto é vasta, com estudos que avaliam os fatores de risco para a não-adesão (Lucas, Chaisson, & Moore, 1999; Clough, D'Agata, Raffanti, Chesney, 1999; Bassetti, Battegay, Furrer, Vanhems, Dassa, Lambert, 1999; Acúrcio & Guimarães, 1999). Fatores étnicos, uso de drogas, faltas às consultas marcadas, complexidades dos esquemas ou fatores socioeconômicos têm sido apontados como relevantes nesse contexto (Acúrcio & Guimarães, 1999).

No Brasil, os fatores de risco para a não-adesão ainda não estão bem definidos. Alguns resultados apontam para o início da terapia com anti-retrovirais como um

momento crucial para a adesão ao tratamento. A associação entre o tratamento e a proximidade da morte, o medo de efeitos colaterais e reações adversas, o relacionamento médico-paciente, estão relacionados ao adiamento do início da terapia com anti-retrovirais (Acúrcio & Guimarães, 1999).

Além do tratamento com anti-retrovirais, a pessoa que convive com HIV/AIDS muitas vezes necessita de medicamentos para tratar co-infecções associadas a este vírus, o que representa, por sua vez, maior número de medicamentos a serem ingeridos, com exigências peculiares a cada tratamento. As possibilidades de interações medicamentosas e reações adversas relacionadas com o uso desses fármacos complicam ainda mais a terapia com anti-retrovirais (Clough *et al.*, 1999).

Quando se enfoca uma doença que requer tratamento complexo, como HIV/AIDS, fica evidente que a adesão não se refere a uma única classe comportamental, mas engloba comportamentos diferentes e, muitas vezes, não relacionados entre si.

Esses resultados sugerem que, em vez de considerar a adesão ao tratamento como uma característica ou um traço do indivíduo, deveria ser considerada como os comportamentos que envolvem autocuidados. Adotando a perspectiva behaviorista contemporânea, os comportamentos de autocuidado poderiam ser considerados operantes e controlados por eventos ambientais (Malerbi, 2000).

Assim sendo, diferentes contingências de reforço controlariam diferentes contingências de autocuidado. Então, tomar diariamente os medicamentos poderia ser considerado uma resposta de esquiva a complicações da doença, conforme Malerbi (2000). Seguir uma dieta alimentar poderia ser um comportamento controlado por regras. Praticar exercícios físicos poderia ser reforçado pela aprovação social. Fazer

automonitoração poderia ser controlado pela aprovação do profissional de saúde. São as contingências do reforçamento que governam o comportamento.

Para Malerbi (2000), se o paciente seguir uma dieta prescrita pelo médico, é um comportamento governado por regras, uma probabilidade de reforço por obedecer a regra ao seguir instruções. Torna-se necessário que o ambiente social do indivíduo forneça reforços contingentes à apresentação do comportamento de seguir regras para que este seja mantido pelas suas conseqüências.

A literatura apresenta estratégias de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento. Malerbi (2000) afirma que os aspectos educacionais, comportamentais e afetivos do paciente, de seus familiares ou dos profissionais de saúde que utilizaram múltiplas estratégias foram mais efetivos do que os daqueles que usaram apenas uma estratégia. Quanto mais abrangentes os programas, melhores os resultados.

As avaliações de indicadores biológicos que envolvem a adesão nem sempre apresentam resultados fisiológicos como medida adequada da adesão, porque podem ser afetados por outros fatores, tais como adequação ao tratamento, situação pré-tratamento, outras doenças concomitantes, entre outros.

Malerbi (2000) publicou resultados de algumas pesquisas que avaliaram a adesão de pacientes em diversas situações, mostrando que a adesão é mais baixa em situações que requerem tratamentos longos, de natureza preventiva e quando os pacientes necessitam alterar seu estilo de vida. Estratégias e esforços para promover a adesão, desde o momento do diagnóstico, podem prevenir muitos dos problemas que ocorrem durante a administração do tratamento. Dados empíricos sugerem que a adesão inicial é um forte preditor da adesão a longo prazo (Dunbar, 1990 citado por Malerbi,

2000; Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo & Kravitz, 1992 citados por Malerbi, 2000; Saunders, Irwig, Gear & Ramushu, 1991 citados por Malerbi, 2000).

A American Psychiatric Association (APA, Associação Americana de Psiquiatria) (2005) esclarece que o modo como um sistema de atendimento em saúde é estruturado influencia muito a possibilidade de médicos e pacientes colaborarem e melhorarem a adesão. Um ambiente respeitoso e sensível às questões culturais é elemento importante. A disponibilidade e a continuidade de médicos 24 horas por dia para lidar com crises que podem interromper um esquema de tratamento (efeitos colaterais graves, perda de medicação, distribuição de medicamentos de forma regular), bem como um número de casos designados para cada médico que permita tempo para discussões adequadas com cada paciente promovem a adesão. Além disso, mecanismos de assistência social, como manejo de casos para resolver barreiras financeiras e logísticas à obtenção e observação desses esquemas, fornecem apoio essencial.

Assim, os tratamentos anti-retrovirais potentes têm dado esperança a pacientes com HIV, ao mesmo tempo em que aumentaram a complexidade do manejo da infecção, conforme afirmam Kalichman, Ramachandran e Ostrow (1998 citados por American Psychiatric Association, 2005).

Pode-se mencionar como exemplo a combinação de três ou mais medicamentos usada na maioria dos esquemas de tratamento como fator que dificulta a adesão. Isto ocorre porque alguns medicamentos devem ser tomados com alimentos e outros sem; além disso, devem ser tomados, em geral, duas vezes ao dia, podendo ser mais freqüente. Os efeitos colaterais são significativos, às vezes exigindo a suspensão ou a administração de nova combinação de medicamentos. Como o tratamento anti-retroviral é

iniciado de forma a promover ataque amplo e agressivo à replicação do HIV, as doses iniciais dos medicamentos geralmente já são máximas e os pacientes experimentam muitos efeitos colaterais no começo do tratamento (American Psychiatric Association, 2005).

Paterson, Swindells, Mohr, Brester, Vergis, Squier, Wagener e Singh (2000 citados por American Psychiatric Association, 2005) conduziram estudos para medir esquemas de terapia anti-retroviral, evidenciados por meio de um sistema de monitoramento microeletrônico. Os autores constataram que houve associação com supressão viral completa quando ocorreu 95% de adesão ao tratamento. Entretanto, Lucas, Chaisson e Moore (1999) documentaram que os pacientes que receberam tratamento anti-retroviral potente, mas não estavam envolvidos em ensaios clínicos, mostraram taxas de supressão viral 50% mais baixa do que os participantes de estudos, o que sugere a dificuldade de manter a adesão estrita na vida cotidiana.

Wainberg e Cournos (2000 citados por American Psychiatric Association, 2005) também afirmam que a adesão a qualquer tipo de tratamento médico é um problema conhecido e as taxas gerais variam de 20% a 80%, com média de 50%.

Uma constatação feita por McArthur (1996 citado por American Psychiatric Association, 2005) é que a cada ano cerca de 7% dos pacientes com AIDS desenvolvem demência associada à infecção, interferindo na capacidade do paciente de seguir e compreender esquemas de tratamento. Além disso, Singh, Squier, Sivek, Wagener, Nguyen e Yu (1996 citados por American Psychiatric Association, 2005) constataram que a depressão é uma das causas da não-adesão.

Antón e Méndez (1999 citados por Monteiro, 2003) afirmam que para haver adesão é preciso que o paciente compareça às consultas com os profissionais de saúde e que compreenda de modo adequado as prescrições, sendo importante, portanto, reduzir os aspectos aversivos da situação de consulta.

De acordo com American Psychiatric Association (2005), ao iniciar o tratamento anti-retroviral, é essencial que o médico prepare o paciente. Uma vez que as melhores chances de supressão viral ocorrem no primeiro esquema, faz sentido esperar até que ele esteja pronto. Ao mesmo tempo, se o paciente está motivado a iniciar um esquema anti-retroviral, esta pode ser uma boa oportunidade para introduzir o uso de outras substâncias, se indicado.

Os médicos podem utilizar intervenções para aumentar a adesão do paciente aos esquemas anti-retrovirais, tais como: (a) preparar o paciente; (b) discutir o uso dos medicamentos antes de prescrevê-los; (c) esclarecer os prós e os contras da terapia.

O médico também deve explicar ao paciente os comportamentos necessários, as conseqüências da não-adesão e os benefícios da terapia. Desse modo, faz-se necessário: (a) fornecer instruções por escrito; (b) informar a respeito das expectativas, incluindo os efeitos colaterais; (c) informar a quem o paciente deve recorrer caso ocorram efeitos colaterais significativos; (d) marcar uma nova consulta para logo depois do início da terapia.

Cabe ao médico revisar a importância da terapia, adotando as seguintes estratégias: (a) informar ao paciente que ele deve continuar a tomar todos os medicamentos; (b) revisar com o paciente os efeitos da suspensão do medicamento; (c) explicar o procedimento para a obtenção de novas receitas.

Torna-se necessário reconhecer as preferências e o estilo de vida do paciente. Os benefícios da dosagem duas vezes ao dia podem superar os efeitos colaterais iniciais; deve ser levado em conta se o paciente prefere a tolerabilidade à conveniência de um medicamento ou outro; deve ser discutida com ele a dosagem diurna/noturna.

Ao médico são atribuídas as responsabilidades de investigar e discutir a não-adesão devendo considerar os esquemas que minimizem as resistências por parte do paciente. É importante usar esquemas que deixem opções para futuras terapias anti-retrovirais, bem como antecipar recidivas na adesão, mesmo após uso prolongado dos medicamentos.

A longo prazo, o manejo individual de medicamentos, no qual um membro da equipe fornece apoio para a avaliação e a resolução de problemas, melhora a adesão (Sorensen, Mascovich, Wall, DePhilippis, Batki & Chesney, 1998 citados por American Psychiatric Association, 2005). Poucos estudiosos têm se preocupado em desenvolver estratégias para a manutenção da adesão. Aqueles que o fizeram, mostraram que o hábito de tomar medicamentos pode ser mantido por muitos anos se houver acompanhamento contínuo por profissionais de saúde (Bond & Monson, 1984 citados por Malerbi, 2000; Dickinson, Warshaw, Gelbach, Bobula, Muhlbaier & Parkerson, 1981 citados por Malerbi, 2000).

Pode-se considerar que a falta de adesão talvez seja, hoje, a principal barreira para o sucesso da terapia anti-retroviral e que somente com o compromisso e o comprometimento de uma equipe multidisciplinar será possível abordar a diversidade dos aspectos implicados em sua detecção e manejo.

Para Malerbi (2000) esta é uma área na qual há ainda muito a ser pesquisado. Entretanto, pode-se enumerar uma série de comportamentos que os profissionais de saúde devem apresentar para facilitar a adesão de seus pacientes. Alguns exemplos destes comportamentos são: (a) comunicar-se de forma adequada com o paciente (linguagem acessível); (b) informar pacientes e familiares sobre aspectos específicos da doença; (c) adaptar o tratamento à rotina do paciente; (d) solicitar automonitoração dos comportamentos de autocuidado, principalmente no início de um tratamento; (e) introduzir gradualmente o tratamento, quando possível; (f) envolver familiares/pessoas significativas no tratamento; (g) acolher e apoiar o paciente (tornar-se um reforçador para o paciente); (h) ajudar a construir um repertório comportamental adequado, por intermédio de procedimentos; (i) acompanhar o tratamento.

### Objetivos do presente estudo

É necessário realizar estudos em ambientes ambulatoriais. Para a análise dos comportamentos em contextos ambulatoriais, o registro filmado é um dos métodos por excelência. Britto *et al.* (2003, p.141) afirmam que:

O registro obtido por meio da gravação em vídeo é o mais próximo do real, isto é, há uma relação entre o registro e o que ocorreu na sessão. O que é exigido neste tipo de estudo é o rigor nas mensurações, semelhantes aos estudos experimentais com controle de variáveis.

A investigação empírica da relação médico-paciente por meio das ações que ocorrem no contexto ambulatorial justifica a importância de utilização da metodologia de observação direta do que realmente ocorre durante o atendimento.

De uma maneira mais específica, o presente estudo tem como objetivos:

1. Descrever a atuação do médico no preparo do paciente portador do HIV para o tratamento anti-retroviral;
2. Identificar as funções desta atuação a partir da análise dos relatos verbais encontrados em suas diferentes formas de ocorrência;
3. Selecionar as classes de categorias comportamentais de acordo com as funções encontradas;
4. Selecionar as possíveis categorias funcionais facilitadoras ou não-facilitadoras de adesão ao tratamento anti-retroviral;
5. Executar a análise quantitativa das verbalizações dos médicos e pacientes por sessão.

Desse modo, pretendeu-se investigar as diferentes funções da atuação médica em relação ao paciente portador do HIV. Deve-se, porém, esclarecer que o presente estudo possui caráter exploratório, circunstância em que se fez uso de metodologia descritiva para a análise da relação médico-paciente no que diz respeito às múltiplas influências no contexto ambulatorial.

## **Método**

### Participantes

Participaram deste estudo quatro díades médico-paciente (DMP) provenientes do ambulatório de um hospital de referência localizado em Goiânia-GO, sendo esse um hospital público vinculado à Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e uma unidade especializada no atendimento a pacientes com doenças infecto-contagiosas.

Os médicos participantes (MP) são especialistas em infectologia, com experiência mínima de cinco anos, sem restrição de idade e de ambos os sexos. Os pacientes participantes (PP) são soropositivos (portadores do HIV), sob tratamento com medicação anti-retroviral, com idade mínima de 20 anos e de ambos os sexos. A todos os participantes foram atribuídas siglas com o intuito de resguardar suas identidades.

### Díade Médico-Paciente 1 (DMP1)

(a) Médico participante 1 (MP1): sexo masculino, 38 anos, 13 anos de experiência como médico infectologista;

(b) Paciente participante 1 (PP1): sexo masculino, 22 anos, músico, solteiro, não possui filhos, com nível de escolaridade superior, residente em Goiânia, diagnosticado como portador do HIV desde abril de 2004. Realizou apenas a primeira consulta para o tratamento e não soube informar por que meio foi infectado. O tempo destinado à primeira consulta foi de aproximadamente 21 minutos.

### Díade Médico-Paciente 2 (DMP2)

(a) Médico participante 2 (MP2): sexo feminino, 39 anos, 13 anos de experiência como médica infectologista;

(b) Paciente participante 2 (PP2): sexo masculino, 32 anos, cabeleireiro, solteiro, não possui filhos, com nível de escolaridade 1º grau incompleto, residente em Goiânia, diagnosticado como portador do HIV desde março de 2004. Realizou apenas a primeira consulta para o tratamento e não soube informar por que meio foi infectado. O tempo destinado à primeira consulta foi de aproximadamente 37 minutos.

### Díade Médico-Paciente 3 (DMP3)

(a) Médico participante 3 (MP3): sexo feminino, 43 anos, 19 anos de experiência como médica infectologista;

(b) Paciente participante 3 (PP3): sexo feminino, 27 anos, do lar, casada, cinco filhos, com nível de escolaridade 1º grau incompleto, residente em Goiânia com o atual parceiro, também portador do HIV. Diagnosticada como portadora do HIV desde maio de 2004. Realizou apenas a primeira consulta para o tratamento e não soube informar por que meio foi infectada. O tempo destinado à primeira consulta foi de aproximadamente 22 minutos.

### Díade Médico-Paciente 4 (DMP4)

(a) Médico participante 4 (MP4): sexo feminino, 39 anos, 13 anos de experiência como médica infectologista;

(b) Paciente participante 4 (PP4): sexo feminino, 33 anos, do lar, casada, 3 filhos, com nível de escolaridade 1º grau incompleto, residente em Goiânia com o marido, também portador do HIV. Diagnosticada como portadora do HIV desde março de 2004. Realizou apenas a primeira consulta para o tratamento e relatou que foi infectada pelo marido. O tempo destinado à primeira consulta foi de aproximadamente 9 minutos.

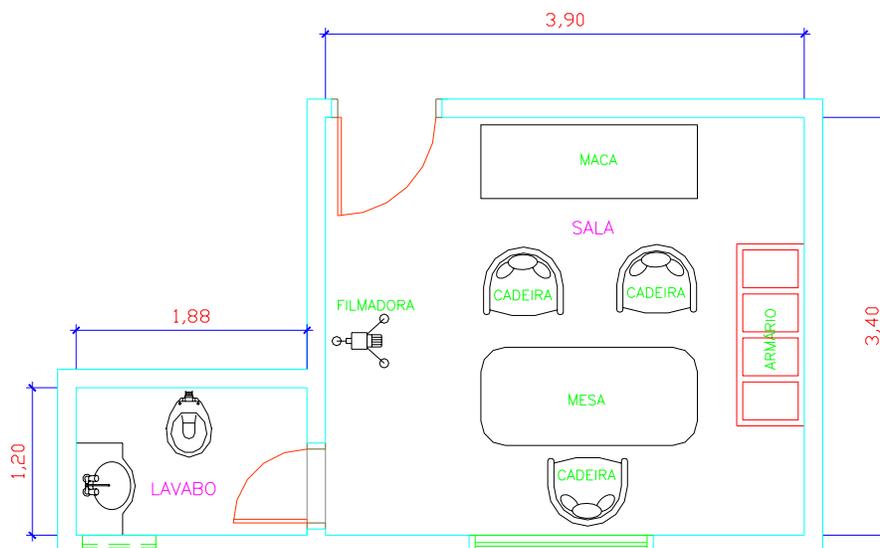
### Ambiente

As observações e as filmagens foram realizadas durante o primeiro semestre de 2004, em consultórios médicos de um hospital de referência para o tratamento de pacientes portadores de HIV/AIDS. O consultório utilizado no presente estudo mede, aproximadamente, 12,55 m<sup>2</sup> e contém uma mesa, duas cadeiras, uma maca, um armário, uma pia, papeletas e prontuários. Este consultório foi equipado, para atender às necessidades desta pesquisa, com uma câmera de vídeo VHS instalada próximo à díade, com o intuito de captar com maior precisão todos os sons emitidos.

A Figura 1 traz a representação esquemática do consultório no qual os atendimentos foram realizados e a posição da câmera filmadora.

### Equipamentos e Material

1. Folhas de registro: todas possuem um cabeçalho com espaço para as iniciais e o número da díade, a atividade a ser desenvolvida, a data da observação e espaços para registro das categorias comportamentais.



**Figura 1.** Representação esquemática do consultório médico utilizado na presente pesquisa.

Foram desenvolvidas pela mestrand-pesquisadora cinco tipos de folhas de registro:

(a) O primeiro, denominado Folha de Registro para Categorias Comportamentais do DMP-MP, para registro das categorias comportamentais selecionadas para os MP (Anexo 1). Esta folha fornece em seu cabeçalho espaço específico para a anotação das iniciais e do número da díade, bem como do total, em minutos, da consulta observada. Também contém espaços nos quais foram registrados os comportamentos verbais e não-verbais do MP, indicativos da atuação do profissional médico diante do paciente e suas funções, considerados facilitadores e não-facilitadores da adesão por parte do paciente;

(b) O segundo, denominado Folha de Registro para Comportamentos Verbais e Não-verbais do DMP-PP, para registro das categorias comportamentais verbais e não-

verbais selecionadas para os PP (Anexo 2). Esta folha fornece em seu cabeçalho espaço específico para a anotação das iniciais e do número da díade, bem como do total, em minutos, da consulta observada. Também contém espaços nos quais foram registrados os comportamentos verbais e não-verbais do PP, indicativos de sua adesão ou não-adesão à terapia com anti-retrovirais;

(c) O terceiro, denominado Folha de Registro da Relação Médico-Paciente, para registro das categorias comportamentais referentes à relação médico-paciente (Anexo 3);

(d) O quarto, denominado Folha de Registro da Freqüência de Emissões Verbais do MP, para registro da freqüência das emissões verbais do MP durante a consulta (Anexo 4);

(e) O quinto, denominado Folha de Registro da Freqüência de Emissões Verbais do PP, para registro da freqüência das emissões verbais do PP durante a consulta (Anexo 5).

2. Câmera filmadora: da marca Sony, modelo Digital 8 Handycam DCR-TRV351, com zoom digital, bateria e microfone, CD-ROM SPVD-010 USB Driver, Memory Stick, Tela LCD, produzida pela Sony do Brasil Ltda. em São Paulo-SP, compatível apenas com televisores de programa NTSC. Utilizada durante as gravações no consultório médico e pertencente à mestranda-pesquisadora.

3. Fita de VHS: da marca Sony, modelo 8 mm, Brilliant Color and Sound, com capacidade para até 120 minutos de gravação; Standard Grade – Qualité Standard, produzida pela Sony Corporation, em Tóquio (Japão). Para realizar a análise dos dados com este tipo de fita foi utilizado um adaptador de fita de vídeo da marca Panasonic.

Utilizada durante as gravações no consultório médico e ao longo da análise dos dados e pertencente à mestranda-pesquisadora.

4. Aparelho de TV: da marca Sony, modelo Trinitron, em cores, de 29 polegadas, produzido pela Sony do Brasil Ltda. em São Paulo-SP, com som estéreo para maior precisão acústica no momento de sua utilização para a transcrição das verbalizações do PP e do MP, para a observação dos dados gravados e ao longo da análise dos dados. Pertencente à mestranda-pesquisadora.

5. Aparelho de videocassete: da marca LG, modelo BC 991B, produzido pela LG Electronics da Amazônia Ltda. Utilizado para a transcrição das verbalizações do PP e do MP, para a observação dos dados gravados e ao longo da análise dos dados. Pertencente à mestranda-pesquisadora.

6. Computador: da marca Compaq Notebook, Modelo nº 1456 VQLIT, produzido na China e equipado com o programa Windows XP. Utilizado para processar, armazenar e editar as informações obtidas, todas as folhas de registro utilizadas e as versões intermediárias e final desta Dissertação. Pertencente à mestranda-pesquisadora.

7. Impressora: da marca HP, modelo Deskjet 3550, produzida no Brasil. Utilizada para imprimir todas as folhas de registro utilizadas e as versões intermediárias e final desta Dissertação. Pertencente à mestranda-pesquisadora.

8. Caderno, caneta e lápis utilizados para a transcrição das verbalizações do PP e do MP; disquetes utilizados para armazenar as informações obtidas e as versões intermediárias e final desta Dissertação. Pertencentes à mestranda-pesquisadora.

## Procedimento

Inicialmente, foi encaminhado um documento para ser lido e autorizado pelos médicos (Anexo 6) e pacientes (Anexo 7). O documento continha cláusulas a respeito do sigilo das informações, da garantia do anonimato dos participantes e da permissão para a divulgação dos resultados do estudo em congressos ou eventos científicos. Os participantes foram informados que a mestranda-pesquisadora, sua orientadora e uma pessoa com experiência prévia em observação de comportamentos teriam acesso à fita para realizar as observações e as transcrições. Também foram informados sobre os objetivos do estudo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética do hospital (Anexo 8).

A seguir, foram coletados dados referentes à primeira sessão de atendimento ao portador do HIV de cada uma das quatro díades participantes. Todas as sessões foram filmadas pela mestranda-pesquisadora. Os critérios adotados para a realização das filmagens e o início dos trabalhos foram: (a) consentimentos do médico e do paciente, documentados e assinados; (b) consultas realizadas por MP especialista em infectologia, de um hospital de referência com, no mínimo, cinco anos de experiência, independentemente de sexo e idade; (c) filmagem da consulta do início ao fim da sessão de atendimento. Os atendimentos foram filmados durante a primeira consulta das quatro DMP.

Após a filmagem, as sessões foram transcritas. O procedimento para transcrição das sessões consistiu em registro cursivo de todas as verbalizações do médico e do paciente, nomeando-as com as siglas M (verbalizações do médico) e P (verbalizações do paciente). As verbalizações do médico e do paciente para cada díade foram numeradas na seqüência em que ocorreram, por exemplo, M1 para a verbalização do primeiro

médico e P1 para a verbalização do primeiro paciente e, assim, sucessivamente. Desse modo, a mestranda-pesquisadora transcreveu todas as fitas gravadas. Posteriormente, realizou a contagem de todas as emissões verbais, tanto dos MP quanto dos PP, sendo feitas a elas atribuições numéricas seqüenciais.

De posse das transcrições das sessões, e após várias leituras destas, foram identificadas as palavras ou as frases da linguagem gravada na fita que designavam as funções correspondentes da atuação dos MP em relação ao PP portador de HIV. A seguir, foi feita análise quantitativa das funções de atuação dos MP, escolhendo-se as funções mais relevantes desta atuação inseridas nas emissões dos relatos verbais das quatro díades estudadas.

Uma vez que o presente estudo teve também como foco a observação de comportamentos verbais e não-verbais facilitadores e não-facilitadores da adesão à terapia com anti-retrovirais, no contexto clínico, tanto do MP como do PP, procurou-se levantar funções específicas destes comportamentos a partir da análise das categorias funcionais dos participantes por intermédio de observações detalhadas e criteriosas do material gravado em vídeo. Para esta análise foram considerados, além dos relatos verbais, comportamentos não-verbais dos participantes, como por exemplo posturas ou gestos. Assim, foram selecionadas diversas categorias comportamentais enumeradas abaixo.

I. Categorias comportamentais da atuação dos MP diante do paciente portador de HIV/AIDS, por meio de relatos verbais:

1. Informar sobre a transmissão e a não transmissão do HIV/AIDS;

2. Investigar comportamentos sexuais de risco;
3. Investigar outros comportamentos de risco;
4. Preparar para os efeitos dos medicamentos anti-retrovirais;
5. Fornecer apoio ao paciente;
6. Investigar as condições do paciente;
7. Explicar sobre o risco de propagação do HIV/AIDS;
8. Preparar o paciente para a adesão à terapia com anti-retrovirais;
9. Explicar diferenciando;

II. Categorias comportamentais dos MP em relação à adesão à terapia com anti-retrovirais por parte do paciente portador de HIV:

1. Emitir comportamentos verbais facilitadores da adesão;
2. Emitir comportamentos verbais não-facilitadores da adesão;
3. Emitir comportamentos não-verbais facilitadores da adesão;
4. Emitir comportamentos não-verbais não-facilitadores da adesão.

III. Categorias comportamentais dos PP em relação à sua adesão à terapia com anti-retrovirais:

1. Emitir comportamentos verbais indicativos da adesão;
2. Emitir comportamentos verbais indicativos da não-adesão;
3. Emitir comportamentos não-verbais indicativos da adesão;
4. Emitir comportamentos não-verbais indicativos da não-adesão;

Finalmente, de todo o trabalho de categorização foi selecionado um total de 13 categorias funcionais da atuação dos MP e quatro dos PP. Das subcategorias específicas foram selecionadas 68 para os MP e 18 para os PP do presente estudo.

Foi realizada análise quantitativa das freqüências de ocorrência das categorias comportamentais selecionadas. Posteriormente, foram comparados tais aspectos entre as quatro díades. Nesta etapa trabalhou-se de forma específica com a análise comparativa entre díades a respeito de cada uma das categorias envolvidas.

Desta forma, analisaram-se as interações específicas de cada médico com seu respectivo paciente e o favorecimento da promoção da adesão por parte do paciente. Pôde-se analisar, também, a quantidade e a qualidade do comportamento correspondente às categorias especificadas, fazendo-se as devidas comparações entre díades.

Durante a fase de análise de dados deste estudo contou-se com a colaboração de profissional da área de psicologia com experiência em observação para que fosse realizado o teste de concordância dos dados obtidos, garantindo, assim, a fidedignidade dos dados, a qual, no presente estudo, foi de 93,8%.

### Teste de Concordância

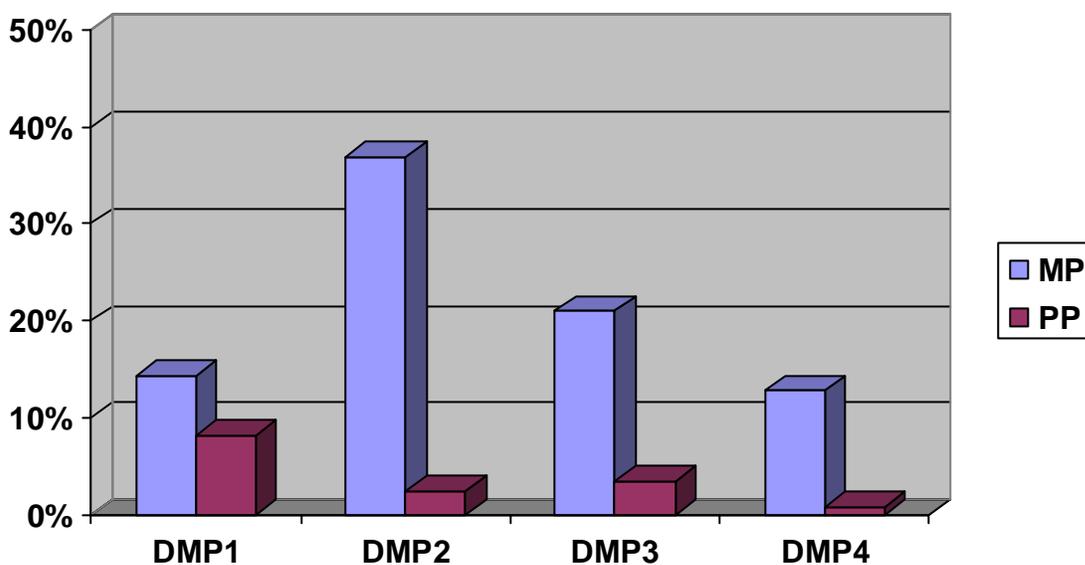
O Teste de Concordância tem como função medir em que pontos os profissionais treinados em metodologia de observação estão de acordo com relação aos dados referentes ao mesmo material registrado. Esses registros são realizados de forma independente ao fornecer subsídios, de modo a que se possa saber até que ponto pode-

se confiar nas informações obtidas. Este cálculo é feito empregando-se a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de concordância} = \frac{\text{concordâncias}}{\text{concordâncias} + \text{discordâncias}} \times 100$$

## Resultados

A Figura 2 mostra o percentual dos relatos verbais dos participantes do presente estudo. Os dados desta figura indicam que os MP da DMP2 e da DMP3 alcançaram as maiores ocorrências de relatos verbais, com 36,78% e 21,00%, respectivamente. O percentual de relatos verbais dos MP da DMP1 e da DMP4 foram menores, de 14,27% e 12,80%, respectivamente. No que diz respeito aos relatos verbais dos PP, o da DMP1 obteve o maior percentual (8,22%). Os relatos verbais dos PP das DMP3, DMP2 e DMP4 apresentaram menores ocorrências, de 3,50%, 2,51% e 0,80%, respectivamente. Pode-se verificar que as frequências dos relatos verbais dos PP foram notadamente menores quando comparadas com aquelas dos relatos verbais dos MP.



**Figura 2.** Percentual dos relatos verbais dos médicos participantes (MP) e dos pacientes participantes (PP) no momento da consulta.

As Tabelas 1 a 9 apresentam a freqüência e o percentual das categorias verbais descritivas da atuação dos MP em relação aos pacientes portadores do HIV em suas diferentes funções verbais.

A Tabela 1 apresenta as categorias comportamentais cuja função era “Informar sobre a transmissão e a não transmissão do HIV/AIDS”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. Dentre todas as categorias registradas nesta tabela, os dados indicam que as que atingiram o maior percentual foram: ‘Via sexo’ (34,5%), ‘Da mãe para o filho’ (21,9%), e ‘Transfusão sangüínea’ (12,5%). Já as categorias ‘Material contaminado’ (9,4%), ‘Omissão ao parceiro’ (6,2%), ‘Uso de copos roupas ou talheres’ (6,2%), ‘Cortes ou ferimentos’ (3,1%), ‘Furos na camisinha’ (3,1%) e ‘Abraços e beijos’ (3,1%) apresentaram baixa ocorrência.

Os dados da Tabela 1 indicam que a DMP3 obteve o percentual mais elevado (62,5%) de ocorrência de informações sobre a transmissão e a não transmissão do HIV/AIDS, seguida pela DMP1 (15,6%), DMP4 (12,5%) e DMP2 (9,4%).

Pelos dados da Tabela 2 verifica-se que a DMP1 e a DMP3 atingiram maior ocorrência (45,8% e 37,5%, respectivamente) de investigação sobre comportamentos sexuais de risco do que a DMP2 e a DMP4 (12,5% e 4,2%, respectivamente).

A Tabela 2 apresenta as categorias comportamentais cuja função era “Investigar comportamentos sexuais de risco”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. Verificou-se que os MP investigaram sobre: ‘Relação sexual sem preservativo’ (33,3%), ‘Relação sexual com pessoas desconhecidas’ (25,0%), ‘Relação sexual com pessoas do mesmo sexo’ (16,7%), ‘Relação sexual com portadores do HIV’ (16,7%), ‘Relação sexual oral’ (4,2%) e ‘Relação sexual grupal’ (4,2%).

**Tabela 1.** Frequência e porcentual das categorias cuja função era “Informar sobre a transmissão e a não transmissão do HIV/AIDS”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1 (nº)	DMP2 (nº)	DMP3 (nº)	DMP4 (nº)	Total	
					(nº)	(%)
<b>Transmissão do HIV/AIDS</b>						
Via sexo	3	2	5	1	11	34,5
Da mãe para o filho	0	0	5	2	7	21,9
Cortes ou ferimentos	0	0	1	0	1	3,1
Transfusão sangüínea	1	0	2	1	4	12,5
Furos na camisinha	0	0	1	0	1	3,1
Material contaminado	1	1	1	0	3	9,4
Omissão ao parceiro	0	0	2	0	2	6,2
<b>Não transmissão do HIV/AIDS</b>						
Uso de copos, roupas ou talheres	0	0	2	0	2	6,2
Abraços e beijos	0	0	1	0	1	3,1
<b>Total (nº)</b>	5	3	20	4	32	-
<b>Total (%)</b>	15,6	9,4	62,5	12,5	-	100,0

**Tabela 2.** Frequência e porcentual das categorias cuja função era “Investigar comportamentos sexuais de risco”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Relação sexual com pessoas do mesmo sexo	2	1	1	0	4	16,7
Relação sexual sem preservativo	3	1	4	0	8	33,3
Relação sexual com portadores do HIV	2	1	1	0	4	16,7
Relação sexual oral	1	0	0	0	1	4,2
Relação sexual grupal	1	0	0	0	1	4,2
Relação sexual com pessoas desconhecidas	2	0	3	1	6	25,0
<b>Total (nº)</b>	11	3	9	1	24	-
<b>Total (%)</b>	45,8	12,5	37,5	4,2	-	100,0

Comparando-se as categorias comportamentais cuja função era “Investigar outros comportamentos de risco”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP, apresentadas na Tabela 3, pode-se observar que a categoria ‘Fazer uso de drogas’ apresentou porcentual notadamente maior (81,3%) do que ‘Compartilhar agulhas e seringas’ (18,7%).

Também pode ser observado na Tabela 3 que a DMP3 alcançou a maior ocorrência de investigação sobre outros comportamentos de risco (50,0%).

**Tabela 3.** Freqüência e percentual das categorias cuja função era “Investigar outros comportamentos de risco”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Fazer uso de drogas	2	3	7	1	13	81,3
Compartilhar agulhas e seringas	1	1	1	0	3	18,7
<b>Total (nº)</b>	3	4	8	1	16	-
<b>Total (%)</b>	18,7	25,0	50,0	6,3	-	100,0

A Tabela 4 mostra as categorias comportamentais cuja função era “Preparar para os efeitos dos medicamentos anti-retrovirais”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP.

Na Tabela 4, as categorias ‘Efeitos colaterais’ (38,7%) e ‘Quantidade de doses’ (16,2%) ocorreram com maior freqüência; as categorias ‘Forma de administração’ e ‘Freqüência e horários de uso’ obtiveram o mesmo percentual, de 12,9%; já as categorias ‘Como ter acesso aos medicamentos’ (9,7%), ‘Duração do uso’ (6,4%) e ‘Uso durante a gravidez’ (3,2%) obtiveram percentuais menores.

Com relação às descrições para a função de preparar o paciente para os efeitos dos medicamentos anti-retrovirais, os dados da Tabela 4 indicam que a DMP2 atingiu 90,4%, enquanto as outras três díades pouco instruíram seus pacientes para esses efeitos, apresentando percentual de 3,2% cada uma.

**Tabela 4.** Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Preparar para os efeitos dos medicamentos anti-retrovirais”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Efeitos colaterais	1	10	1	0	12	38,7
Quantidade de doses	0	5	0	0	5	16,2
Freqüência e horários de uso	0	4	0	0	4	12,9
Duração do uso	0	2	0	0	2	6,4
Uso durante a gravidez	0	0	0	1	1	3,2
Forma de administração	0	4	0	0	4	12,9
Como ter acesso aos medicamentos	0	3	0	0	3	9,7
<b>Total (nº)</b>	1	28	1	1	31	-
<b>Total (%)</b>	3,2	90,4	3,2	3,2	-	100,0

Na Tabela 5 são mostradas as categorias comportamentais cuja função era “Fornecer apoio ao paciente”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. Ali fica demonstrado que a categoria ‘Informar sobre serviços de saúde’ alcançou 48,30, seguida por ‘Disponibilizar-se em horários agendados’, com 24,1%. As outras duas categorias desta função, ‘Informar sobre qualidade de vida pós-contaminação’ e ‘Informar que a doença HIV é controlável’, alcançaram menor porcentual, de 13,8% cada uma.

**Tabela 5.** Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Fornecer apoio ao paciente”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Disponibilizar-se em horários agendados	0	4	2	1	7	24,1
Informar sobre serviços de saúde	3	6	2	3	14	48,3
Informar sobre qualidade de vida pós-contaminação	0	0	1	3	4	13,8
Informar que o HIV é controlável	0	2	1	1	4	13,8
<b>Total (nº)</b>	3	12	6	8	29	-
<b>Total (%)</b>	10,3	41,4	20,7	27,6	-	100,0

Os dados da Tabela 5 indicam também que a DMP2 forneceu apoio ao paciente mais freqüentemente (41,4%) do que a DMP4 (27,6%), a DMP3 (20,7%) e a DMP1 (10,4%).

Em relação às indagações verbais sobre a função de “Investigar as condições do paciente”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP, os dados apresentados na Tabela 6 indicam certa regularidade nos percentuais das três categorias descritivas desta função: ‘Pedir exames’ (38,4%), ‘Solicitar resultados de exames’ (30,8%) e ‘Indicar onde fazer os exames’ (30,8%).

**Tabela 6.** Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Investigar as condições do paciente”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Pedir exames	1	1	2	1	5	38,4
Solicitar resultados de exames	1	1	1	1	4	30,8
Indicar onde fazer os exames	1	1	1	1	4	30,8
<b>Total (nº)</b>	3	3	4	3	13	-
<b>Total (%)</b>	23,1	23,1	30,7	23,1	-	100,0

A mesma regularidade de ocorrência pode ser observada na atuação das quatro DMP em relação a esta função, com 23,1% para a DMP1, DMP2 e DMP4 e 30,7% para a DMP3.

A Tabela 7 apresenta os dados das indagações verbais sobre a função de “Explicar sobre o risco de propagação do HIV/AIDS”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP. Conforme indica esta tabela, a categoria ‘Orientar sobre sexo seguro’ obteve porcentual de 30,0%, seguida pelas categorias ‘Falar sobre uso de preservativos’ e ‘Falar sobre baixa imunidade’, que alcançaram 25,0%. Já as duas outras categorias desta tabela, ‘Indagar sobre possíveis parceiros’ e ‘Falar sobre exposição epidemiológica’, apresentaram porcentual menor, de 10,0% cada uma.

**Tabela 7.** Frequência e porcentual das categorias cuja função era “Explicar sobre o risco de propagação do HIV/AIDS”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Indagar sobre possíveis parceiros	1	0	1	0	2	10,0
Falar sobre uso de preservativos	1	2	2	0	5	25,0
Orientar sobre sexo seguro	1	1	3	1	6	30,0
Falar sobre exposição epidemiológica	2	0	0	0	2	10,0
Falar sobre baixa imunidade	1	2	1	1	5	25,0
<b>Total (nº)</b>	6	5	7	2	20	-
<b>Total (%)</b>	30,0	25,0	35,0	10,0	-	100,0

Com relação às explicações e orientações sobre o risco de propagação do HIV/AIDS, os dados da Tabela 7 indicam que os percentuais desta função para a DMP3 e a DMP1 alcançaram 35,0% e 30,0%, respectivamente.

A Tabela 8 mostra os dados sobre os comportamentos verbais dos MP sobre a função de “Preparar o paciente para a adesão à terapia com anti-retrovirais”. De acordo com esta tabela, as categorias ‘Falar sobre os benefícios dos medicamentos’ e ‘Falar sobre a frequência das consultas’ atingiram o percentual de 20,0%. Para as categorias

'Falar sobre a variedade de medicamentos', 'Falar sobre o custo dos medicamentos e dos exames' e 'Falar sobre as restrições institucionais para distribuir os medicamentos', este percentual diminuiu para 13,3%. Já as categorias 'Falar sobre os efeitos da suspensão dos medicamentos', 'Instruir por escrito' e 'Reforçar o comparecimento' alcançaram 6,7% cada uma.

Em relação ao percentual alcançado pelas DMP, os dados da Tabela 8 indicam que a DMP2 obteve 66,7%, a DMP3 e a DMP4, 13,3% cada uma e a DMP1 alcançou apenas 6,7% na função de preparar o paciente para a adesão aos medicamentos anti-retrovirais.

Para a função verbal "Explicar diferenciando", os dados da Tabela 9 indicam que as categorias 'Infecções oportunistas' e 'Doença controlável, grave e crônica' alcançaram percentuais de 31,8% e 27,3%, respectivamente; 'Contagem de CD4' alcançou percentual menor, de 22,7%; e as categorias 'Carga viral', 'Mutações do vírus' e 'Janela imunológica' diminuíram ainda mais, sendo de 9,2%, 4,5% e 4,5%, respectivamente.

Os dados da Tabela 9 também mostram que a DMP3 obteve 50,0%, seguida pela DMP2, com 27,0% e da DMP4, com 18,2% e a DMP1 obteve o menor percentual, de 4,5% na função de explicar fazendo diferenciações.

Nas Tabelas 10 a 13 são apresentados os resultados referentes às categorizações das classes de comportamentos verbais e não-verbais dos MP, facilitadores ou não-facilitadores de adesão à terapia com anti-retrovirais por parte do paciente portador de HIV.

**Tabela 8.** Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Preparar o paciente para a adesão à terapia com anti-retrovirais”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Falar sobre a variedade de medicamentos	0	2	0	0	2	13,3
Falar sobre os benefícios dos medicamentos	0	2	0	1	3	20,0
Falar sobre os efeitos da suspensão dos medicamentos	0	1	0	0	1	6,7
Falar sobre a freqüência das consultas	0	1	1	1	3	20,0
Instruir por escrito	0	1	0	0	1	6,7
Reforçar o comparecimento	0	0	1	0	1	6,7
Falar sobre o custo dos medicamentos e dos exames	1	1	0	0	2	13,3
Falar sobre as restrições institucionais para distribuir os medicamentos	0	2	0	0	2	13,3
<b>Total (nº)</b>	1	10	2	2	15	-
<b>Total (%)</b>	6,7	66,7	13,3	13,3	-	100,0

**Tabela 9.** Freqüência e porcentual das categorias cuja função era “Explicar diferenciando”, por meio de relatos verbais dos MP aos PP.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Doença controlável, grave e crônica	0	1	4	1	6	27,3
Infecções oportunistas	1	3	2	1	7	31,8
Mutação do vírus	0	0	1	0	1	4,5
Carga viral	0	0	2	0	2	9,1
Janela imunológica	0	0	1	0	1	4,5
Contagem de CD4	0	2	1	2	5	22,7
<b>Total (nº)</b>	1	6	11	4	22	-
<b>Total (%)</b>	4,5	27,3	50,0	18,2	-	100,0

Observa-se pelos dados da Tabela 10 sobre as categorias comportamentais dos MP com rela o   fun o “Emitir comportamentos verbais facilitadores da adesão” que ‘Explicar sobre exames, doença e procedimentos’ e ‘Perguntar se o paciente entendeu as explica es’ obtiveram porcentuais semelhantes, de 33,5% e 31,6%, respectivamente. As outras categorias, ‘Esclarecer d vidas do paciente’, ‘Falas apropriadas que expressam compreensão’ e ‘Falas assertivas na primeira pessoa do plural’, ocorreram, respectivamente, em 20,0%, 10,3% e 4,6%.

**Tabela 10.** Freqüência e percentual das categorias comportamentais dos MP cuja função era “Emitir comportamentos verbais facilitadores da adesão”.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Perguntar se o paciente entendeu as explicações	11	22	27	8	68	31,6
Esclarecer dúvidas do paciente	17	12	14	0	43	20,0
Falas apropriadas que expressam compreensão	7	12	3	0	22	10,3
Falas assertivas na primeira pessoa do plural	4	2	0	4	10	4,6
Explicar sobre exames, doença e procedimentos	19	24	16	13	72	33,5
<b>Total (nº)</b>	58	72	60	25	215	-
<b>Total (%)</b>	26,0	33,5	28,0	11,5	-	100,0

Verifica-se que a DMP2 obteve a maior ocorrência de emissão de comportamentos verbais facilitadores de adesão (33,5%), seguida pela DMP3 e DMP1, que apresentaram praticamente os mesmos percentuais, de 28,0% e 27,0%, respectivamente, e pela DMP4, que obteve o menor percentual no que diz respeito a este quesito, de 11,5%.

Na Tabela 11 são mostrados os dados sobre as categorias comportamentais dos MP em relação à função “Emitir comportamentos verbais não-facilitadores da adesão”.

**Tabela 11.** Frequência e porcentual das categorias comportamentais dos MP cuja função era “Emitir comportamentos verbais não-facilitadores da adesão”.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Citar termos técnicos sem explicá-los	23	10	0	2	35	15,3
Questionar a veracidade das falas do paciente	19	1	4	0	24	10,5
Apontar erros do paciente	13	7	14	0	34	14,8
Entrevistar rapidamente	12	0	0	0	12	5,2
Não oportunizar a fala ao paciente	30	5	0	0	35	15,3
Insistir na mesma pergunta	21	7	6	2	36	15,7
Dar ordens ao paciente	26	7	4	1	38	16,6
Responder pelo paciente	6	7	2	0	15	6,5
<b>Total (nº)</b>	150	44	30	5	229	-
<b>Total (%)</b>	65,5	19,2	13,1	2,2	-	100,0

Verifica-se na Tabela 11 que as categorias ‘Dar ordens ao paciente’, ‘Insistir na mesma pergunta’, ‘Citar termos técnicos sem explicá-los’, ‘Não oportunizar a fala ao paciente’ e ‘Apontar erros do paciente’ alcançaram praticamente os mesmos percentuais, ficando entre 16,6% e 14,8%. Já as categorias ‘Questionar a veracidade das falas do

paciente', 'Responder pelo paciente' e 'Entrevistar rapidamente' obtiveram 10,5%, 6,5% e 5,2% de ocorrência, respectivamente.

A análise da Tabela 11 também indica que a DMP1 obteve o maior percentual de verbalizações não-facilitadoras da adesão (65,5%), seguida pela DMP2, DMP3 e DMP4, com 19,2%, 13,1% e 2,2%, respectivamente.

Observam-se na Tabela 12 os dados sobre as categorias comportamentais dos MP em relação à função "Emitir comportamentos não-verbais facilitadores da adesão". A categoria 'Manter contato visual com o paciente' alcançou um percentual elevado, de 90,0%. Chamam atenção as categorias 'Encurvar o corpo em direção ao paciente', 'Balançar a cabeça afirmativamente' e 'Sorrir para o paciente', por terem atingido percentuais tão baixos, de 4,5%, 3,6% e 1,9%, respectivamente.

Os dados da Tabela 12 também indicam um percentual médio de 29,4% para a DMP2, a DMP3 e a DMP1 (31,6%, 28,8% e 26,8%, respectivamente) de não-verbalizações facilitadoras de adesão e de 12,8% para a DMP4.

Os dados apresentados na Tabela 13 referem-se às categorias comportamentais dos MP em relação à função "Emitir comportamentos não-verbais não-facilitadores da adesão". As categorias 'Movimentar inquietamente mãos e pés' e 'Olhar para os lados enquanto o paciente fala' alcançaram os maiores percentuais, de 47,9% e 29,6%, respectivamente, seguidas por 'Interromper a consulta', com 12,7%. Já as categorias 'Postura corporal ereta com a cabeça inclinada para o alto' e 'Examinar apressadamente o paciente' alcançaram percentuais notadamente menores, de 7,0% e 2,8%, respectivamente.

**Tabela 12.** Frequência e percentual das categorias comportamentais dos MP cuja função era “Emitir comportamentos não-verbais facilitadores da adesão”.

Categoria	Postura do médico					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Sorrir para o paciente	4	2	1	0	7	1,9
Encurvar o corpo em direção ao paciente	8	8	0	0	16	4,5
Manter contato visual com o paciente	80	98	102	42	322	90,0
Balançar a cabeça afirmativamente	4	5	0	4	13	3,6
<b>Total (nº)</b>	96	113	103	46	358	-
<b>Total (%)</b>	26,8	31,6	28,8	12,8	-	100,0

Em relação às díades, merece comentário que a DMP4 não emitiu comportamentos não-verbais não-facilitadores de adesão. Já a DMP3 apresentou percentual de emissão deste tipo de comportamento de 67,6% e a DMP1 e a DMP2, de 19,7% e 12,7%, respectivamente.

Também foram identificadas categorias comportamentais verbais e não-verbais dos PP no momento da consulta, as quais foram categorizadas como indicativas de adesão ou de não-adesão à terapia com anti-retrovirais, mostradas nas Tabelas 14 a 17.

**Tabela 13.** Frequência e percentual das categorias comportamentais dos MP cuja função era “Emitir comportamentos não-verbais não-facilitadores da adesão”.

Categoria	Postura do médico					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Postura corporal ereta com a cabeça inclinada para o alto	2	0	3	0	5	7,0
Interromper a consulta	3	6	0	0	9	12,7
Olhar para os lados enquanto o paciente fala	2	0	19	0	21	29,6
Movimentar inquietamente mãos e pés	6	2	26	0	34	47,9
Examinar o paciente apressadamente	1	1	0	0	2	2,8
<b>Total (nº)</b>	14	9	48	0	71	-
<b>Total (%)</b>	19,7	12,7	67,6	0,0	-	100,0

A Tabela 14 apresenta os dados sobre as categorias comportamentais dos PP em relação à função “Emitir comportamentos verbais indicativos da adesão”. Observa-se que a categoria ‘Responder atentamente ao médico’ atingiu o percentual de 52,8%. As categorias ‘Pedir informações sobre a doença’, ‘Falar que vai prosseguir com o tratamento’ e ‘Falar sobre morrer caso não inicie o tratamento’ atingiram percentual médio de 10,9%, tendo sido de 12,0%, 11,2% e 9,6%, respectivamente. Para as categorias

‘Fornecer informações complementares sobre seus comportamentos’ e ‘Questionar sobre os exames a serem feitos’, os percentuais foram, respectivamente, de 8,0% e 6,4%.

**Tabela 14.** Frequência e percentual das categorias comportamentais dos PP cuja função era “Emitir comportamentos verbais indicativos da adesão”.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Falar que vai prosseguir com o tratamento	6	4	3	1	14	11,2
Falar sobre morrer caso não inicie o tratamento	5	4	3	0	12	9,6
Pedir informações sobre a doença	1	7	7	0	15	12,0
Responder atentamente às perguntas do médico	16	20	16	14	66	52,8
Questionar sobre os exames a serem feitos	1	5	2	0	8	6,4
Fornecer informações complementares sobre seus comportamentos	6	2	0	2	10	8,0
<b>Total (nº)</b>	35	42	31	17	125	-
<b>Total (%)</b>	28,0	33,6	24,8	13,6	-	100,0

A Tabela 15 apresenta os dados sobre as categorias comportamentais dos PP em relação à função “Emitir comportamentos verbais indicativos da não-adesão”. Pode-se constatar que a categoria ‘Falar indicando desconhecer a transmissão do vírus’ atingiu percentual elevado, de 62,0%. ‘Falar sobre a falta de motivação para iniciar e prosseguir o tratamento’ e ‘Falar sobre as dificuldades para conseguir os medicamentos’ atingiram menores percentuais, de 20,0% e 18,0%, respectivamente. Em relação às díades pode-se constatar que a DMP3 atingiu o percentual 42,0% e a DMP2 atingiu um percentual menor, de 34,0%. Os percentuais das DMP1 e DMP4 diminuíram ainda mais quando comparados aos das outras díades, tendo sido de 16,0% e 8,0%, respectivamente.

Os dados da Tabela 16 são referentes às categorias comportamentais dos PP em relação à função “Emitir comportamentos não-verbais indicativos da adesão”. Observa-se que a categoria ‘Manter contato visual com o médico’ alcançou percentual elevado, de 59,1% e ‘Balançar a cabeça em sinal de afirmação’ alcançou menor percentual, de 30,9%. Os percentuais para as categorias ‘Apressar-se para cumprir solicitações do médico’ e ‘Encurvar o corpo em direção ao médico enquanto recebe informações’ foram notadamente menores, de 5,8% e 4,2%, respectivamente.

A Tabela 16 também mostra que a DMP1 e a DMP2 alcançaram praticamente os mesmos percentuais, de 34,6% e 33,0%, de emissão de comportamentos não-verbais indicativos da adesão e que esses percentuais diminuíram para a DMP3 e a DMP4, sendo de 22,7% e 9,7%, respectivamente.

Os dados apresentados na Tabela 17 referem-se às categorias comportamentais dos PP em relação à função “Emitir comportamentos não-verbais indicativos da não-adesão”.

**Tabela 15.** Freqüência e percentual das categorias comportamentais dos PP cuja função era “Emitir comportamentos verbais indicativos da não-adesão”.

Categoria	Ocorrência do relato					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Falar sobre a falta de motivação para iniciar e prosseguir com o tratamento	3	5	2	0	10	20,0
Falar indicando desconhecer a transmissão do vírus	4	5	18	4	31	62,0
Falar sobre as dificuldades para conseguir os medicamentos	1	7	1	0	9	18,0
<b>Total (nº)</b>	8	17	21	4	50	-
<b>Total (%)</b>	16,0	34,0	42,0	8,0	-	100,0

Na Tabela 17 observa-se que a categoria ‘Não olhar nos olhos do médico’ obteve percentual elevado, de 69,3%. ‘Olhar para os lados, para cima ou para objetos na sala’ obteve percentual menor, de 17,9%. Para as categorias ‘Movimentar mãos e pés durante a consulta’, ‘Manter-se calado durante a consulta’ e ‘Bocejar enquanto o médico fala’, os percentuais obtidos foram notadamente menores, de 7,7%, 4,3% e 0,8%, respectivamente. Os percentuais de emissão de comportamentos não-verbais indicativos

da não-adesão foram de 48,0% para a DMP2, de 28,8% para a DMP1, de 14,7% para a DMP3 e de 8,5% para a DMP4.

**Tabela 16.** Freqüência e porcentual das categorias comportamentais dos PP cuja função era “Emitir comportamentos não-verbais indicativos da adesão”.

Categoria	Postura do paciente					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Manter contato visual com o médico	79	96	56	24	255	59,1
Balançar a cabeça em sinal de afirmação	39	40	38	16	133	30,9
Apressar-se para cumprir solicitações do médico	21	3	1	0	25	5,8
Encurvar o corpo em direção ao médico enquanto recebe informações	10	3	3	2	18	4,2
<b>Total (nº)</b>	149	142	98	42	431	-
<b>Total (%)</b>	34,6	33,0	22,7	9,7	-	100,0

**Tabela 17.** Freqüência e porcentual das categorias comportamentais dos PP cuja função era “Emitir comportamentos não-verbais indicativos da não-adesão”.

Categoria	Postura do paciente					
	DMP1	DMP2	DMP3	DMP4	Total	
	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(nº)	(%)
Não olhar nos olhos do médico	80	102	55	23	260	69,3
Olhar para os lados, para cima ou para objetos na sala	23	44	0	0	67	17,9
Bocejar, enquanto o médico fala	1	2	0	0	3	0,8
Manter-se calado durante a consulta	0	7	0	9	16	4,3
Movimentar mãos e pés durante a consulta	4	25	0	0	29	7,7
<b>Total (nº)</b>	108	180	55	32	375	-
<b>Total (%)</b>	28,8	48,0	14,7	8,5	-	100,0

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo investigar a atuação do médico em relação ao paciente portador do HIV em sessões de atendimento ambulatorial em um hospital de referência para este tipo de tratamento. Por se tratar de um estudo exploratório, partiu-se da premissa de utilizar a gravação em vídeo das consultas como dados de pesquisa para se obter maior fidedignidade com relação aos eventos que ocorreram durante o atendimento do médico ao seu paciente. O procedimento utilizado consistiu em gravação em vídeo das consultas, transcrição e análise das interações verbais da DMP e suas implicações para o tratamento.

Desde as primeiras manifestações do HIV, do início da epidemia da AIDS até o momento atual, diversos avanços relativos ao tratamento e à prevenção do vírus já foram realizados. Não obstante, o problema está longe de ser resolvido e desafios continuam instigando os cientistas. Ao se propor investigar a influência do comportamento verbal na relação entre o médico e seu paciente, tornou-se possível abordar um tema relevante, até então pouco explorado no contexto ambulatorial, o que poderá ser mais bem avaliado em estudos posteriores.

Desse modo, buscou-se a identificação de palavras ou de frases das locuções verbais gravadas em vídeo, em suas respectivas funções, ao selecionar comportamentos facilitadores de adesão, os quais designavam as funções da atuação do médico em relação ao paciente e deste em relação ao médico. Todavia, por se tratar de um estudo exploratório, as discussões são limitadas ao contexto dos dados coletados e generalidades devem ser evitadas.

Para o controle dos procedimentos foram utilizadas técnicas dos métodos de observação e registro de comportamento. Para cumprir os requisitos exigidos por esta metodologia houve observação, descrição, categorização e comparações entre as díades participantes. Assim, os dados coletados referem-se a aspectos relevantes da relação médico-paciente, com o objetivo de estudar a atuação médica no sentido de preparar o paciente portador do HIV para a importância da adesão ao tratamento.

Ressalta-se a importância da resposta, na forma de adesão ao tratamento, e da continuidade desta resposta na manutenção do comportamento tomar a medicação anti-retroviral, no dia, na hora e na quantidade determinados pelo médico ao paciente. Sabendo-se dos níveis dessa interação já encontrados em outros enfoques de estudo, foi escolhida para o presente trabalho a perspectiva dos analistas de comportamento, posto que esses profissionais estudam relações funcionais entre o comportamento e as circunstâncias que o mantêm.

Com efeito, Vázquez *et al.* (1998) ponderam que encontrar indicadores válidos de adesão aos tratamentos geralmente é problemático. Todavia, a alternativa para melhorar as técnicas de avaliação à adesão passa por utilizar os princípios e as técnicas comportamentais para observar e registrar as condições do tratamento. Os dados aqui obtidos demonstram o sucesso da metodologia de observação direta do comportamento em contexto ambulatorial no desenvolvimento de categorias funcionais em quatro DMP. Tais categorias podem servir como subsídios para futuras investigações do comportamento em contexto ambulatorial/hospitalar.

As categorias caracterizam-se por falas dos médicos participantes que podem referir-se às suas observações, indagações, informações, comentários ou explicações

sobre a contaminação pelo HIV. Com relação ao conjunto de categorias da atuação dos médicos participantes, uma análise de sua ocorrência no decorrer das sessões de cada díade médico-paciente, revela certa regularidade, com maior freqüência para “informações sobre os serviços de saúde”, “preparar para os efeitos colaterais dos anti-retrovirais”, e ainda sobre a transmissão sexual “via sexo” ou comportamento sexual de risco “relação sexual sem preservativos”.

Os pacientes responderam freqüentemente às indagações relatando eventos ambientais ou comportamentais sobre a contaminação pelo HIV. Como conseqüência, os médicos favoreceram respostas descritivas diante das quais eles solicitavam confirmação ou informações adicionais com relação à fala anterior do paciente.

Nas quatro DMP pôde-se observar variação no atendimento em relação a algumas categorias, que foram menos freqüentes, como por exemplo a função de preparar o paciente para os efeitos do tratamento com os medicamentos anti-retrovirais. Três DMP alcançaram porcentual baixo nesta função. Contudo, é preciso considerar que resultados diferentes poderão ser obtidos em outros contextos ambulatoriais.

A relativa regularidade da maior freqüência das falas dos MP em relação aos PP para as quatro DMP do presente estudo sugere que os resultados obtidos não são discrepantes do que ocorre durante a consulta. No entanto, como se trata de dados preliminares, esta regularidade fica como uma hipótese para ser mais bem avaliada em estudos posteriores.

A atuação médica em relação ao paciente portador do HIV constituiu-se de falas do médico que ocorrem na forma de recomendações, conselhos ou instruções para que o paciente possa aprender como se comportar em função de sua condição biológica

alterada pela presença do HIV. A partir dos dados da prática clínica podem-se descrever mais precisamente as funções de investigação e intervenção com relação aos medicamentos anti-retrovirais, assim como identificar as funções de atuação do médico que sinaliza estratégias a serem implementadas.

A baixa frequência das falas dos pacientes em comparação com as falas dos médicos pode ser resultante de variáveis associadas à condição de ser portador do HIV, ao nível socioeconômico-cultural do paciente, o receio de ser criticado no momento da consulta e mesmo a insegurança sobre como proceder após o diagnóstico, dentre outras. Os dados apresentados, neste caso, não seriam representativos do que ocorre em outros contextos ambulatoriais para outros tipos de tratamento.

A interação verbal entre o médico e o paciente durante a consulta pode contribuir para aumentar a adesão do paciente aos esquemas anti-retrovirais no sentido de: (a) preparar o paciente; (b) discutir o uso dos medicamentos antes de prescrevê-los; (c) esclarecer os prós e os contras da terapia; (d) explicar sobre os riscos da propagação do HIV; (e) emitir comportamentos verbais e não-verbais facilitadores de adesão, dentre outros. Os dados do presente estudo indicam que a atuação mais frequente dos médicos diante dos comportamentos dos pacientes foi a de solicitar informações adicionais ou confirmações com relação ao comportamento anterior do paciente com o intuito de obter informações relevantes sobre sua história de vida.

De modo geral, este estudo apresentou uma amostra do que realmente ocorre em uma consulta médica para o paciente portador do HIV, em nível de interação verbal médico-paciente, ocasião na qual as falas do médico se sobrepõem às falas do paciente.

Com efeito, cabe ao médico explicar ao paciente os comportamentos necessários, as conseqüências da não adesão e os benefícios da terapia.

Desse modo, faz-se necessário revisar a importância da terapia medicamentosa ao instruir, informar ou explicar procedimentos visando contribuir para a melhor adesão e as mudanças no comportamento do paciente portador do HIV.

Os medicamentos anti-retrovirais no tratamento dos pacientes portadores do HIV têm-se consolidado nos últimos dez anos como um tratamento eficaz e efetivo. Isto é observado, sobretudo, nos pacientes que aderem aos esquemas de tratamento indicados pelo médico, conferindo melhoria substancial na atenção aos pacientes de HIV/AIDS expostos aos riscos das doenças oportunistas.

É importante, todavia, declarar que os resultados obtidos são específicos para os arranjos das condições programadas para obtenção dos dados do presente estudo. Qualquer discussão ou implicação tirada a partir desses resultados é limitada ao conjunto de circunstâncias utilizadas para a obtenção dos dados aqui apresentados.

## Referências

- Abreu-Rodrigues, J. (2005). Variabilidade comportamental. In J. Abreu-Rodrigues M. R. Ribeiro (Orgs.), Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação. (pp. 189-210). Porto Alegre: Artmed.
- Acúrcio, F. A., & Guimarães, M. D. C. (1999). Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. Revista de Saúde Pública 33 (1) 73-84.
- American Psychiatric Association. (2005). Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos (C. Dornelles, C. Monteiro, & I. Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2004).
- Andrade, J. G., & Pereira, L. I. A. (Orgs.). (2003). Manual prático de doenças transmissíveis. 6ª ed. Goiânia: IPTSP-UFG.
- Antunes, M. C. (2003). Modelo de redução de risco em AIDS: avaliação de um projeto de prevenção com jovens. In M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, S. M. Oliane. (Orgs.), Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação. (Vol. 11). (pp. 326-339). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Balint, M. (1957/1984). O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Bassetti, S., Battegay, M., Furrer, H., Vanhems, P., Dassa, C., & Lambert, J. (1999). Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued? Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 21, (2) 114-5.

Baum W. M. (1999). Compreender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bayés, R. (1995). Sida y psicología. Barcelona: Martinez Roca.

Britto, I. A. G. de S., Oliveira, J. A. de, & Sousa, L. F. D. de. (2003). A relação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, V (2), 139-149.

Carr A. & Cooper, D. A. (1998). Gap between biology and reality in AIDS. Lancet 352, (16) 16 (suppl. IV).

Castro, E. K., & Remor, E. A. (2004). Aspectos psicossociais e HIV/Aids: Um estudo bibliométrico (1992-2002) comparativo dos artigos publicados entre Brasil e Espanha. Psicologia: Reflexão e Crítica, 17 (2), 243-250.

Catânia, A. C. (1999). Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Chiesa, M. (1994). Radical behaviorism: The philosophy and the science. Boston: Authors Cooperative Inc. Publishers.

Clough, L. A., D'Agata, E., Raffanti, S., & Chesney, M. A. (1999). Factors that predict incomplete virological response to protease inhibitor-based antiretroviral therapy. Clinical Infectious Disease 29, (32) 75-81.

Diretrizes para tratamento de HIV e AIDS. (2002). Hudson: Merck, Sharp & Dohme. (Cartaz). Disponível: <http://www.AIDSnovoshorizontes.com.br>

Duarte, L. da S. (2003). Análise de fatores associados à transmissão vertical do HIV 1 nos serviços de referência para HIV/AIDS, em Goiânia de 1995 a 2001. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Goiânia.

Elias, P. V. O. & Britto, I. A. G. de S. (2004). Categorias funcionais de intervenção aplicadas em contextos terapêuticos. In M. Z. da S. Brandão; F. C. de S. Conte; F. S. Brandão; Y. K. Ingberman; V. L. M. da Silva, & S. M. Oliani (Orgs.), Sobre comportamento e cognição - Contingências e metacontingências: contextos sócio-verbais e o comportamento do terapeuta. (Vol. 13). (pp. 424-437). Santo André: ESETec Editores Associados.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196, 129-136.

Feijó, R. D. F, & Neves Neto, A R. das. (2003). HIV/AIDS – aspectos psicológicos. In A. R. das Neves Neto (Org.). Psicoterapia cognitivo-comportamental: Possibilidade em clínica e saúde. (pp. 77-81). Santo André: ESETec Editores Associados.

Ferreira, A. B. de H. (Ed.). (1986). Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. (2. ed.). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

Greene, W. C. (1995). Molecular insights into HIV-1 infection. In M. A. Sande, & P. A. Volberding (Eds.), The medical management of AIDS. (pp.22-37). (4ª ed.). Disponível: <www.aegis.com>.

Guedes, M. L. (2001). O comportamento governado por regras na prática clínica: um início de reflexão. In R. A. Banaco (Org.), Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista. (Vol. 1). (pp. 136-141). (1ª ed.). Santo André: ESETec Editores Associados.

Holodiny, M. (1999). Editorial response: What is antiretroviral failure? Clinical Infectious Diseases 29, 82-84.

Houaiss, A., Villar, M. de S. & Franco, F. M. de M. (2001). Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva.

Jordan, M. da S., Lopes, J. F., Okazaki, E., Komatsu, C. L., & Nemes, M. I. B. (2000). Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: P. R. Teixeira, V. Paiva, & E. Shimma. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo (pp. 5-25). São Paulo: Nepaids.

Lucas, G. M., Chaisson, R. E., & Moore, R. D. (1999). Highly active antiretroviral therapy in a large urban clinic: Risk factors for virologic failure and adverse drugs reactions. Annals of Internal Medicine 131, (2) p. 81-87.

Malerbi, F. E. K. (2000). Adesão ao tratamento. In R. R. Kerbauy (Org.). Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisas e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico (Vol. 5). (pp. 148-153). Santo André: ESETec Editores Associados.

- Martelli C. M. T., & Andrade A. L. S. S. (1997). Epidemia de AIDS na Região Centro-Oeste. In: Ministério da Saúde. A epidemia de AIDS no Brasil: situação e tendências. (pp. 311). Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS.
- Matos, M. A. (2001). Comportamento governado por regras. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. 3 (2), 51-66.
- Ministério da Saúde. (1998). Secretaria de Políticas Públicas de Saúde/Coordenação Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico de AIDS. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2002). Boletim epidemiológico. Ano XV, n. 1, 48ª./2001 à 13ª./2002 semanas epidemiológicas, outubro de 2001 a março de 2002. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2004). Boletim epidemiológico. Ano I, n 1, 1ª à 26ª./2002 semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2004. Brasília.
- Monteiro, M. E. S. (2003). Adesão ao tratamento psiquiátrico de pacientes portadores de transtornos de ansiedade. M. Z. da S. Brandão; F. C. de S. Conte; F. S. Brandão; Y. K. Ingberman; V. L. M. da Silva, & S. M. Oliani (Orgs.), Sobre comportamento e cognição: Clínica, pesquisa e aplicação. (Vol. 12). (pp. 422-425). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Santos, J. G. W., Paracampo, C. C. P., & Albuquerque, L. C. de. (2004). Análise dos efeitos de histórias de variação comportamental sobre o seguimento de regras. Psicologia: Reflexão e Crítica, 17 (3), 413-425.
- SES-GO. (2002). Boletim epidemiológico DST/HIV/Aids. Ano 1, nº. 1, janeiro/fevereiro/março.

SES-GO. (2005). Setor de Vigilância Epidemiológica/HAA (HDT). Boletim epidemiológico. Ano I, n. 1, janeiro/março.

Skinner, B. F. (1953-2000). Ciência e comportamento humano. São Paulo: Martins Fontes.

Skinner, B. F. (1957-1978). O comportamento verbal. São Paulo: Cultrix.

Skinner, B. F. (1984). Seleção pelas conseqüências: uma análise teórica. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural.

Skinner, B. F. (1991). Questões recentes na análise comportamental. Campinas: Papyrus.

Sousa, R. F. de. (2003). Prevalência da não adesão ao tratamento com medicamentos anti-retrovirais para HIV/AIDS e fatores associados, em pacientes atendidos no Hospital de Doenças Tropicais no município de Goiânia-GO. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

Staats, A. W. (1996). Behavior and personality: Psychological behaviorism. New York: Springer Publishing Company.

Starling, R. R. (2001). Análise funcional da enfermidade: um quadro conceitual analítico comportamental para orientar intervenções psicológicas em contextos médicos. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade. (Vol. 8). (pp. 262-294). Santo André: ESETec Editores Associados.

Teixeira, P. R., Paiva, V. & Shimma, E. (2000). Ta difícil de engolir?: Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. Programa Estadual DST/AIDS-SP. São Paulo. Nepaids. 148 p.

UNAIDS/ONU. (2002). AIDS epidemic update December 2002. s.l.: World Health Organization. Disponível: [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

Vázquez, I. A., Rodríguez, C. F., & Álvarez, M. P. (1998). Manual de psicología de la salud. Ediciones Pirámide: Madrid.

Vitória, M. A. de A. (n.d.). Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Disponível: <http://www.AIDS.gov.br/assistencia/Adesaoarv.html>.

Zampieri, A. M. F. (1996). Sociodrama construtivista da AIDS. Método de construção grupal na educação preventiva da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Campinas: Editorial Psy.

## **Anexos**



**Anexo 2****Folha de Registro para Comportamentos Verbais e Não-verbais do DMP-PP**

<b>Categoria</b>	<b>Ocorrência do relato</b>				
	<b>DMP1</b>	<b>DMP2</b>	<b>DMP3</b>	<b>DMP4</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>					

**Anexo 3****Folha de Registro da Relação Médico-Paciente para registro das categorias comportamentais referentes à relação médico-paciente**

<b>Categoria</b>	<b>Ocorrência do relato</b>				
	<b>DMP1</b>	<b>DMP2</b>	<b>DMP3</b>	<b>DMP4</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>					

**Anexo 4****Folha de Registro da Frequência de Emissões Verbais do MP**

<b>Categoria</b>	<b>Ocorrência do relato</b>				
	<b>DMP1</b>	<b>DMP2</b>	<b>DMP3</b>	<b>DMP4</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>					

**Anexo 5****Folha de Registro da Frequência de Emissões Verbais do PP**

<b>Categoria</b>	<b>Ocorrência do relato</b>				
	<b>DMP1</b>	<b>DMP2</b>	<b>DMP3</b>	<b>DMP4</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>					

## Anexo 6

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO(A) MÉDICO(A)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) em uma investigação científica sobre a importância da relação médico x paciente para estimular a adesão de pacientes portadores do HIV ao tratamento com medicamentos anti-retrovirais. Você será esclarecido(a) sobre as etapas desta pesquisa. Caso aceite participar da investigação, você assinará ao final deste documento, que lhe é apresentado em duas vias. Uma via é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não terá nenhum tipo de prejuízo.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

**Título do Projeto:** Análise dos comportamentos e da adesão aos medicamentos anti-retrovirais em contextos hospitalares: a interação médico(a) x paciente.

**Profissionais responsáveis:** Profa. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto, doutora em Psicologia, professora da Universidade Católica de Goiás, e Profa. Ceres Regina Dias Fernandes, psicóloga clínica, professora da Universidade Católica de Goiás e mestranda do Curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, que estarão disponíveis para esclarecer suas dúvidas através do telefone 249-3122, das 8:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h de segunda a quinta feira.

**Descrição da pesquisa:** O presente estudo tem como objetivo contribuir para a qualidade do serviço oferecido à população do Estado de Goiás estudando a interação entre o(a) paciente portador(a) do HIV registrado(a) e tratado(a) no Hospital Dr. Anuar Auad (HDT) e a equipe médica desta instituição hospitalar e sua influência sobre a adesão dos pacientes soropositivos ao tratamento e aos medicamentos anti-retrovirais.

**Procedimento da pesquisa:** Se você concordar em participar desta investigação, serão feitas filmagens de três consultas suas com seu(ua) paciente no ambulatório do HDT, sem a presença de qualquer outra pessoa no recinto.

**Participação:** Sua participação é voluntária, iniciando-se mediante a assinatura deste documento. Você poderá recusar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

**Confidencialidade:** Todos os dados da presente pesquisa serão confidenciais e somente usados pelos pesquisadores responsáveis para fins científicos. Nenhum nome ou resultado individual será divulgado, permanecendo em total sigilo.

**Benefícios:** Esta pesquisa objetiva fornecer dados que auxiliem os pesquisadores e médicos no acompanhamento do quadro de infecção de pacientes infectados pelo HIV, visando contribuir para sua manutenção de qualidade de vida.

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO(A) MÉDICO(A)**

Eu, \_\_\_\_\_,  
fui informado(a) sobre a pesquisa “Análise dos comportamentos e da adesão aos medicamentos anti-retrovirais em contextos hospitalares: a interação médico(a) x paciente” e consinto em dela participar como voluntário(a), sabendo que três de minhas consultas com meus(inhas) pacientes serão filmadas. Concordo, inclusive, com a possível publicação dos resultados desta pesquisa em forma de dissertação, resumos e/ou artigos científicos publicados em periódicos especializados.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) médico(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Local e data: \_\_\_\_\_

## Anexo 7

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO(A) PACIENTE**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) em uma investigação científica sobre a importância da relação médico x paciente para estimular a adesão de pacientes portadores do HIV ao tratamento com medicamentos anti-retrovirais. Você será esclarecido(a) sobre as etapas desta pesquisa. Caso aceite participar da investigação, você assinará ao final deste documento, que lhe é apresentado em duas vias. Uma via é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não terá nenhum tipo de prejuízo.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

**Título do Projeto:** Análise dos comportamentos e da adesão aos medicamentos anti-retrovirais em contextos hospitalares: a interação médico(a) x paciente.

**Profissionais responsáveis:** Profa. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto, doutora em Psicologia, professora da Universidade Católica de Goiás, e Profa. Ceres Regina Dias Fernandes, psicóloga clínica, professora da Universidade Católica de Goiás e mestranda do Curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, que estarão disponíveis para esclarecer suas dúvidas através do telefone 249-3122, das 8:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h de segunda a quinta feira.

**Descrição da pesquisa:** O presente estudo tem como objetivo contribuir para a qualidade do serviço oferecido à população do Estado de Goiás estudando a interação entre o(a) paciente portador(a) do HIV registrado(a) e tratado(a) no Hospital Dr. Anuar Auad (HDT) e a equipe médica desta instituição hospitalar e sua influência sobre a adesão dos pacientes soropositivos ao tratamento e aos medicamentos anti-retrovirais.

**Procedimento da pesquisa:** Se você concordar em participar desta investigação, serão feitas filmagens de três consultas suas com seu(ua) médico(a) infectologista no ambulatório do HDT, sem a presença de qualquer outra pessoa no recinto.

**Participação:** Sua participação é voluntária, iniciando-se mediante a assinatura deste documento. Você poderá recusar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo a seu atendimento habitual para tratamento da infecção pelo HIV.

**Confidencialidade:** Todos os dados da presente pesquisa serão confidenciais e somente usados pelos pesquisadores responsáveis para fins científicos. Nenhum nome ou resultado individual será divulgado, permanecendo em total sigilo. O(A) paciente terá acesso a seus resultados a qualquer tempo.

**Benefícios:** Esta pesquisa objetiva fornecer dados que auxiliem os pesquisadores e médicos no acompanhamento do seu quadro de infecção pelo HIV e de outros pacientes soropositivos, visando contribuir para sua manutenção de qualidade de vida. Ela não garante, porém, alteração na evolução de sua infecção/doença.

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO(A) PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_,  
fui informado(a) sobre a pesquisa “Análise dos comportamentos e da adesão aos medicamentos anti-retrovirais em contextos hospitalares: a interação médico(a) x paciente” e consinto em dela participar como voluntário(a), sabendo que três de minhas consultas com meu(inha) médico(a) infectologista serão filmadas. Concordo, inclusive, com a possível publicação dos resultados desta pesquisa em forma de dissertação, resumos e/ou artigos científicos publicados em periódicos especializados.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Local e data: \_\_\_\_\_

## Anexo 8

## Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética



Protocolo nº 013/2003

Goiânia, 20 de Dezembro de 2003.

Pesquisadora: Ceres Regina Dias Fernandes

O Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Anuar Auad/HDT, informa que o Projeto de Pesquisa, intitulado: “Análise dos Comportamentos e Adesão aos Medicamentos Anti-retrovirais em Contexto Hospitalar: A interação médico(a) x paciente”, foi analisado e aprovado por esta Comissão no dia 15 de dezembro de 2003.

Solicitamos encaminhamento de relatórios periódicos a esta Comissão, informando sobre o andamento da pesquisa e resultados.

Atenciosamente,

**Célia Rita de Oliveira Paes**  
Coordenadora da Comitê em Pesquisa/HDT

**MISSÃO:** Oferecer assistência especializada na área de Doenças Infecciosas, dentro do contexto da Saúde Pública visando à reintegração do paciente e Promover conhecimento científico.

**MISSÃO:** Ser um serviço de excelência em Infectologia, uma das referências nacionais no tratamento de doenças infecciosas, pontando-se pela alta resolutividade diagnóstica e terapêutica.

**HOSPITAL ANUAR AUAD - H.D.T.** Av. Contorno Nº. 3556 - Jardim Bela Vista - Goiânia - Goiás  
Telefone / Fax: (0XX62 - 249 3122) - E. mail - hospital hdt@cultura.com.br