

# ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTI-RETROVÍRICA: UMA META PSICOTERAPÊUTICA

(2006)

**Renata Sofia Dias Margalho Pires**

Psicóloga Clínica do Serviço de Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Portugal)

**Email:**

[renatamargalho@gmail.com](mailto:renatamargalho@gmail.com)

---

## RESUMO

A infecção por VIH/Sida é um fenómeno que é uma realidade bio-psico-social. Neste sentido o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida tem uma história marcada por uma dimensão estigmatizadora que muitas das vezes se intersecta com reacções ao diagnóstico, vulnerabilidades individuais, dimensões sócio-culturais e traços de personalidade.

Para obter ganhos efectivos no processo de tratamento a adesão à terapêutica anti-retrovírica é um factor decisivo de sucesso. Contudo o que se verifica frequentemente é um padrão de não adesão que traduz consequências a diversos níveis – individuais, sociais e económicos. As consequências de um padrão de não cumprimento, na infecção pelo VIH, comprometem opções futuras de tratamento. Neste contexto, pretendemos salientar o papel da Psicologia Clínica, em particular a promoção do comportamento de adesão como foco terapêutico.

**Palavras-chave:** VIH, adesão, psicopatologia

O vírus da imunodeficiência humana, VIH, foi isolado e identificado no início dos anos 80, após o surgimento de alguns quadros clínicos invulgares, nomeadamente 5 casos de pneumonia rara, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, e vários casos de um tumor de pele, o Sarcoma de Kaposi, em homossexuais. Inicialmente, a nova doença ficou conhecida como *Syndrome gay related*, na medida em que os primeiros casos surgiram na população homossexual, evidenciando-se desde cedo a influência dos factores sociais na determinação da doença. Estes indivíduos apresentavam um conjunto de características comuns, tais como o de serem “*previamente saudáveis, sofrerem de quadros clínicos pouco frequentes, mas de marcada gravidade, e de apresentarem uma deficiência imunitária acentuada. A suspeita de se tratar de uma nova doença infecciosa, com provável transmissão por contágio íntimo, provavelmente sexual*” (Lecour, 2004, p.17; cit. Lecour, Sarmento & Castro, 2004).

A infecção pelo VIH desde cedo foi acompanhada por processos de estigmatização associados, frequentemente, a comportamentos de risco ao nível da sexualidade e consumos de substâncias psicoactivas facilitando o reforço das representações negativas sobre a doença.

Porém, o aparecimento de manifestações da doença em indivíduos que tinham recebido transfusões de sangue, em hemofílicos, em toxicod dependentes e em parceiros sexuais de infectados permitiu desenvolver um estudo mais detalhado das possíveis causas da doença, contribuindo ainda para um despertar de novos conhecimentos. Ainda nesta altura, o HIV começa a ser identificado na comunicação social como a doença dos 4H, isto é, como a doença dos homossexuais, heroínamos, haitianos e hemofílicos. Mais tarde, surgem os primeiros casos em mulheres, contrariando a ideia da doença existir, apenas, em determinados grupos específicos (Lecour, 2004; Taveira, 2004). No entanto, dificilmente se conseguia esbater as atribuições catastróficas sobre a doença. O diagnóstico de seropositividade implicava uma “morte anunciada”, em que de forma insidiosa e célere se assistia a um processo de deterioração físico e psicológico.

Com o surgimento da terapêutica anti-retrovírica de alta eficácia várias foram as vantagens que surgiram, desde o aumento da esperança de vida, uma melhoria na qualidade de vida dos doentes, uma redução clínica significativa do nível de viremia e aumento dos linfócitos CD4+. Esta terapêutica apesar de ser um tratamento farmacológico, tem implicações de natureza psicoterapêutica na medida em que, exige a influência de pressupostos cognitivos, emocionais e motivacionais.

A matriz psicológica subjacente ao comportamento de adesão à terapêutica anti-retrovírica não descuida, antes pelo contrário, tem em consideração a questão da relação terapêutica como factor preditivo da própria adesão. É exigido uma participação do doente para ser alcançado o sucesso terapêutico. Estão subjacentes expectativas elevadas em relação ao aumento da esperança de vida, processos de comunicação entre doente e clínico, que são forças

motivadoras para o doente colaborar (Kalichman, 1999). O fenómeno da adesão pode ser caracterizado como um processo dinâmico e com implicações ao nível das interacções comportamentais e inter-relacionais (Penedo, Gonzalez, Dahn, Antoni, Malow, Costa, Schneiderman 2003; Tsasis, 2001).

Efectivamente existem factores clínicos, sociais e psicológicos que interferem com o processo de adesão. Salientam-se os efeitos secundários da medicação, a complexidade do regime farmacológico, a prescrição da toma da medicação a longo termo, o aparecimento de mutações de resistência, a idade do doente, o nível educacional, os traços de personalidade dos sujeitos, apoio sócio-comunitário, funcionamento cognitivo e emocional, rede de suporte pessoal e social (Murphy, Roberts, Martin, Marelich, Marelich, & Hoffman, 2000; Tate, Paul, Flanigan, Tashima, Nash, Adanir, Boland, Cohen, 2003).

Vários factores estão associados a um padrão comportamental predictivo de drop-out, ou seja, antecipação do não cumprimento do regime terapêutico, toma de doses incorrectas, toma da medicação a horas erradas, não compreensão das instruções do clínico, esquecimentos e auto-manejo da terapêutica para gerir efeitos secundários e toxicidade (Chesney, 2003). Ainda em relação aos factores de risco verifica-se que o consumo imoderado de bebidas alcoólicas contribui para comportamentos de não adesão, referindo, a maioria dos estudos a existência de comorbilidade entre alcoolismo e toxicoddependência (Cinti, 2000, Vitiello, Vitkovic, 1997, Treisman, Fishman, Lyketsos, McHugh, 1994).

Para melhorar a eficácia do projecto terapêutico em doentes seropositivos, é necessário articular numa dinâmica multidisciplinar. Dada a complexidade multifactorial que estrutura o tratamento anti-retrovírico, variáveis de diversa ordem podem contribuir para uma boa adesão.

A intervenção psicoterapêutica permite elaborar objectivos terapêuticos que podem contribuir para uma melhor qualidade de vida dos doentes e bem-estar emocional. Assim, importa referir a necessidade de reforçar o comportamento de adesão à terapêutica, a gestão dos sintomas (fulcral na medida em que os efeitos secundários são frequentemente causa do abandono da toma da medicação), prevenção de recaída ao nível de comportamentos de risco, acompanhamento e tratamento de psicopatologia, nomeadamente, perturbação do humor (Gordillo, 1999; Arranz, & Albornoz, 1994).

Neste contexto, existem diversas etapas que merecem actuações distintas. Num primeiro momento, o da reacção ao diagnóstico, é importante que o Psicólogo Clínico clarifique as distorções cognitivas, explore a existência de comportamentos de risco e forneça informação acerca da infecção pelo VIH no sentido de promover alterações comportamentais (prevenção de transmissão). Ainda é relevante avaliar a existência e/ou a eventual progressão de reacções psicopatológicas (Arranz, & Albornoz, 1994, Kaine, 1995).

No decorrer do processo de adaptação à doença crónica devemos considerar como principais objectivos psicoterapêuticos a promoção de adesão à terapêutica, promoção de

estratégias de *coping* focalizadas na facilitação da expressão emocional, (re) definição do conceito de qualidade de vida e consequente ajuste comportamental através de promoção de significados funcionais e adaptativos. Ainda devemos ter em consideração a intervenção ao nível das reacções psicopatológicas, sendo frequentes as perturbações de humor e ansiedade. (Sicard, 1997; Stein, Solomon, Herman, Anderson, Miller, 2003).

A prática clínica com doentes infectados pelo VIH tem evidenciado a importância dos factores psicopatológicos associados à problemática da seropositividade. Esta realidade coloca num primeiro plano a necessidade de clarificar a natureza destas relações. É importante distinguir entre perturbação mental prévia à infecção pelo VIH e as eventuais reacções psicopatológicas, associadas, ou não, a essa perturbação prévia, após infecção.

De qualquer modo, parece ser mais ou menos consensual (Treisman & Angelino, 2004; Stoff, 2004), que a população portadora de perturbação mental é mais vulnerável à infecção pelo VIH, pois a desorganização comportamental e a diminuição da capacidade de autocontrolo, implícitas a essas perturbações, são factores suficientes para promover um aumento do risco de infecção e de morbilidade (Louro, 1997; Palombi, Mancinelli, Liotte, Narciso & Marazzi, 1997; Vitiello & Vitrovic, 1997; Laureano & Matos Cabeças, 2004; Rabkin, McElhiney & Ferrando, 2004; Lyketsos, Fishman, Hotton, Cox, Hobbs, Spolen, Hunt, Driscoll & Treisman, 1997).

A avaliação da adesão ao tratamento é, portanto, um processo difícil, devido à inexistência de instrumentos psicométricos adequados, objectivos e devidamente validados à população portuguesa. Os métodos de avaliação mais frequentes são as narrativas do doente, os registos clínicos diários, a contagem de comprimidos e a observação de indicadores biológicos (contagem de CD4 e viremia). Existem, ainda, os registos de monitorização informática, o sistema electrónico de monitorização (MEMS) que permite o controlo da frequência e horário da toma. Este é, contudo, um método dispendioso e de difícil acesso (Tsasis, 2001; Miller, Ron & Hays, 2003; Cinti, 2000; Laurence, 2001).

Alguns autores (Chesney, 2003) consideram que os auto-relatos são a forma mais utilizada de avaliação da adesão, devido à facilidade de recolha de informação, rapidez e redução de custos económicos. Contudo, consideram que na exploração do cumprimento, ou não, do esquema terapêutico, a validade da resposta dada pelo doente é a questão mais sensível. Nestas situações, é relativamente frequente que as respostas dadas se aproximem daquilo que o paciente considera ser a resposta “desejável”, omitindo certos “esquecimentos”, ou mesmo o abandono completo da medicação. Devemos também ter em consideração que devido a enviesamentos cognitivos, mais frequente ao nível da memória, muitos doentes que usualmente são cumpridores, não recordam as circunstâncias de não cumprimento (Simoni, Kurth, Pearson, Pantalone, Merrill, Frick 2006; Walsh, Mandelie & Gazzard, 2002).

Apesar dos princípios orientadores da terapêutica anti-retrovírica, o facto é que o não cumprimento dos mesmos torna-se um factor delicado que merece ser analisado e solucionado.

Neste sentido, a motivação do doente para integrar o processo de tratamento deve ser tida em consideração, bem como todos os benefícios associados a uma intervenção psicoterapêutica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Kalichman, S. (1999, 2ed.). *Understanding AIDS: advanced in research and treatment*. CIP Washington.

Treisman, G.; & Angelino, A. (2004). *The Psychiatry of Aids- a guide to diagnoses and treatment*. Johns Hopkins University Press. USA

Penedo, J.F., Gonzalez, J.S., Dahn, J.R., ANtoni, M., Malow, R., Costa, P., Schneiderman, N. (2003) Personality, quality of live and HAART adherence among men and women living with HIV/Aids. *Journal of Psychossomatic Research*, 54, 271-278.

Cinti, S., K.(2000). Adherence to antiretrovirals in HIV disease. *Aids Reader*. 10 (12), 709-717. Retirado em 15 de Junho de 2004 de <http://www.medscape.com>

Tate, D.; Paul, R.; Flanigan, T.; Tashima, K; Nash, J.; Adanir, C; Boland, R.; Cohen, R. (2003). The impact of apathy and depression on quality of life in patients infected with HIV. *Aids Patient Care and STD's*, Vol 17, nº3, 115-120.

Chesney, M. (2003). Adherence to HAART regims. *Aids Patient Care and STD's*, Vol 17, nº4, 169-177.

Tsasis, P. (2001). Adherence Assessment to highly active antiretroviral therapy. *Aids Patient Care and STD's*, Vol 15, nº3, 109-115.

Gordillo, V.; Amo, J.; Soriano, V.; González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *Aids*, 13, 1763-1769.

Simoni, J., M., Kurth, A., E., Pearson, C., R., Pantalone, D., W., Merrill, J., O., Frick, P., A. (2006) Self-report measures of antiretroviral therapy adherenc: a review with recommendations for HIV research and clinical management. *Aids and Behavior*, Vol.10, nº3, 227-245.

Lecour, H. (2004). História de uma epidemia. In. Lecour, H & Sarmiento e Castro, R (Ed.), *Infecção VIH/Sida: 2º Curso de Pós-Graduação HIV*, (209-220). V.Nova de Famalicão, Glaxo Smith Kline Press.

Taveira, N. (2004). Etiologia da infecção pelo VIH. In. Lecour, H & Sarmiento e Castro, R (Ed.), *Infecção VIH/Sida: 2º Curso de Pós-Graduação HIV*, (209-220). V.Nova de Famalicão, Glaxo Smith Kline Press.

Lyketsos, C., Fishman, M., Hutton, H., Cox, T., Hobbs, S., Spoler, C., Hunt, W., Driscoll, J., Treisman, G.. (1997). The effectiveness of Psychiatric Treatment for HIV-Infected Patients. *Psychosomatics*, 38, 423-432.

Vitiello, B.; Vitkovic, L.(1997). The links between infections and psychiatric diseases. *Psychiatric & Mental Health Journal*. 2(2) 68-76. Retirado em 14 de Outubro de 2003 de <http://www.medscape.com>

Stoff, D. (2004) Mental Health research in HIV/aids and aging: problems and prospects. *Aids*, 18 (supply 1) 3-10.

Rabkin, J.; McElhiney, M.; Ferrando, S. (2004). Mood and substance use disorders in older adults with HIV /Aids: methodological issues and preliminary evidence. *Aids*, 18, (suppl 1) 43-48.

Laurence, J. (2001). Adhering to antiretroviral therapies. *Aids Patient care and STDs*, Vol 15, N°3, 107-109.

Louro, C., Z. (1997). Disfunções Neuropsiquiátricas e Psicológicas na Infecção pelo HIV. *Revista de Epidemiologia*, 11, (Suplemento 5 Arquivos de Medicina), 16-19.

Murphy, D.; Roberts, K.; Martin, D.; Marelich, D.; Marelich, W. & Hoffman, D. (2000). Barriers to antiretroviral adherence among HIV infected adults. *Aids Patient Care and STD's*, Vol 14, nº1, 47-58.

Walsh, J., C., Mandalia, S.& Gazzard, B., G (2002). Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *Aids* Vol 16, 269-277.

Miller, L.G., Ron, D. & Hays, A. Adherence to combination antiretroviral therapy: synthesis of the literature and clinical implications. *Aids Read*, 10(3), 177-185. Retirado a 14 de Outubro de 2003 de <http://www.medscape.com>

Palombi, L., Mancinelli, S., Liotta, G., Narciso, P., & Marazzi, M., C. (1997). The impact of socio-economic factors, mental health and functional status on survival in a sample of AIDS patients. *AIDS Care*, Vol. 9, N°6, 671-680.

Sicard, D.(1997) Pseudo-pathologies infectieuses des états anxio-dépressifs. *L'encephale du praticien*. 12, 14-17.

Stein, M.; Solomon, D.; Herman, D.; Anderson, B. & Miller, I. (2003). Depression severity and drug injection HIV risk behaviors. *American Journal of Psychiatry*. September, vol.160, 1659-1665

Arranz, P. & Albornoz, C. (1994). Intervención Psicológica en niños y adultos afectados de Sida . *Revista de Psicología General Y Aplicada*, 47 (2), 183-191.