

DETERMINANTES DA ADESÃO EM DOENTES INFECTADOS PELO VIH

(2007)

Margalho R, Velez J, Guzmán D, Oliveira J, Saraiva da Cunha JG, Meliço-Silvestre AA
Departamento de Doenças Infecciosas – Consulta de Imunodeficiência
Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal

Email:
renatamargalho@gmail.com

RESUMO

A infecção pelo VIH, devido à sua relevante expressão epidemiológica, é uma preocupação social e de Saúde Pública significativa. A TARV veio contribuir para uma melhoria da qualidade de vida dos doentes, embora exija destes uma participação activa no processo de tratamento.

Assim, realizou-se o presente estudo com o objectivo de identificar eventuais determinantes de adesão à TARV. Neste sentido avaliaram-se 100 doentes, maioritariamente do sexo masculino (73%), com média de idades de 38,2 anos ($\pm 10,3$), sendo 93% infectados pelo VIH1 e 7% pelo VIH2.

Os resultados mostram que 68% dos doentes cumprem a TARV. A estrutura de apoio mais referenciada é a família. Dos doentes com relação afectiva com compromisso, 68% não partilharam a informação do diagnóstico, apesar de considerarem importante o rastreio. Sessenta por cento dos doentes tinham internamento prévio em Psiquiatria, com diagnóstico clínico predominante de toxicodependência. Um total de 26% apresentava score sugestivo de défice neurocognitivo. Relativamente a informação sobre a doença, observámos que os doentes têm poucos conhecimentos mas desejam estar melhor informados.

Este estudo permite-nos reflectir sobre as variáveis que condicionam o comportamento de adesão, verificando que a comorbilidade psicopatológica, a falta de informação sobre a doença e a dificuldade de adaptação à cronicidade da doença são factores influentes. Neste contexto devemos actuar para melhorar o comportamento de adesão e consequente optimização da qualidade de vida.

Palavras-chave: VIH, Adesão, Neurocognição

1. INTRODUÇÃO

A infecção pelo VIH tem importantes repercussões a nível social, económico e pessoal. De acordo com a UNAIDS estão infectadas, em Portugal e até ao ano de 2006, 32.000 pessoas, sendo que 1.300 são mulheres. O surgimento e evolução da TARV proporcionaram condições de tratamento eficazes, que por sua vez permitiram um aumento da esperança e qualidade de vida dos doentes, adiando (ou evitando) o processo de deterioração física e psicológica inicialmente associada a esta patologia (UNAIDS, 2006).

A adesão à TARV é o factor predominante para o sucesso do tratamento. Os objectivos desta terapêutica são a restauração do sistema imunitário afectado e a supressão vírica mantida (Spire et al, 2002; Roberts et al, 2002; Benny, Kahn & Cooper, 1996; Cameron, Heath-Choizzi & Knerick, 1996; Tsasis et al, 2001). Neste contexto, é exigido um comportamento de adesão rigoroso, *“uma toma de pelo menos 90 a 95% das doses é necessária para se conseguir a supressão do VIH abaixo do limiar de detecção”* (Patterson, 2002).

Tsasis et al (2001), referem que a adesão é menor na fase assintomática da doença. Este padrão comportamental acarreta maior risco de aparecimento de resistências, maior taxa de infectividade e maior probabilidade de doenças oportunistas (Chesney, 2003).

O comportamento de adesão implica processos de decisão associados a fenómenos cognitivos e emocionais, uma vez que depende não só do cumprimento da prescrição *per se*, mas também da aceitação das consequências desse comportamento, ou seja, da gestão de eventuais efeitos secundários e alterações do estilo / rotinas de vida diárias.

Dada a complexidade que estrutura o processo de tratamento anti-retrovírico, vários factores podem contribuir para uma boa adesão. Entre estes destacam-se as crenças e educação para a Saúde, o suporte social e a intervenção psicoterapêutica, um funcionamento cognitivo-intelectual normativo, uma rede de suporte pessoal e social adequada, o diagnóstico precoce, a ausência de comportamentos de risco e os conhecimentos ajustados sobre a doença (Boyle, 2000).

Importa ainda salientar os parâmetros inter-relacionais no *setting* clínico. A demonstração por parte do doente de uma atitude motivada perante a doença e tratamento condicionam, de forma positiva, a relação terapêutica, reflectindo-se num comportamento de adesão adequado.

De acordo com a literatura, as variáveis que contribuem para a não-adesão incluem a história prévia de doença mental e/ou neurológica, o consumo de substâncias psicoactivas, um funcionamento cognitivo-intelectual pobre, uma estrutura de apoio pessoal e social deficitária e um baixo nível de escolaridade (Wenger et al, 1999; Chesney, 1997; Haubrich, Little & Currier, 1999 in Cinti, 2000; Carpenter et al, 1997; Singh et al, 1994; Tsasis, 2001).

Actualmente sabe-se que o primeiro tratamento anti-retrovírico instituído é o que tem maior probabilidade de sucesso duradouro, sendo fundamental desenvolver comportamentos de adesão nesta fase da actuação clínica. As variáveis motivacionais, cognitivas e clínicas devem conjugar-se no sentido de contribuir para um adequado padrão de cumprimento. Neste sentido, os objectivos do presente estudo são a identificação de determinantes de adesão à TARV e, em particular avaliar, de uma maneira descritiva e exploratória, a influência das variáveis sócio-demográficas, cognitivas e psicopatológicas.

2. MÉTODOS

Os doentes foram encaminhados pelos respectivos médicos assistentes para a Consulta de Psicologia Clínica, sendo o motivo deste encaminhamento a avaliação dos determinantes de adesão.

Os doentes incluídos no estudo eram portadores do VIH e com seguimento em Consulta de Imunodeficiência. As variáveis de exclusão eram a existência de regime de detenção judicial e/ou a existência de sintomatologia psicopatológica activa.

2.1. Amostra e sua Caracterização

Participaram no estudo 100 doentes. Destes, 73% eram do sexo masculino, com uma média de idades de $38,2 \pm 10,3$ anos e maioritariamente caucasóides (80%). Predominava a infecção pelo VIH₁, em 93% dos doentes. Relativamente ao estado civil, 44% eram casados, 37% solteiros, 13% divorciados e 6% viúvos. A escolaridade média era de 6,1 anos ($\pm 2,9$). No que concerne ao estatuto profissional, 64% estavam empregados e 36% não tinham ocupação fixa. Observamos que 21% dos doentes beneficiavam de apoio comunitário e/ou programas ocupacionais, 12% de suporte a nível alimentar e 6% residiam numa instituição. A maioria dos doentes, 60%, não beneficiava de qualquer tipo de apoio sócio-comunitário. No que concerne à história prévia, 57% não tinham história de doenças oportunistas.

2.2. Instrumentos de avaliação

Dimensões Psicopatológicas: Inventário Breve de Sintomas (*Brief Symptom Inventory* – BSI). É um instrumento psicométrico construído a partir da Lista de Sintomas de Hopkins Revista (SCL-90 R), constituído por 53 itens e de auto-resposta numa escala tipo *Likert*, classificada de “nunca” (0) a “muitíssimas vezes” (4). Tem como função avaliar sintomas psicopatológicos através de nove dimensões básicas e três de índices globais, ou seja, por

intermédio de avaliações sumárias da perturbação emocional. Neste estudo foi utilizada a tradução portuguesa (Canavarro, 1999). De acordo com Derogatis (1982, *in* Canavarro, 1999) as nove dimensões são somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Em termos de qualidades psicométricas, o BSI apresenta níveis adequados tanto na fidelidade teste-reteste, como na consistência interna. Derogatis e Savitz encontraram α de Cronbach's que variam de 0,71 para o Psicoticismo e 0,85 para a Depressão.

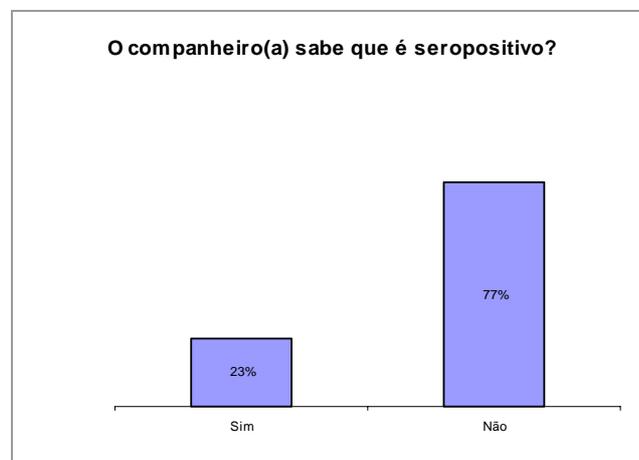
Dimensões Neurocognitivas: avaliação breve do estado mental, realizada através do Mini Mental State. Este identifica o enfraquecimento cognitivo, contudo não constitui instrumento de diagnóstico. O questionário é constituído por várias categorias que avaliam diferentes determinantes cognitivos: orientação, atenção e cálculo, memória de evocação e retenção, linguagem e construção visuo-espacial. É um instrumento de fácil aplicação, nomeadamente em indivíduos com idade superior a 40 anos.

Dimensões Comportamentais e Cognitivas: questionário de informação sócio-demográfica, indicadores do padrão de estilo de vida e conhecimento sobre a doença. Foi também aplicado um questionário de avaliação de adesão ao tratamento anti-retrovírico.

3. RESULTADOS

Os resultados relativos a parâmetros comportamentais mostram que 77% dos doentes, com relação afectiva com compromisso, não partilharam informação sobre a infecção pelo VIH com o(a) companheiro(a).

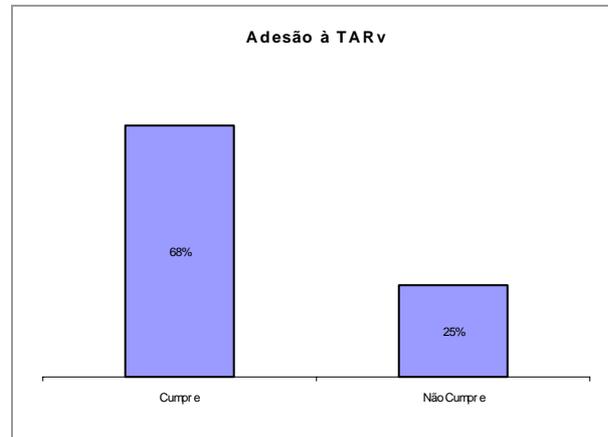
Gráfico 1: Parâmetros Comportamentais: Partilha de Informação



Dos doentes analisados, 93% estava sob TARV; 7% tinham o tratamento suspenso por motivos clínicos.

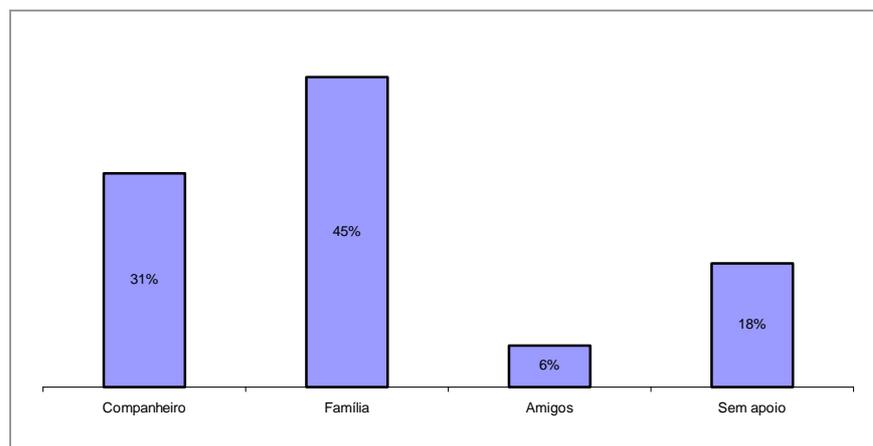
Dos doentes com TARV prescrita, apenas 68% referem cumpri-lo de forma adequada.

Gráfico 2: Parâmetros Comportamentais: Adesão



Relativamente ao suporte emocional verificamos que grande parte dos doentes, 45%, referem como fonte de suporte a família, 31% referem o(a) companheiro(a), 6% referem os amigos e 18% não referem fonte definida de apoio emocional.

Gráfico 3: Figuras de Suporte Emocional



O tempo médio de infecção encontrado foi de $3,2 \pm 2,4$ anos.

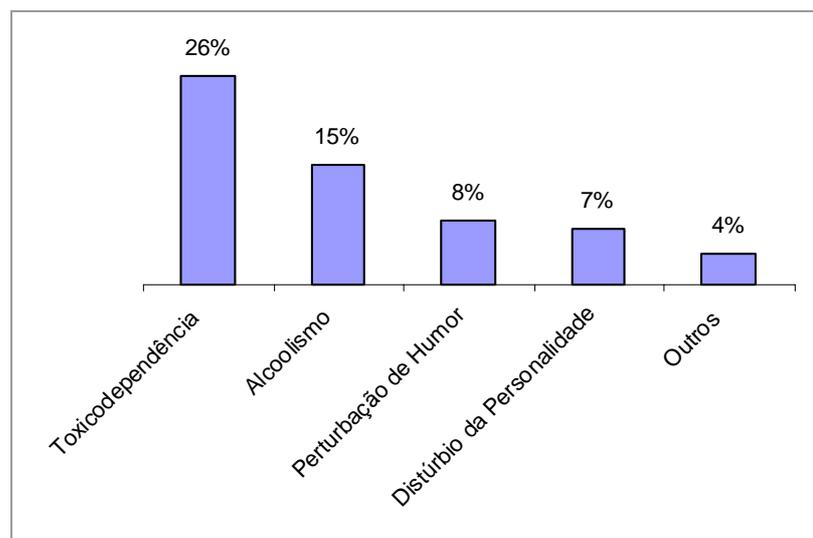
No que concerne aos esquemas terapêuticos em utilização, verificou-se que 71,7% dos doentes referiam tomar medicação duas vezes ao dia e 26,3% tinham esquemas com mais de duas tomas diárias.

Relativamente ao conhecimento sobre a infecção elaboraram-se várias questões. Os dados coligidos mostraram que o conhecimento da doença é pobre, salientando-se que apenas 37% sabiam o significado da sigla VIH e 74% não reconhecem as vias de transmissão da doença. Na exploração da associação entre doença e necessidade de tomar medicação, ou seja, na questão “*Todos os doentes infectados têm de tomar TARV?*” apenas 35% responderam correctamente. A grande maioria (98%) sabia não existir cura definitiva para a doença. Ainda neste contexto, verificou-se que 63% dos doentes não se sentem inibidos em pedir esclarecimentos sobre a doença e, inclusivamente, 77% gostavam de estar melhor informados.

Avaliando a sensibilidade para o rastreio verificámos que 82% consideram importante rastrear o companheiro.

Na amostra analisada aferiu-se que 60% dos doentes já tiveram internamentos em Psiquiatria, sendo o diagnóstico mais frequente a perturbação de dependência de substâncias: 26% referem internamento devido a uso de drogas ilícitas, 15% por alcoolismo, 8% por perturbação do humor, 7% por distúrbio da personalidade e 4% por outros diagnósticos.

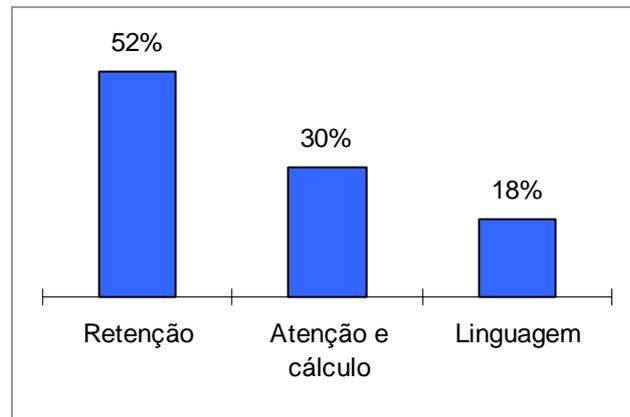
Gráfico 4 : Comorbilidade Psicopatológica



Dos parâmetros relacionados com os indicadores do estilo de vida, verificaram-se dificuldades no padrão de sono e consumo de substâncias psicoactivas (principalmente haxixe), em 64% e 63% dos casos, respectivamente. Do total dos doentes, 52% consideram ter um padrão de alimentação adequado. A maioria (59%) terá tempo para despender em actividades de lazer.

Relativamente aos domínios neurocognitivos, observamos que 74% dos doentes não apresentam défice, em contraste com 26% que têm *score* sugestivo de défice. Relativamente ao desempenho nas diversas áreas cognitivas, a sub-prova com pior desempenho foi a retenção (52%), seguida da atenção e cálculo (30%) e linguagem (18%).

Gráfico 5: Desempenho Neurocognitivo



Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, contudo verificamos que os doentes seropositivos têm uma média mais alta em todas as dimensões psicopatológicas, relativamente à população em geral.

4. DISCUSSÃO

Os nossos resultados indicam que a maioria dos doentes, mesmo com uma relação afectiva estável, não partilham a informação com o(a) companheiro(a), ainda que considerem importante o rastreio à infecção pelo VIH. Assim, surge como hipótese interpretativa que a reacção e adaptação à doença é caracterizada por intensos sentimentos de abandono e de receio de perder figuras significativas de suporte.

O processo de adaptação à doença crónica, em particular na infecção pelo VIH, tem exigências emocionais e comportamentais que implicam uma dinâmica inter-relacional do doente com os outros e com o meio. Estes resultados identificam a necessidade de actuar ao nível da adaptação à cronicidade da doença, uma vez que esta é caracterizada por um estigma social com traços homofóbicos, de exclusão social e sentimentos negativos em relação aos doentes infectados. Existe a necessidade de valorizar a relação entre saúde e o suporte psicossocial (Green, 1995; Guerra, 1998).

Entre os doentes que referem cumprir a terapêutica anti-retrovírica (68%), há uma valorização da necessidade de apoio emocional, sendo a família a estrutura predominantemente referenciada. Efectivamente, os familiares dão um apoio instrumental e afectivo, desempenhando uma importante função.

A infecção pelo VIH/SIDA enquanto doença crónica constitui-se, portanto, como um elemento de grande impacto na família, obrigando a alterações estruturais, processuais e cognitivo-emocionais significativas (Góngora, 2002; Reividi, 1994 ; Relvas, 1999).

No que concerne à esfera familiar, apesar da família constituir a principal fonte de suporte destes doentes nos países desenvolvidos – o que está de acordo com os nossos resultados –, pode existir dificuldade em prestar um suporte adequado. Lidar com a infecção pelo VIH implica ainda uma série de obstáculos e limitações práticas aos doentes e envolve, igualmente, uma rejeição que pode relacionar-se com o surgimento de emoções negativas e, eventualmente, de reacções psicopatológicas do doente (Relvas, 1999). Este tipo de reacção será devido à falta de informação, à influência do estigma, à vergonha e às falsas crenças relativas à eficácia do tratamento (Reidy, 1997).

Os doentes apresentam um conhecimento muito pobre sobre a doença, podendo ser esta uma das variáveis condicionantes de comportamento de não adesão à TARV. A baixa percepção sobre a gravidade da doença altera o padrão comportamental e promove um enviesamento do funcionamento cognitivo. O conhecimento pouco claro sobre a infecção promove uma postura perante a doença menos adequada, eventualmente reforçando atribuições catastróficas frequentemente relacionadas com a deterioração física, deterioração emocional e ideia de morte.

O funcionamento neurocognitivo é uma das determinantes fundamentais para o comportamento de adesão. A comunidade científica tem procurado compreender a relação entre a infecção pelo VIH e as dimensões neurocognitivas. Na realidade, muitas variáveis parecem contribuir para esta diversidade de resultados, nomeadamente as habilitações literárias dos doentes, o grau de compromisso imunitário, o consumo de drogas e os antecedentes de doença neurológica ou doença psiquiátrica (Vázquez-Justo & Rodríguez-Álvarez, 2002). A afectação neurocognitiva inclui deterioração das áreas visuo-espaciais, de abstracção, da resolução de problemas, do planeamento de actividades, da aquisição de novas informações, das capacidades motoras e da flexibilidade cognitiva (Smith, Horton, Saitz, Samet, 2005).

Lidar com a infecção pelo VIH implica aceder a informação sobre a doença, desenvolver capacidades de *coping*, ter uma rede de suporte emocional e afectiva estruturada no sentido de se comprometer no processo de tratamento. Estes determinantes, particularmente se integrados numa dinâmica multidisciplinar, poderão conduzir a uma melhoria do comportamento de adesão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Boyle, B., A.(2000). HAART and adherence. *Aids Reader*. 10 (7), 392-396. Retirado em 1 de Junho de 2004 de <http://www.medscape.com>

Canavarro, M., C. (1999) Inventário de Sintomas Breves – BSI in Mário R.Simões, Miguel M. Gonçalves & Leandro L. Almeida (eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Vol. 2, 95-109. Braga, SHO/APPORT.

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

Spire, B., Duran, S., Souville, M., Leport, C., Raffi, F. & Moatti, J.P. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV infection patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science & Medicine*, 1481- 1496.

Roberts, K., J. (2000). Physician beliefs about antiretroviral adherence communication. *Aids Patient care and STD's*, Vol, 14, nº 9, 477-484.

Reidy, M. (1997). Caregiving and the natural caregiver of the person infected with hiv. In. Catalán, J., Sherr, L., & Hedge, B. (Ed.), *The impact of aids, psychological and social aspects of HIV infection* (137-148). Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

Relvas, A.P. (1999). Sida e Família. In L. Morgado (ed), *Educação e Sida* (pp.101-110). Comissão europeia.

Reividi, P. (1994). Réactions psychologiques aux affections somatiques graves. *Encyclopédie Médico-Cirurgicale* (Paris) 37, 675-685.

Góngora, J.N.; (2002) Família y enfermedad: Problemas y técnicas de intervencion. *Psychologica*; 31, 63-83.

Green, G. (1995). Stigma and Social Relationship of People with HIV: does gender make a difference? In Sherr, L., Hankins, C., & Bennet, L. (Ed.), *Social Aspects of Aids: Aids as a gender issue Psychosocia Perspectives*, (46-63). London. Taylors & Francis Publishers.

Guerra, M.P (1998). *Sida: Implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século edições

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

Vázquez-Justo, E. & Rodríguez-Álvarez, M. (2002). Influencia de factores no relacionados com la infección em el rendimiento neuropsicológico de seropositivos al VIH *Revista de Neurología*.(5), 474-480.

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>

Paterson DL, Swindells S, Mohr J. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000;133:21-30

Smith, M. ; Egert, J.; Winkel, G. & Jacobson, J. (2005)The impact of PTSD on pain experience in persons with HIV/AIDS. Association for the study of Pain by Elsevier Science. 98, 9-17.

UNAIDS (2006). Report on the global AIDS epidemic. United Nations Programme.