

AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO E INFECCÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE C

Renata Margalho

Psicóloga Clínica

José Eduardo Serra

Médico Infeciologista

Email:

renatamargalho@gmail.com

RESUMO

A infecção pelo vírus da hepatite C representa um problema de saúde pública na medida em que os dados epidemiológicos da infecção são preocupantes e a população portadora desta doença crónica enceta uma realidade particular e merecedora de estudo e actuação clínica e psicossocial. A Hepatite pelo Vírus C (HVC) representa um grave e complexo problema de saúde à escala mundial. Quase 200 milhões de indivíduos estarão infectados mundialmente, apresentando esta infecção uma evolução habitualmente crónica, assintomática, sem um padrão evolutivo linear. Neste sentido salientamos a importância de uma actuação multidisciplinar para que os doentes possam beneficiar do tratamento com uma maior probabilidade de sucesso e contribuindo assim para a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Ajustamento psicológico, Hepatite C, VIH, VHB, VHC, qualidade de vida

A infecção pelo vírus da hepatite C representa um problema de saúde pública na medida em que os dados epidemiológicos da infecção são preocupantes e a população portadora desta doença crónica enceta uma realidade particular e merecedora de estudo e actuação clínica e psicossocial. A Hepatite pelo Vírus C (HVC) representa um grave e complexo problema de saúde à escala mundial. Quase 200 milhões de indivíduos estarão infectados mundialmente, apresentando esta infecção uma evolução habitualmente crónica, assintomática, sem um padrão evolutivo linear.

Infecções emergentes como as induzidas pelo VIH e VHB afectando 40 e 300 milhões de indivíduos, respectivamente (12 milhões de co-infectados VIH/VHC), compartilhando as mesmas vias de transmissão, vieram problematizar e muitas vezes condicionar condutas

terapêuticas (Soriano, Garcia-Samaniego, Valência, Rodriguez-Rosedo, Munoz, Gonzalez-Lahoz,1999)

A Hepatite C crónica, se não for sujeita a terapêutica, apresenta um risco acrescido de evolução para cirrose e hepato-carcinoma (HCC), respectivamente: 30% ao fim de 10 anos e 1-2% ao ano. A HVC é hoje a indicação principal para transplante hepático no mundo ocidental. Apesar de ser endémica, a nível mundial apresenta grande variabilidade na sua distribuição geográfica, sendo os Continentes Africano e Asiático os de maior prevalência. No Egipto a seroprevalência estimada é de 22%. Na América do Norte, Europa e Austrália a prevalência é menor. Na Europa estima-se uma prevalência de 5-10 milhões. Em Portugal são ponderados 150.000 infectados.

O VHC apresenta grande variabilidade genética. Este facto permitiu identificar 6 genotipos principais, 90 sub-tipos e ainda variantes, o que estará relacionado com características epidemiológicas e clínicas particulares, nomeadamente diferentes distribuição geográfica e vias de aquisição da infecção pelo VHC, e diferentes duração e resposta aos esquemas terapêuticos utilizados.

Sabe-se hoje, que a via de transmissão fundamental é parenteral, por sangue contaminado. Não será assim inesperado que nos países desenvolvidos a toxicod dependência seja a sua principal forma de transmissão, com taxas variando entre os 40-90% nos utilizadores de droga de longa duração. A partilha de qualquer material da parafrenália do utilizador de narcóticos injectáveis ou cocaína inalada, e não apenas o uso comum de agulhas, são factores propiciadores da aquisição do VHC. Outras formas reportadas menos comuns de aquisição serão as vias sexual e vertical (risco < 6%), práticas de saúde não seguras (ex. infecção nosocomial, a picada acidental e risco < 3%), e ainda práticas de medicina “popular” (nos países em desenvolvimento – ex. práticas de medicina tradicional chinesa, etc). Em 40% dos casos não se encontrará um factor de risco para a HVC.

A distribuição dos genotipos difere com os grupos de risco versus vias de transmissão, região geográfica, podendo influenciar a história natural da infecção e a resposta à terapêutica. A seu exemplo sabe-se que o G-1b ocorre na HVC pós-transfusional, e nos países da Europa Ocidental e EUA, enquanto os G-1a, G-3 e 4 predominam nos toxicómanos de drogas endovenosas (UDIV), sendo o G-4 também frequente em África. Os G5 e 6 são mais frequentes no Oriente e Oceânia. Também existem diferenças no respeitante à resposta terapêutica, observando-se os melhores resultados, e necessidade de duração menor da terapêutica nos genotipos não 1 e 4.

Actualmente é hoje consensualmente aceite ser a melhor terapêutica a obtida pela associação do interferão peguilado semanal administrado por via sub-cutânea à Ribavirina oral, em doses repartidas, que deverão exceder os 10mg/Kg/dia. O objectivo último é conseguir obter uma resposta sustentada, ou seja o desaparecimento da virémia VHC, após 6 meses da suspensão da terapia. Esta resposta tem sido obtida em até 80% nos G2 e 3, e 50% nos restantes. A duração da terapia variará em média de 24 semanas (nos genotipos 2 e 3), a 48-72 semanas nos restantes, sendo a virémia VHC um factor determinante condicionador da resposta (melhor resposta se RNA-VHC <8x10⁵UI/l). Outros factores condicionadores de melhor resposta à terapia são

referidos, citando-se um índice de massa corporal baixo, o sexo feminino, os menores índices de fibrose na histologia hepática, além da duração e idade de aquisição da infecção VHC, para só citarmos os mais relevantes.

Foram mesmo estabelecidas algumas regras e algoritmos que permitem antever a resposta à terapia. Assim, a melhor resposta será função da melhor adesão ao tratamento a regra dos 3 x 80 (80% das doses, 80% das tomas, e 80% da duração), bem como estará na estrita dependência do decréscimo do valor da virémia obtida à 4a, 12a e 24a semanas, respectivamente (Soriano, Garcia-Samaniego, Valência, Rodriguez-Rosedo, Munoz, Gonzalez-Lahoz, 1999).

A adesão à terapia é crucial para o sucesso terapêutico, muitas vezes comprometida não só por factores de índole comportamental relativos ao tipo de população envolvida, mas frequentemente decorrentes dos efeitos secundários da própria terapia anti-VHC. A seu exemplo, citar-se-á a probabilidade de ocorrência de Depressão em taxas não negligenciáveis de até 30% dos doentes.. Também o cansaço crónico, o “*flu-like syndrome*”, a toxicidade hematológica e teratogénica serão outros exemplos da dificuldade de manutenção da terapia. Por outro lado, para a exequibilidade da mesma terapia a experiência da equipe médica é indefectível: uma monitorização cabal da terapia, a não suspensão brusca ou redução inadequadas da terapêutica, o recurso a apoio técnico multidisciplinar serão exemplos duma optimização terapêutica.

A reacção ao diagnóstico da infecção pelo VHC é considerado um acontecimento de vida inesperado e stressor. Existem variáveis, sendo elas de natureza pessoal, familiar e social que contribuem para um processo de adaptação à doença crónica e participação, se for clinicamente possível, no tratamento. A percepção do doente relativamente à hepatite C crónica influencia o padrão comportamental de adesão, motivação para o tratamento e qualidade de vida. Os doentes que adoptam estratégias de coping assertivas, que apresentam atitudes proactivas perante a sua realidade clínica apresentam uma maior probabilidade de um ajustamento cognitivo emocional ajustado em comparação com os doentes que apresentam estratégias de coping passivas e de evitamento (Miller, 1995; Miller, Brody, Summerton, 1988, Constant, Castera, Quintard, Bernard, Ledinghen, Couzigou, Bruchon-Schweitzer, 2005).

Os estados emocionais reactivos ao diagnóstico de infecção VHC apresentam uma prevalência elevada ao nível da depressão e ansiedade, sendo também frequente na realidade da doença crónica (Golden, O’Dwyer, Conroy, 2005). Neste contexto, observamos uma particularidade relativamente à população portadora desta infecção uma vez que o perfil psicopatológico, predominantemente frequente, evidencia um risco susceptível a comportamentos de adesão pobres, agravamento de estado de saúde e conseqüente mortalidade (Palepu, Tyndall, Joy, Kerr, Wood, Press, Hogg & Montaner, 2006; Altice, Maru, Bruce, Springer & Friedland, 2007).

Quando os doentes reúnem as condições clínicas para o tratamento devemos salientar a probabilidade de ocorrência de manifestações neuropsiquiátricas, ou seja, a alteração do padrão de sono, irritabilidade, diminuição da libido, défices na capacidade de manter atenção e concentração, depressão com componente psicótica e mania (Ryan, Morgello, Isaacs, Naseer & Gerits, 2004; Marcellin, Préau, Dellamonica, Ravaux, Kurkdji, Protopopescu, Carrieri & Spire, 2007).

Neste sentido salientamos a importância de uma actuação multidisciplinar para que os doentes possam beneficiar do tratamento com uma maior probabilidade de sucesso e contribuindo assim para a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Miller, S., M. (1995) Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease: implications for cancer screening and management. *Cancer*, 76: 167-177.

Miller, S., M., Brody, D., S., Summerton, J. (1998) Styles of coping with threat implications for health. *Journal Pers.Soc.Psychol.* 54:142-148.

Constant, A., Castera, L., Quintard, B., Bernard, P., H., Ledinghen, V., Couzigou, P., Bruchon-Schweitzer, M. (2005). Psychological Factors associated with perceived disease severity in patients with chronic hepatitis C: Relationship with information sources and attentional coping styles. *Psychosomatics*, 46: 25-33.

Gonzalez, R., Jacobus, J., Martin, E., M.(2005) Investigating neurocognitive features of hepatitis C virus infection in drug users: potential challenges and lessons learned from the HIV literature. *Clinical Infectious Diseases*, 41, S45-49.

Soogar, Lyur, Donjield, Bell, Dear (2006) Hepatitis C virus infection and neurocognitive function. *Neurology*, 67, 1482-1485.

Kwiatkowski, C., Corsi, K., Booth, R., (1997) The association between knowledge of hepatitis C virus status and risk behaviours in injection drug users. *Addiction*, 1289-1294.

Grassi, L., Satriano, J., Serra, A., Biancosino, B., Zotos, S., Sighinolfi, L., Ghinelli, F. (2002) Emotional stress, psychological variables and coping associated with hepatitis C and HIV intravenous drug users, *Psychosomatics* , 71, 342-349.

Rowan, P. J., Dunn, N., J., El –Serug, H., B., Kunik, M., E.(2007) Views of HVC patients delayed from treatment for psychiatric reasons. *Journal of viral hepatitis*, 14, 883-889.

Kraus, R., M., Schafer, A., Csef, H., Scheurlen, M., Faller, H. (2000) Emotional state, coping styles and somatic variables in patients with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*, 41, 377-384.

Golden, J., O'Dwyer, A., M., Conroy, R., M (2005) Depression and anxiety in patients with hepatitis C: prevalence, detection rates and risk factors. *General Psychiatry Psychiatry*, 431-438

Schaefer, M., Schmidt, F., Folwaczry, C., Lorenz, R., Martin, G., Schindlbeck, N., Heldwein, W., Soyka, M., Grunze, H., Koenig, A., Loeschke, K (2003) Adherence and mental side effects during hepatitis C treatment with interferon alfa and ribavirin in psychiatric risk groups. *Hepatology*, 37, 443-451.

Soriano, V., Garcia-Samaniego, J., Valência, E., Rodriguez-Rosedo, R., Munoz, F., Gonzalez-Lahoz, J. (1999). Impact of chronic viral liver disease and the hepatitis viruses as cause of hospital admission and health in HIV-infected drug users. *European Epidemiology*, 15, 1-4.

Altice, F., L., Maru, D., Bruce, R., D., Springer, S., A., Friedland, G., H. (2007). Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administered therapy among HIV-infected drug users: a prospective, randomized, controlled trial. *Clinical Infectious Diseases*. 45.

Palepu, A., Tyndal, M., W., Joy, R., Kerr, T., Wood, E., Press, N., Hogg, R., S., Montaner, J., S., G. (2006). Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HVC co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug and alcohol dependence*. 84, 188-194. .

Smith, S., R., Wahed, A, S., Kelley, S., S., Conjeevearam, H, S., Robuk, P., R. (2007). Assessing the validity of self-reported medication adherence in hepatitis C treatment. *The Annals of Pharmacotherapy*, January/August, volume 41, 1116-1123.

Gebo, K., A., Keruly, J., Moore, R., D (2003). Association of social stress, illicit drug use, and health beliefs with nonadherence to antiretroviral therapy. *Journal Gen Intern Medicine*, 18, 104-111.

Hauser, W., Zimmer, C., Schiedermaier, P., Grandt, D. (2004). Biopsychosocial predictors of health related quality of life in patients with chronic hepatitis C. *Psychosomatic Medicine*, 66, 954-958.

Forton, D., M., Allsop J., A., Cox, I., J., Hamilton, G., Wesnes, K., Thomas, H., C., Taylor-Robinson, S., D. (2005). A review of cognitive impairment and cerebral metabolite abnormalities in patients with hepatitis C infection. *AIDS*, 19, SUPPL3, S53-S63.

Ryan, E.L., Morgello, S, Isaacs, I., Nascer, M., Geris, P. (2004). Neuropsychiatric Impact f hepatitis C on advanced HIV. *Neurology*, March, 23, 62 (6),957-962.

Marcellin, F., Préau, M., Dellamonica, P., Ravaux, I., Kurkdji, P., Protopopescu, P., Carrieri, M., P., Spire, B. (2007). Adding HV treatment to HIV treatment in HIV/VHC coinfectd patients: the impact on the different dimensions of fatigue and self reported side effects. *Journal of Pain and Symptoms Management*.