

## **MÉTODOS DE AVALIAÇÃO E OBSERVAÇÃO CLÍNICA DE ADESÃO À TARV**

**R. Margalho**

Psicóloga Clínica, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra

**C. Nazareth**

Interna do Internato Complementar de Infecciologia, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra

**A. S. Caetano**

Interna do Internato Complementar de Infecciologia, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra

**J. Oliveira**

Assistente Hospitalar Graduado de Infecciologia, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra

**J. G. Saraiva da Cunha**

Director do Serviço de Doenças Infecciosas, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra

**A. A. Meliço-Silvestre**

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Director do Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra

Email:

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

---

### **RESUMO**

A adesão à terapêutica anti-retrovírica é um comportamento desejado pois, através deste mediador, o doente pode beneficiar de um projecto de vida ajustado. Os métodos de avaliação podem ser directos ou indirectos, sendo que uma avaliação psicológica do doente indica as variáveis preditivas do comportamento de adesão. É importante desenvolver as capacidades do doente e minimizar as barreiras de adesão. Para que tal seja possível, é essencial uma actuação multidisciplinar e concordante.

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

## INTRODUÇÃO

*“Adherence is like the weather; everyone talks about it but no one seems to do anything about it”*  
(Boyle, 2000)

O conceito de adesão tem sido foco de interesse e discussão científica na medida em que, associado à eficácia da terapêutica antirretrovírica (TARV), se torna uma variável indispensável para o sucesso clínico.

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é hoje em dia considerada uma patologia crónica incurável. Contudo, a Medicina tem ao seu dispor fármacos que permitem retardar a progressão da doença, concedendo aos doentes um aumento da esperança de vida e uma melhoria da qualidade da mesma.

A adesão é um processo dinâmico e multifactorial, do qual dependem variáveis pessoais, clínicas e sociais. Exige, por parte do doente, capacidades cognitivas, emocionais e comportamentais que devem ser mantidas, transformando assim o cumprimento da medicação anti-rtrovírica numa rotina integrada nas tarefas de vida diária. É um processo de tomada de decisão mediado por traços de personalidade do doente, pelo seu nível cognitivo intelectual, pelas crenças sobre a eficácia da medicação, pelo tipo de esquema terapêutico, estadio da doença, relação terapêutica, duração da infecção e também pela sua situação sócio-económica e social 1,2.

A questão da avaliação da adesão ao tratamento é tão complexa quanto fundamental. Os diversos métodos utilizados podem ser classificados em directos e indirectos, apresentando ambos vantagens e desvantagens.

Aos métodos directos pertencem a toma de observação directa (TOD), a determinação das concentrações séricas e os marcadores biológicos. Apresentam como principais vantagens a elevada sensibilidade e especificidade, bem como permitir a recolha de dados farmacocinéticos e avaliação das suas interações. São ainda consideradas estratégias de avaliação directa a apreciação das alterações metabólicas e das alterações biológicas, avaliadas sericamente<sup>3,4,5</sup>. Contudo, estas estratégias implicam um esforço financeiro e apenas avaliam a toma recente do fármaco, deixando em aberto a questão do padrão comportamental do doente<sup>6,7</sup>.

São considerados métodos indirectos os auto-relatos dos doentes, a contagem do número de comprimidos, os sistemas electrónicos, o controlo da doença e o conhecimento da medicação. É evidente que são estratégias de simples aplicação, implicando menor esforço financeiro, e de fácil acesso e monitorização. Permitem ainda uma avaliação, através do discurso do doente, do

seu padrão comportamental, na medida em que a principal fonte de recolha de informação relativa à adesão ocorre na consulta. No entanto, são processos pouco objectivos, não contemplam variáveis parasitas nem factores externos e têm uma dependência significativa da relação terapêutica, com toda a subjectividade que isso implica<sup>8,9,10</sup>.

A avaliação da adesão ao tratamento é, portanto, um processo frágil devido à inexistência de instrumentos psicométricos adequados, objectivos e validados.

Os métodos de avaliação mais frequentemente utilizados são as narrativas do doente, os registos clínicos diários, a contagem de comprimidos e a observação de indicadores biológicos (contagem de linfócitos CD4+ e virémia VIH). Também os registos de monitorização informática, tal como o sistema electrónico de monitorização (MEMS) que permite o controlo da frequência e horário da toma, são repetidamente referidos. Contudo, são dispendiosos e de difícil acesso<sup>11</sup>. 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, na exploração do cumprimento, ou não cumprimento, do esquema terapêutico, a validade da resposta dada pelo doente é uma questão 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.

A adesão é efectivamente um comportamento que resulta de um conjunto de determinantes que podem depender de inúmeros factores subjectivos. Neste sentido, a avaliação deve ser rigorosa e deve contemplar parâmetros de análise que nos forneçam indicadores preditivos do comportamento do doente perante o processo de tratamento. Devemos considerar informação sobre traços da personalidade, antecedentes pessoais e familiares, desenvolvimento psicomotor, cognitivo e emocional, modo e tempo de infecção, conhecimento sobre a doença, crenças sobre a saúde e estilo de vida, estratégias de *coping*, rede de apoio pessoal e social.

Através da elaboração de uma história clínica, evidenciando as vulnerabilidades do doente e as suas capacidades, acedemos a uma actuação clínica eficaz, individualizada e com maior probabilidade de sucesso<sup>11,12,13</sup>.

As barreiras de adesão mais frequentemente identificadas estão relacionadas com factores pessoais, clínicos e sociais. Predominantemente observam-se perturbações psiquiátricas, alcoolismo, toxicodependência, depressão, esquizofrenia, distúrbio da personalidade, perturbação cognitiva e perturbação afectiva bipolar. São também variáveis que condicionam negativamente o comportamento de adesão dos doentes o nível cognitivo intelectual baixo, as dificuldades económicas, a dificuldade de recorrer aos cuidados de saúde, o diagnóstico recente de infecção, a idade jovem, a presença de efeitos secundários da medicação ou a ausência de sintomas<sup>14,15</sup>.

A promoção da adesão à terapêutica sustentada por um modelo teórico sólido, o cognitivo comportamental, contribui para uma relação terapêutica eficaz e resultados clínicos adequados. Efectivamente, numa primeira etapa na reacção ao diagnóstico de infecção VIH, interessa

desenvolver capacidades de adesão ao tratamento. O doente deve ser acompanhado para desmistificar as distorções cognitivas negativas, prevenir comportamentos evitantes, fuga e/ou de negação. Se acedermos, nesta primeira etapa, e (re)definirmos o conceito de qualidade de vida e consequente ajuste comportamental através da promoção de significados funcionais e adaptativos, bem como promovermos estratégias de coping focadas na facilitação de estratégias emocionais, conseguimos uma relação terapêutica positiva<sup>16, 17</sup>. O doente, ao sentindo-se parte integrante do seu tratamento, com a percepção da gravidade da doença, avaliação dos ganhos e custos de adesão, tendencialmente apresenta uma maior probabilidade de ser cumpridor pois adquire capacidades motivacionais e comportamentais. O comportamento de adesão exige índices de motivações intrínsecas para adquirir rotinas e tarefas diárias. É uma dinâmica dependente de variáveis cognitivas e emocionais que devem ser mediados por traços de personalidade, informação sobre a doença e situação clínica<sup>18,19</sup>.

O comportamento de adesão ao processo de tratamento na infecção pelo VIH tem subentendido determinantes clínicos, psicológicos, familiares e sociais que contribuem de forma significativa para este padrão comportamental de cumprimento da terapêutica antirretrovírica<sup>20,21</sup>. Esta questão tem vindo a ser objecto de alguma controvérsia, particularmente pelas dificuldades que se colocam ao seu estudo. Parte destas dificuldades prendem-se com o carácter subjectivo do problema, com as dificuldades de avaliação e com o delineamento de estratégias de intervenção eficazes. Assim, o tema da adesão à terapêutica constitui um objecto de estudo fundamental, não apenas para o processo clínico, mas também para a validação das terapêuticas. O seu impacto, por outro lado, traduz-se em implicações não apenas clínicas e científicas, mas, também, sociais e económicas.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Simone J, Amico RA, Pearson C, Malow R. Overview of adherence to antiretroviral therapies. *HIV/AIDS: Global Frontiers in Prevention/Intervention*; 191-200.
2. Levine AJ, Marion S, Keuning A, Robinet M, Longshore D, Hinkin CH, Castellon SA, Lam MN, Durvasula RS. Adherence to antiretroviral medications in HIV: Differences in data collected via self-reported and electronic monitoring. *Health Psychology* 2006; 25(3): 329-335.
3. Deschamps AE, Geest S, Vandamme AM, Bobbaers H, Peetermans W, Winjaerden EV. Diagnostic value of different adherence measures using electronic monitoring and virologic failure as reference standards. *AIDS Patient Care and STDs* 2008; 22(9). [Epub ahead of print].
4. Tyndall MW, McNally M, Lai C, Zhang R, Wood E, Kerr T, Montaner JG. Directly observed therapy programs for anti-retroviral treatment among injection drug users in Vancouver: Access, adherence and outcomes. *International Journal of Drug Policy* 2006; 18: 281-287.
5. Stirrat MJ, Gordon CM. HIV Treatment adherence research and intervention: current advances and future challenges. <http://jhaso.haworthpress.com>. Retirado a 10 Setembro de 2008.
6. Pearson CR, Simoni JM, Hoff P, Kurth AE, Martin DP. Assessing antiretroviral adherence via electronic drug monitoring and self report: an examination of key methodological issues. *AIDS Behaviour* 2006 , 11, 161-173.
7. Reinhard MJ, Hinkin CH, Barclay TR, Levine AJ, Marion S, Castellon SA, Longshore D, Newton T, Durvasula RS, Lam MN, Myers H. Discrepancies between self report and objective measures for stimulant drug use in HIV: cognitive, medication adherence and psychological correlates. *Addictive Behaviors*, Volume 32, Issue 12, December 2007, 2727-2736.
8. Lu M, Safren SA, Skolnik PR, Rogers WH, Coady W, Hardy H, Wilson IB. Optimal Recall period and response task for self-reported HIV medication adherence. *AIDS Behaviour* 2007 12, 86-94

9. Peterson ML, Wang Y, van der Laan MJ, Bangsberg DR. Assessing the effectiveness of antiretroviral adherence interventions using marginal structural models to replicate the findings of randomized controlled trials. *J. Acquir Immune Defic. Syndr.* 2006 Dec, 1; 43 Suppl 1: S96-S103.
10. Penedo FJ, Gonzalez JS, Dahn S, Antoni M, Malow R, Costa P, Schneiderman N. Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research* 2003; 54: 271-278.
11. Kalichman SC, Romachandran B, Catz S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *Journal Gen Intern Med* 1999, 14 (5): 267-273.
12. Berg CJ, Michelson SE, Safren SA. Behavioural aspects of HIV Care: adherence, depression, substance use, and HIV transmission behaviours. *Infect Dis Clin N Am* 2007; 21: 181-200.
13. Johnson MO, Neilands TB, Dilworth SE, Morin SF, Remien RH, Chesney MA. The role of self-efficacy in HIV treatment adherence: validation of the HIV treatment adherence self-efficacy scale (HIV-ASES). *J. Behav. Med.* 2007, Oct, 30 (5), 359-70. Epub 2007 Jun 23.
14. Lazo M, Gange SJ, Wilson TE, Anastos K, Ostrow DG, Witt D, Jacobson LP. Patterns and predictors of changes in adherence to highly active antiretroviral therapy. Longitudinal study of men and women. *Clinical Infectious Diseases* 2007; 45: 1977-85.
15. Applebaum AJ, Richardson MA, Brady, S M Brief, DJ Keane, TM. Gender and other psychosocial factors as predictors of adherence to highly antiretroviral therapy (HAART) in adults with comorbid HIV/Aids, psychiatric and substance-related disorder. *AIDS Behav* 2008; Aug 9 (Epub ahead of print).
16. Fisher DE, Fisher WA, Amico RK, Harman JJ. An information-motivation-behavioural skills model of adherence to antiretroviral therapy. *Health Psychology* 2006; 23(4): 462-473.
17. Battaglioli-DeNero AM. Strategies for improving patient adherence to therapy and long-term patient outcomes. *J. Assoc. Nurses Aids Care*, 2007, Jan-Feb, 18, (1 Suppl): S17-22.
18. Reynolds NR, Testa MA, Marc LG, Chesney MA, Neidig JL, Smith SR, Vella S, Robbins GK. Factors influencing medication adherence beliefs and self efficacy in persons to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. *AIDS Behav* 2004 Jun; 8 (2): 141-50.

19. Sodergard B, Hofer S, Halvarsson M, Sonnerborg A, Tully MP, Lindblad AK. A structural equation modelling approach to the concepts of adherence and readiness in antiretroviral treatment. 2007. *Patient Edu Couns.* 2007; Jul; 67 (1-2): 108-16. Epub 2007 May 16.
20. Bader A, Kremer H, Erlich-Trungenberger I, Rojas R, Lohmann M, Deobald O, Lochmann R, Altmeyer P, Brockmeyer N. An adherence typology: coping, quality of life, and psysical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment. *Med Sci Monit* 2006; 12(12): 493-500.
21. Garcia R, Schooley RT, Badaro R. An adherence trilogy is essential for long term HAART success. 2003. *Braz J Infect Dis.* Oct;7(5):307-14