

Dimensões Psicopatológicas e Comportamentais na Infecção VIH

Margalho, R.*; Velez, J.**; Guzman, D.**; Oliveira, J.***; Saraiva da Cunha****; A. A. Meliço Silvestre*****

Resumo

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (VIH) tem sido objecto de estudo de diferentes ciências, uma vez que articula realidades biológicas, clínicas e sociais. Desde os tempos do seu aparecimento até à actualidade os avanços no tratamento da infecção VIH têm sido notórios e fascinantes. A terapêutica anti-retrovírica promove uma melhoria na qualidade de vida dos doentes, e aumenta a esperança de vida mas tem associadas dificuldades no plano comportamental, ou seja, na adesão ao tratamento. O objectivo do estudo foi avaliar a influência de determinantes psicopatológicos e comportamentais em doentes seropositivos. Assim, verificámos que o padrão comportamental de risco, em ambos os sexos, é o sexual. Os homens são mais cumpridores que as mulheres em relação ao tratamento, mas são também quem apresentam índices elevados na dimensão hostilidade. Efectivamente, na infecção VIH a percepção de controlo sobre a doença é frustrante contribuindo para uma adaptação pautada por sentimentos de incapacidade. Ainda salientamos a vulnerabilidade no feminino, uma vez que as mulheres apresentaram um padrão comportamental de risco significativo.

Palavras-Chave: VIH; HAART; Psicopatologia.

Psychopathological and Behavioural Dimensions in HIV Infection

Abstract:

The human immunodeficiency virus infection has become a subject of study of various sciences, since it articulates different realities such as biological, clinical and social. Since the time of its occurrence until now the advances in the treatment of HIV infection have been notorious and fascinating. The anti retroviral therapy promotes an improvement in the quality of life, increases life time but is associated with behavioural issues, namely, adherence behaviour. The aim of this study was to evaluate the influence of psychopathological and behavioural determinants in HIV patients. Thus, we noted that the behavioural pattern of risk in both genders, is a sexual one. Men are more adherent than women to the treatment, but also have higher levels in the hostility dimension. Indeed, in the HIV infection the perception of control over the disease is poor, contributing to an adaptation guided by feelings of failure. We still highlight the feminine vulnerability, since women presented a significant risk behavioural pattern.

Key-Words: HIV; HAART; Psychopathology.

* Psicóloga Clínica: Departamento de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

** Interno do Internato Complementar de Infeciologia: Departamento de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

*** Assistente Hospitalar Graduado de Infeciologia: Departamento de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

**** Director de Serviço: Departamento de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

***** Director de Departamento: Departamento de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

1. INTRODUÇÃO

A infecção pelo VIH apresenta repercussões ao nível clínico, pessoal e social. Com o avanço da terapêutica anti-retrovírica foi possível melhorar a qualidade de vida dos doentes e aumentar a esperança de vida. Todavia, o processo de adaptação à doença crónica não deixa de constituir um factor stressor, sendo frequente a ocorrência de reacções de ajustamento psicológico pautado por perturbações emocionais.

A introdução e posterior generalização da denominada HAART (*Highly Active Anti-Retroviral Therapy*) no tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana / síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA) revolucionaram o panorama desta doença. A patologia deixou de ser vista como uma sentença de morte para, progressivamente, passar a ser encarada como uma doença crónica, à semelhança da diabetes mellitus ou da hipertensão arterial, para citar alguns exemplos.

A HAART, que consistiu na introdução de uma nova classe de fármacos nos regimes terapêuticos até então usados – os inibidores da protease – e na sua combinação com pelo menos dois dos fármacos pré-existentes, causou uma diminuição marcada na morbidade e mortalidade associadas a esta doença. Um estudo realizado nos EUA revelou que a mortalidade passou de 29,4 por 100 anos-pessoa em 1995 para 8,8 por 100 anos-pessoa em 1997¹. Noutro estudo, realizado pelo grupo

EuroSIDA, igualmente se verificou haver uma descida da mortalidade de 8% por semestre, iniciada após Setembro de 1998 e mantida desde então². O facto que mais contribui para este facto foi a diminuição das infecções oportunistas relacionadas com a infecção pelo VIH / SIDA³.

Apesar destes resultados animadores, continuaram a registar-se mortes relacionadas directamente com a patologia de base^{3,4}, principalmente nos doentes que não estavam sob HAART. Estes geralmente pertenciam a dois grupos: incumpridores da terapêutica anti-retrovírica prescrita ou pessoas recém-diagnosticadas, ainda sem tratamento instituído³. Na actualidade, outros grupos a ter em conta seriam as populações de zonas desfavorecidas, sem acesso aos tratamentos ideais, e o dos doentes que estão infectados por vírus resistentes aos medicamentos utilizados – geralmente por má adesão terapêutica no passado³.

Como já referido, a HAART diminuiu a incidência das infecções oportunistas relacionadas com a infecção VIH. Referindo algumas das mais significativas, verificou-se diminuição dos casos de tuberculose⁵, micobacteriose atípica disseminada⁶, doença por citomegalovírus^{5,6}, pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*^{5,6}, criptococose⁷, toxoplasmose cerebral⁵, candidíase esofágica^{5,6}, sarcoma de Kaposi⁵ e criptosporidiose⁵. Noutras patologias, além da diminuição da sua incidência, verificou-se igualmente haver recuperação dos doentes

apenas pela introdução da HAART em si, tendo esta um efeito terapêutico directo. Exemplos disto são a demência^{5,7} e nefropatia associada ao VIH⁵ e a leucoencefalopatia multifocal progressiva⁷.

O uso da HAART permitiu, igualmente, diminuir a carga medicamentosa dos doentes, pois a recuperação imunológica por ela induzida permite, conforme o “patamar” de contagem dos CD4+ atingido, a suspensão, parcial ou total, da medicação profilática tomada concomitantemente^{8,9}. Esta redução da carga medicamentosa associa-se, potencialmente, a uma melhoria da adesão terapêutica, essencial em qualquer regime para doenças crónicas¹⁰.

Mas nem tudo é perfeito, e se é um facto que muitas das infecções oportunistas diminuíram, outras mantiveram-se estáveis ou aumentaram relativamente à era pré-HAART. Este é o caso de algumas neoplasias associadas ao VIH, como o linfoma imunoblástico, carcinoma invasivo do colo do útero, linfoma de Hodgkin e linfoma de Burkitt¹¹.

De igual modo, a boa recuperação imune que se verifica na maioria dos doentes após introdução de terapêutica de alta eficácia, pode conduzir ela própria à chamada “síndrome da recuperação imune”, caracterizada por um exacerbar de uma infecção oportunista pré-existente ou por um despertar de infecções oportunistas latentes^{12,13,14}. Neste contexto, as doenças assumem formas atípicas, raramente verificadas na era pré-HAART^{12,13,14}.

O aumento da esperança de vida verificado

nos doentes submetidos a estes tratamentos mais eficazes, também pode levar ao surgimento de novas patologias ou ao evoluir de patologias que anteriormente não tinham tempo suficiente para evoluírem. As hepatites víricas crónicas, co-infecções frequentes nestes doentes, podem levar à doença hepática terminal, sob a forma de cirrose com insuficiência hepática associada ou, eventualmente, a hepatocarcinoma^{15,16,17}. Esta população específica de doentes co-infectados é igualmente mais susceptível à toxicidade hepática induzida por alguns dos fármacos usados na HAART ou por fármacos hepatotóxicos em geral^{18,19}. Além da hepatotoxicidade, os fármacos usados na terapia anti-retrovírica podem estar associados a uma miríade de efeitos secundários²⁰, muitos deles apenas manifestados a longo prazo.

Assim, a introdução dos inibidores da protease como parte dos regimes terapêuticos usados no tratamento anti-retrovírico foi sem dúvida um passo determinante na luta contra o flagelo que é a SIDA. Apesar de tudo, o turbilhão de optimismo inicial foi progressivamente diminuindo e agora assume-se uma perspectiva mais realista sobre a verdadeira capacidade de controlar esta doença. A realidade é que nenhum fármaco dessa classe, ou das que posteriormente surgiram, é milagroso no combate a esta patologia e todos eles têm efeitos secundários a curto e a longo prazo importantes e, se não houver uma correcta adesão à terapêutica – e logo uma adequada

motivação dos doentes para tal – rapidamente o vírus adquire resistências e a infecção fica novamente descontrolada.

Neste sentido, são frequentes as reacções psicopatológicas e comportamentos desadaptativos correlacionados com a infecção pelo VIH. Assim, a presença de psicopatologia conduz-nos a um conjunto de questões complexas, exigindo grande rigor ao nível da avaliação e intervenção clínica e psicoterapêutica. Ainda, verificamos que as diferenças entre o género são necessárias estudar, no sentido de podermos intervir de forma adequada e eficaz.

2. MÉTODO

Objectivo

Avaliar a influência de determinantes psicopatológicos e comportamentais em doentes seropositivos.

Amostra

Cento e seis doentes, a frequentar Consulta de Imunodeficiência do Departamento de Doenças Infecciosas dos HUC. A amostra é constituída predominantemente pelo género masculino (65,9%), sendo a média de idades de 41,7 (\pm 11,6 anos). Na sua maioria são casados (41,5%). A residência na zona centro é de 86,6%; 4,7% da zona sul; 2,8% da zona norte. A escolaridade predominante é a 4ª classe (34,5%).

Procedimento

Os procedimentos estatísticos foram pautados por vários trabalhos estatísticos. Com-

parámos, entre grupos, determinadas variáveis relacionadas com parâmetros clínicos, psicopatológicos e comportamentais. Neste sentido, procedemos à categorização da variável dependente, género, dicotomizando-a em 1= masculino, e 2= feminino, através do Qui-quadrado (χ^2). Os instrumentos utilizados foram a Entrevista Clínica Semi-directiva e o Inventário Breve de Sintomas (BSI, Canavarro, 1995). No sentido de estudar variáveis sócio-demográficas recorreremos a procedimentos descritivos, para comparar entre grupos os resultados das dimensões psicopatológicas utilizámos o Teste de Mann-Whitney.

Foram definidas, como variáveis de inclusão, estar em fase assintomática e ser seguido na Consulta de Imunodeficiência. As variáveis de exclusão foram estar detido em meio prisional, apresentar perturbações cognitivas, descompensação clínica psiquiátrica e ter infecção oportunista activa.

3. RESULTADOS

De acordo com os estudos de estatística descritiva efectuados relativos a aspectos comportamentais verificou-se que o padrão comportamental de risco mais frequente é o sexual (65%) em ambos os sexos. No entanto, a via de contágio sanguínea é mais significativa nos homens.

O tempo de infecção é maior nos homens do que nas mulheres e são os homens, quem apresenta um comportamento de adesão

mais ajustado. Em relação às implicações da terapêutica antiretroviral, as mulheres são quem apresentam mais dificuldades na adaptação e alteração do estilo de vida. Relativamente às dimensões psicopatológicas, com significado estatístico, verificamos que os homens apresentam *scores* mais elevados na dimensão hostilidade (*Mean Rank* = 45.90) do que as mulheres (*Mean Rank* = 35.74).

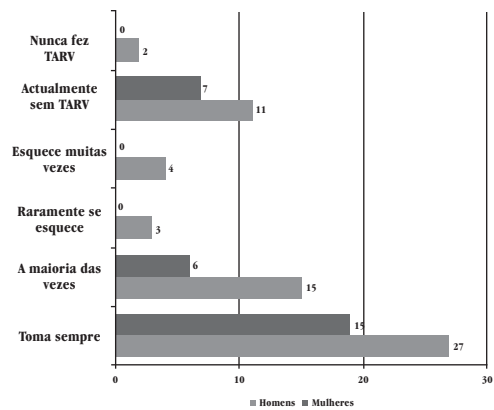


Gráfico I - Cumprimento da medicação entre género.

	Homens VIH+ (mean rank)	Mulheres VIH+ (mean rank)	Mann-Whitney (U)	p
Somatização	43,09	38,43	670,0	0,399
Obsessão-Compulsão	44,06	38,16	671,5	0,285
Sensibilidade Interpessoal	43,21	39,74	717,5	0,529
Depressão	43,72	38,79	690,0	0,374
Ansiedade	43,31	39,57	712,5	0,500
Hostilidade	45,90	37,74	572,5	0,044
Ansiedade Fóbica	43,69	38,86	692,0	0,382
Ideação Paranóide	44,21	37,88	663,5	0,253
Psicoticismo	44,04	38,21	673,0	0,292
Índice de Sintomas Positivos	40,39	42,07	725,0	0,762
Total de Sintomas Positivos	44,20	37,90	664,0	0,254
Índice Geral de Sintomas	43,51	37,63	647,5	0,289

Tabela I - Dimensões psicopatológicas entre género.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo tinha como objectivo avaliar a influência de determinantes psicopatológicos e comportamentais em doentes infectados pelo VIH que frequentam a Consulta de Imunodeficiência do Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC. Neste sentido, verificámos que os homens apresentam um melhor comportamento de adesão, contudo apresentam índices da dimensão *hostilidade* mais elevados em comparação com as mulheres. Os homens apresentam sentimentos negativos (hostilidade) sugerindo que, apesar do seu melhor padrão de adesão, terão mais dificuldades no processo de adaptação à situação de doença crónica. Efectivamente na doença crónica da imunodeficiência as repercussões pessoais e sociais estão associadas a uma tendência para o isolamento social, deterioração das relações inter-pessoais e baixa auto-estima. Ainda, as implicações necessárias para coordenar o tratamento com rotinas de vida diária sugerem mudanças de estilo de vida que, por vezes, devido à exigência do próprio tratamento não são conseguidas²¹. Sendo a infecção pelo VIH uma doença crónica, estão implícitos níveis de exigência particulares, sendo os esforços desenvolvidos pelos doentes para lidar com esta realidade, adaptativos ou não.

No caso particular do HIV/Sida o significado da doença desafia, frequentemente, as representações dos doentes relativamente à

sua capacidade para lidar com o tratamento. Neste processo de adaptação é fundamental desenvolver capacidades de autocontrolo, na medida em que ajudam a esbater os estados emocionais negativos. Assim, a percepção de controlo promove um envolvimento no tratamento, permitindo adaptar estratégias de coping com funções de protecção^{22,23}.

São as mulheres quem apresentam mais frequentemente comportamentos de risco. Parece existir uma vulnerabilidade do feminino por uma susceptibilidade relacional, emocional e comportamental. De acordo com alguns autores, as mulheres infectadas apresentam tendencialmente parceiros mais velhos, com mais probabilidade de terem um maior repertório sexual prévio²².

Relativamente ao padrão comportamental, o uso do preservativo é um comportamento, que no caso feminino, implica a cooperação do parceiro, o que pode justificar o facto de apresentarem comportamentos de risco. O padrão comportamental de risco mais frequente é o sexual, associado ao *não uso*, ou *uso pouco frequente* de preservativo. As atribuições relativas ao comportamento de segurança estão relacionadas com crenças enviesadas. Os nossos resultados são coincidentes com estudos em que os sujeitos apresentam baixa percepção de vulnerabilidade à infecção, associado a uma dificuldade no uso de preservativo^{22,24,25}.

Nos relacionamentos afectivos o entendimento sobre o uso do preservativo e adopção de

comportamentos preventivos parece não ser homogêneo. Os sentimentos de confiança e afectos mútuos ficam ameaçados, na medida em que a ideia associada ao uso de preservativo representa desconfiança e/ou promiscuidade sexual. As competências inter-relacionais, em particular capacidade auto-afirmativa, são fulcrais neste processo de tomada de decisão/cooperação relativo ao uso do preservativo. No entanto, as mulheres apresentam estratégias pouco assertivas e mais passivas podendo explicar o desajuste comportamental observado nos nossos resultados²².

As limitações do presente estudo são a escassez de recursos psicométricos utilizados, podendo ter sido desenvolvidas outras pesquisas com variáveis emocionais e cognitivas, tais como estratégias de coping, vulnerabilidade ao stress e personalidade. Sugerimos para estudos futuros avaliar a influência destes parâmetros, acima mencionados, em doentes portadores de HIV e explorar a interferência da variável género.

BIBLIOGRAFIA

1. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, Aschman DJ, Holmberg SD. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998;338(13):853-60.
2. Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, Kirk O, Reiss P, d'Arminio Monforte A, Knysz B, Dietrich M, Phillips AN, Lundgren JD. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet* 2003;362(9377):22-9.
3. Jain MK, Skiest DJ, Cloud JW, Jain CL, Burns D, Berggren RE. Changes in Mortality Related to Human Immunodeficiency Virus Infection: Comparative Analysis of Inpatient Deaths in 1995 and in 1999-2000. *Clin Infect Dis* 2003;36:1030-8.
4. Crum NF, Riffenburgh RH, Wegner S, Agan BK, Tasker SA, Spooner KM, Armstrong AW, Fraser S, Wallace MR. Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected persons: analysis of the pre, early, and late HAART (highly active antiretroviral therapy) eras. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;41(2):194-200.
5. D Torre, F Speranza and R Martegani. Impact of highly active antiretroviral therapy on organ-specific manifestations of HIV-1 infection. *HIV Med* 2005;6:66-78.
6. Detels R, Tarwater P, Phair JP, Margolick J, Riddler SA, Munoz A. Effectiveness of potent antiretroviral therapies on the incidence of opportunistic infections before and after AIDS diagnosis. *AIDS* 2001;15(3):347-55.
7. Manzardo C, del Mar Ortega M, Sued O, Garcia F, Moreno A, Miro JM. Central nervous system opportunistic infections in developed countries in the highly active antiretroviral therapy era. *J Neurovirol* 2005;11(s3):72-82.
8. Soriano V, Dona C, Rodriguez-Rosado R, Barreiro P, Gonzalez-Lahoz J. Discontinuation of secondary prophylaxis for opportunistic infections in HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2000;14(4):383-6.
9. Jubault V, Pacanowski J, Rabian C, Viard JP. Interruption of prophylaxis for major opportunistic infections in HIV-infected patients receiving triple

- combination antiretroviral therapy. *Ann Med Interne (Paris)* 2000;151(3):163-8.
10. Krueger KP, Berger BA, Felkey B. Medication adherence and persistence: a comprehensive review. *Adv Ther* 2005;22(4):313-56.
11. Gates AE, Kaplan LD. AIDS malignancies in the era of highly active antiretroviral therapy. *Oncology (Williston Park)* 2002;16(5):657-65, 668-70 e 2002;16(4):441-51, 456, 459.
12. Robertson J, Meier M, Wall J, Ying J, Fichtenbaum, CJ. Immune Reconstitution Syndrome in HIV: Validating a Case Definition and Identifying Clinical Predictors in Persons Initiating Antiretroviral Therapy. *Clin Infect Dis* 2006;42:1639-46.
13. Núñez M, Soriano V, Lahoz JG. Clinical manifestation of HIV Infection in the HAART era. *AIDS Rev* 2001;3:216-222.
14. Oliveira J, Meliço-Silvestre A. História natural da infecção pelo VIH. <http://www.aidscongress.net/pdf/141.pdf> - III Congresso Virtual HIV/AIDS "O HIV no Mundo Lusófono".
15. Soriano V, Puoti M, Bonacini M, Brook G, Cargnel A, Rockstroh J, Thio C, Benhamou Y. Care of patients with chronic hepatitis B and HIV co-infection: recommendations from an HIV-HBV International Panel. *AIDS* 2005;19:221-240.
16. Soriano V, Puoti M, Sulkowski M, Mauss S, Cacoub P, Cargnel A, Dieterich D, Hatzakis A, Rockstroh J. Care of patients with hepatitis C and HIV co-infection. *AIDS* 2004;18:1-12.
17. Alberti A, Clumeck N, Collins S, Gerlich W, Lundgren J, Palu G, Reiss P, Thiebaut R, Weiland O, Yazdanpanah Y, Zeuzem S. Short Statement of the First European Consensus Conference on the Treatment of Chronic Hepatitis B and C in HIV Co-infected Patients. *J Hepatol* 2005;42:615-624.
18. Sidiq H, Ankoma-Sey V. HIV-related liver disease: infections versus drugs. *Gastroenterol Clin North Am* 2006;35(2):487-505.
19. Núñez M, Soriano V. Hepatotoxicity of Antiretrovirals: Incidence, Mechanisms and Management. *Drug Saf* 2005;28(1):53-66.
20. Montessori V, Press N, Harris M, Akagi L, Montaner JSG. Adverse effects of antiretroviral therapy for HIV infection. *CMAJ* 2004;170(2):229-238.
21. Treisman G, Angelino A. (2004). *The Psychiatry of AIDS - a guide to diagnoses and treatment*. Johns Hopkins University Press.
22. Canavarro MC, Pereira M, Morgado L. (2003). *A Adolescência, a Mulher e a SIDA. IV Congresso Virtual "A Mulher e a Infecção pelo HIV/SIDA"*.
23. Ciesla, J. & Roberts, J., (2001). Meta-Analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*; 158: 725-730.
24. Leventhal, H., Leventhal, E.A, & Cammeron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation. A perceptive-cognitive model. In Baum, A., Bevenson, T.A., & Singer, J.E. (Eds.), *Handbook of health psychology* (19-47). Mahawah, NJ. Lawrence Erlbaum.
25. McQueen, D.V., & Uitenbroek, D.G. (1992) Condom use and concern about aids. *Health Education Research*, 7, 47-53.