

# ADESÃO À HAART, QUALIDADE DE VIDA E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA

## Em Doentes Infectados Pelo VIH/SIDA

Renata MARGALHO, Marco PEREIRA, Sílvia OUKININ,  
Maria Cristina CANAVARRO

### RESUMO

**Objectivos:** A adesão à terapêutica anti-retroviral de alta eficácia (HAART) é fundamental para o sucesso terapêutico, e uma melhor qualidade de vida (QdV) e saúde mental têm sido reconhecidas como importantes resultados do tratamento anti-retroviral. No entanto, poucos estudos têm associado estas dimensões com a adesão. O objectivo do presente estudo consistiu em avaliar a associação entre adesão à terapêutica, QdV e sintomatologia psicopatológica numa amostra de doentes infectados por VIH, e identificar os preditores demográficos, clínicos e psicológicos da não-adesão.

**Método:** Um estudo transversal foi realizado nos principais serviços/departamentos de doenças infecciosas dos Hospitais Portugueses. A amostra foi constituída por 762 doentes infectados por VIH. O protocolo de avaliação incluiu as versões Portuguesas do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-HIV-Bref e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory - BSI*).

**Resultados:** Dos 762 doentes, 133 (17,5%) referiram não aderir completamente à terapêutica. Os doentes do grupo não-adesão reportaram pior QdV. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas em 4 dos 6 domínios de QdV. As excepções foram os domínios Relações sociais e Espiritualidade. Relativamente à sintomatologia psicopatológica, verificou-se igualmente um efeito significativo, ainda que os testes univariados apenas tenham revelado um efeito univariado significativo na dimensão psicoticismo. A regressão logística mostrou que menor idade, maior tempo de diagnóstico e mais tempo a realizar medicação, menor contagem de linfócitos TCD4+, estágio sintomático/SIDA e maior psicopatologia (nas dimensões sensibilidade interpessoal, ansiedade e psicoticismo) estavam associados a maior probabilidade de não aderir à medicação.

**Conclusões:** Estudos adicionais sobre a adesão à HAART devem considerar a inter-relação entre variáveis demográficas, clínicas e psicológicas. Esta compreensão poderá ajudar a identificar os doentes em maior risco de não-adesão, bem como em maior risco de pior qualidade de vida e saúde mental.

### SUMMARY

#### Adherence to HAART, quality of life and psychopathological symptoms among HIV/AIDS infected patients

**Objectives:** Patient adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) is essential to treatment success, and improved quality of life (QoL) and mental health have been recognized as important outcomes from the HIV treatment. However, very few published research studies have related these domains to HAART adherence. The purpose of this study was to examine the association between adherence to HAART, QoL and psychopathological symptoms in a sample of HIV-infected patients, and to identify demographic, clinical and psychological predictors of non-adherence.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted in the main services/departments of infectious diseases of Portuguese Hospitals. The sample consisted of 762 HIV-infected

R.M.: Associação para o Desenvolvimento e Investigação. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. Portugal  
M.P.: Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.  
S.O.: Serviço de Psiquiatria. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. Portugal  
M.C.C.: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal

patients. The assessment protocol included the Portuguese versions of the WHOQOL-HIV-Bref and the Brief Symptom Inventory (BSI).

Results: Of the 762 patients, 133 (17.5%) reported not to fully adhere to HIV medication. Non-adherent patients reported significantly lower QoL. Follow-up tests reported significant differences in four of six domains, with the exception of Social relationships and Spirituality domains. Regarding psychopathological symptoms, there was also a significant effect. Follow-up tests reported a significant difference only on psychoticism. In multivariate logistic regression, younger individuals, people diagnosed and on medication for longer time, with lower CD4+ T cell count, on symptomatic/AIDS stage and with higher scores on interpersonal sensitivity, anxiety and psychoticism were more likely to be non-adherents. Conclusions: Future studies assessing HAART adherence should consider the interplay of demographic and HIV-related variables, as well as psychological status. Also, it may help to elicit those people who are at risk for non-adherence, as well as poorer quality of life and mental health.

## INTRODUÇÃO

A introdução da terapêutica anti-retroviral (TARV), em particular a *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART; em Português, Terapêutica Anti-retroviral de Alta Eficácia - TARV) veio introduzir importantes alterações na história natural da infecção pelo VIH. Com esta terapêutica assistimos a uma diminuição gradual da mortalidade e da incidência das infecções oportunistas, evidente a partir de 1996 e concomitante com a utilização mais generalizada da terapêutica de alta eficácia. O objectivo desta terapêutica na infecção pelo VIH consiste em suprimir a carga viral e preservar a resposta imunológica específica<sup>1</sup> e, extensivamente, melhorar a qualidade de vida (QdV) e diminuir a morbidade e mortalidade associada a esta infecção.

Na sociedade actual, o aumento da esperança média de vida encontra-se associado a uma maior prevalência de condições crónicas de saúde, sendo a adesão um comportamento chave neste fenómeno de longevidade. A adesão depende de um comportamento de cumprimento do tratamento que envolve processos complexos de tomada de decisão, motivação, relação terapêutica e manutenção do comportamento<sup>2</sup>. No contexto da infecção por VIH, este comportamento é essencial para que o tratamento seja eficaz, ainda que seja marcado por uma considerável complexidade.

Enquanto padrão comportamental, a adesão torna-se numa ferramenta essencial para contribuir para a melhoria da QdV dos doentes, dado que os ganhos deste mesmo comportamento permitem ao doente manter o seu funcionamento no dia-a-dia. Este funcionamento traduz-se por um bem-estar emocional, bem como uma sensação de autonomia e de realização pessoal. A relação entre adesão à terapêutica e QdV ainda não tem sido muito estudada, no entanto, os estudos realizados neste âmbito têm mostrado uma associação positiva entre estas duas variáveis<sup>3-6</sup>. Estudos longitudinais têm igualmente mostrado uma associação entre adesão à terapêutica e melhoria da QdV

ao longo do tempo<sup>7,8</sup>.

A prevalência de perturbações emocionais em doentes infectados por VIH tem sido consensualmente demonstrada na literatura especializada. A sintomatologia psicopatológica pode existir antes da infecção ou como reacção ao diagnóstico de seropositividade para o VIH. Esta sintomatologia pode-se tornar numa barreira de adesão se observarmos uma desorganização comportamental e instabilidade do funcionamento global, sendo que é fulcral a estabilidade mental destes doentes para poderem desenvolver competências de adesão.

Os sintomas psicopatológicos são frequentes no contexto da infecção por VIH, existindo vários estudos reveladores desta relação. Por exemplo, Farber, Mirsalini, Williams e McDaniel<sup>9</sup> verificaram, numa amostra de 203 doentes, que 73% estavam deprimidos, mostrando que esta sintomatologia influenciava negativamente o curso e adaptação à doença. Estudos longitudinais têm revelado a depressão como factor condicionante e responsável pela aceleração no curso da doença, deterioração da qualidade de vida dos doentes e prevalência do comportamento de não adesão<sup>10,11</sup>. Outros estudos têm ainda apontado a existência de perturbação emocional como estando associada a menor adesão à TARV<sup>12,13</sup>. Um estudo recentemente realizado em Portugal por Reis, Lencastre, Guerra e Remor<sup>14</sup>, mostrou uma associação significativa entre adesão à terapêutica e sintomatologia psicopatológica, mostrando que uma menor adesão se encontrava significativamente associada a maior presença deste tipo de sintomatologia.

Os tratamentos de maior complexidade para o doente são os que suscitam maior dificuldade ao seu cumprimento<sup>15</sup> e este aspecto é particularmente evidente no contexto desta infecção. Alguns esquemas da TARV enquadram-se no âmbito dos tratamentos mais exigentes para os doentes, podendo exigir diferentes horários na toma dos variados fármacos; padrões distintos da toma da medicação (e.g., ingerir alguns medicamentos em jejum; outros durante ou após as refeições, etc.); e condições diferentes de armazenamento<sup>16-18</sup>. Quando existe uma

falha relevante nestas tomas, a probabilidade de atingir a supressão viral diminui e o risco de resistência vírica aumenta<sup>18</sup>. Tendo em conta a complexidade que estrutura o processo de tratamento anti-retroviral, vários factores podem contribuir para o comportamento de adesão. Deste modo, os factores que influem negativamente na adesão à terapêutica devem ser avaliados antes de se iniciar a TARV e monitorizados durante o tratamento.

Uma vasta gama de estudos empíricos publicados na última década tem mostrado ainda uma associação entre adesão à TARV e várias variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais. A este respeito, Cheever<sup>19</sup> refere alguma inconsistência nos estudos que associam adesão e variáveis sociodemográficas, em particular com as variáveis género, idade, raça/etnia e nível socioeconómico. Alguns estudos não mostraram qualquer associação entre características demográficas, estágio da doença e adesão<sup>20</sup>. Existe evidência de que a não adesão à terapêutica está associada a menor idade<sup>6,21-24</sup>, a menor educação, baixo nível socioeconómico e desemprego<sup>25-27</sup> e ao género feminino<sup>28-30</sup>. Relativamente às variáveis clínicas, os estudos têm mostrado uma associação entre menor adesão e maior carga viral, menor contagem de linfócitos TCD4+ e estádios mais avançados de doença<sup>8,31-34</sup>, bem como a experiência de efeitos secundários negativos<sup>35</sup>. Já do ponto de vista comportamental, a menor adesão tem sido associada a pior comunicação médico-doente e relação terapêutica<sup>36,37</sup> e uso/abuso de substâncias<sup>38-40</sup>.

Face ao exposto, o presente estudo tem como objectivo comparar a QdV e a sintomatologia psicopatológica entre os doentes que referem cumprir ou não a terapêutica anti-retroviral, e identificar as variáveis demográficas, clínicas e psicopatológicas que poderão prever o comportamento de adesão à HAART.

## MATERIAL E MÉTODOS

### Amostra e procedimentos

A recolha da amostra que sustenta o presente estudo decorreu no período entre Setembro de 2007 e Julho de 2008 em diversos departamentos/serviços de doenças infecciosas dos principais hospitais de referência do nosso país, bem como em instituições não-governamentais de apoio aos doentes seropositivos. Para a recolha de dados foi feito previamente um pedido de colaboração voluntária no estudo; explicada a natureza e os objectivos do estudo; garantida a confidencialidade e anonimato dos questionários; e assinado o consentimento informado, previamente aprovado pelas Comissões de Ética de todas as instituições envolvidas.

Os doentes foram convidados a participar no presente estudo enquanto esperavam pela consulta com o seu Infeciologista. Foi contactado um total de 1251 doentes.

Os participantes que não completaram o protocolo de avaliação (> 20% de valores omissos;  $n = 55$ ) e os doentes que não se encontravam a fazer medicação anti-retroviral ( $n = 434$ ; 36,3%) foram excluídos das análises. No total, a amostra foi composta por 762 indivíduos seropositivos para o VIH, com uma média de idade de 41,16 anos e desvio-padrão (DP) de 9,12 anos. Destes, 133 (17,5%) referiram não cumprir a medicação anti-retroviral.

As principais características sociodemográficas dos grupos que compõem a amostra encontram-se expressas no Quadro 1. Como se pode observar, os participantes do grupo Não-adesão tinham maior probabilidade de ter menor educação,  $F(1, 749) = 8,756, p < 0,01$ , e de não serem profissionalmente activos,  $\chi^2 = 7,846, p < 0,01$ . Do ponto de vista clínico, os não aderentes tinham maior probabilidade de ter sido diagnosticados há mais tempo,  $F(1, 745) = 16,626, p < 0,001$ , de estar há mais tempo a fazer medicação anti-retroviral,  $F(1, 751) = 6,699, p < 0,05$ , de ter menor contagem de linfócitos CD4+,  $F(1, 754) = 88,225, p < 0,001$ , e de se encontrarem no estágio de SIDA,  $\chi^2 = 98,916, p < 0,001$ .

### Instrumentos

O protocolo de avaliação foi composto por uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos. A primeira parte incluiu informações sobre género, idade, escolaridade, estado civil e situação profissional. A parte respeitante à situação clínica incluiu informações sobre: estado geral de saúde, estado serológico, ano em que realizou o primeiro teste positivo e ano em que pensou ter sido infectado, categoria de transmissão, dados relativos aos marcadores biológicos (contagem de linfócitos TCD4+), toma da medicação (tempo, efeitos secundários e cumprimento da medicação). No presente estudo, o estado serológico foi definido de acordo com o sistema de classificação dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), nomeadamente, tendo em consideração os três níveis de contagem dos linfócitos CD4+: (1) > 500 células/mm<sup>3</sup>; (2) entre 201 e 499 células/mm<sup>3</sup>; e (3) < 200/mm<sup>3</sup>. A variável adesão à medicação foi obtida por auto-resposta.

### Qualidade de vida

O *World Health Organization Quality of Life in HIV Infection*, versão abreviada (WHOQOL-HIV-Bref)<sup>41</sup>, é um instrumento de avaliação da QdV na infecção VIH/SIDA, organizado em seis domínios (Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade) e uma Faceta geral, relativa à avaliação global da QdV e percepção geral de saúde. As perguntas do WHOQOL foram formuladas para quatro escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos (*intensidade, capacidade, frequência e avaliação*) e foram enunciadas, quer de forma positiva quer de forma negativa. De forma geral, a interpretação dos resultados do WHOQOL-HIV-

Quadro 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos grupos Não-adesão e Adesão (em percentagem)

	Não-adesão (N = 133)	Adesão (N = 629)	p
Género			0,199
Masculino	77,4	71,5	
Feminino	22,6	28,5	
Estado civil			0,079
Solteiro	44,4	44,0	
Casado/Co-habitação	28,6	34,0	
Separado/Divorciado	25,5	17,7	
Viúvo	1,5	4,3	
Situação profissional			< 0,01
Empregado	39,1	52,5	
Não activo	60,9	47,5	
Categoria de transmissão			0,413
Relação sexual com homem	21,2	29,7	
Relação sexual com mulher	30,3	27,9	
Drogas injectáveis	43,2	37,5	
Contacto com sangue	3,0	2,8	
Desconhecida	2,3	2,1	
Estado serológico			< 0,001
Assintomático	31,1	73,4	
Sintomático	16,7	8,9	
SIDA	51,5	15,9	
Desconhecido	0,8	1,8	
Contagem de linfócitos CD4+			< 0,001
< 200 células/mm <sup>3</sup>	55,3	16,2	
201 e 499 células/mm <sup>3</sup>	34,8	43,6	
> 500 células/mm <sup>3</sup>	9,8	40,2	
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	
Idade	40,08 (7,16)	41,38 (9,47)	0,134
Educação	6,73 (2,54)	7,78 (3,91)	< 0,01
Tempo desde o diagnóstico	10,11 (5,01)	8,16 (4,93)	< 0,001
Tempo a tomar medicação	6,19 (4,06)	5,19 (4,02)	< 0,05
Contagem de linfócitos CD4+	229,34 (194,07)	468,64 (278,69)	< 0,001

Bref é feita de forma linear a partir dos resultados obtidos. A resultados mais elevados corresponde uma melhor QdV. Dada a natureza multidimensional do conceito de QdV que se encontra subjacente ao instrumento, os

resultados deverão ser sempre analisados em função das pontuações obtidas nos seis domínios que compõem o WHOQOL-HIV-Bref, não existindo uma “pontuação total” do instrumento. As indicações sobre a qualidade de vida

em geral apenas podem ser obtidas através dos resultados da faceta que avalia a QdV em geral e a percepção geral de saúde. Na presente amostra, a consistência interna dos domínios variou entre 0,53 (domínio *Espiritualidade*) e 0,81 (domínio *Nível de Independência*).

### **Sintomatologia psicopatológica**

O *Brief Symptom Inventory* (BSI)<sup>42,43</sup> é um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert*, com cinco possibilidades de resposta, cotado desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4). O BSI avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psicopatologia (somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide; e psicoticismo) e três índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS); o Total de Sintomas Positivos (TSP); e o Índice de Sintomas Positivos (ISP). Este último índice é considerado por Canavaro<sup>43</sup> como o melhor discriminador entre indivíduos da população geral e aqueles que apresentam perturbações emocionais. No presente estudo, o  $\alpha$  de Cronbach variou entre 0,70 (Psicoticismo) e 0,87 (Depressão).

### **Análises estatísticas**

Numa primeira fase, para a caracterização sociodemográfica da amostra, recorreremos sobretudo à estatística descritiva (frequências relativas, médias e desvios-padrão). Análises univariadas da variância (ANOVAs) e testes de Qui-quadrado foram utilizados para averiguar a existência de diferenças nas variáveis sociodemográficas e clínicas nos dois grupos em estudo.

Com o objectivo de averiguar a existência de diferenças entre os dois grupos em estudo, recorreu-se à estatística inferencial. Tendo em conta que os grupos de adesão e não-adesão se diferenciavam entre si no que respeita a algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, optou-se por utilizar testes estatísticos controlando os efeitos destas variáveis. Especificamente, os indicadores de QdV e sintomatologia psicopatológica foram considerados variáveis critério (ou dependentes) e a adesão à terapêutica determinou a criação dos dois grupos, que constituíram os níveis da variável independente. Recorremos, desta forma, à análise multivariada da covariância (MANCOVA). ANOVAs subsequentes foram realizadas de forma a identificar a fonte dos efeitos multivariados (diferenças entre os grupos). Os testes *post hoc* de Bonferroni foram utilizados no sentido de localizar essas mesmas diferenças. Para verificar que variáveis sociodemográficas, clínicas e psicopatológicas poderiam prever o comportamento de adesão recorreremos à regressão logística binária.

Para o tratamento estatístico e análise dos dados utilizámos a versão 17.0 do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foram utilizados, para efeitos de análise estatística, diferentes testes, seleccionados em função das análises, das características das variáveis consideradas e da verificação dos pressupostos necessários. Níveis de significação inferiores a .05 foram considerados como indicativos de diferenças estatisticamente significativas.

## **RESULTADOS**

### **Qualidade de vida**

Em relação à qualidade de vida, e controlando os efeitos das co-variáveis, observou-se um efeito multivariado estatisticamente significativo [Wilk's Lambda = 0,943;  $F(7, 730) = 6,316, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,057$ ]. Os testes univariados subsequentes revelaram que os doentes do grupo Não-adesão apresentaram piores resultados de QdV em quatro dos seis domínios e na Faceta geral. Não se registaram diferenças significativas nos domínios *Relações sociais* e *Espiritualidade* (o único domínio em que os doentes que referem não cumprir a terapêutica apresentam melhores resultados). Os resultados médios [em parêntesis o Erro Padrão (EP)] encontram-se apresentados no Quadro 2.

### **Sintomatologia psicopatológica**

Relativamente à sintomatologia psicopatológica, verificou-se também um efeito multivariado significativo [Wilk's Lambda = 0,967;  $F(9, 719) = 2,701, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,033$ ]. globalmente, os doentes do grupo Não-adesão apresentaram maiores valores de sintomatologia psicopatológica. Os testes univariados subsequentes revelaram, no entanto, que os dois grupos apenas se distinguiram na dimensão *Psicoticismo*. Relativamente aos índices globais, os efeitos não se revelaram estatisticamente significativos, [Wilk's Lambda = 0,999;  $F(3, 719) = 0,268, p = 0,849, \eta_p^2 = 0,001$ ], embora seja de assinalar que em ambos os grupos o valor do ISP foi superior a 1,7, valor a partir do qual existe maior probabilidade de apresentar perturbação emocional. Os resultados descritivos encontram-se expostos no Quadro 3.

### **Preditores sociodemográficos, clínicos e psicológicos da adesão à HAART**

A análise de regressão logística, que considerou as variáveis sociodemográficas (idade, género, educação, situação profissional e estado civil), clínicas (tempo desde o diagnóstico, tempo em medicação anti-retroviral, categoria de transmissão, estado serológico e contagem de linfócitos TCD4+) e psicopatológicas na predição do comportamento de adesão à medicação anti-retroviral,

Quadro 2 – Comparação da qualidade de vida nos grupos de Não-adesão e Adesão

	Não-adesão (n = 133)	Adesão (n = 482)	F	$\eta_p^2$
	M (EP)	M (EP)		
Físico	59,57 (1,93)	65,36 (0,84)	7,218**	0,010
Psicológico	56,61 (1,73)	60,62 (0,75)	4,315*	0,006
Nível de independência	59,41 (1,91)	65,76 (0,83)	8,842**	0,012
Relações sociais	60,76 (1,83)	61,80 (0,79)	0,259	0,000
Ambiente	51,85 (1,33)	57,72 (0,58)	15,598***	0,021
Espiritualidade	64,60 (2,07)	60,97 (0,90)	2,467	0,003
QdV geral	47,02 (1,81)	55,58 (0,78)	17,978***	0,024

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Quadro 3 – Comparação da sintomatologia psicopatológica nos grupos de Não-adesão e Adesão

	Não-adesão (n = 133)	Adesão (n = 482)	F	$\eta_p^2$
	M (EP)	M (EP)		
Somatização	0,87 (0,07)	0,79 (0,03)	0,959	0,001
Obsessões-Compulsões	1,11 (0,08)	1,01 (0,03)	0,277	0,000
Sensibilidade Interpessoal	0,83 (0,08)	0,89 (0,03)	0,483	0,001
Depressão	1,04 (0,08)	1,02 (0,04)	0,015	0,000
Ansiedade	0,85 (0,07)	0,89 (0,03)	0,234	0,000
Hostilidade	0,92 (0,08)	0,85 (0,03)	0,667	0,001
Ansiedade Fóbica	0,44 (0,06)	0,45 (0,02)	0,053	0,000
Ideação Paranóide	1,19 (0,07)	1,09 (0,03)	1,514	0,002
Psicoticismo	0,92 (0,07)	0,76 (0,03)	4,116*	0,006
Índice Geral de Sintomas (IGS)	0,94 (0,06)	0,90 (0,03)	0,427	0,001
Total de Sintomas Positivos (TSP)	26,40 (1,31)	25,15 (0,57)	0,725	0,001
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	1,79 (0,05)	1,79 (0,02)	0,007	0,000

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

mostrou um modelo estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 178,56$ ,  $df = 15$ ,  $p < 0,001$ ; Cox & Snell  $R^2 = 0,22$ ; Nagelkerke  $R^2 = 0,37$ ). Este modelo mostrou-se eficaz na predição da adesão à terapêutica, sendo que os participantes com menor idade, mais tempo desde o diagnóstico de seropositividade, mais tempo a realizar medicação, menor contagem de linfócitos TCD4+ e pertença ao estádios Sintomático/SIDA tinham maior probabilidade de não aderir à medicação anti-retroviral (Quadro 4).

Para além do modelo se ter revelado estatisticamente significativo, o teste de Hosmer e Lemeshow ( $\chi^2 = 5,167$ ,  $df = 8$ ,  $p = 0,740$ ) dá-nos informação precisa sobre a adequabilidade do modelo aos dados existentes, permitindo fazer previsões fiáveis acerca da variável dependente (adesão ou não-adesão à terapêutica). O

modelo classificou correctamente 85,7% dos participantes.

## DISCUSSÃO

O objectivo do presente estudo centrou-se na associação entre a adesão à terapêutica, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica, bem como na influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas no comportamento de adesão à HAART. Globalmente, na presente amostra, 82,5% dos doentes referiram cumprir integralmente as prescrições médicas. Ainda que esta percentagem seja bastante satisfatória, é ligeiramente inferior à encontrada em outros estudos<sup>6,34</sup>, incluindo no contexto nacional<sup>14</sup>.

Quadro 4 – Análise de regressão logística binária tendo por variável critério a adesão à terapêutica

	Wald	Odds Ratio (OR)	OR (IC 95%)	
Idade	5,012	1,034*	1,004	1,064
Género	0,397	1,198	0,683	2,099
Estado civil	0,400	1,180	0,707	1,970
Educação	1,740	1,055	0,974	1,143
Situação profissional	3,387	0,632	0,388	1,030
Categoria de transmissão	0,029	0,959	0,591	1,555
Contagem de linfócitos CD4+	34,707	1,004***	1,003	1,005
Estado serológico	13,759	2,725***	1,604	4,628
Tempo desde o diagnóstico	4,116	0,942*	0,889	0,998
Tempo em medicação anti-retrovírica	6,825	0,909**	0,846	0,976
Somatização	1,209	0,792	0,524	1,200
Sensibilidade Interpessoal	6,949	1,865**	1,173	2,964
Ansiedade	3,851	1,767*	1,001	3,119
Ideação Paranóide	1,537	0,755	0,483	1,178
Psicoticismo	7,990	0,481**	0,289	0,799

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Nota: Categorias de referência: Género (Feminino); Estado civil (Vive sozinho); Situação profissional (Não activo); Categoria de transmissão (Via sexual); Estado serológico (Assintomático).

Sendo a adesão um comportamento de cooperação entre o doente e o seu tratamento pode contribuir, directamente, para uma melhor QdV em todas as suas vertentes, dado que quando a doença fica controlada existe a possibilidade de desempenhar as suas tarefas ao nível profissional, social e relacional. Os resultados do presente estudo são consistentes com alguns trabalhos que revelam que o grupo de doentes que referem não cumprir as prescrições médicas apresentam piores resultados nos indicadores de QdV<sup>3-6</sup>. Efectivamente, as consequências de não adesão podem implicar uma deterioração do estado de saúde do doente que contaminam competências ao nível do seu funcionamento global, deteriorando as suas competências desde domínios físicos, psicológico, relações sociais e competências ao nível de independência e autonomia<sup>3,5,8</sup>. Esta relação entre adesão e QdV torna-se ainda relevante na medida em que a recuperação virológica e imunológica, potenciada pela adesão à terapêutica, vai permitir ao doente reunir condições para melhorar e otimizar o seu funcionamento e bem-estar global<sup>8</sup>.

No que respeita à sintomatologia psicopatológica, foi possível verificar que o grupo de Não-Adesão apresentava maior valor nos índices psicopatológicos, ainda que apenas se tenham registado diferenças na dimensão *psicoticismo*. Contrariamente ao esperado, não encontramos diferenças particularmente nas dimensões ansiedade e depressão,

já que alguns estudos têm mostrado que quanto maior a vulnerabilidade depressiva e ansiosa maior a probabilidade de não adesão<sup>44</sup> e que os sintomas depressivos, com elevado índice epidemiológico nesta população, frequentemente estão associados a não adesão<sup>45</sup>. Contudo, a literatura tem evidenciado que estes sintomas se podem confundir com perturbações de natureza cognitiva, que estão também relacionadas com a não adesão à terapêutica<sup>46</sup>. Naturalmente, este aspecto deverá ser alvo de maior investimento empírico. É igualmente importante assinalar que, ainda que não se tenham registado diferenças, os dois grupos apresentaram um resultado superior a 1.70 no Índice de Sintomas Positivos, valor a partir do qual existe maior probabilidade de apresentar perturbação emocional<sup>43</sup>.

A literatura tem ainda mostrado a influência dos indicadores sociodemográficos e clínicos no comportamento de adesão. No presente estudo, verificou-se que as variáveis sociodemográficas e clínicas preditoras da não adesão foram idade mais jovem, mais tempo de diagnóstico e de tratamento anti-retroviral, menor contagem de linfócitos TCD4+ e fase sintomática. Relativamente à idade, verificou-se que os doentes com maior idade referiam maior adesão aos fármacos anti-retrovirais. Este resultado é consistente com diversos estudos<sup>21-24,46</sup>, e poderá estar relacionado com um maior conhecimento dos diferentes fármacos e das combinações farmacológicas, uma maior

importância atribuída à toma da medicação, bem como uma melhor compreensão das instruções do médico. Alguns estudos têm evidenciado ainda que baixo nível socioeconómico e menor educação estão associados a não adesão<sup>25,26</sup>, no entanto, em relação a estas variáveis os dados têm sido inconsistentes<sup>24,48</sup>. No presente estudo estas variáveis não se mostraram significativas. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de parte substancial da amostra ter um nível educacional globalmente baixo, bem como uma baixa qualificação profissional.

Já em relação às variáveis clínicas, à semelhança dos resultados com trabalhos anteriores<sup>8,20,31-34</sup>, os nossos resultados mostraram uma capacidade preditiva das variáveis essencialmente associadas ao maior tempo de infecção, incluindo o estágio de doença e a contagem de linfócitos TCD4+. Estes resultados podem significar que os doentes que aderem ao tratamento têm a sua doença mais controlada (melhores resultados nos marcadores biológicos e menor apresentação de sintomas).

Relativamente aos indicadores psicopatológicos, verificámos apenas a capacidade preditiva das dimensões *sensibilidade interpessoal, ansiedade e psicoticismo*. Estes dados apenas suportam parcialmente o que tem sido evidenciado por diversos estudos<sup>12-14</sup>, nomeadamente que a presença de morbilidade psicológica/psiquiátrica se associa a menor adesão aos fármacos anti-retrovirais. O facto de ambos os grupos não se distinguirem significativamente nas dimensões psicopatológicas poderá ter influenciado estes resultados dado que o grau de perturbação emocional nos doentes infectados por VIH é bastante significativo<sup>49</sup>, aspecto que o presente estudo também mostrou. Estes dados remetem, neste sentido, também para a importância de se considerarem as intervenções psicológicas e psiquiátricas como uma parte integrante da assistência habitual aos doentes seropositivos para o VIH.

Em síntese, a adesão ao tratamento, num contexto de infecção por VIH, representa uma opção mediada por vectores diversos, incluindo demográficos, clínicos e emocionais do doente. Enquanto comportamento, a adesão exige etapas de decisão, justamente dependentes da informação, motivação e comportamento<sup>50,51</sup>. É importante que se conheça toda esta ecologia e que se conjuguem estes sistemas, porque de forma isolada é grande a probabilidade de que não funcionem, ou não produzam o resultado desejado. Toda esta complexidade revela-se necessária para conhecer melhor um comportamento bastante complexo, mas essencial para atingir e manter a supressão do VIH, fundamental para prevenir a emergência de resistências<sup>19,24,52</sup> e, extensivamente, para melhorar a qualidade de vida dos doentes.

O presente estudo não se encontra isento de limitações. Em primeiro lugar, estas poderão estar relacionadas com os métodos de avaliação da adesão. Neste estudo foi avaliada através de uma perspectiva auto-referente, podendo

ter sido utilizadas outras estratégias de avaliação deste comportamento, particularmente recorrendo a instrumentos de avaliação desta medida. Porém, dado que existe evidência da relação entre a adesão auto-referida e outras medidas de adesão<sup>54</sup>, entendemos que estes resultados são válidos para o objectivo a que se propõem. Por outro lado, tendo o estudo um desenho transversal, não é possível estabelecer uma relação de causalidade, isto é, não é possível atestar que uma pior qualidade de vida é uma consequência da não-adesão. Com efeito, no domínio físico, a própria literatura tem mostrado esta relação bidireccional, isto é, uma pior adesão associada a menor QdV<sup>8</sup> e uma pior QdV física associada a uma menor probabilidade de adesão<sup>33</sup>. Por fim, em acréscimo à amostragem por conveniência, e apesar do tamanho considerável da amostra, os estudos com doentes seropositivos para o VIH devem ter em linha de conta e enorme heterogeneidade desta população, pelo que os resultados podem não ser generalizáveis.

Globalmente, no presente estudo verificou-se que a adesão está associada a uma melhor QdV, distinguindo-se a necessidade de desenvolver investigação nesta área. A relevância da caracterização de perfis de risco para não-adesão pode constituir uma ferramenta útil para a identificação com maior probabilidade de não cumprirem as prescrições médicas. Enquanto doença crónica, sabemos que a infecção por VIH tenderá a progredir e como tal, são necessários modelos integradores e interdisciplinares, que possibilitem compreender e actuar perante esta realidade de uma forma eficaz, aumentando a sobrevida e promovendo essencialmente uma melhor qualidade de vida.

## AGRADECIMENTOS

O presente estudo foi financiado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida (Ref. 5-1.8.4/2007) e foi desenvolvido no âmbito do Grupo de Investigação Relações, Desenvolvimento e Saúde, da Unidade I&D Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra (FEDER/POCTI-SFA-160-192).

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

## REFERÊNCIAS

1. ALTFELD M, WALKER BD: Acute HIV-1 infection. In C. Hoffmann, J Rockstroh & BS Kamps (Eds.), HIV Medicine 2007. Paris: Flying Publishers 2007:33-9.
2. WILLIAMS A, MANIAS E, WALKER R: Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: A systematic review. J Adv Nurs 2008;63(2):132-43.
3. BADER A, KREMER H, ERLICH-TRUNGENBERGER I et al: An



- adherence typology: coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment. *Med Sci Monit* 2006;12(12):CR493-500.
4. LUSZCZYNSKA A, SARKAR Y, KNOLL N: Received social support, self efficacy and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Educ Couns* 2007;66(1):37-42.
  5. PARSONS TD, BRAATON AJ, HALL CD, ROBERSTON KR: Better quality of life with neuropsychological improvement on HAART. *Health Qual Life Outcomes* 2006;4:11.
  6. RUIZ-PÉREZ I, OLRÍ DE LABRY-LIMA A, LÓPEZ- RUIZ MA et al: Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratados con antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;23(10):581-5.
  7. JIA H, UPHOLD CR, WU S et al: Health-related quality of life among men with HIV infection: Effects of social support, coping, and depression. *Aids Patient Care STDs* 2004;18(10):594-603.
  8. MANNHEIMER SB, MATTS J, TELZAK E et al: Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care* 2005;17(1), 10-22.
  9. FARBER EW, MIRSALINI H, WILLIAMS KA, MCDANIEL S: Relationship between meaning of illness and psychological adjustment in HIV. *Psychosom* 2003;44:485-91.
  10. LESERMAN J: Disease progression, depression, stress and possible mechanisms. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):295-306.
  11. ICKOVICS J, HAMBURGUER M, VLAHOV D et al: Mortality, CD4 Cell count decline, and depressive symptoms among HIV seropositive women – Longitudinal analysis. *Epidemiology Research Study, JAMA* 2001;285:1460-65.
  12. AMMASSARI A, ANTINORI A, ALOISI MS et al: Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected patients. *Psychosom* 2004;45:394-402.
  13. STARACE F, AMMASSARI A, TROTTA MP et al: Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31:S136-9.
  14. REIS AC, LENCASTRE L, GUERRA MP, REMOR E: Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2010;23(3):187-96.
  15. STONE V, HOGAN J, SCHMAN P et al: Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients understanding of their regimens; survey of women in the HER study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28:124-31.
  16. HARMAN J, AMICO K, JOHNSON B: Standard of care: Promoting antiretroviral adherence in clinical care. *AIDS Care* 2005;17(2):237-51.
  17. JOHNSON MO, ELLIOTT T, NEILANDS TB, MORIN SF, CHESNEY MA: A Social Problem-Solving Model of Adherence to HIV Medications. *Health Psychol* 2006;25(3):355-63.
  18. PANTHER LA, LIBMAN H: Medical overview. In K Citron, MJ Brouillette & A Beckett (Eds.), *HIV and Psychiatry: A Training and Resource Manual*. Cambridge: Cambridge University Press 2005:1-29.
  19. CHEEVER LW: Adherence to HIV Therapies. In JR Anderson (Ed.), *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV*. Health Resources and Services Administrators. HIV/AIDS Bureau 2001:139-48.
  20. FONG OW, HO CF, FUNG LY et al: Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Chinese HIV/AIDS patients. *HIV Med* 2003;4:133-8.
  21. ETTENHOFER ML, HINKIN CH, CASTELLON SA et al: Aging, neurocognition, and medication adherence in HIV infection. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17(4):281-90.
  22. FOGARTY L, ROTER D, LARSON S et al: Patient adherence to HIV medication regimens: A review of published and abstract reports. *Patient Educ Couns* 2002;46:93-108.
  23. HINKIN CH, CASTELLON SA, DURVASULARS et al: Medication adherence among HIV+ adults: Effects of cognitive dysfunction and regimen complexity. *Neurology* 2002;59:1944-50.
  24. PATERSON D, SWINDELLS S, MOHR J et al: Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infections. *Ann Intern Med* 2000;133:21-30.
  25. BAKKEN S, HOLZEMER W, BROW M et al: Relationship between perception of engagement with health care provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS. *Aids Patient Care STDs* 2000;14(4):189-97.
  26. CHESNEY M: Adherence to HAART regimens. *Aids Patient Care STDs* 2003;17(4):169-77.
  27. FALAGAS ME, ZARKADOULIA EA, PLIATSIKA PA, PANOS G: Socioeconomic status (SES) as a determinant of adherence to treatment in HIV infected patients: A systematic review of the literature. *Retrovirology* 2008;5:13.
  28. HOLSTAD MK, PACE JC, DE AK, URA D: Factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2006;17(2): 4-15.
  29. NICASTRI E, LEONE S, ANGELETTI C et al: Sex issues in HIV-1-infected persons during highly active antiretroviral therapy: A systematic review. *J Antimicrob Chemother* 2007;60(4):724-32.
  30. REIS AC: Adesão Terapêutica na Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana [Tese de Mestrado]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto 2007.
  31. GIFFORD AL, GROESSL EL: Chronic disease self management and adherence to HIV medications. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31:S163-166.
  32. GORDILLO V, DEL AMO J, SORIANO V, GONZALEZ-LAHOZ J: Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999;13:1763-9.
  33. HOLZEMER WL, CORLESS IB, NOKES KM et al: Predictors of self-adherence in persons living with HIV disease. *AIDS Patient Care STDs* 1999;13(3):185-97.
  34. TIYOU A, BELACHEW T, ALEMSEGED F, BIADGILIGN S: Predictors of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in resource-limited setting of Southwest Ethiopia. *AIDS Res Ther* 2010;7:39.
  35. FALUTZ J: Therapy insight: Body-shape changes and metabolic complications associated with HIV and highly active antiretroviral therapy. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab* 2007;3(9):651-61.
  36. MARGALHO R, PAIXÃO R, PEREIRA M: Relação Terapêutica e Adesão em doentes portadores de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). *Psicologia, Saúde e Doenças* 2010;11(1):67-77.
  37. SANTOS G, PUGA AM, MEDINA C: HAART, adherence, and cultural issues in the US Latino community. *AIDS Read* 2004;14(Suppl. 10):S26-9.
  38. COLFAX G, GUZMAN R: Club drugs and HIV infection: A review. *Clin Infect Dis* 2006;42:1463-69.
  39. COLFAX G, SHOFTAW S: The methamphetamine epidemic: Implications for HIV prevention and treatment. *Curr HIV/AIDS Rep* 2005;2:194-9.
  40. LERT F, KAZATCHKINE MD: Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: An evidence-based overview. *Int J Drug Policy* 2007;18(4):255-61.
  41. World Health Organization: WHOQOL-HIV BREF; 2002. Available at [www.who.int/mental\\_health/evidence/WHOQOL-HIV%20BREF.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL-HIV%20BREF.pdf)
  42. DEROGATIS LR: BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis: Natural Computers System 1993.
  43. CANAVARRO MC: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In MR Simões, C Machado, M Gonçalves & L Almeida (Coord.) Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, vol. III. Coimbra: Quarteto Editora 2007:305-31.
  44. PENEDO FJ, GONZALEZ JS, DAHN JR et al: Personality, quality

of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *J Psychosom Res* 2003;54:271-8.

45. TATE D, PAUL R, FLANIGAN T et al: The impact of apathy and depression on quality of life in patients infected with HIV. *Aids Patient Care STDs* 2003;17(3):115-20.

46. LOVEJOY TI, SUHR JA: The relationship between neuropsychological functioning and HAART adherence in HIV-positive adults: A systematic review. *AIDS Behav* 2009;32:389-405.

47. RUIZ-PÉREZ I, OLRYS DE LABRY-LIMA A, PRADA-PARDAL JL et al: Impacto de los factores demográficos y psicosociales en la no adherencia a los fármacos antirretrovirales. *Enfer Infecc Microbio Clin* 2006;24(6):373-8.

48. KLEEBERGER CA, PHAIR JP, STRATHDEE SA et al: Determinants of heterogeneous adherence to HIV antiretroviral

therapies in the multicenter AIDS cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;26:82-92.

49. WILLIAMS E, CATALAN J: The changing profile of mental health problems in people with HIV. *Psychiatry* 2009;8(6):216-22.

50. MILLER WR, ROLLNICK S: *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press 1991.

51. FISHER JD, FISHER WA: Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull* 1992;111(3):455-74.

52. FISHER JD, FISHER WA, AMICO K, HARMAN JJ: An Information-Motivation-Behavioral Skills Model of adherence to antiretroviral therapy. *Health Psychol* 2006;25(4):462-473.

53. GARBER M, NAU D, ERICKSON S, AIKENS J, LAWRENCE J: The concordance of self-report with other measures of medication adherence. *Med Care* 2004;42:649-52.