

Condições psicológicas para a observação das terapias antiretrovirais altamente ativas (HAART)

Doris Vasconcellos*
Odile Picard**
Sarah Cohen Ichaï*

I. INTRODUÇÃO

Todos os pacientes sofrendo de doenças crônicas reconhecem ter dificuldade para seguir o tratamento prescrito, mas, no caso das HAART, o perigo ligado ao desenvolvimento de cepas virais resistentes ao tratamento constitui um risco direto para o próprio paciente e para a saúde pública¹. Espera-se que o paciente siga o tratamento, fonte de esperança, apesar da apreensão ligada aos efeitos secundários e aos fracassos terapêuticos. Entretanto, a *observação*^a do tratamento nunca pode ser considerada como definitivamente estabelecida, pois cada dia o paciente pode ter seu comportamento desestabilizado por inúmeras razões, tanto de ordem prática quanto de ordem psicológica. Podemos considerar que o primeiro ano de tra-

tamento constitui um período crítico para o estabelecimento de estratégias adaptativas que vão permitir que o paciente se aproprie deste comportamento e o integre à sua vida cotidiana. Nossa pesquisa interessou-se em estudar esta fase inaugural para discriminar quais os fatores psicológicos que favorecem e os que perturbam este processo.

Os pesquisadores em Psicologia da Saúde²⁻⁴ constataram que a auto-estima, o apoio social, a depressão e a gestão do controle e da autonomia^b estão correlacionados com o comportamento de observação do tratamento no caso de doenças crônicas. Estas variáveis foram avaliadas com instrumentos do tipo escalas ou questionários, os quais são altamente dependentes do fenômeno de conformismo social. Sobretudo, esta metodologia não permite compreender a articulação dinâmica que se estabelece entre as variáveis estudadas. Adotamos um enfoque psicanalítico que permite desvendar o conteúdo latente que determina a

* Psicólogas Universidade Paris V.

** Médica, especialista de AIDS no Hospital Saint-Antoine.

^a Mantive o termo observação do tratamento ao invés de adesão ou aderência. Aderir ao tratamento não significa necessariamente cumprir, observar a prescrição. O paciente pode aderir ao tratamento e não tomar os comprimidos por diversas razões. O que interessa é o resultado final, o ato de ingerir dentro das condições prescritas.

^b O conceito de *locus of control* se refere à atribuição que o sujeito faz do que é determinante para a sua vida. Locus interno: sua decisão e vontade; locus externo, o destino, a sorte e outros elementos incontroláveis.

dinâmica do comportamento. Como vimos, a dimensão temporal é essencial à compreensão dos fatores ligados à estabilidade do comportamento, tendo sido necessário aplicar um protocolo longitudinal para levar em conta esta variável⁵.

Sabemos que todos os doentes crônicos necessitam de apoio social. No que concerne ao HIV em particular, a dimensão relacional constitui o âmago da problemática psicológica destes pacientes, pois, o fato de o vírus ser transmissível hipoteca definitivamente as relações humanas dos contaminados potencialmente contaminantes.

As especificidades do objeto de estudo impõem a escolha metodológica. Duas linhas de força são incontornáveis: a dimensão relacional por um lado e a dimensão temporal pelo outro.

II. METODOLOGIA

A observação do tratamento médico decorre da experiência original que cada paciente elabora a partir de sua organização *psíquica* para integrar a *vivência da doença* e se relacionar com o seu *meio afetivo*, com o apoio inclusive da equipe que o trata.

Este ponto de vista privilegia a subjetividade do sujeito confrontado a pressões incontornáveis que o obrigam a elaborar um compromisso pessoal, o qual, no melhor dos casos, permite que ele se aproprie da prescrição. A este propósito é interessante lembrar o processo de subjetivação da doença descrito por D. Silvestre, F. Leguil e F. Linard⁶. A nova etapa inaugurada pelo tratamento também será integrada segundo as modalidades subjetivas próprias a cada paciente.

O comportamento de observação do tratamento está sujeito a múltiplas intromissões. Seu sucesso depende da adesão pessoal, relativamente mais protegida dos desvios suscitados pelas contingências da vida⁷. Entretanto, o grau de adesão só pode ser medido de maneira objetiva através do comportamento de observação do tratamento. Portanto, ainda que o objetivo final seja estabelecer a adesão, uma pesquisa só pode avaliar a observação do tratamento.

Levando em conta que esta pesquisa oferece resultados individuais diretos baseados na observação do tratamento, consideramos o paciente como sujeito ativo e parceiro diretamente interessado no desenvolvimento e nos resultados do processo. A pesquisa é proposta em termos de uma colaboração para compreender como se pode gerenciar um tratamento a longo prazo : as estratégias bem sucedidas nos inte-

ressam tanto quanto as dificuldades encontradas. Essa ponderação entre as condutas de fracasso e de sucesso parece favorecer no paciente a tomada de consciência de seus próprios meios de controle sobre a realização do tratamento.

A investigação longitudinal efetua-se em 4 tempos ao longo do primeiro ano de tratamento:

T1: Inclusão° no momento da primeira prescrição de HAART. Uma entrevista clínica de 45 minutos, gravada e retranscrita, explora as variáveis observadas nas pesquisas sobre a observância : auto-estima, apoio social, depressão e lugar de controle, tanto no contexto atual quanto na história do paciente. Com efeito, estas variáveis interagem entre elas e seus pesos são nitidamente diferentes, conforme constatamos.

Para situar estas variáveis em relação à organização psíquica de base, aplicamos os testes projetivos Rorschach e T.A.T. (*Thematic Apperception Test*). A avaliação dos testes projetivos segundo a teoria psicanalítica^{8,9} foi realizada às cegas, isto é, a psicóloga encarregada de interpretá-los não tinha conhecimento dos dados da entrevista.

T2: Quatro meses depois, uma segunda entrevista permitia acompanhar a instalação do tratamento e as primeiras reações do paciente, inclusive como eram vividos os efeitos secundários.

T3: Quatro meses depois do T2, uma terceira entrevista dava ao paciente a ocasião de refletir sobre os eventuais desvios e dificuldades encontradas, assim como sobre as estratégias utilizadas para proteger a observação.

T4: Ao cabo de um ano de tratamento, uma quarta entrevista seria realizada para fazer um inventário dos resultados, os elementos de satisfação, assim como os fatores que perturbaram a observação do tratamento.

A limitação das variáveis permanece o argumento metodológico essencial para esclarecer nossa escolha de funcionar em pequena equipe, face a uma problemática tão dependente das relações humanas, conforme constatamos. Esta precaução permite supor que as variações encontradas no comportamento de observação do tratamento podem ser atribuídas principalmente aos pacientes e à sua vivência da doença, uma vez que a equipe de atendimento (médica, psicóloga, enfermeiras) permanece constante. A confiabilidade do

° Os pacientes foram recrutados pela Dra. Odile Picard na Policlínica do Hospital Saint-Antoine em Paris.

acompanhamento longitudinal depende dessa condição.

Ao cabo do primeiro ano de tratamento, uma síntese da evolução de cada paciente foi então comparada com os resultados das análises de biologia médica realizadas paralelamente para o acompanhamento clínico. Para os pacientes que abandonaram nosso protocolo de pesquisa, dispomos dos dados biológicos que permitem inferências sobre a relação da observação do tratamento com a carga viral¹⁰.

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, não julgamos necessário que o grupo observado fosse homogêneo do ponto de vista da idade, do sexo ou do modo de contaminação. A análise dos resultados situa estas variáveis no seu contexto. Recrutamos dezenove pacientes (quadro 1) muito representativos da população contaminada na França, tanto quanto ao sexo (5 mulheres, 14 homens), à idade (26 a 68 anos, mediana 36), ao modo de contaminação (12 homossexuais, 6 heterossexuais, 1 dependente de drogas injetáveis – DDI), de todos os níveis sócio-econômicos e culturais. O critério essencial de inclusão na pesquisa foi o fato de estar começando uma HAART. A maioria das pessoas que compunham este grupo (16 sobre 19) era constituída por pacientes que nunca tinham realizado tomado um tratamento específico contra o HIV. O critério essencial de exclusão era a presença de uma psicose ou de perturbações psiconeurológicas. Nenhum paciente que aceitou participar teve de ser afastado por estes critérios.

Entre os 19 pacientes incluídos no protocolo, 14 foram acompanhados ao longo do primeiro ano de tratamento. Constatamos, portanto, uma perda de 25% dos efetivos: 5 dos 19 pacientes abandonaram o protocolo após a segunda entrevista. Esta porcentagem permanece abaixo da média, pois estima-se que pelo menos 30% dos pacientes são perdidos nos acompanhamentos longitudinais publicados⁷. Quatro pacientes em condições de precariedade (20% do grupo – Sofia, Cirilo, Dominique e Camille) aceitaram participar e somente um deles (Cirilo) abandonou após a segunda entrevista.

A análise dos dados recolhidos (entrevistas, testes e exames biológicos) conduziu-nos a tratar os resultados em duas seções.

III. RESULTADOS

A. Resultado global da observação (quadro 2)

Nossa amostra confirma a estabilidade do comportamento de observação, conforme várias pesquisas citadas por J. M. Dunbar-Jacob *et al.*¹¹. A estabilidade revela-se positiva no caso de 9 pacientes que tomaram mais de 90% das doses durante o primeiro ano.

O progresso na apresentação dos medicamentos repercutiu diretamente na observação da HAART. Três pacientes às quais foram prescritas apenas duas doses – dois comprimidos pela manhã e à noite – reportam ter ingerido todas as doses prescritas durante o primeiro ano.

Notamos que os efeitos secundários parecem determinar apenas um caso de interrupção após 4 meses de tratamento. Assim mesmo, esta constatação é discutível, pois os três primeiros meses foram bem tolerados e outros fatores coincidem com esta interrupção, conforme veremos. Os outros 3 casos de interrupção produziram-se com pacientes que sempre toleraram bem os medicamentos.

B. Problemáticas encontradas

1. A relação entre a auto-estima e o apoio social

Para apresentar os resultados desta pesquisa, pareceu-nos fecundo apreender a auto-estima como o ponto de articulação invisível que organiza as respostas adequadas para atrair as relações de apoio, lutar contra a depressão e assegurar o controle do comportamento, particularmente das atividades de auto-proteção, tais como a observação do tratamento.

A pesquisa de G.Lévêque¹² mostra a diminuição da auto-estima dos soropositivos em relação ao grupo-controle no tocante às avaliações ligadas ao futuro e aos campos social, profissional e emocional. Esta constatação permite correlacionar o risco de depressão à baixa da auto-estima, isto é, à impressão de não corresponder às suas próprias expectativas nos campos considerados. Controlar a observação do tratamento só tem sentido se o sujeito considera sua vida satisfatória ou, pelo menos, encontra razões para ter esperanças.

Entretanto, a auto-estima não pode se man-

ter sem se apoiar sobre as confirmações oferecidas pelas pessoas significativas. Se o fato de ser transmissível distingue o HIV como uma doença que se inscreve na relação, este contexto de exigência de um trabalho psíquico pessoal para se manter o tratamento aumenta a vulnerabilidade relacional: partilhar o segredo ligado aos medicamentos, e portanto à contaminação, torna-se crucial para a observação do tratamento. Quem está a par do tratamento? Quais são as conseqüências sobre a observação?

2. Partilhar o segredo

a) Os depositários do segredo

No momento de começar o tratamento, a gestão do segredo sobre a contaminação permanece um problema para a maioria dos pacientes. O segredo deve ser posto em relação com o medo de perder os recursos afetivos que são indispensáveis para sustentar a auto-estima:

“Não quero passar pela bicha do escritório.” Sérgio, 28 anos, soropositividade conhecida há 8 anos, primeira entrevista.

Na nossa amostra de 19 pacientes:

- Dois pacientes comunicaram sem dificuldade início do tratamento aos seus amigos próximos.
- Cinco comunicaram a um membro da família.
- Seis colocaram somente dois ou três amigos a par.
- Quatro não falaram disto com ninguém fora do casal.
- Dois não contaram para ninguém.

Três pacientes relatam não haver perdido nenhuma dose durante o primeiro ano de tratamento. Vimos que se trata da última geração de medicamentos que exigem apenas duas doses cotidianas. O fato de que se trata de mulheres é sem dúvida uma coincidência, pois até hoje nenhuma pesquisa publicada pôde determinar uma correlação entre a observação do tratamento e as características sócio-demográficas da amostra¹³. Estas 3 mulheres têm em comum a particularidade de viver com homens que elas consideram muito atenciosos. Dois deles são soropositivos também. Observamos que, dos 7 pacientes vivendo com um parceiro que está a par do tratamento, 5 são nitidamente mais regulares (mais de 90% das doses), independentemente do status sorológico do parceiro.

Tomar medicamentos regularmente pode complicar muito a situação daqueles que desejam conservar o segredo da contaminação. Cinco parceiros estáveis não estão a par da contaminação no momento da primeira prescrição. Quatro pacientes não falam deste assunto com os parceiros eventuais.

b) Conseqüências das estratégias de partilha do segredo sobre a observação do tratamento

Pode-se compreender que os pacientes que não partilham a informação com o círculo íntimo são obrigados a inventar estratégias muito complicadas para tomar todas as doses.

Na impossibilidade de esconder um tratamento tão pesado ao amigo mais íntimo, a instauração da terapia pode provocar a revelação do status sorológico do casal. Diferentes resultados podem se produzir. No melhor dos casos, esta descoberta mútua pode então reforçar a relação e aliviar a tensão, facilitando a observação do tratamento que é assim integrado à relação: um paciente entrou em competição amigável com seu parceiro pelos melhores resultados nos exames biológicos.

Em geral, os critérios para escolher os depositários do segredo não levam em conta seu eventual papel para facilitar ou perturbar a observação. A escolha dos depositários do segredo responde prioritariamente às necessidades afetivas, e sua reação vai confirmar a importância da relação ou trazer uma decepção.

Se partilhar o segredo pode facilitar a observação, depender da apreciação do outro pode prejudicar o processo se o depositário do segredo duvida da eficácia do tratamento ou insiste sobre os riscos dos efeitos secundários. Pode-se pensar que o paciente é mais frágil no início do tratamento enquanto os resultados positivos ainda não são evidentes para contrabalançar sua incerteza, mas a vulnerabilidade psíquica que predispõe a se deixar influenciar não se baseia em elementos objetivos. Na maioria dos casos, a escolha dos depositários do segredo não parece evoluir com o passar do tempo.

c) A aliança terapêutica

Muitas pesquisas insistem sobre o impacto da relação médico-paciente sobre a observação do tratamento. Quer seja do ponto de vista da estratégia de apresentação do tratamento, quer da relação de confiança ou da solidez da aliança terapêutica¹⁴, a maioria das pesquisas

que concernem aos elementos correlacionados com a observação da HAART lembram esta forma específica de apoio social.

Vários pacientes mencionaram espontaneamente o vínculo de confiança que os liga ao médico. Essa confiança se constrói sobretudo de maneira subliminar pela atitude do médico durante a consulta. Quando se pergunta aos pacientes em que circunstâncias perceberam este fator, observa-se que a discussão dos efeitos secundários é um momento capital: nem dramatizar nem banalizar; o equilíbrio é delicado.

A atenção dispensada às expectativas conscientes dos pacientes também responde à necessidade inconsciente regressiva de ser tranqüilizado pela onipotência projetada na prescrição do médico.

A idéia de permanecer sob tratamento pelo resto da vida, noção própria à doença crônica, é temperada, no caso da HAART, por dois elementos de informação que facilitam a aceitação psicológica: os tratamentos já estão sendo consideravelmente melhorados desde sua aparição em 1995, e novos progressos científicos significativos são esperados a médio prazo. Não se pode negligenciar o impacto desta informação, se lembramos o isolamento afetivo imposto pelo segredo que cobre a contaminação.

d) As figuras da depressão

Sabemos que, mesmo para os pacientes que sabem que estão contaminados há anos, a introdução da HAART significa uma mudança na vivência da contaminação. Esta indicação representa um limiar no curso da infecção, marcando a degradação constatada dos parâmetros biológicos.

Portanto, não é surpreendente que os testes projetivos mostrem sinais de depressão em 13 dos 19 pacientes, entre os quais 6 que souberam que estavam contaminados há pouco tempo. A depressão pode permanecer latente e não ser reconhecida pelos pacientes, ocultada por mecanismos de defesa do tipo evitação ou recusa da realidade.

Para 7 dos pacientes de nossa amostra (mais de um terço), a prescrição praticamente coincide com o traumatismo da revelação da soropositividade, pois a indicação da HAART foi colocada entre 2 semanas e 4 meses depois da notificação. Pelo menos 4 destes pacientes acabaram lembrando ter observado sintomas suspeitos que foram negligenciados na vã tentativa de se proteger pela recusa da realidade.

Esta configuração – início do tratamento

seguido a descoberta da soropositividade – condensa a vivência de dois choques emocionais desestabilizadores, mas o tratamento proposto imediatamente também pode tranqüilizar aqueles que pensam poder exercer assim um controle sobre seu estado de saúde.

A complexidade desta prova psicológica deve ser analisada, levando em conta o risco de depressão ocasionado pela estratégia de defesa pela repressão. Para aqueles que quiseram ignorar os sintomas precursores, a revelação da soropositividade revela o fracasso da repressão na tomada de consciência desta realidade e leva à depressão pela confrontação com a impotência, isto é, pela constatação da ineficácia dos mecanismos de controle que o paciente utiliza. A auto-estima sofre inevitavelmente.

Um outro caso de figura preocupante concerne aos pacientes que se inscrevem numa história de depressão latente instalada há vários anos:

“... freqüentemente pensei em me matar, até tentei, mas é preciso muita coragem ou muita... não sei se é preciso chamar isto de coragem ou desespero...” Cirilo, 34 anos, soropositividade conhecida há 9 anos, primeira entrevista.

Na ausência de uma dinâmica interiorizada, a continuidade da observação permanece ameaçada por uma eventual falha do meio relacional que provocaria um desequilíbrio nesta estabilidade precária.

e) O lugar de controle

Todos os estudos que se interessam pelas variáveis correlacionadas com a observação do tratamento médico evocam sistematicamente o apoio social e a depressão. O mesmo não ocorre com o lugar de controle. Parece lógico que, se uma pessoa se estime capaz de controlar seu tratamento e esteja disposta a fazê-lo, possa conseguir. Entretanto, esta determinação declarada *antes* da experiência pessoal do tratamento pode se modificar sensivelmente *depois*. Com efeito, o paciente pode se considerar consciente das exigências implicadas:

“É verdade que não é fácil assumir um tratamento todo o tempo. Eu tenho muita força de vontade, eu acho que vai dar. Na vida eu sempre soube lutar, portanto vou continuar, é isto que eu digo. (...) eu assumo a minha doença.” Joel, 30 anos, soropositivo

positividade conhecida há 7 anos, primeira entrevista.

O discurso consciente, neste primeiro momento, indica que o paciente considera possível a observação (expectativa de resultado) e mostra uma vontade decidida a controlar a situação que ele considera como estando ao seu alcance (expectativa de eficácia). O resultado objetivo não é correspondente:

“Tomei um pouco e depois eu pensei que chegava, daí eu comecei a ter problemas de pele e tudo, então fiquei preocupado, achei que não funcionava, enchi do tratamento.” Joel, 30 anos, segunda entrevista, 17 meses depois da primeira prescrição.

Parece-nos que o lugar de controle é, dentre as quatro variáveis que examinamos, a mais diretamente submetida à conformidade social: o paciente sabe que esperamos que ele se mostre responsável pelo seu tratamento e deseja mostrar-se conforme nossas expectativas.

A pesquisa de M.R.Kraus *et al.*¹⁵ cruzando a qualidade das relações interpessoais e o lugar de controle chegou a duas conclusões interessantes: por um lado, o lugar de controle avaliado através de escalas não diferia do grupo controle de pacientes sem queixa somática e mostrava-se predominantemente interno; por outro lado, os pacientes apresentando dificuldades na observação do tratamento manifestavam mais problemas interpessoais, tanto anteriormente quanto no momento de começar o tratamento. Nossa amostra confirma esta conclusão de prevalência da qualidade das relações afetivas na problemática da observação do tratamento médico.

f) As rupturas da observação

O paciente integra a informação racional sobre o tratamento, segundo as defesas que utilizou para enfrentar a doença e segundo os mecanismos de controle mais ou menos vulneráveis às perturbações da vida cotidiana.

Quanto mais rápidos e efetivos os resultados, mais o paciente se tranqüiliza. Resultados encorajadores trazem uma retroação positiva ao comportamento de observação. Nos melhores casos, esta confirmação objetiva pode alimentar a auto-estima e consolidar a adesão pessoal ao tratamento. Entretanto, esta recuperação biológica extraordinária pode dar lugar a um efeito paradoxal, pois alimentando certas fantasias onipotentes, a observação pode ser

desmobilizada.

Dois pacientes aos quais estavam prescritas 3 doses diárias relataram em todas as entrevistas ter esquecido sistematicamente pelo menos 4 ou 5 doses por semana. Pode-se temer que o número de doses seja ainda maior do que o relatado, pois G.J.Wagner et J.G.Rabkin¹⁶ constataram que, mesmo os pacientes que se declaravam não-observadores, superestimavam a quantidade de doses absorvidas. Mas os resultados biológicos destes dois pacientes são satisfatórios e se tornam assim um argumento decisivo para a negligência descrita como involuntária, sem que no entanto se observe nenhuma preocupação de retificação.

Na nossa amostra, observamos 4 pacientes que interromperam o tratamento durante o primeiro ano por períodos entre 2 e 6 meses. Assim que retomaram o tratamento, os resultados biológicos se restabeleceram no melhor nível em poucas semanas. Não se pode prever quais podem ser as conseqüências biológicas desta oscilação do comportamento. Esses pacientes evocam circunstâncias que explicam estas interrupções. Em cada um destes casos, a relação afetiva parece o pivô essencial que desencadeou este acontecimento:

- Dominique parou no momento em que morreu seu amigo que não teve acesso ao tratamento.

- Maurício parou durante as férias que passou na casa de amigos íntimos, que o preveniam reiteradamente sobre os efeitos secundários dos medicamentos. Muito bem adaptado até então, os efeitos colaterais anunciados se desencadearam nestas circunstâncias.

- Para Cláudio, coincide a perda do emprego com o AVC do tio que o tinha criado e a ruptura da relação com o parceiro soropositivo (em competição pelos melhores resultados biológicos ao tratamento).

- Joel não podia comunicar a contaminação – e menos ainda o tratamento – ao parceiro da época. O medo de perder a fonte indispensável de confirmação afetiva torna a confrontação impossível. Para este paciente, a mesma situação recomeça com o novo parceiro:

“...ele não está a par, e como tudo vai bem ele não precisa saber ... eu tomo os remédios no escritório quando chego e de tarde, a mesma coisa, tomo antes de sair.” (segunda entrevista, 17 meses depois do começo do tratamento).

Para completar a leitura psicanalítica proposta pela nossa metodologia, é preciso evocar o ponto de vista econômico que concerne aos fenômenos relativos ao equilíbrio psicossomático. Se a dinâmica relacional parece uma hipótese plausível para explicar as rupturas do tratamento, devemos levar em conta também a gerência econômica dos conflitos, isto é, o limiar individual que limita a capacidade do sujeito para elaborar a ansiedade provocada pelos acontecimentos da vida através dos mecanismos psíquicos de defesa. Ultrapassada a capacidade de mentalização, abrem-se as vias das duas outras regulações menos adaptadas: o comportamento impulsivo ou, mais grave ainda, a somatização. Livrar-se da sujeição representada pela observação do tratamento como reação a outras sujeições impossíveis de evitar pode dar ao sujeito a ilusão de recuperar o controle fantasioso sobre um aspecto importante da sua vida.

IV. CONCLUSÃO

A dimensão longitudinal do nosso estudo, assim como a metodologia qualitativa utilizada, tornam difícil compará-lo com a maioria dos estudos sobre as características psicológicas ligadas ao comportamento de observação avaliadas com uma metodologia quantitativa através de escalas e questionários. Entretanto, podemos destacar alguns pontos de reflexão.

Para a maioria dos pesquisadores, a primeira causa de interrupção da HAART é atribuída aos efeitos secundários intoleráveis. Esta reação dos pacientes é bem compreensível e pode assim representar uma racionalização aceitável da ruptura, ocultando desta maneira outras determinações subjacentes. Entretanto, em 3 dos 4 casos de ruptura durante o primeiro ano de tratamento, na nossa amostra, não havia queixa de efeitos colaterais e o tratamento era bem tolerado. Constatamos que a ruptura foi determinada por uma dinâmica mais complexa ligada às flutuações do apoio representado pelas relações afetivas, mais prioritárias no imediato do que a observação do tratamento. A falha deste apoio perturba diretamente a gerência do tratamento, tanto mais que as consequências desta interrupção não são constatadas imediatamente e podem ser recusadas pela consciência.

A análise dos testes projetivos mostra que nenhuma característica pessoal, tais como a resistência à frustração, o controle da impulsividade ou a capacidade de auto-observação, revelou-se *correlacionada de maneira sistemática*

ca no tempo para os nossos pacientes. Outros autores também o constataram. J.Dunbar-Jacob et cols¹¹ apresentam um estudo randomizado realizado na *Clínica de Pesquisa sobre os Lipídios* para a *Prevenção Coronária Primária* com acompanhamento dos pacientes durante 7 anos. Nem a depressão apresenta correlação longitudinal estável nestes resultados. Pensamos ter demonstrado que existe um mecanismo de compensação possível da depressão que foi observado na nossa amostra, particularmente com as três pacientes citadas. Parece-nos que a depressão e a ansiedade, assim como a impulsividade, não provocam rupturas do tratamento enquanto puderem ser compensadas por relações de apoio satisfatórias. Podemos concluir que, se as rupturas do tratamentos se esclarecem *a posteriori* pelo contexto relacional, não parece haver indicadores *a priori* para fundamentar um prognóstico confiável da observação do tratamento.

Se podemos considerar a infecção pelo HIV como uma doença crônica comparável a outras que exigem um tratamento cotidiano complexo, seria instrutivo aplicar este protocolo de pesquisa a amostras de populações que não estão submetidas às problemáticas devidas ao fato de a doença ser transmissível para compreender as similitudes e as diferenças ligadas à observação do tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Houyez F. Résistances et stratégies thérapeutiques. *Journal du sida*, 118 :5-6,1999.
2. Morin M, Moatti J.-P. Observance et essais thérapeutiques : obstacles psychosociaux dans la recherche sur le traitement de l'infection par le VIH. *Nature – Sciences – Sociétés*, 4 (3) : 228-240, 1996.
3. Visintini R, Fossati A, Bagnato M, Novella L, Brignone S, Pozzoli S, Rossi D, Tambussi G, Maffei C. Compliance to treatment and its relationship with personality disorders in HIV-positive patients. 2nd European conference on the methods and results of social and behavioural sciences. *AIDS in Europe. New challenges for social and behavioural Sciences*, Paris, 1998.
4. White NE, Richter J, Fry C. Coping, social support and adaptation to chronic illness. *Western Journal of Nursing Research*, vol.14 (2):211-224, 1992.
5. Vasconcellos D. SIDA: l'observance du traitement par la trithérapie – conditions psychologiques. *L'Information Psychiatrique*, 1 :55-63, 2000.
6. Silvestre D, Leguil F, Linard F. Le SIDA, une rupture pour le sujet. *Sciences sociales et santé*, vol.VII(1) :81-93, 1989.
7. Abelhauser A. Observance, compliance ou adhésion? Enjeux sociaux et mécanismes psychiques. 2nd European conference on the methods and results of social and behavioural sciences. *AIDS in Europe. New challenges for social and behavioural sciences*, Paris, 1998.
8. Chabert C. Les méthodes projectives en psychosomati-

- que. Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 6, 37400 D 10, 1988.
9. Shentoub V et al. Manuel d'utilisation du T.A.T.: approche psychanalytique. Dunod:Paris, 1990.
 10. Chesney M, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy. Social Sciences and Medecine, vol 50, 11 :1599-1605, 2000.
 11. Dunbar-Jacob JM, Schlenk EA, Burke LE, Matthews JT. Predictors of patient adherence: Patient characteristics. In: Shumaker, S.A. et al. The handbook of health behaviour changes. Springer publishing company:New York, 1998.
 12. Lévêque G. Estime de soi et séropositivité. In: Bolognini, M.; Prêteur, Y. Estime de soi, perspectives développementales. Delachaux et Niestlé:Lausanne, 1998.
 13. Bakken S, Holzemer WL, Brown MA, Powel-Cope GM, Turner JG, Inouye J, Nokes KM, Corless IB. Relationships 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 and STD's, vol 14(4):189-197, 2000.
 14. Tsasis P. Adherence assesment to highly active antiretroviral therapy. AIDS patient care and STD's, vol 15(3) :109-115, 2001.
 15. Kraus MR, Schafer A, Faller H, Scheurlen M, Csef H. Locus of control interpersonal problems and therapy compliance in patients with chronic hepatitis C virus infection. Zeitschrift fur klinische psychologie psychiatrie und psychotherapie, 48(3):302-320, 2000.
 16. Wagner GJ, Rabkin JG. Measuring medication adherence: are missed doses reported more accurately than perfect adherence? AIDS-Care vol 12(4):405-408, 2000.

RESUMO

Esta pesquisa longitudinal estudou a organização psíquica dos indivíduos, gestionários de um tratamento complexo, confrontados às dificuldades da vida cotidiana, durante o primeiro ano de tratamento pela terapia antiretroviral altamente ativa (HAART). O objetivo da pesquisa era o de discriminar os fatores que favorecem e os que perturbam este processo. Constata-se a importância determinante das relações de apoio para confortar a estima de si que dá sentido ao esforço de prosseguir o tratamento.

Descritores: HIV, AIDS, tratamento, condições psicológicas.

ABSTRACT

This longitudinal qualitative research studied psychological conditions patients are required to have in order to manage HAART. It intended to discriminate features that contribute and those that hinder this process. It acknowledges the outstanding role of supportive relationships in making patients comply with the treatment.

Keywords: HIV, AIDS, treatment, psychological environment.

Title: Psychological conditions for HAART

RESUMEN

Esta pesquisa longitudinal estudió la organización psíquica de los individuos, cuestionarios de un tratamiento complejo, confrontados a las dificultades de la vida cotidiana, durante el primer año de tratamiento por la terapia antiretroviral altamente activa (HAART). El objetivo de la pesquisa era discriminar los factores que favorecen y los que perturban este proceso. Se constata la importancia determinante de las relaciones de apoyo para confortar la estima de sí que da sentido al esfuerzo de proseguir el tratamiento.

Palabras-clave: HIV, SIDA, tratamiento, condiciones psicológicas.

Título: Condiciones psicológicas para la observación de las terapias antiretrovirales altamente activas (HAART)

Endereço para correspondência:
Doris Vasconcellos
Maître de Conférences
Institut de Psychologie
Université René Descartes
71, Av. Édouard Vaillant
92100 – Boulogne-Billancourt – France

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS

Quadro 1 – Características clínico-demográficas dos pacientes

Pacientes	Origem	Modo de transmissão	VIH + desde	Ocupação
Gisela 26 anos	Nigéria	Hétero	3 meses	Estudante
Sérgio 28 anos	Paris	Homo	2 anos	Empregado
Eduardo 28 anos	Paris	Homo	8 anos	Artesão
Joel 30 anos	Província	Homo	7 anos	Empregado
Fabiana 33 anos	Guiné	Hétero	2 semanas	Empregado
Sofia 34 anos	Costa do Marfim	Hetero	1 mês	Professora Primária
Cláudio 34 anos	Província	Homo	2 semanas	Empregado
Cirilo 34 anos	Província	U.D	9 anos	Desempregado
Sebastião 34 anos	Oriente Médio	Homo	3 meses	Estudante
Edmundo 36 anos	Província	Homo	4 meses	Empregado
Leonardo 39 anos	Província	Homo	4 anos	Funcionário
Elizabeth 40 anos	Província	Hetero	1 ano	Empregado
Camile 46 anos	Equador	Homo	10 anos	A P S*
Luis 47 anos	Antilhas	Hétero	1 anos	Empregado
Paulo 48 anos	Província	Homo	3 anos	Artesão
Dominique 51 anos	Equador	Homo	2 anos	A P S*
Juarez 56 anos	Província	Homo	13 anos	funcionário
Maurício 57 anos	Paris	Homo	1 mês	Aposentado
Yvon 68 anos	Senegal	Desconhecido	3 anos	Aposentado

* Autorização provisória de estadia por motivo de saúde.

¹ Os nomes dos pacientes foram trocados para preservar o anonimato.

Quadro 2 – Características de evolução dos pacientes

Pacientes	Primeira Prescrição	Efeitos Secundários	Observação	Evolução da Prescrição	Evolução da Observação
Gisela 26 anos	2 doses	Bem tolerado			Nenhuma dose perdida em 12 meses
Sérgio 28 anos	3 doses	Bem tolerado	Mais de 90% das doses	Passou a 2 doses depois do início do Tratamento	Mais de 90% das doses nos 14 primeiros meses
Eduardo 28 anos	2 doses	Bem tolerado	Mais de 90% das doses nos 4 primeiros meses (saiu da pesquisa)		
Joel 30 anos	3 doses	Náuseas toleradas durante 3 meses	Doses muito irregulares durante 6 meses, em seguida 5 meses de interrupção	Passou a 2 doses 11 meses depois do início do tratamento	Mais de 90% das doses nos últimos 6 meses (17 meses após a primeira prescrição)
Fabiana 33 anos	2 doses	Náuseas pela manhã	Mais de 90% das doses nos 4 primeiros meses (saiu da pesquisa)		
Sofia 34 anos	2 doses	Fortes Náuseas durante 2 meses			Nenhuma dose perdida em 12 meses
Cláudio 34 anos	3 doses	Bem tolerado	Mais de 90% das doses nos 4 primeiros meses (saiu da pesquisa)	Passou a 2 doses 22 meses depois do início do tratamento	Mais de 90% das doses nos últimos 2 meses (24 meses após a primeira prescrição)
Cirilo 34 anos	2 doses	Náuseas moderadas erupção cutânea. Neuropatia nos pés	Mais de 90% das doses nos 4 primeiros meses (saiu da pesquisa)		
Sebastião 34 anos	2 doses	Náuseas moderadas pela manhã durante 2 meses			Mais de 90% das doses nos 12 primeiros meses
Edmundo 36 anos	2 doses	Neuropatia nos pés (em regressão)			Mais de 90% das doses nos 12 primeiros meses
Leonardo 39 anos	3 doses	Náuseas pela manhã durante 2 meses	Mais de 90% das doses	Passou a 2 doses 13 meses depois do início do tratamento	Mais de 90% das doses nos 13 primeiros meses
Elizabeth 40 anos	2 doses	Náuseas moderadas durante 2 semanas			Nenhuma dose perdida em 12 meses
Camile 46 anos	3 doses	Náuseas dor de cabeça, febre	Mais de 90% das doses		Mais de 90% das doses nos 15 primeiros meses
Luis 47 anos	3 doses	Bem tolerado no Início, Erupção cutânea após 8 meses	Perde mais de 7 doses por semana		Menos de 80% das doses nos 15 primeiros meses
Paulo 48 anos	3 doses	Bem tolerado	Mais de 90% das doses nos 5 primeiros meses (saiu da pesquisa)		
Dominique 51 anos	3 doses	Bem tolerado	Perde cerca de 5 doses por semana nos 6 primeiros meses – 2 meses de interrupção		Menos de 80% das doses nos 10 primeiros meses
Juarez 56 anos	2 doses	Bem tolerado			Mais de 90% das doses nos 12 primeiros meses
Maurício 57 anos	3 doses	Bem tolerado 3 meses, náuseas incoercíveis em seguida	Mais de 90% das doses nos 3 primeiros meses – 5 meses de interrupção	Passou a duas doses 8 meses depois do início do tratamento	Mais de 90% das doses nos últimos 6 meses (14 meses depois da primeira prescrição)
Yvon 68 anos	3 doses	Bem tolerado	Perde cerca de 3 doses por semana (saiu da pesquisa)		