ARTIGO DE REVISÃO / *REVIEW ARTICLE*

Infecção pelo VIH e Alcoolismo

Alcoholism and HIV Infection

/ **R. Margalho**[1] / **N. Marques**[2] / **J. Oliveira**[3] / **L. Malcata**[4] / **Saraiva da Cunha**[5] / **Meliço-Silvestre**[6]

Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

[1] Psicóloga Clínica, Serviço de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra
[2] Interno do Internato Complementar de Infecciologia, Serviço de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra.
[3] Assistente Hospitalar Graduado de Doenças Infecciosas, Serviço de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra.
[4] Assistente Hospitalar de Doenças Infecciosas, Serviço de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra.
[5] Chefe de Serviço de Doenças Infecciosas, Director do Serviço de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra
[6] Professor Catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra, Director do Departamento de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Correspondência:
Renata Margalho
Serviço de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra
Praceta Mota Pinto
3000-075 Coimbra.
Telefone: +351 239400402
Fax: +351 239402407
e-mail: renatamargalho@gmail.com

/ Resumo

O alcoolismo tem sido uma das principais causas de não adesão à terapêutica anti-retrovírica em doentes portadores do vírus da imunodeficiência humana adquirida. Frequentemente este comportamento aditivo com significado patológico está associado a um fenómeno de alteração do estado de consciência inibindo a capacidade do doente no cumprimento e colaboração no processo terapêutico. Neste sentido, além da não adesão existem outras situações de risco, com consequências ao nível de saúde pública, tais como a reinfecção, resistências, deterioração psicossocial e clínica. O objectivo deste estudo é, de forma exploratória e descritiva, avaliar o padrão comportamental alcoólico e estado emocional negativo em doentes infectados pelo VIH e com quadro de alcoolismo. Da avaliação topográfico-funcional observamos que os primeiros contactos com o álcool foram na infância e em contexto familiar. No que concerne à depressão regista-se que 70% (n=16) dos doentes apresentam um score compatível com depressão moderada, 23% (n=5) com depressão severa e 7% (n=2) sem depressão. Os consumos imoderados de bebidas alcoólicas parecem ter efeitos adversos comprometendo o funcionamento global do doente com consequências no plano pessoal, familiar e social.

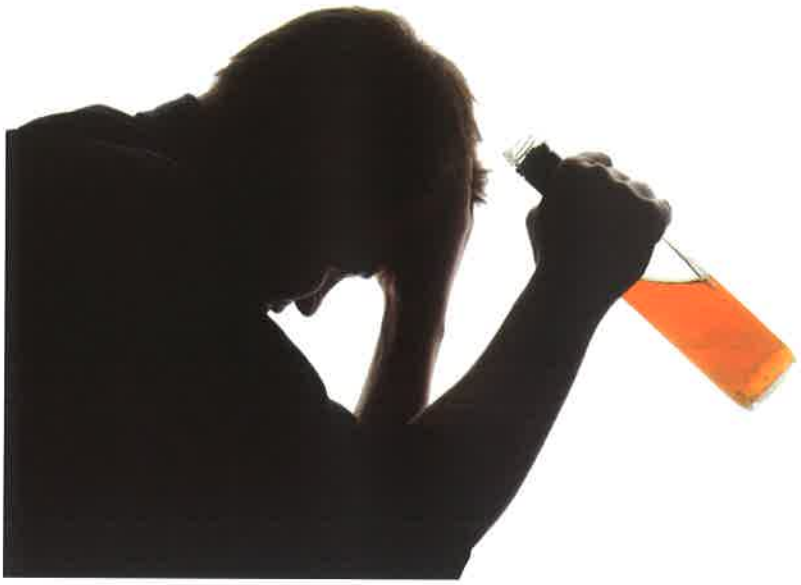
Palavras-chave: Alcoolismo, VIH, Depressão, Adesão

/ Abstract

Drinking Problem has been a major cause of non-adherence to antiretroviral therapy in patients living with human immunodeficiency virus. Often this additive behaviour with pathological significance is associated with a phenomenon of changing the state of consciousness inhibiting the ability of the patient in compliance and collaboration in the therapeutic process. There are other situations of risk, with consequences to public health, such as the re-infection, resistance, psychosocial and clinical deterioration. The aim of this study is to assess the behavioural pattern alcohol and negative emotional state in HIV patients and framework for alcoholism. Topographic-functional evaluation revealed that the first contacts with the alcohol were in childhood and in the family context. As regards depression notes that 70% (n=16) of patients have a score consistent with moderate depression, 23% (n=5) with severe depression and 7% (n=2) without depression. The immoderate consumption of alcoholic beverages seems to have adverse effects compromising the global functioning of the patient with consequences in the personal, family and social.

Key words: *Alcoholism, HIV, Depression, Adherence*

/ Introdução



O alcoolismo é uma perturbação do comportamento aditivo muito frequente em doentes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) [1]. O padrão comportamental é caracterizado por uma necessidade de aumento das quantidades de álcool ingeridas para alcançar a sensação de bem-estar. Os consumos são continuados e recorrentes, tendo como consequências a deterioração do funcionamento global, ou seja, o sujeito apresenta uma incapacidade no cumprimento das tarefas de vida diária, alterações psicológicas e comportamentais tais como, comportamentos sexuais desadequados, labilidade emocional, défices senso-perceptivos, dificuldades na execução das funções sociais e ocupacionais. Frequentemente a síndrome de abstinência é pautada por hiperactividade autonómica, tremores, insónia, náuseas ou vómitos, ansiedade, agitação psicomotora e convulsões do tipo grande-mal[2].

Na realidade também existe um condicionamento social que leva o indivíduo ao comportamento alcoólico. Por motivos culturais o consumo de bebidas alcoólicas promove uma exposição frequente reforçando ou incentivando a necessidade ou vontade de consumir. Estes factores exógenos, por parte do meio, que condicionam o comportamento do indivíduo, são indutores do consumo frequente de bebidas alcoólicas, contribuindo para uma não-aceitação da doença, alcoolismo, uma vez que é socialmente aceite. O consumo de bebidas alcoólicas enquadra-se nas normas do tecido social e das estratégias dinâmicas de relacionamentos interpessoais. Contudo, quando as repercurssões do comportamento aditivo são pautadas por um sofrimento psicológico e clínico, observamos uma incapacidade de controlo do impulso e uma degradação física, pessoal, familiar e social.

O alcoolismo contribui, em doentes infectados pelo VIH, para uma progressão na deterioração das capacidades neurocognitivas, em particular diminuição da capacidade de concentração, lentificação do processamento de informação, memória de trabalho, retenção e evocação, défices das competências visuo-espaciais e alteração do comportamento motor.[3,4]

Doentes com infecção VIH e com consumos imoderados de bebidas alcoólicas apresentam uma vulnerabilidade de reinfecção, com maior probabilidade de desenvolver comportamentos de risco. O efeito do álcool permite que o doente sinta uma falsa percepção de auto-controlo, sensação de bem-estar geral, aumento da libido e comportamento impulsivo, ampliando a probabilidade de ocorrência de situações de risco para si próprio e para os outros através da desadequação de comportamentos sociais e sexuais.[5]

Efectivamente este padrão de comportamento aditivo é um factor de risco significativo contribuindo para uma elevada frequência de não adesão à terapêutica anti-retrovírica (TARv), comportamentos de risco sexual e comorbilidade de doença hepática[6,7].

Outra das problemáticas associados ao alcoolismo é a comorbilidade psicopatológica, sendo frequente os doentes apresentarem distúrbios da personalidade, perturbações de ansiedade e de humor[8,9]. Relativamente aos distúrbios da personalidade são observados quando existe um padrão duradouro que origina sofrimento, clinicamente significativo, e défices na vida social, com repercussões na componente cognitiva, na percepção de si próprio, dos outros e dos acontecimentos, e na componente emocional pautada por instabilidade e desadequação da resposta afectiva, do funcionamento inter-pessoal e controlo dos impulsos[10].

A sintomatologia depressiva constitui uma realidade pautada por um espectro amplo e complexo. Na depressão observamos uma alteração do funcionamento prévio, humor depressivo, perda de interesse, lentificação psicomotora, sentimentos de auto-desvalorização e culpa, diminuição da capacidade de concentração, percepção de si próprio, dos outros e do mundo negativas, com pensamentos recorrentes sobre a morte, entre outros sintomas.[11]

A problemática da seropositividade evidencia factores psicopatológicos, sendo necessário tentar clarificar a natureza destas relações. Talvez fosse importante distinguir entre a perturbação mental prévia à infecção e eventuais reacções ao

TABELA I: CARACTERIZAÇÃO ANALÍTICA DA AMOSTRA (N= 23)

	GGT	TGO	TGP	Hb	VGM	Plaq.
Valor médio	187,0 U/L	63,3 U/L	66,8 U/L	15,5 mg/dl	94,1 fL	214000
Extremos	21; 988 U/L	29; 284 U/L	11; 188 U/L	10,6; 17,0 mg/dl	83,3; 117,5 fL	96000; 660000

GGT: gama-glutamiltransferase; TGO: transaminase glutâmico oxalacética; TGP: transaminase glutâmico pirúvica; Hb: hemoglobina; VGM: volume globular médio; Plaq: plaquetas.

diagnóstico de infecção VIH. No entanto, parece ser mais ou menos consensual que os doentes alcoólicos e com sintomatologia depressiva são mais vulneráveis à infecção pelo VIH devido à incapacidade de controlo do impulso e à desorganização comportamental. A associação ao significado social desta doença infecciosa agrava a reacção depressiva uma vez que é reactiva não só ao diagnóstico de doença crónica, sem cura, mas também ao receio de serem estigmatizados.

O alcoolismo e a infecção VIH constituem um problema actual de saúde pública, existindo a necessidade de intervir nesta realidade. Os doentes com as comorbilidades supracitadas, infecção VIH e alcoolismo, representam uma franja da população seropositiva significativa, com factores de risco elevados devido à incapacidade de percepção do risco e défices de autocontrolo, de que resultam efeitos nefastos para si próprio, fundamentalmente na esfera clínica, psicológica, familiar e social.

/ Materiais e Métodos

Procedemos à recolha de informação clínica e psicossocial, sendo também conduzida entrevista clínica semi-estruturada com aplicação de instrumento de avaliação psicométrico, o Inventário da Depressão de Beck (BDI) e grelhas de observação.

A depressão foi avaliada através do "Inventário Depressivo de Beck" (*Beck Depressive Inventory - BDI*). Este é um questionário de auto-resposta, de fácil aplicação e cotação. É constituído por 21 itens que avaliam sintomas e atitudes. A resposta é fornecida através de uma escala ordinal, variando de 0 a 3, representando o zero a ausência de sintomas ou atitudes e três o nível mais representativo dos sintomas.

O BDI foi aferido para a população portuguesa por Vaz Serra e Pio de Abreu (1973), tendo demonstrado características psicométricas satisfatórias, tais como uma elevada consistência interna e uma boa fidelidade em termos de teste-reteste, com correlações superiores a 0,60. Relativamente à validade concorrente e de conteúdo, apresentam, também, correlações elevadas. No entanto, devemos sublinhar que este é apenas um instrumento psicométrico e, como tal, é insuficiente para a elaboração do diagnóstico clínico.

O objectivo do presente trabalho foi o de averiguar o padrão comportamental alcoólico, estado emocional negativo e variáveis clínicas em doentes com comorbilidade clínica psiquiátrica, isto é, infectados pelo VIH e com alcoolismo. As variáveis de inclusão foram o diagnóstico de infecção VIH ser superior a um ano, diagnóstico psiquiátrico de alcoolismo, ausência de história jurídico-criminal e idade superior a 18 anos. As variáveis de exclusão consideradas foram ausência de perturbação demencial, estar em regime de internamento e não ser de nacionalidade portuguesa.

/ Resultados

Foram identificados 23 doentes, com acompanhamento psiquiátrico devido a alcoolismo e com infecção VIH, dos quais 60,8% (n=14) eram do sexo masculino. A idade média foi de 42,65 [64, 27] anos. A média de anos de infecção é de 4,6 anos. Dos 23 doentes que participaram na amostra 34,8% (n=8) têm prescrito TARv em comparação com 65,2% (n=15) que não tem TARv. A média de CD4+ foi de 356,3 células/mml^3 [25; 693]. Da amostra total 21,7% (n=5) apresentavam doenças definidoras de sida, sendo as mais frequentes a tuberculose (n=2) e a candidose esofágica (n=2). Da amostra total apresentavam ainda co-infecção pelo vírus da hepatite C 26% (n=6). Da avaliação topográfico-funcional observamos que os primeiros contactos com o álcool foram na infância (média de 12 anos) em contexto familiar. O início imoderado do comportamento alcoólico foi variado sendo que 7 doentes referem beber desde a infância; 11 indicam o período da adolescência e 5 consideram a adultícia. Analiticamente salientou-se a presença de elevação da Gama GT cujo valor médio foi de 187 U/L (tabela I). No que concerne à depressão registou-se que 70% (n=16) dos doentes apresentam um *score* compatível com depressão moderada, 23% (n=5) com depressão severa e 7% (n=2) sem depressão.

À data da recolha dos dados a média diária de consumos de bebidas alcoólicas era superior a 40g/L em 65,2% (n=15) doentes.

/ Conclusões

O alcoolismo causa consequências clínicas, pessoais e sociais. Os nossos resultados evidenciam, ainda que de forma descritiva, a prevalência do início do comportamento alcoólico na infância. A influência da dinâmica familiar parece desempenhar um papel importante. O período da infância enquadra-se num contexto de protecção familiar, conjugado com o desempenho de tarefas instrumentais e emocionais, protectoras e adaptativas, sendo estas mesmas tarefas negligenciadas uma vez que o alcoolismo parental condiciona o

desenvolvimento psicossocial da criança, contribuindo assim para uma dinâmica intra-familiar disruptiva. Considerámos também a possível influência de variáveis culturais e económicas no sentido de potenciar o comportamento alcoólico. [7,14]

Os consumos imoderados de bebidas alcoólicas têm efeitos adversos no funcionamento global, traduzido por uma dificuldade na capacidade da resposta e do controlo emocional. Neste sentido, a incapacidade de adquirir e manter tarefas organizadas e rotinizadas, como por exemplo o cumprimento da medicação anti-retrovírica, e os comportamentos de risco são comuns. Ainda são consequências do alcoolismo a deterioração do funcionamento neurocognitivo, que igualmente contribui para uma não adesão da TARv. As perturbações cognitivas acabam por interferir no desempenho do funcionamento global do doente comprometendo capacidades de participar adequadamente no processo de tratamento[15,16].

Verificamos que a sintomatologia depressiva assumiu uma prevalência preocupante, podendo também esta dimensão psicopatológica contribuir para uma deterioração de comportamentos. A desmotivação, baixa auto-estima, anedonia e percepção de si próprio, dos outros e do mundo de forma negativa conduzem a enviesamentos cognitivos que lideram estratégias de evitamento e fuga. A esta condição depressiva pode-se, eventualmente, associar o comportamento alcoólico como vector inibidor da depressão[17,18].

Outra consequência do alcoolismo, com dimensões pessoais e sociais, é a desadequação do comportamento sexual. Nestes doentes a percepção de risco é enviesada, com o não uso ou uso irregular do preservativo, contribuindo para a propagação da doença. Os efeitos do álcool contribuem para a adopção de comportamentos de risco, reforço de crenças disfuncionais e situações de risco ao nível de saúde pública. [19, 20, 21]

É importante minimizar as consequências deste comportamento aditivo desajustado para garantir uma melhor qualidade de vida dos doentes, optimizar o comportamento de adesão e consequente eficácia terapêutica[22].

/ Referências Bibliográficas

1- Johnson ME, Brems C, Mills ME, Fisher DG. "Psychiatric symptomatology among individuals in alcohol detoxification treatment". *Addict Behav* 2007; 32:1745-52.

2- "Perturbações Relacionadas com Substâncias". In: *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Associação de Psiquiatria Americana. 4ª edição. Lisboa: Climepsi editores; 1994. p.179-278

3- Hasin DS, Bridget, F., Grant, F. "The co-occurrence of DSM-IV Alcohol Abuse in DSM-IV Alcohol Dependence: results of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions on heterogeneity that differ by population subgroup." *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 891-6.

4- Sassoon AS, Fama R, Rosenbloom MJ, O'Reilly, Pfefferbaum A, Sullivan EV. "Component cognitive and motor processes of the digit symbol test: differential deficits in alcoholism, HIV infection and their comorbidity". http://www.pubmed.com. Retirado a 17 de Novembro, 2007.

5- Rothlind JC, Greenfield TM, Bruce AV, Meyerhoff DJ, Flenniken DL, Lindgren JA, Weiner MW. "Heavy alcohol consuption in individuals with HIV infection: effects on neuropsychological performance". *J Int Neuropsychol Soc* 2005; 11: 70-83.

6- D'Ydewalle G, Van Damme I. "Menory and the Korsakoff syndrome: not remembering what is remembered". *NeuroPsychology* 2007; 45:905-20.

7- Katz EC, Fromme K, D'Amico E J. "Effects of outcome expectancies and personality on young adult's illicit drug use, heavy drinking, and risky sexual behavior". *Cognitive Therapy and Research* 2000; 24 (1):1-22.

8- Tsui JI, Saitz R, Cheng DM, Nunes D, Libman H, Alperen JK, Samet JH. "Awareness of hepatitis C diagnosis is associated with less alcohol use among persons co-infected with HIV". *J Gen Intern Med* 2007; 22 (6): 822-5.

9- Weijers HG, Wiesbeck GA, Wodarz N, Keller H, Michel T, Boning J. "Gender and personality in alcoholism". *Arch Womens Ment Health* 2003; 6(4): 259-62.

10- Bottlender M, Preuss UW, Soyka M. "Association of personality disorders with type A and type B alcoholics". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; Feb, 256:55-61_ Epub 2005 Jul 27.

11- Chander G, Himelhoch S, Moore RD. "Substance Abuse and Psychiatric Disorders in HIV positive Patients". *Drugs* 2006; 66 (6):769-89.

12- Hansen NB, Cavanaugh CE, Vaughan EL, Connell CM, Tate DC, Sikkema KJ. "The influence of personality disorder indication, social support, and grief on alcohol and cocaine use among HIV-positive adults coping with aids-related bereavement". *AIDS Behav* 2007; 9308-6. [Epub ahead of print].

13- Treisman G, Angelino A. *The Psychiatry of Aids- a guide to diagnoses and treatment*. Baltimore, USA: Johns Hopkins University Press; 2004.

14- Anderson KG, Smith TG. "Specificity in personality and cognitive factors associated with drinking and depressive symptoms". *Cognitive Therapy and Research* 2006; 30 (6):711-22.

15- Samet JH, Horton NJ, Meli S, Kenneth AF, Palepu, A. "Alcohol Consuption and antiretrovital adherence among HIV infected persons with alcohol problems". http://www.pubmed.com. Retirado a 17 de Novembro, 2007.

16- Parsons JT, Rosof E, Mustanski B. "Patient related factors predicting HIV medication adherence among men and women with alcohol problems". *Journal of Health Psychol* 2007; Mar, 12 (2): 357-70.

17- Parsons JT, Rosof E, Mustanski, B. "Medication adherence mediates the relationship between adherence self-eficacy and biological assessments of HIV health among those with alcohol use disorders". *Aids Behav* 2008 Jan,12 (1): 95-103 Epub 2007 May 15.

18- Libman H, Saitz R, Nunes D, Cheng DM, Richardson JM, Vidaver J, Alperen JK, Samet JH. "Hepatitis C Infection is associated with depressive symptoms in HIV infected adults with alcohol problems". *Am J Gastroenterol* 2006; 101(8): 1804-10.

19- Lefevre F, O'Leary B, Moran M, Mossar M, Yarnold PR, Martin GJ, Glassroth J. "Alcohol Consuption among HIV-infected patients". *J Gen Intern Med* 1995; 10: 458-60.

20- Theall KP, Clarch RA, Powell A, Smith H, Kissinger. "Alcohol Consumption, art usage and high risk sex among women infected with HIV". *AIDS Behav* 2007; 11: 205-15.

21- Barta D W, Portnoy DB, Kiene SM, Tennen H, "Abu-Hasaballah KS, Ferrer R. A daily process investigation of alcohol involved sexual risk behaviour among economically disadvantaged problem drinkers living with HIV/Aids". *AIDS Behav* 2007 Dec 11 [Epub ahead of print].

22- Ehrenstein V, Horton NJ, Samet JH. "Inconsistent condom use among HIV-infected patients with alcohol problems". *Drug Alcohol Depend* 2004; 73(2):159-66.

23- Prochaska JO, DiClemente CC, Narcross JC. "Search how people change: applications to addictive behaviours". *Am Psychol* 1992; 47: 1102-14.