

FACULDADE DE CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO SENA AIRES

MARIANA FREIRE DA SILVA RORIZ

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DO VÍRUS HIV

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HIV VIRUS

VALPARAÍSO DE GOIÁS

2013

MARIANA FREIRE DA SILVA RORIZ

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DO VÍRUS HIV
QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HIV VIRUS**

Artigo apresentado à Faculdade de Ciências e
Educação Sena Aires como requisito obrigatório para
a obtenção do grau de Bacharel em farmácia.

Orientador: Prof. Francisco José Rivera Pinedo

VALPARAÍSO DE GOIÁS

2013

MARIANA FREIRE DA SILVA RORIZ

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DO VÍRUS HIV
QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HIV VIRUS**

Artigo apresentado à Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires como
requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Francisco José Rivera Pinedo

Aprovado pela Banca Examinadora

Orientador: Prof. Francisco José Rivera Pinedo

1º Examinador:

2º Examinador:

**VALPARAÍSO DE GOIÁS
2013**

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DO VÍRUS HIV QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HIV VIRUS

Mariana Freire da Silva Roriz¹; Francisco José Rivera Pinedo²;

RESUMO

A escassez de estudos sobre qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil motivou a realização da presente revisão literária que, teve como objetivo principal a análise da qualidade de vida destes pacientes, a qual engloba adesão ao tratamento, alimentação, atividade física, relacionamento pessoal e social, sexualidade, saúde mental e terapias complementares. Com o advento da terapia antirretroviral (TARV), tornou-se mais importante a avaliação da qualidade de vida dos pacientes portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), pois ocorre, simultaneamente, a adesão ao tratamento. Foram utilizadas fonte primária de dados disponíveis nas bases de dados da biblioteca virtual MEDLINE, LILACS, SCIELO e PUB MED. Esta revisão abrange, portanto estudos desenvolvidos antes, durante e após adesão ao tratamento. Os critérios de inclusão foram estudos em pacientes portadores do vírus HIV e revisões sobre tal tema, publicados em português, inglês e espanhol; os critérios de exclusão foram estudos de revistas, cartas e artigos. O presente estudo avaliou o impacto da adesão ao tratamento na qualidade de vidas dos pacientes portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Os atuais fármacos disponíveis podem ser classificados em cinco categorias: análogos de nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa, inibidores da transcriptase reversa não-nucleosídeos, inibidores de protease, inibidores de integrase e inibidores da fusão e antagonistas de CCR5.

Palavras-chave: AIDS, HIV, Qualidade de vida.

ABSTRACT

The scarcity of studies on quality of life in people living with HIV / AIDS in Brazil motivated the development of this literature review that aimed to analyze the quality of life of these patients , which encompasses treatment adherence , diet , activity physical , personal and social , sexuality , mental health and complementary therapies relationship. With the advent of antiretroviral therapy (HAART), has become more important to evaluate the quality of life of patients with the acquired immunodeficiency virus (HIV), as occurs simultaneously, adherence to treatment. Primary source of data available were used in the databases of MEDLINE, LILACS, and Pub Med, SCIELO virtual library. This review therefore covers studies conducted before, during and after treatment adherence. Inclusion criteria were studies in patients with HIV and revisions on this subject, published in Portuguese, English and Spanish; exclusion criteria were studies journals, letters and articles. The present study evaluated the impact of treatment adherence on the quality of life of patients with the acquired immunodeficiency virus (HIV) Current available drugs can be classified into five categories: Nucleoside reverse transcriptase inhibitors, reverse transcriptase inhibitors non - nucleoside inhibitors, protease inhibitors, fusion inhibitors and integrase and CCR5 antagonist.

Keywords: AIDS, HIV, quality of life.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma síndrome de eventos clínicos que ocorrem devido a uma grave diminuição da imunidade. Sendo que, esta síndrome é devida a uma infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).⁽¹⁾

Segundo o Ministério da Saúde⁽²⁾, o HIV ataca o sistema imunológico, o qual é responsável pela defesa do organismo atingindo, principalmente, os linfócitos T CD4+, pois através destes o HIV altera o DNA para multiplicar-se, ou seja, produzir novas cópias do vírus.

O HIV é um retrovírus, pertencente a subfamília *Lentiviridae* com genoma RNA 2 que, participa do grupo dos retrovírus não-citopáticos e não-oncogênicos que, multiplicam-se através de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, podendo integrar-se ao genoma do hospedeiro.⁽³⁾

O vírus HIV possui um longo período de latência que, pode variar de 1 ano até mais de 10 anos, ou seja, o vírus multiplica-se no organismo, sem no entanto causar sintomas.⁽⁴⁾ Entretanto, ter o vírus não significa, necessariamente, que o paciente é soropositivo.⁽²⁾

A AIDS constitui um dos grandes problemas de saúde pública no plano mundial, já sendo considerada uma epidemia. O Ministério da Saúde do Brasil informa a existência de 656.701 casos notificados de AIDS, período de 1980 a Junho de 2012.⁽⁵⁾

A infecção pelo HIV tem sido considerada de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável, desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4 e carga viral, para o monitoramento de sua progressão. Tais avanços contribuíram de forma bastante positiva para a vida das pessoas que vivem e convivem com HIV.⁽¹⁶⁾

Desta forma, pode-se concluir que, esta doença crônica afeta a vida do indivíduo em fatores emocionais, físicos e sociais, Sendo que, estes fatores contribuem para o ajuste do paciente a sua patologia e da sua percepção do seu impacto na qualidade de vida.⁽⁶⁾⁽⁷⁾

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais, ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁽¹⁰⁾

De acordo com Carr et al⁽¹¹⁾, a qualidade de vida é determinada pela extensão em que as ambições e esperanças correspondem à experiência pessoal; pelas percepções do indivíduo sobre sua posição na vida, levando em conta o contexto da cultura e sistemas de valores em que a pessoa vive; e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos, pela avaliação do estado

atual em relação ao ideal, bem como o que as pessoas consideram como fatores importantes em suas vidas.

Não apenas a saúde, representada pelos domínios físicos e funcionais, é importante para entender a qualidade de vida do sujeito diante da situação de doença, mas outros domínios que se referem a aspectos sociais e emocionais são de igual valor. ⁽¹²⁾

Entretanto, a qualidade de vida é um aspecto a ser considerado ao longo do processo terapêutico da AIDS e é um dos aspectos subjetivos mais utilizados na avaliação do impacto das doenças de caráter crônico, podendo ser usada como parâmetro para a tomada de decisões quanto aos tratamentos e aprovação de novos regimes terapêuticos. ^{(8) (9)}

A escassez de estudos sobre qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil motivou a realização da presente revisão literária que, teve como objetivo principal a análise da qualidade de vida destes pacientes, a qual engloba adesão ao tratamento, alimentação, atividade física, relacionamento pessoal e social, sexualidade, saúde mental e terapias complementares.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão literária sistemática dos artigos publicados sobre HIV, AIDS, tratamento dos pacientes portadores do vírus HIV, etapas do tratamento antirretroviral, adesão ao tratamento e qualidade de vida dos pacientes portadores do vírus HIV, indexados na base de dados do MEDLINE, LILACS, SCIELO e PUB MED. Esta revisão abrange, portanto estudos desenvolvidos antes, durante e após adesão ao tratamento.

Os critérios de inclusão foram estudos em pacientes portadores do vírus HIV e revisões sobre tal tema, publicados em português, inglês e espanhol; os critérios de exclusão foram estudos de revistas, cartas e artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Identificou-se que, os mecanismos de transmissão estão claramente estabelecidos, sendo o principal o contato por relacionamento sexual, contribuindo em mais de 60% dos casos. A transmissão sanguínea contribui com 30% dos casos e a exposição do sangue e derivados vem apresentando decréscimo em razão do controle feito por sorologia. Tem-se também a transmissão entre os usuários de drogas endovenosas, a qual está em constante crescimento, e perinatal, que pode ser drasticamente reduzida com o uso de antirretrovirais. ^{(5) (19)}

Segundo Borges et al ⁽⁶³⁾, o tratamento da AIDS tem como objetivo específico combater o HIV, e prevenir e controlar as inúmeras infecções oportunistas (IO). Essas IO acometem o indivíduo principalmente a partir do momento em que ele apresenta deficiência imunológica básica, a qual é avaliada através de análises clínica e laboratorial, com mensuração periódica de linfócitos T CD4.

TRATAMENTO – TARV (TERAPIA ANTIRETROVIRAL)

A terapia antirretroviral de alta potência (TARV) para pacientes vivendo com HIV/AIDS resultou em uma redução da morbidade, aumento da sobrevivência, melhoria na qualidade de vida, supressão da carga viral e prevenção da transmissão transversal em todo o mundo. ^{(17) (20) (21) (22)} Agindo de forma a preservar o sistema imunológico desses pacientes. ⁽²⁶⁾ A TARV começou a ser distribuída gratuitamente no Brasil em 1991, sendo sancionada por lei em 1996, que tornou obrigatória a distribuição gratuita dos antirretrovirais (AVR) pelo sistema público de saúde. ⁽²³⁾

O início da terapia antirretroviral pode ser um dos momentos mais difíceis para quem vive com HIV, pois uma nova rotina deverá ser incorporada ao seu dia a dia. Os remédios podem fazê-lo lembrar a cada momento da própria soropositividade afetando o seu estado de humor. ⁽²⁴⁾

Do ponto de vista clínico, o início da TARV pode ocorrer em dois contextos diferentes: ausência de sintomas, no qual, a indicação de terapia antirretroviral deve-se aos resultados dos exames laboratoriais (contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral), quando há risco de progressão para AIDS, e presença de sintomas, onde o início da terapia ocorre quando a pessoa já apresenta manifestações do quadro de AIDS, com sintomas característicos (perda de peso, febre, diarreia, fadiga). ^{(18) (25)}

O emprego de novas tecnologias no acompanhamento e tratamento da infecção pelo HIV possibilitou o aumento da expectativa de vida e melhorou a qualidade de vida das pessoas; bem como a reconstruir os desafios da promoção da integralidade desse indivíduo: na reinserção social, no mercado de trabalho e no sistema educacional; o direito de vivenciar a sexualidade, as relações afetivas e experimentar a paternidade e maternidade; necessidade de estruturar uma adequada adesão ao tratamento por longo prazo; manejo adequado do tratamento para pessoas em terapia antirretroviral que vivem com variantes virais resistentes; prevenção e manejo dos danos relacionados aos efeitos adversos do tratamento, sobretudo, a síndrome lipodistrófica e as dislipidemias; importância do acesso e uso dos insumos de prevenção e a crescente importância das co-infecções e tratamento concomitante do HIV com hepatites virais e tuberculose. ⁽²⁷⁾

Segundo Carr et al ⁽²⁸⁾, as conquistas decorrentes da TARV deram à AIDS um caráter crônico, o que tornou possível aos portadores de HIV/AIDS a sua reinserção social e regresso à vida profissional e afetiva. Resultados de pesquisas atuais mostrem um grande desafio aos profissionais da saúde e paciente.

O surgimento de efeitos tardios por causa da imunodepressão vem influenciando negativamente na qualidade de vida desses pacientes, e de certa forma assemelhando a condição de viver com HIV com características de outras doenças crônicas degenerativas. Entretanto, causas de morte advindas da AIDS e de suas doenças oportunistas decaem, mas crescem as causas não diretas associadas ao HIV, como eventos cardiovasculares, diabetes, mudança no perfil metabólico, culminando, muitas vezes, em síndrome metabólica, desta forma, moldando um novo perfil dessa doença que é tratada com a TARV. ⁽²⁸⁾

Em 2005, pesquisas evidenciaram que o uso prolongado de TARV, principalmente inibidores de protease, teve um impacto importante na Síndrome Lipodistrófica do HIV (SLHIV), que é caracterizada pela redistribuição anormal da gordura corporal, alterações no metabolismo glicêmico, resistência insulínica e dislipidemia. ⁽²⁹⁾

De acordo com Colombrini *et al* ⁽⁴⁴⁾, a eficácia terapêutica é evidente, principalmente, após a introdução do conceito de da HAART ou TARV, que é a combinação dos inibidores de protease e transcriptase reversa, de forma a ser extremamente efetiva na redução da carga viral plasmática de RNA para níveis indetectáveis.

PRINCIPAIS FÁRMACOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA AIDS/HIV

Segundo o Departamento de DST, Aids e Hepatites virais, os medicamentos antirretrovirais surgiram na década de 1980, para impedir a multiplicação do vírus no organismo. Embora, eles não matam o HIV, vírus causador da Aids, mas ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. Seu uso é importante para aumentar o tempo e qualidade de vida do paciente portador do vírus HIV. ⁽⁴⁰⁾

Desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente o coquetel anti-aids para todos os pacientes que necessitam do tratamento. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 313 mil pessoas recebem regularmente os medicamentos para tratar a doença, até Dezembro de 2012. ⁽⁴⁰⁾

Portanto, a terapia antirretroviral (TARV) iniciou-se com o uso da zidovudina (AZT), inibidor da transcriptase reversa do HIV, testada previamente em doenças oncológicas. ⁽⁴²⁾

Na atualidade, dispõe-se de um número grande e crescente de agentes antirretrovirais para o tratamento do HIV, conforme as classes de antirretrovirais (AVR): inibidores da transcriptase

reversa análogos de nucleosídeos (ITRNs), inibidores da transcriptase não análogos de nucleosídeos (ITRNNs), inibidores da protease (IPs), inibidores da integrase, antagonistas de CCR5 e inibidores de fusão (IsF).⁽⁴¹⁾⁽⁴³⁾

Segundo o Ministério da Saúde, os inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRNs) atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria, tornando a cadeia defeituosa e como consequência, impedindo que o vírus se reproduza.⁽³⁸⁾

Garforth et al⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾, destaca a importância de utilizar fármacos ITRNs como terapêutica de primeira linha contra a infecção pelo HIV. Atualmente, no mercado, existem oito fármacos ITRNs: zidovudina(AZT), estavudina(d4t), zalcitabina(ddC), lamivudina(3TC), didanosina(ddl), abacavir(ABC), emtricitabina(FTC) tenofovir disoproxil fumarato(TDF).

A partir de pesquisas foram desenvolvidos os ITRNNs que, ligam-se de modo não competitivo e reversível a transcriptase reversa, alterando assim sua função. As principais vantagens são a ausência de efeitos sobre os elementos formadores do sangue do hospedeiro e a ausência de resistência cruzada com os ITRNs.⁽⁴⁹⁾ A principal via de metabolização para os ITRNNs é CYP450 enzimática.⁽⁵⁰⁾ Existem três medicamentos ITRNNs no mercado: nevirapina(NVP), efavirenz(EFZ) e delavirdina.⁽⁴⁸⁾

Segundo Lavra⁽⁵¹⁾, a utilização ideal destes fármacos é na terapia combinada com análogos de nucleotídeos e inibidores de proteases, onde a atividade sinérgica deles é mais potente.

Os fármacos IPs interferem no processamento das poliproteínas no vírion em brotamento e resultam em partículas não infecciosas, ou seja, impedem a produção de novas cópias de células infectadas com HIV. Porém, o maior problema encontrado para estes fármacos é que, eles causam lipodistrofia, que é a redistribuição de gordura de modo que os membros tornam-se magros e a gordura é depositada ao longo do abdômen e do dorso superior, e hiperglicemia.⁽⁴⁹⁾

De acordo com Souza & Almeida⁽⁴⁸⁾, são dez os fármacos capazes de inibir a enzima protease: saquinavir(SQV), ritonavir(RTV), indinavir(IDV), lopinavir(LPV/r), nelfinavir, amprenavir, atazanavir(ATV), fosamprenavir(FPV), tipranavir e darunavir.

Os fármacos inibidores da integrase são responsáveis por bloquear a atividade da enzima integrase, a qual é responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano. Sendo assim, ocorre a inibição da replicação do vírus e capacidade de infectar novas células.⁽⁵²⁾ Raltegravir, também conhecido como MK-0518, fármaco inibidor da integrase, foi aprovado em 2007 pela FDA(Food and Drug Administration) para ser utilizado com outros agentes antirretrovirais no tratamento da infecção pelo HIV.⁽⁵³⁾

Os inibidores de fusão (IsF), impedem a entrada do vírus na célula e, por isso, ele não pode resistir. 38. Estes fármacos são utilizados como terapia de resgate. ⁽⁵¹⁾ Os IsF foram concebidos de forma a impedir que o vírus consiga penetrar nos linfócitos e nem sequer inicie a infecção. ⁽⁴⁸⁾

Os compostos concebidos são capazes de bloquear três tipos de interação: bloquear a interação da glicoproteína 120 (gp 120) com o CD4; bloquear a interação da gp 120 com os co-receptores; e inibir as interações com as glicoproteínas 41 (gp 41). ⁽⁴⁸⁾

Desde 2003, quatro fármacos foram aprovados pelo órgão norte americano de controle sobre produtos alimentícios e farmacêuticos (FDA): enfuvirtida, maraviroc e etravirina. ⁽⁵⁴⁾

O desenvolvimento de novas drogas antirretrovirais é um processo dinâmico que é continuamente alimentado pela identificação de novos alvos moleculares. Portanto, estes alvos estão em estudo como, por exemplo, inibidores da transcrição, inibidores da Ribonucleose H (RNase H) do HIV e moléculas que inativam a proteína nucleocapsídica. Porém, estão em fase clínica inicial, pré clínica ou tiveram seus estudos suspensos. ⁽⁵⁶⁾

ADESÃO AO TRATAMENTO

Dois termos são comumente usados com sentidos semelhantes: aderência e adesão. Segundo Metha et al, aderência refere-se à conduta do paciente em seguir a prescrição médica, no que diz respeito à posologia, à quantidades de medicamentos por horário, ao tempo de tratamento e às recomendações especiais para determinados medicamentos. O termo aderência pode ser entendido de maneira mais ampla, como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedecem as orientações médicas, mas segue, entende e concorda com a prescrição estabelecida pelo médico. Significa que, deve haver um acordo entre o médico e o paciente, relação em que são firmadas as responsabilidades de cada um e de todas as outras pessoas envolvidas no processo. ^{(32) (33)}

Segundo a literatura ⁽³⁰⁾, a supressão viral é essencial para a longa efetividade do tratamento antirretroviral e que a supressão parcial leva à falha virológica mais precoce e emergência de resistência viral. Portanto, com a potência atual da terapia antirretroviral, a adesão torna-se uma das mais importantes variáveis que interferem na efetividade do primeiro esquema antirretroviral. ^{(30) (31)}

Na perspectiva de Saúde Pública, a adesão é potencialmente capaz de reduzir o risco da transmissão do HIV e de resistência aos medicamentos antirretrovirais. A transmissão de cepas virais resistentes é um problema em expansão, fortemente relacionado com a não adesão ao tratamento. ⁽³⁴⁾

De acordo com Leite ^{(35) (36)}, uma das maiores dificuldades nos tratamentos de pacientes portadores de HIV/AIDS é o alto índice de abandono do tratamento antes do prazo. Por isso, para

evitar e até mesmo diminuir o abandono do tratamento, é preciso um acompanhamento do poder público, com equipes preparadas para orientar o paciente.

Portanto, é essencial que o paciente tenha conhecimentos básicos sobre a doença e seu tratamento, as formas de transmissão (essencial para a transmissão secundária), a história natural da doença, o significado e utilidade dos exames laboratoriais (contagem de linfócitos CD4+ e a carga viral) e os possíveis efeitos adversos em curto e longo prazo. Tendo acesso às informações e promovendo a própria autonomia, assim, o paciente se fortalece para enfrentar as adversidades trazidas pela doença e seu tratamento. ⁽³⁷⁾ ⁽³⁸⁾

A falência dos esquemas terapêuticos e sua alteração são momentos que merecem especial atenção por parte da equipe multiprofissional. Em muitos casos, a troca dos medicamentos é vivenciada pelo paciente com um recomeçar, que pressupõe novos efeitos adversos, dúvidas sobre relação do organismo as novas drogas e incertezas sobre duração dos novos esquemas. ⁽³⁸⁾

Castilo ⁽³⁹⁾, ressalta que, o tema adesão é complexo, apresenta características que variam com o tipo de população envolvida e com aspectos regionais, mas tem como ponto comum, a grande dificuldade que é tomar uma série de medicamentos com muitas interações e importantes efeitos adversos, por um prazo indefinido, muito provavelmente por toda a vida.

A não adesão ao tratamento com a associação dos antirretrovirais tem sido considerada como um dos mais ameaçadores perigos para a efetividade do tratamento, na dimensão individual, e para a disseminação da resistência viral, em nível coletivo. ⁽⁴⁵⁾

A resistência é dividida em primária e secundária, sendo que, a primária já está presente mesmo antes do uso medicação pelo indivíduo infectado e, a secundária aparece em consequência da pressão seletiva exercida pela TARV. ⁽⁴⁶⁾ Isto ocorre porque os novos regimes terapêuticos parecem exigir do indivíduo que adere o tratamento integração complexa entre conhecimentos, habilidades e aceitação, além de outros importantes fatores ligados ao ambiente e ao cuidado à saúde. ⁽⁴⁷⁾

Segundo Sasaki et al ⁽⁵⁹⁾, isto evidencia que, como em outras doenças crônicas, na AIDS é fundamental haver uma interação entre o cliente/cuidador e a equipe multiprofissional, de forma a favorecer que a complexidade que envolve a continuidade do tratamento possa ser devidamente compartilhada.

As pesquisas destacam que, a não adesão ocorre, em algum grau, tanto em países pobres quanto em ricos, e a taxa média de adesão é de 50%. ⁽⁴⁹⁾ ⁽⁶⁰⁾

Entre as dificuldades de adesão à TARV, a principal são os efeitos adversos, ou seja, as infecções oportunistas. ⁽⁶³⁾

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

O termo qualidade de vida é bastante abrangente, estando diretamente relacionado às experiências individuais, num dado momento dentro de um conceito sociocultural. ⁽⁶¹⁾ Já, a Organização Mundial de Saúde, define qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e preocupações”. ⁽⁶²⁾

Entretanto, a qualidade de vida relacionada à saúde é considerada um conceito muito mais amplo, uma vez que aborda tanto os conceitos de qualidade de vida global quanto aqueles relacionados ao próprio estado de saúde. ⁽⁵⁵⁾

Existem poucos estudos de qualidade de vida entre as pessoas que vivem com HIV/AIDS nos países em desenvolvimento ⁽⁵⁶⁾, incluindo o Brasil. ⁽⁵⁷⁾

Há estudos prospectivos que avaliaram o impacto da terapia antirretroviral na qualidade de vida dos **pacientes virgens de tratamento** seguindo o início do tratamento no contexto brasileiro de acesso universal à arte e atendimento especializado para HIV/AIDS. ⁽⁵⁸⁾ Além disso, a arte é capaz de proporcionar um importante impacto sobre a qualidade de vida do paciente, mesmo durante o primeiro mês de tratamento. ⁽⁵⁷⁾ ⁽⁵⁸⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo dos tratamentos farmacológicos da infecção pelo HIV indica que aproximadamente 50% dos pacientes não respondem aos tratamentos, TARV, e estas porcentagens podem aumentar com o tempo. Os conhecimentos da progressão do HIV e seus tratamentos evoluíram muito na curta história da epidemia da Aids, e continuam em constante evolução. Assim como, as necessidades psicológicas das pessoas soropositivas também vêm mudando.

Constatou-se que, adesão ao tratamento e qualidade de vida são dois aspectos que ocorrem simultaneamente, sendo a adesão o estímulo ao tratamento. Geralmente, isso não ocorre de forma tão simples na vida do paciente portador de HIV e usuário da TARV, pois a aderência é difícil em razão das inúmeras interações medicamentosas, da dificuldade de administração e dos diversos efeitos colaterais. Observou-se que a disponibilidade de apoio social é um fator atenuador do impacto negativo da soro positividade na vida das pessoas afetadas, sendo este um recurso pessoal externo que pode facilitar a adaptação ao processo da doença.

Afirma-se que, até o momento, a melhor forma de controle dessa terrível epidemia é por meio de campanhas de prevenção com orientação da população sobre os riscos de transmissão do

agente infectante, controle adequado de sangue e hemoderivados, prevenção entre usuários de drogas endovenosas e prática de sexo seguro.

REFERÊNCIAS

1. Flaskerud JH. AIDS/Infecção pelo HIV. Rio de Janeiro. Editora Médica e Científica, 1992
2. Ministério da Saúde – HIV. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv> Acesso em 06 Outubro, 2013 às 15:24
3. Lima ALLM *et al.* HIV/AIDS: perguntas e respostas. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.
4. Wilson LE, Gallant JE. O tratamento de pacientes infectados pelo HIV a tratamento prévio: novas drogas e combinações de drogas. *Clin Infect Dis*; 2009; 48:214-21.
5. Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS (2012). Boletim Epidemiológico 2012 – AIDS no Brasil. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil> Acesso em 06 Outubro, 2013 às 16:29.
6. Salgado PCB *et al.* Impacto da epilepsia no trabalho: avaliação da qualidade de vida. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60 (2-B): 442-445.
7. Hinds P. Qualidade de vida em crianças e adolescentes com câncer. *Semin Oncol Enfermagem* 1990; 6:285-291.
8. Assumpção Jr RFB *et al.* Escala de Avaliação de qualidade de vida. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58 (1) : 119-127.
9. Ruiz-Pérez I *et al.* Clinical Status, adherence to haart and quality of life in HIV-infected patients receiving antiretroviral treatment. *Enferm Infec Microbiol Clin*. 2005; 23(20): 581-5.
10. Grupo WHOQOL – 100. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS). Heidelberg: Springer: 1994. p.43.
11. Carr AJ, Higginson IJ. Measuring quality of life: are quality of life measures patient centered? *Br Med J*. 2001; 322(7298): 1357-60.
12. Patrick DL, Erikson P. What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Clin Nutr*. 2010.
13. Ingham R. Personal and contextual aspects of Young people's sexual behaviour. Unpublished paper prepare for WHO/GPA/SSB, Geneva. 1992.
14. Seide EMF *et al.* Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. 2005, 18(2), pp.188-195.

15. Seide EMF, Tróccoli BT *et al.* Análise Fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 17, 225-234. 2001.
16. Ministério da Saúde – Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. 2008, p.09.
17. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para terapia antiretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2007/2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p.229, 7ª edição.
18. Rabkin GJ, Fernando S. *et al.* Psychological effects of HAART: A 2-year study. *Psychosomatic Medicine*, 2000, 62, 413-422.
19. Ministério da Saúde – Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendp com HIV e AIDS. 2008, p.35.
20. Catz SL *et al.* Patterns, correlates and barriers to medical adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychol* 2000; 19:124-33.
21. Marins JRP, Jamalw LF, Hudes ES, Barbosa Jr A, Barros MBA *et al.* Sobrevida atual dos pacientes com AIDS no Brasil: evidência dos resultados de um esforço nacional. *Boletim epidemiológico AIDS*, 2002; Ano XV, nº1. p.37-47.
22. Teixeira PR, Vitória MA, Barcarolo J. Antiretroviral treatment in resource – poor settings: the Brazilian experience. *ADIS* 2004; 18 Suppl 3:S5-7.
23. Brasil. Lei nº9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de ADIS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/lei9313.htm> Acesso em 22 Setembro, 2013.
24. Teixeira PR, Paiva V, Shimma E. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo. São Paulo; Nepaids, 2000.
25. Clavel F, Guetard D *et al.* Isolation of a new human retrovirus from west African patients with AIDS, *Science*. 1986; 233: 343-6.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS e DST, 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> Acesso em 11 novembro, 2013.
27. Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MFMS. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS*. v.18, n.3, p.5-20, 2004.
28. Carr A, Cooper DA. Adverse effects of antiretroviral therapy. *The Lancet*, v.356, n.9239, p.1423-30, 2000.
29. Valeant AMM *et al.* Alterações metabólicas da síndrome lipodistrófica do HIV. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v.49, n.6, p.871-81, Mar. 2005.

30. Powderly WG, Saag MS, Chapman S, Yu G, Quart B, Clendenin NJ. Predictors of optimal virologic response to potent antiretroviral therapy. *AIDS*. 1999; 13: 1873-1880.
31. Raboud JM, Harris M, Rae S, Montaner JS. Impacto of adherence on duration of virological suppression among patients receiving combination antiretroviral therapy. *HIV. Med.* 2002; 3: 118-124.
32. Metha S, Moore RD, Graham NMH. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*. 1997; 11: 1665-70.
33. Vitoria MA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento antiretroviral. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
34. Wainberg MA, Friedland G. Public health implications of antiretroviral therapy and HIV drug resistance. *Jama* 1998; 279 (24): 1977-1983.
35. Leite F. País descumpre meta de curar tuberculose. Folha de São Paulo, 24 março, 2006, caderno cotidiano.
36. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura/ Adherence to prescribed therapy: points for concepts and presuppositions discussion. *Ciênc. Saúde Coletiva*; 8(3): 775-782, 2003.
37. Malcolm SE *et al.* An examination of HIV/AIDS patients Who have excellent adherence to HAART. *AIDS. Care* 2003; 15(2): 251-61.
38. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Missão do programa Nacional. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/dara/page> Acesso em 11 Novembro, 2013.
39. Castelo EA *et al.* Fatores associados à interrupção de tratamento antiretroviral em adultos com AIDS. Rio Grande do Norte. 1999-2002. *Revista Associação Médica Brasileira*, 2006; 52(2): 86-92.
40. Brasil. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, portal. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais> Acesso em 14 Novembro, 2013.
41. Hughes Amelia, Barber Trinstan, Nelson Mark. New treatment option for HIV salvage patients: an overview of second generation PIS, NRTIs, integrase inhibitors and CCR5 antagonists. *J infect, London*, p.1-10, Mai 2008.
42. Lopes Antônio Carlos. Diagnóstico e tratamento do HIV. v.3. São Paulo: Manole, 2007. p.1037-1040, 1045-1053 e 1056.

43. Katzung Bertram G. Farmacologia: básica e clínica. 9ªed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2006. p.677.
44. Colombrini Maria Rosa Ceccato, Lopes Maria Baena de Moraes, Figueiredo Rosely Moralez de. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. Ver. Ex Enferm USP, São Paulo, v.40, n.4, p.576-581, Dez 2006.
45. Brito Ana Maria de, Szwarald Célia Landmann. *et al.* Fatores associados à interrupção de tratamento antiretroviral em adultos com AIDS. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. Ver Assoc Méd Brás, Rio Grande do Norte, v.52, n.2, p.86-92, 2006.
46. Cavalcanti Ana Maria Salustiano. Resistência secundária aos antiretrovirais em indivíduos com AIDS e prevalência de sub-tipos do HIV-1 no nordeste do Brasil: 2002 a 2004. 2005, 75. F. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Universidade Federal de Pernambuco – Recife.
47. Garforth Scott J, Parniak Michael A, Prasad Vinayak R. Utilization of a deoxynucleoside diphosphate substrate by HIV reverse transcriptase. Plos One, Peking, v.3, n.4, p.1-10, April 2008.
48. Souza Marcus Vinicius Nora de, Almeida Mauro Vieira de. Drogas anti HIV: passado, presente e perspectivas futuras. Quim. Nova, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.366-372, Mai/Jun. 2003.
49. Strohl William A, Rouse Harriet, Fiscer Bruce D. Microbiologia Ilustrada. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.374-376, 378 e 387-389.
50. Bianco Rosana Del. Interação medicamentosa para o tratamento da tuberculose e HIV. Tendências em HIV, São Paulo, v.2, n.1, p.14-17, 2007.
51. Lavra Zênia Maria Maciel. Obtenção tecnológica de antirretroviral Dose-fixa combinada à base de Zidovudina, Lamivudina e Nevirapina. F. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal de Pernambuco – Recife, 2006.
52. Peçanha Emerson Poley *et al.* Estratégias farmacológicas para a terapia anti-AIDS. Quim. Nova, Rio de Janeiro, v.25, n.6b, p.1108-1116. Nov./Dec. 2002.
53. Info, The Body – The complete HIV/AIDS Resource. FDA (food and drug administration). Disponível em: <http://www.thebody.com/content/art43527.html> Acesso em 15 Novembro, 2013.
54. Declercq E. Strategies in the design of antiviral drugs. Nature Rev Drug Discov. 2002; 7: 117-9.

55. Heyland DK, Guyatt G, Cook DJ. *et al.* Frequency and methodologic rigor of quality-of-life assessments in the critical care literature. *Crit Care* 1998; 26(3): 591-8.
56. Canini SRMS *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS; uma revisão de literatura. *Latino-americana Enfermagem*; 12.: 904-5.
57. Tostes MA, Chalub M, Botega, NJ. A qualidade de vida de mulheres infectadas pelo HIV está associada com morbidade psiquiátrica. *AIDS Care*. 2004; 12,: 177-86.
58. Zimpel RR, Fleck MP. Qualidade de vida de brasileiros HIV-positivos.: Aplicação e validação do WHOQOL-HIV, versão brasileira. *Aids Care* 2007; 19.: 923-30.
59. Sasaki MG, Mello RS, Siciliano RF *et al.* Estudo da adesão à terapia antirretroviral e resposta terapêutica em pacientes com infecção pelo HIV. In: *Anais do 11º Congresso Brasileiro de Doenças Infecciosas*; 1999 ago. 1º São Paulo. São Paulo, p.S18.
60. Nemes MIB. Relatório Final: avaliação da aderência ao tratamento por antiretrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à AIDS no estado de São Paulo. Série Avaliação 1-aderência ao tratamento por antiretrovirais[online]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avalia1/relatfin.html> Acesso em 10 Nov, 2013.
61. Minayo MCS, Hartz, ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ci Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 7-18.]
62. Whoqol group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (The WHOQol). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidleberg: Springer, 1994. p.43.
63. Borges, DR & Rothschild, HÁ. Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS): atualização terapêutica. 21ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 2003.