



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA

Credenciada pela Portaria Ministerial nº 1855, de 26/06/2002 publicada no D. O. U. de
27/06/2002.

Priscila Feliciano Alves
Rodrigo de Lemos Rachman

TRATAMENTO E PRECONCEITOS SOFRIDOS PELOS
PACIENTES PORTADORES DE HIV

Pindamonhangaba – SP

2013



Priscila Feliciano Alves
Rodrigo de Lemos Rachman

**TRATAMENTO E PRECONCEITOS SOFRIDOS PELOS
PACIENTES PORTADORES DE HIV**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Farmácia pelo Curso de Farmácia da Faculdade de Pindamonhangaba sob a orientação da Prof^ª Heleneide C. Campos Brum.

Pindamonhangaba – SP

2013

Alves, Priscila Feliciano ; Rachman, Rodrigo Lemos

Evolução no tratamento e preconceitos sofridos pelos pacientes de Aids / Priscila Feliciano Alves; Rodrigo de Lemos Rachman / Pindamonhangaba – SP : FAPI Faculdade de Pindamonhangaba, 2013.

21f. il.

Monografia (Graduação em Farmácia) FAPI – SP.

Orientador: Profª MsC Heleneide C.Campos Brum.

1 Pancreatite Aguda. 2 Quadro laboratorial. 3 Exames de imagem

I Evolução no tratamento e preconceitos sofridos pelos pacientes de Aids II Priscila Feliciano Alves; Rodrigo de Lemos Rachman.

Priscila Feliciano Alves

Rodrigo de Lemos Rachman

**TRATAMENTO E PRECONCEITOS
SOFRIDOS PELOS PACIENTES DE HIV**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Farmácia pelo Curso de Farmácia da Faculdade de Pindamonhangaba sob a orientação da Profª MsC Heleneide C. Campos Brum.

DATA: _____

RESULTADO: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____ **Faculdade de Pindamonhangaba**

Assinatura _____

Prof. _____ **Faculdade de Pindamonhangaba**

Assinatura _____

Prof. _____ **Faculdade de Pindamonhangaba**

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a Deus que nunca nos desamparou que nos acolheu e sempre está presente nas nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro à Deus que esteve comigo em todos os momentos da vida, dando sabedoria, consciência me conduzindo nesta caminhada.

Aos meus pais Luiz e Olinda e aos meus irmãos Luiz Felipe e Pedro pela paciência nas minhas ausências.

A Heleneide minha orientadora pela paciência, atenção e encorajamento nos momentos difíceis, compartilhando seus conhecimentos.

Priscila Feliciano Alves

Agradeço a minha família, por entenderem todos meus momentos de dificuldade e ausências.

À minha mãe Maria Alice Lemos Rachman que sempre me apoiou nas trajetórias do curso.

E à professora Heleneide Campos Brum, por se dispor a dar toda assistência possível, orientando para o fechamento do trabalho.

Rodrigo de Lemos Rachman

RESUMO

A Aids é uma doença que teve início na década de 1980, marcada pela sua grande incidência no Brasil e no mundo, e descrita entre diferentes grupos de pessoas, foi identificada após a ocorrência de morbidades raras como Sarcoma de Kaposi e o Linfoma, presentes entre pessoas aparentemente saudáveis. Em relação ao tratamento, no ano de 1996 o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a distribuir gratuitamente os antirretrovirais, marco essencial que garantiu a melhoria da sobrevivência e expectativa de vida para os soropositivos. Este trabalho teve como objetivo analisar os principais problemas em relação à não adesão à terapia, mostrando as medicações e as dificuldades enfrentadas devido à doença. Utilizando como método o levantamento bibliográfico, foi possível verificar que os pacientes HIV positivos passam por muitos problemas em relação ao preconceito e discriminação, sendo fatores importantes para a não adesão à terapia e na descontinuidade da mesma. Deste modo, é preciso que, para se iniciar um tratamento, seja feito um trabalho utilizando equipes multidisciplinares de saúde, avaliando todas as necessidades do paciente para possibilitar maior eficácia e menos efeitos colaterais ao indivíduo.

Palavras-chave: AIDS. Preconceitos. Adesão. Medicamentos antirretrovirais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 Tratamento da Aids.....	10
2.2 Características da terapia antirretroviral.....	12
2.2.1 Supressão da carga viral a nível indetectável no plasma.....	12
2.2.2 Reduzir infecções oportunistas devido a doença.....	12
2.2.3 Preservação e restauração do Sistema Imunológico.....	12
2.2.4 Prevenção da transmissão do vírus HIV.....	13
2.2.5 Acompanhamento e prognostico do paciente.....	13
2.3 Problemas relacionados a adesão ao tratamento.....	13
2.4 Efeitos colaterais dos medicamentos para Aids.....	15
3 MÉTODO.....	16
4 DISCUSSÃO.....	17
5 CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV. Sendo pertencente à classe dos retrovírus e ao subgrupo dos lentivírus. Existem relatos que o vírus teve sua origem dos chimpanzés, sendo transmitido para o homem em meados do século XX em países da África.¹

Os primeiros sinais dessa doença pandêmica foram observados na década de 1980, quando pessoas que gozavam de boa saúde começaram a contrair infecções pulmonares raras (pneumonia por *Pneumocystis carinii*), além de câncer de tipos igualmente raros de ocorrência como: o Sarcoma de Kaposi e o Linfoma. A princípio, a doença teve ocorrência no Brasil entre homens e usuários de drogas e por terem sido notificados os primeiros casos entre paciente do gênero masculino, homo ou bissexuais, acreditava-se que a doença era prevalente nesse grupo, porém, com o decorrer dos anos esse vírus foi se interiorizando em pequenos municípios e prevalecendo em parceiros heterossexuais também, sendo hoje a transmissão heterossexual a principal via de propagação.²

A AIDS é uma doença decorrente do estágio avançado do vírus do HIV. A doença promove uma supressão do sistema imunológico, principalmente dos linfócitos T, desta forma o indivíduo fica sujeito a infecções oportunistas bem como doenças neurológicas e neoplasias. A infecção por HIV é configurada em fases, aguda e avançada sendo que na fase aguda pode ou não haver manifestações clínicas já para a fase avançada são apresentados os primeiros sinais da doença.³

Antigamente a AIDS era vista como doença de morte certa, porém hoje, apesar de ser um dos principais problemas de saúde pública do Brasil e do mundo; os portadores do HIV tem conseguido manter uma qualidade de vida satisfatória graças ao advento da terapia antirretroviral (ARV), que no Brasil, começou a partir de 13 novembro de 1996 pela Lei Federal 9.313 como medida de acesso universal e gratuita aos serviços de saúde e aos medicamentos.^{4,5} Além disso, com o passar dos anos foi sendo instituídos programas de controle de exames laboratoriais das infecções bem como ações com o intuito de prevenção a doenças.⁵

Em 2001 esse processo foi se modernizando com o advento dos “coquetéis anti-HIV” que tinha como princípio aumentar o suporte para os tratamentos (gastos com mais de 200 milhões de dólares e 105 mil pacientes recebendo as medicações).

Essas inovações levaram a gastos demasiados fazendo com que o Ministério da Saúde financiasse empresas brasileiras para produzirem os coquetéis, Isso viabilizou uma redução de 50% desses gastos. Ainda assim, o governo brasileiro enfrentou negociações com indústrias farmacêuticas para que os preços dos coquetéis diminuíssem, gerando uma queda de 60% do preço de algumas drogas. Apesar disso, algumas negociações não tiveram muito êxito e o governo brasileiro se viu obrigado a quebrar as patentes das medicações referentes à AIDS, alegando a vida em primeira instância.⁶ O desenvolvimento desses ARVs aumentou significativamente a sobrevivência dos pacientes portadores do vírus do HIV, reduzindo em 50% a mortalidade e aumentando em 80% a melhora nos tratamentos com infecções oportunistas.⁷

Na pesquisa que Melchior⁵ realizou, o mesmo fez entrevistas com pacientes portadores e classificou esse grupo de pessoas de acordo com sua adesão: grupo de alta adesão, de média adesão e baixa adesão. No primeiro caso sendo formado por pessoas que seguiam de maneira correta as administrações dos medicamentos ou com falhas ocasionais. No segundo caso era determinado por falhas frequentes e, por fim os de baixa adesão que era um grupo formado por pessoas que não faziam uso de ARV no momento da entrevista. Após as entrevistas o autor verificou que dos 34 entrevistados, 15 pessoas se encontravam no grupo de alta adesão, 7 se encontravam no grupo de média adesão e 12 indivíduos estavam no grupo de baixa adesão.

Este trabalho teve como objetivo avaliar os principais problemas da não adesão aos antirretrovirais (ARVs) no Sistema Único de Saúde (SUS), mostrando os preconceitos bem como obstáculos, ainda, ocorrentes aos pacientes na busca por uma sobrevivência nessa doença, apresentando os principais tratamentos e medicações utilizadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Tratamentos da AIDS

No ano de 1987, foi lançado o primeiro fármaco para terapia antirretroviral: A zidovudina (AZT), da classe dos inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos.¹ Na década de 1990 foram sendo desenvolvidos novos medicamentos para terapia antirretroviral e também o desenvolvimento do chamado “coquetel contra a AIDS”, que é uma associação de medicamentos antirretrovirais.⁸

Hoje existem mais de 25 medicamentos destinados para a AIDS, sendo classificados em seis classes diferentes e que afetam diferentes estágios do ciclo viral.¹ Entre eles são:

- Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN);

- Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos (ITRNN);
- Inibidores da Protease (IP);
- Inibidores de fusão;
- Antagonistas do receptor CCR5;
- Inibidores da Integrase.¹

Os ITRNs foram os primeiros fármacos a serem desenvolvidos no tratamento antirretroviral e tem como mecanismo de ação, a sua incorporação no ciclo viral devido à fosforilação por enzimas intracelulares que interferem no alongamento da cadeia de DNA viral e conseqüentemente sua replicação.⁹ Os principais fármacos desta classe são: zidovudina, estavudina, abacavir, emtricitabina, didanosina, lamivudina, tenofovir.⁹

Os ITRNN tem um mecanismo de ação semelhante ao dos ITRN, também interferem na replicação viral, porém bloqueiam o alongamento do DNA viral se ligando diretamente à enzima.⁹ Os correspondentes desta classe são: efavirenz, delavirdina e nevirapina.⁹

As proteases tem um papel importante no ciclo viral da AIDS já que os mesmos tem a função de clivar precursores de poliproteínas. Os IPs interferem diretamente nas células infectadas, pois impedem a produção de partículas virais infecciosas. Os fármacos de escolha podem ser: Amprenavir, Indinavir, Ritonavir, Saquinavir e Neltinavir.⁹

Foram criados também fármacos co-formulados com o Ritonavir que são o Lopinavir, Darunavir e Tipranavir.⁹

Para os fármacos da classe dos Inibidores de Fusão os mesmos impedem que o vírus faça a adesão às células CD4, atuam na ligação das células gp41 e os receptores celulares. Nesta classe o principal fármaco é o Enfuvirtide.⁹

Antagonistas do receptor CCR5 interferem na ligação do receptor CCR5 localizado na superfície da membrana viral. Os fármacos se ligam a esse receptor que é responsável pela entrada do vírus no hospedeiro. O representante desta classe é o Maraviroc.⁹

A integrase é uma enzima responsável pela junção do DNA viral ao DNA do organismo humano, gerando mudanças conformacionais na célula para formar mais células virais. Os Inibidores da Integrase são uma classe de antirretrovirais que agem nessa fase do ciclo viral e impedem a criação de novas células virais. Raltegravir é o principal fármaco desta classe.⁹

No Brasil estão disponíveis para o tratamento cinco dessas classes que são os inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN), inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNN), inibidores da protease (IP), inibidores de fusão e inibidores da integrase.¹⁰

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a distribuir a terapia antirretroviral (TARV) através do Sistema Público de Saúde, sendo reconhecido internacionalmente por isto, mesmo sendo fomentada uma grande batalha contra as patentes na viabilização de custos mais baixos.⁸

2.2 Características da terapia antirretroviral

Mesmo com as medicações disponíveis para o tratamento dos pacientes soropositivos, ainda assim, não há cura para esta doença imunossupressora. Os medicamentos, porém, tem um enfoque para garantir uma sobrevida bem elevada desses pacientes. De 2009 para 2010 houve um aumento no acesso aos antirretrovirais com 1,35 milhões de pessoas fazendo uso. E de 2005 até 2012 o número de mortes relacionadas com a AIDS passaram de 2,2 milhões para 1,8 milhões por ano, ou seja, a expectativa de vida desses pacientes tem sido cada vez maior com o passar dos anos e com o advento de novas estratégias de tratamento.

2.2.1 Supressão da carga viral a nível indetectável no plasma

Os medicamentos anti-retrovirais inibem a replicação retroviral fazendo com que os níveis plasmáticos de carga viral fiquem indetectáveis no plasma. Isso favorece o aumento dos linfócitos T CD4 que são destruídos com a progressão da doença.⁴

2.2.2 Reduzir infecções oportunistas devido a doença

O vírus do HIV promove destruição das células de defesa do organismo fazendo com que o indivíduo fique vulnerável a infecções oportunistas, tais como; citomegalovírus, Sarcoma de Kaposi e herpes.¹

Citomegalovírus; tratamento pode ser feito com ganciclovir ou foscarnet, para a herpes as formas mais graves são tratadas com aciclovir endovenoso e para o Sarcoma de Kaposi, podem ser utilizadas drogas citotóxicas como a bleomicina ou doxorubicina.¹¹

Além disso, podem existir as infecções parasitárias devido a imunodeficiência como a criptosporidiose, infecção protozoária que pode ser tratada por nitazoxanide.¹²

2.2.3 Preservação e restauração do Sistema Imunológico

Ao diminuir os níveis plasmáticos da carga viral e elevar os linfócitos T CD4 o Sistema Imunológico fica parcialmente restaurado e as infecções oportunistas devido a doenças são mais raras em indivíduos em tratamento.⁴

2.2.4 Prevenção da transmissão do vírus HIV

Para prevenção da disseminação do vírus pela via sexual podem ser utilizados como opção a abstinência sexual e também a utilização de preservativos masculinos e femininos. Sendo que o preservativo é o método que promove prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e é proteção contra a gravidez.¹³

2.2.5 Acompanhamento e prognóstico do paciente

Um importante aliado para a terapia inicial da doença é a contagem dos linfócitos T CD4: O risco de progressão da doença é alto se a sua contagem for mais próxima de 200 células/ mm³, principalmente se associado à carga viral plasmática elevada (maior de 100.000 cópias/ mm³).¹⁴

Para Silva¹⁵ a contagem de linfócitos T CD4 se comporta com um grande aliado, como prognóstico e acompanhamento do paciente soropositivo. Na infecção por HIV há uma diminuição das células de defesa, gerando uma susceptibilidade para contrair doenças oportunistas (tuberculose por exemplo).

Exames como contagem de linfócitos T CD4 em sangue periférico e o nível de carga viral devem ser realizados nos períodos de estabilidade clínica, em mesmo laboratório utilizando sempre as mesmas técnicas. E para avaliar a eficácia do tratamento esses exames devem ser feitos de 3 a 4 meses.¹⁶

2.3 Problemas relacionados a adesão ao tratamento

Silva et al.¹⁷ cita alguns relatos de pessoas a respeito da adesão dos medicamentos e discorre a respeito das dificuldades enfrentadas para se adequar ao tratamento. Os principais problemas enfrentados pelos pacientes foram: a complexidade do tratamento e as quantidades de fármacos a serem utilizados, a necessidade de refrigeração desses medicamentos; o medo de preconceito ultrapassando as barreiras da família, interferindo com a vida profissional, como o medo de se perder o emprego; e os efeitos colaterais.

Além disso, os pacientes com AIDS, na trajetória da doença, passam por necessidades físicas, emocionais, sociais e até espirituais.

As necessidades físicas relacionam-se com o conforto do paciente (higiene, alimentação, carinho) e com a falta de controle da dor. No emocional, o paciente se sente rejeitado, isolado, com raiva, com culpa, com medo da morte, podendo gerar até depressão ao mesmo. No social, a falta de suporte financeiro, familiar e o isolamento do convívio social trazem um grande problema para o paciente. Tem-se ainda, o problema relacionado à

espiritualidade, muitos pacientes neste estado sentem medo do castigo devido à falta de fé. A falta de esperança também é um grande ponto e pode estar relacionado com a vivência de lutos de colegas. Com o tempo esses pacientes passam a buscar sacramentos e também sentido para a vida.¹⁸

(...) é importante buscar formas de ampliação das atividades de promoção da adesão por meio do aprimoramento dos serviços de saúde, capacitação de equipes multidisciplinares e articulação dos serviços com a comunidade. Há ainda que se refletir acerca da qualidade da assistência resultante de ações de um programa nacional diferenciado, sob diversos aspectos, mas que não prescinde do fortalecimento do sistema de saúde brasileiro, como um todo. Esse sistema se vê às voltas com problemas operacionais e realidades regionais diversas, muitas delas aquém dos padrões desejados de assistência.¹⁹

O Sistema Único de Saúde conta com serviços que ajudam na assistência ao profissional, para o tratamento dos ARVs; o consenso terapêutico é um documento que dá suporte aos médicos, orientando-os como dar procedência; quando começar o tratamento ARV, quais medicações utilizar, pois os “coquetéis do HIV” tem um grande potencial de efeitos colaterais.²⁰

Para a adesão existe ainda o preconceito. O significado da palavra discriminação é a atitude, comportamento frente a determinados aspectos como: sexo, raça, cor, religião, opinião e problemas físicos (doenças e defeitos)

Um grande problema relacionado ao preconceito da AIDS é na entrada ao mercado de trabalho. Nesse sentido o empregado sofre discriminação desde o ingresso à empresa (exames para determinação e constatação da condição do trabalhador), como também na saída do trabalhador pelo mesmo motivo, além disso, muitas vezes o empregado sofre estigmas referentes à condição de saúde, é tratado de forma diferente, sendo segregado pelos colegas de trabalho.²¹

Outra problemática que é evidente diz respeito aos profissionais de saúde, já que alguns, por falta de capacitação para lidar com pacientes soropositivos, demonstram o preconceito quando deixam de prestar o atendimento. Nesse mesmo ponto, pode ser relatada a crise na instituição de saúde: Há uma carência de treinamento e de material de segurança para os profissionais de saúde.²²

Existe também o preconceito da sociedade, já que os pacientes HIV positivos ainda são rotulados como sujeitos promíscuos nas suas relações sexuais, pessoas envolvidas com drogas e que por isso “buscaram o vírus”. Esses fatores causam prejuízos em relação ao

individuo que escondem sua condição para sociedade e para família, escondem com medo do preconceito.²²

2.4 Efeitos Colaterais dos medicamentos para a AIDS

Estudos demonstram que os efeitos adversos e transitórios (vômitos, náuseas e dores abdominais) dos antirretrovirais em terapias iniciais são responsáveis pela descontinuidade do tratamento por parte dos pacientes. Por isso, a terapia antirretroviral (TARV) só deve ser iniciada quando houver risco de progressão da doença e do grau da imunodeficiência.¹⁴

Os efeitos colaterais mais frequentes entre os pacientes soropositivos são caracterizados como: lipodistrofia, Sarcoma de Kaposi, macrocitose, manifestações dermatológicas, e estomatites.

A lipodistrofia é conhecida como a perda de gordura subcutânea nas regiões da face, pernas e braços e tem sido associada com o metabolismo glicêmico e a dislipidemia, sendo observada nos esquemas das classes dos inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e dos inibidores da protease (IP). Essa perda de gordura pode ocorrer simultaneamente e é chamada de mista.²³

O Sarcoma de Kaposi, pode ser relacionado à lesões vasculares como hemangioma, equimoses ou acúmulo de pigmento melânico, com manchas, placas planas ou com nodulações, podem ter sintomas clínicos devido a traumas ou infecções secundárias causando dislalia e disfagia, sendo acometidas nas regiões do palato e da gengiva.²⁴

A macrocitose é um outro efeito que pode ser decorrente tanto das anemias carenciais como a deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico. As drogas antirretrovirais como AZT e estavudina (d4T) estão associadas à macrocitose.²⁵

As manifestações das doenças dermatológicas são frequentes das infecções pelo HIV e a pele é afetada em quase todos os doentes que tem como agressores as bactérias, fungos e vírus. No início do tratamento que é a infecção aguda pode surgir como semelhança a um quadro gripal ou mesmo mononucleose, febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, erupção papulosa, eritematosa, cefaleia, fotofobia, hiporexia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas, vômito e diarreia.¹¹

Já na estomatite que são úlceras (aftas) dolorosas, de tamanho e duração variáveis que são encontradas na mucosa bucal, mas que nem sempre é possível diferenciar. As lesões causadas por HPV (papiloma vírus) e a candidíase também ocorrem em pacientes soropositivos quando a imunidade está baixa.¹¹

3 MÉTODO

Foi realizado uma pesquisa com delineamento fundamentado quanto à forma de abordagem, no tipo qualitativo e quanto aos objetivos, exploratória tendo como procedimento, a revisão bibliográfica.

Bancos de dados da Internet como: Science Direct, Lilacs, Bireme, Scielo e Google Acadêmico foram consultados para obtenção de artigos científicos, os quais, mediante leitura sistemática e com resumo de cada obra, ressaltarão os principais pontos abordados pelos autores pertinentes ao assunto em questão. As buscas serão realizadas usando-se a palavras chaves: Aids tratamento; Aids e preconceitos sofridos.

4 DISCUSSÃO

Existe no mercado farmacêutico vários medicamentos para o tratamento da AIDS, segundo Mocelin¹ temos hoje mais de 25 medicamentos disponíveis. Percebe-se uma grande evolução em relação à disponibilidade de tratamentos e esquemas terapêuticos, hoje existem esquemas terapêuticos associando diferentes drogas antirretrovirais resultando em uma maior eficácia e menos efeitos colaterais evidenciados.

Com a grande variedade de medicamentos e com os mais variados mecanismos de ação envolvendo estes fármacos, criou-se o consenso terapêutico tentando padronizar o tratamento destes pacientes. Segundo Scheffer²⁰, esse consenso tem como objetivo trazer eficácia máxima a fim de gerar resultados compatíveis com os investimentos do SUS no tratamento da AIDS retardando ao máximo o início do tratamento idealizando a redução dos efeitos colaterais sem causar danos ao sistema imunológico devido à doença.

Considerando o consenso terapêutico e efeitos colaterais das medicações utilizadas, acredita-se que diminuir o efeito colateral e aumentar a eficácia do tratamento é uma forma que viabiliza uma aceitação maior do paciente ao tratamento.

Ainda em relação aos tratamentos, Zarpelon⁸ deu ênfase a um dado de grande importância: O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a fazer a distribuição gratuita da terapia antirretroviral (TARV) através do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal atitude possibilitou o acesso ao TARV, já que são medicações onerosas e dão ao paciente condições de enfrentar a sua doença e iniciar a terapia. Sem as medicações disponíveis pelo SUS, hoje ainda haveria grande mortalidade devido a AIDS e suas doenças oportunistas.

Para acompanhamento e cuidado dos pacientes com Aids, a complexidade do tratamento, os efeitos colaterais e a depressão; são só alguns problemas que os pacientes soropositivos enfrentam. Segundo Souza¹⁸ existem necessidades físicas, emocionais, sociais e até espirituais que envolvem esse grupo.

Ou seja, o trabalho que é feito na terapia antirretroviral deve envolver, não só, o uso de medicamento, mas também um trabalho de assistencial. É preciso que seja feito um trabalho multidisciplinar de saúde para melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida do paciente.

Para Galvão²², ainda hoje, as pessoas com HIV positivo, são marcadas como pessoas com vários parceiros sexuais e usuárias de drogas. O preconceito corrente na sociedade faz com que o soropositivo omita sua condição. Um fator de grande relevância, pois muitas pessoas sabem da sua condição, são diagnosticadas, mas deixam de fazer o tratamento,

vivendo “normalmente” para não deixar que a sociedade e a família pensem nada a respeito. É o medo da discriminação.

Melchior et al⁵ em uma pesquisa de campo com 34 entrevistados constatou que mais de 50% do grupo não aderiram ao tratamento. Isso é um fator bastante preocupante em vista da complexidade da doença e da facilidade de aquisição dos medicamentos; uma vez que são disponibilizados, gratuitamente pelo SUS.

Sabe-se que entre os efeitos colaterais mais observados na terapia ARV destaca-se as manifestações dermatológicas e estomacais, além das mais variadas doenças associadas a baixa imunológica. Romeu et al¹⁴ confirmam esta afirmação, colocando ainda estes efeitos adversos como fatores preponderantes para a descontinuidade do tratamento.

Oliveira et al²⁵ e Romeu et al¹⁴ concordam com o consenso terapêutico, que o TARV só deve ser iniciado quando houver risco de progressão da doença e do grau da imunodeficiência.

Para a avaliação do grau de imunodeficiência deve ser feito exames laboratoriais como contagem de CD4 e contagem de carga viral plasmática; Oliveira et al²⁵ ressalta que a contagem de linfócitos CD4 é critério para tratamento de doentes assintomáticos, além disso é indicação de evolução da doença. Romeu et al¹⁴ aprofunda o critério para o início do tratamento adicionando o aumento da carga viral plasmática e a decisão do próprio paciente de iniciar a TARV. Ou seja, existe uma união de fatores que são relacionados com a terapia, o paciente deve estar disposto também a começar o tratamento e deve ser acompanhado desde o início por profissionais capacitados.

5 CONCLUSÃO

Após realizado este trabalho foi possível verificar a importância da contagem de linfócitos T CD4 e contagem de carga viral para prognóstico e acompanhamento clínico dos pacientes HIV positivos. E que os para os pacientes em tratamento, existem muitas dificuldades para a continuidade da terapia, ocorrem diversos problemas, de ordem; social, psicológica e física. Dessa forma é preciso que os soropositivos sejam avaliados ininterruptamente por profissionais da área da saúde e da psicologia afim de se obter resultados mais eficazes e que os efeitos colaterais sejam mais amenos.

REFERÊNCIAS

1. Mocellin LPS. Tratamento antirretroviral em pacientes multiexperimentados: revisão sistemática de uma década de terapia otimizada [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2012.
2. Louzada SSS. Revisitando a história da epidemia da Aids: O fenômeno da feminização. Revista Ethnic. No 15. Ano 08. Jun. 2011.
3. Carvalho GS. Pessoas vivendo com HIV/aids: vivências do tratamento anti-retroviral [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
4. Reis RK. Qualidade de vida de portadores do HIV/ AIDS: Influência dos fatores demográficos, clínicos e Psicossociais [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.
5. Melchior R, Nemes BIM, Alencar DMT, Buchalla MC. Desafio da adesão ao tratamento de pessoas vivendo HIV/ AIDS n Brasil. Revista Saúde Pública 2007;41(Supl. 2):87-93.
6. Santos GGC. Aids, Política e Sexualidade: refletindo sobre as respostas governamentais à Aids na África do Sul e no Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [2]: 283-300, 2009.
7. Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da Pandemia da AIDS nos Últimos 25 anos. DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2007; 19(1): 45-50.
8. Zarpelon JTG. Governança Global na área da saúde e a influencia do medo: estudo sobre a OMS e a AIDS [tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
9. Batista JCR. Mecanismos de Acção de Substancias Antivirais [tese]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde; 2011.
10. Hallal R, Ravasi G, Kuchenbecker R, Greco D, Simão M. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva. 2010;5.
11. Nico MS; Fernandes JD. Manifestações Dermatológicas no doente HIV positivos. Disponível em: \\ <http://www.cilad.org/archivos/Rondon/Rondon2009/HIV.pdf>
12. Galvão ALB, Ortiz EG, Ferreira GS, Vasconcellos AL, Vieira MC, Bresciani KDS. Importância da criptosporidiose como zoonose. Archives of Veterinary Science, v.17, n.2, p.18-28, 2012.
- 13 Cunha GH, Galvão MTG. Métodos contraceptivos e de prevenção da transmissão/reinfecção do vírus entre portadores de HIV/AIDS. Rev Rene, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):699-708.

14. Romeu GA, Tavares MM, Carmo CP, Magalhães KN, Nobre ACL, Matos VC. Avaliação da adesão a terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. São Paulo v.3 n.1 37-41 jan./mar.2012
15. Silva RM, Rosa L, Lemos RN. Alterações radiográficas em pacientes com a co-infecção vírus da imunodeficiência humana/tuberculose: relação com a contagem de células TCD4⁺. *J. bras. pneumol.*[online]. 2006, vol.32, n.3, pp. 228-233. ISSN 1806-3713.
16. Eidam CL. Estilo de vida dos portadores do vírus HIV atendidos no município de Florianópolis [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
17. Silva NLCN, Waidman MAP, Marcon SS. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 mar-abril; 62(2): 213-20.
18. Souza de TRC, Souza RDA. Políticas públicas em cuidados paliativos na assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). *BEPA* 2009;6[70]:19-24.
19. Portela MC, Lotrowska M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(Supl):70-9.
20. Scheffer MC. Aids, tecnologia e acesso sustentável a medicamentos: a incorporação dos anti-retrovirais no Sistema Único de Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2008.
21. Gunther LE, Baracat EM. O HIV e a AIDS: preconceito, discriminação e estigma no trabalho. *Revista Jurídica*, 2013. Disponível em: \\ <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/569>
22. Galvão AC. Os muros invisíveis do preconceito: Um estudo das representações sociais das pessoas que vivem com HV/ aids [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia; 2009.
23. Tsuda LC, Silva MM; Machado AA, Fernandes APM. Alterações corporais: terapia antirretroviral e síndrome da lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* set.-out. 2012;20(5):[07 telas].
24. Sanjar FA, Queiroz BEUP, Miziara ID. Manifestações otorrinolaringológicas na infecção pelo HIV - aspectos clínicos e terapêuticos. *Braz. j. otorhinolaryngol.* (Impr.) vol.77 no.3 São Paulo May/June 2011
25. Oliveira OCA, Oliveira RA, Souza LR. Impacto do tratamento antirretroviral na ocorrência de macrocitose em pacientes com HIV/AIDS do município de Maringá, Estado do Paraná. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 44(1):35-39, jan-fev, 2011

Autorizo cópia total ou parcial desta obra apenas para fins de estudo e pesquisa, sendo expressamente vedado qualquer tipo de reprodução para fins comerciais sem prévia autorização específica do autor. Autorizo também a divulgação do arquivo no formato PDF no banco de monografias da Biblioteca institucional.

Priscila Feliciano Alves;
Rodrigo de Lemos Rachman.
Pindamonhangaba, Dezembro, 2013.