



10º Congresso de Pós-Graduação

PANORAMA DO TRATAMENTO CONTRA HIV: UMA ABORDAGEM DIDÁTICA VOLTADA PARA A INFORMAÇÃO DOS PACIENTES E PROMOÇÃO DA ADESÃO

Autor(es)

RENATA NOUER MARTELLO

Orientador(es)

JADSON OLIVEIRA DA SILVA

1. Introdução

A AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) é resultado da infecção causada pelo vírus HIV (Human Immunodeficiency Virus), detectado há 30 anos. Com rápida disseminação e crescente mortalidade, representa uma das infecções mais temidas dos séculos XX e XXI. O maior número de casos de HIV a partir da década de 1980, deu início à Terapia Anti-retroviral (TARV) com uso de fármacos que cessam o ciclo replicativo do vírus e inibem o avanço da infecção (WAGNER, 2010). Os objetivos da TARV contra o HIV, segundo o Ministério da Saúde (MS), são: reduzir morbidade e mortalidade, melhorar a qualidade de vida, preservar e restaurar a imunidade e suprimir a replicação viral (MS, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda regimes padronizados de TARV para máximo benefício e mínimo risco (OMS, 2004). Porém, parte das pessoas que aderem ao tratamento sofrem os efeitos de sua toxicidade, comprometendo a adesão; fator que seria imprescindível para a sua eficácia. Assim, torna-se necessário informar os pacientes sobre o tratamento contra o HIV, ressaltando a importância de sua participação para os objetivos de redução da carga viral e melhora do quadro geral do paciente, incentivando, assim, a adesão aos protocolos terapêuticos (MS, 2008). Portanto, este trabalho justifica-se pelos indicadores da OMS e do MS de que a compreensão dos pacientes, e demais envolvidos, sobre os tratamentos aos quais estão submetidos incentivaria a adesão e auxiliaria no controle da pandemia em questão. Por isso, propomos discutir sobre as possibilidades de tratamentos vigentes e a importância da adesão na eficiência de qualquer terapia mobilizada.

2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo tecer um panorama a respeito das atuais possibilidades de tratamento contra o HIV, considerando os fármacos disponíveis e seus respectivos mecanismos de ação, na intenção de facilitar o entendimento dos pacientes, incentivando a adesão fiel, o que, em tese, contribuiria para o sucesso do tratamento e controle da pandemia em questão.

3. Desenvolvimento

Foi realizada revisão bibliográfica, cujo principal critério de inclusão foi a utilização de publicações, posteriores a 2000, que abordassem o tratamento contra HIV. A base de dados escolhida para a pesquisa foi LILACS, usando os termos: terapia antirretroviral, indinavir e HIV. Foram selecionados sete artigos científicos, sendo cinco desenvolvidos no Brasil, dois em outros países da América Latina, duas publicações brasileiras do MS e duas da OMS, totalizando 11 publicações como referências.

4. Resultado e Discussão

Por ser uma das infecções mais temidas dos últimos séculos, a AIDS demandou atenção especial para o controle de sua disseminação e impacto, principalmente, a partir da década de 1980, quando se observou aumento importante do número de casos, dando início à Terapia Antirretroviral (TARV), baseada no uso de fármacos que inibem a replicação viral e o avanço da infecção (WAGNER, 2010).

Ciclo replicativo do HIV

Segundo Brito (2008), o ciclo replicativo do HIV divide-se em cinco etapas: fusão, transcrição reversa, integração, transcrição e tradução. A fusão consiste na união entre o vírus e a membrana celular. Após a liberação do material genético viral no citosol, ocorre a transcrição reversa, mediada pela transcriptase reversa, onde o RNA viral é decodificado para DNA. Na integração ocorre a incorporação da fita dupla de DNA pró-viral ao DNA humano no núcleo celular, catalisada pela integrase. Durante a transcrição o DNA pró-viral é transcrito em RNA viral, podendo sofrer tradução em poliproteínas virais ou ser incorporado a vírions imaturos, que passam por maturação e brotam pela membrana celular. A maturação exige a atuação da enzima protease. Depois desse processo, os vírions maduros podem, então, infectar outras células suscetíveis. A compreensão desse ciclo possibilitou a criação de fármacos que bloqueiam suas enzimas específicas, interrompendo-o.

Antirretrovirais (ARV)

Os ARV podem ser divididos em:

I. *Inibidores Nucleosídicos da Transcriptase Reversa (INRT)*: previnem a replicação do HIV por bloqueio da transcrição reversa. São eles: Zidovudina (AZT), Didanosina (ddI), Estavudina (d4T), Lamivudina (3TC), Abacavir (ABC) e Tenofovir (TDF) (REYES, 2010).

II. *Inibidores não Nucleosídicos da Transcriptase Reversa (INNTR)*: bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus sem a necessidade de conversão metabólica para interagir com a transcriptase reversa. Exemplos: Nevirapina (NVP) e Efavirens (EFV) (REYES, 2010).

III. *Inibidores de Protease (IP)*: bloqueiam a ação da protease e impedem a maturação dos vírus. São alguns deles: Lopinavir (LPV), Atazanavir (ATV), Saquinavir (SQV), Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV) e Nelfinavir (NFV) (REYES, 2010).

IV. *Inibidores de Fusão Viral (IF)*: interferem na entrada do HIV nos linfócitos, pois inibem a fusão das membranas viral e celular. A Enfuvirtida (T20) foi a primeira droga desta classe aprovada para uso clínico em 2003 (SOUZA, 2010).

V. *Inibidores da Integrase*: bloqueiam a atividade da integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Em 2007, o Raltegravir tornou-se o primeiro ARV dessa classe a ser aprovado para o tratamento de infecções pelo HIV-1 (BRITO, 2008).

Terapia Antirretroviral (TARV)

O controle da AIDS no Brasil teve sucesso devido à estratégia do MS, que reforça a prevenção e atenção à doença, fornecendo medicamentos gratuitamente (SOUZA, 2010). Desde 1996, o MS garante acesso à TARV para todos os HIV+ com indicação de recebê-lo (MS, 2008).

A avaliação clínica, a contagem de células T-CD4 e a medida da carga viral são parâmetros fundamentais para a decisão do início da TARV (SOUZA, 2010), sendo o tratamento recomendado quando a contagem das células T-CD4 for menor que 350 cél/mm³ ou na presença de doenças oportunistas (SOUZA, 2010). Já, as contraindicações para iniciar o tratamento são: insuficiência renal ou hepáticas graves (OMS, 2004).

No início da TARV contra o HIV adotou-se a monoterapia - uso de um único ARV. Porém, esse tratamento ficou obsoleto, devido à capacidade mutante do HIV, que facilita o surgimento de resistência medicamentosa, sendo a monoterapia recomendada apenas em casos de prevenção de transmissão vertical (OMS, 2004).

Cahn (2010) afirma que, em 1995, entrou em vigor a terapia combinada que usa, concomitantemente, três ARV. Esta combinação envolve drogas que inibem diferentes etapas da replicação viral, tornando o tratamento mais eficaz (WAGNER, 2010). Essa estratégia denomina-se “Terapia Antirretroviral Altamente Ativa” e, desde seu início no tratamento contra AIDS, notou-se queda importante na mortalidade, nas infecções oportunistas e em certos tipos de câncer, além do aumento da sobrevivência (CAHN, 2010; EIRA, 2006; WAGNER, 2010). É a diretriz mais usada hoje no combate ao HIV, visto que seu resultado é uma supressão quase total da replicação do HIV (OMS, 2004).

Recomenda-se a adesão ininterrupta ao tratamento, para seu efetivo sucesso (MS, 2008). O aumento do peso e do número de

linfócitos, bem como a diminuição da carga viral e de doenças oportunistas são parâmetros que indicam a eficácia da terapia (OMS, 2004).

Para facilitar a gestão dos programas de saúde e assegurar eficiência em larga escala, recomenda-se o uso de regimes de TARV padronizados e, se detectada alguma intolerância aos tratamentos padrão, deve-se oferecer uma opção personalizada (OMS, 2004).

Escolha dos regimes de TARV

A seleção dos regimes de TARV deve considerar: potência, efeitos colaterais, adesão, gravidez, uso de medicamentos, disponibilidade, custo, comorbidades, alimentação e rotina do paciente (OMS, 2004).

De acordo com o MS (2008), as opções de padrões terapêuticos são:

A. *Preferencial*: uso de dois inibidores nucleosídicos da transcriptase reversa associados a um inibidor não nucleosídico da transcriptase reversa (2 INTR + INNTR), sendo AZT/3TC/EFV a opção de primeira escolha e AZT/3TC/NVP a segunda escolha, indicada para gestantes ou mulheres que pretendem engravidar (MS, 2008).

B. *Alternativo*: uso de dois inibidores nucleosídicos da transcriptase reversa associados a um inibidor de protease reforçado por pequena dose de ritonavir (2 INTR + IP/r), sendo AZT/3TC/LPV/r a primeira opção de escolha e AZT/3TC/ATV/r como segunda escolha, ou ainda, esquemas que usem outros IP (MS, 2008).

Embora o sucesso virológico seja equivalente nos dois casos, o esquema preferencial apresenta maior supressão viral e posologia mais simples, o que justifica sua escolha como primeira opção de tratamento (MS, 2008).

O tratamento com dois INTR não é recomendado porque não reduz a mortalidade associada ao HIV na população. Porém, há registros da indicação da “Terapia Antirretroviral Altamente Ativa” usando três INTR, desde que inclua Abacavir (OMS, 2004).

Alterações Decorrentes da TARV

Apesar dos resultados positivos da TARV contra o HIV, alterações como dislipidemias, lipodistrofia, hipertensão, resistência à insulina, intolerância a glicose, nefrotoxicidade e hepatotoxicidade influem negativamente na vida dos pacientes. Segundo Oliveira (2011), isso reflete na adesão ao tratamento.

A Informação como facilitadora da adesão

A informação do usuário é imprescindível para o sucesso de qualquer estratégia que vise promover a adesão ao tratamento. Esta depende, entre outros fatores, da compreensão do paciente sobre a importância do plano terapêutico e do aporte de informações. O usuário deve ser sempre informado sobre a necessidade e a importância do tratamento, das possíveis complicações que a terapia pode ocasionar e motivado a aderir de maneira fiel ao tratamento, respeitando seus hábitos cotidianos. O acesso objetivo às informações corretas sobre sua saúde e seu tratamento e o conhecimento de seus direitos são fundamentais para que os pacientes sejam protagonistas em seu cuidado, tomem decisões conscientes quanto à utilização dos serviços e possam aderir ao tratamento. As ações de educação em saúde, envolvendo grupos de discussão e distribuição de informativos, são facilitadores da inclusão, do protagonismo, do exercício da cidadania, além de reduzirem dúvidas e preconceitos em relação ao tratamento (MS, 2007).

5. Considerações Finais

Os estudos analisados revelam que os principais fatores relacionados à eficácia do tratamento contra o HIV no Brasil são: a disponibilização de informações de forma acessível aos pacientes e a distribuição gratuita de medicamentos. Tanto a OMS, quanto o Ministério da Saúde preconizam a importância da adesão ao tratamento para o sucesso do mesmo. Neste sentido, destaca-se a necessidade da ampliação da divulgação de informes científicos, oriundos de fontes confiáveis, visto que o conhecimento dos planos terapêuticos pelos pacientes e profissionais da saúde contribui para os objetivos de recuperação da saúde e qualidade de vida dos indivíduos tratados.

A expectativa desse estudo é, portanto, dar visibilidade à importância de se ampliar a elaboração e divulgação de instrumentos informativos, que sejam de fácil acesso e compreensão. Isso porque inferimos que um efetivo projeto de educação em saúde facilitaria a adesão contínua, chave para o controle epidemiológico. Porém, não se pode desconsiderar que as alterações decorrentes do uso prolongado de TARV interferem de forma negativa na aceitação dessa terapia, sendo necessária a dedicação de maiores estudos sobre como resolver este problema para, enfim, obter melhores resultados com relação ao tratamento contra o HIV.

Referências Bibliográficas

BRITO, M. Fármacos recentes usados para o tratamento da infecção pelo HIV-1: enfuvirtida, maraviroc, raltegravir e etravirina. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 32, n. 2, p. 159-168, 2011. Disponível em: < http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1283/1098>. Acesso em 02 set. 2012.

CAHN, P. et al. Metabolic profile and cardiovascular risk factors among Latin American HIV-infected patients receiving HAART. **Brazilian Journal of Infection Diseases**, Salvador, v. 14, n. 2, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-86702010000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 set. 2012.

EIRA, M. Urinary NO₃ excretion and renal failure in indinavir-treated patients. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 8, p. 1065-1070, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/bjmr/v39n8/6140>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf>. Acesso em: 18 set. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/491.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

OLIVEIRA, O. 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**, Uberaba, v. 44, n. 1, p. 35-39, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/09.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach**. Genebra, 2004. Disponível em: < http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Terapia Antirretroviral para o Tratamento da Infecção pelo HIV. In: HARRIES, Anthony D.; MAHER, Dermot;

GRAHAM, Stephen. **TB/HIV: manual clínico**, 2. ed. Genebra, 2004. Cap. 11, p. 145-164. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.329_por_chap11.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.

REYES, A. Terapia antiviral para VIH-SIDA. **Revista Cubana de Farmácia**, v. 34, n. 3, p. 207-220, 2000. Disponível em: < http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol34_3_00/far08300.htm>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SOUZA, M. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 3, p. 235-239, 2010. Disponível em: . Acesso em: 28 ago. 2012.

WAGNER, A. et al. Análise morfológica e fisiológica dos fígados e rins de ratas prenhes e seus fetos tratados pela associação zidovudina, lamivudina e ritonavir durante toda a prenhez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001100007>. Acesso em: 18 set. 2012