



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA**

**RELAÇÃO COM GRUPOS DE AJUDA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE
E ADESÃO À TERAPIA ANTI-RETROVIRAL SOB A PERSPECTIVA
DE PACIENTES PORTADORES DE HIV-AIDS**

Felipe Damázio Pacheco

Florianópolis, maio de 2006

Felipe Damázio Pacheco

**RELAÇÃO COM GRUPOS DE AJUDA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE
E ADESÃO À TERAPIA ANTI-RETROVIRAL SOB A PERSPECTIVA
DE PACIENTES PORTADORES DE HIV-AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso em
07/06/2006, apresentado à banca
examinadora no Departamento de Saúde
Pública do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial para Graduação em
Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros
Co-Orientadora: Psicóloga Michelle Meyer Moreira

Florianópolis
2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA**

**RELAÇÃO COM GRUPOS DE AJUDA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
ADESÃO À TERAPIA ANTI-RETROVIRAL SOB A PERSPECTIVA DE
PACIENTES PORTADORES DE HIV-AIDS**

Este Trabalho foi julgado adequado para a obtenção de Graduação em Medicina e aprovado em sua forma final pela coordenação do Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, em junho de 2006.

Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros
Coordenador

Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros
Orientador

Prof. Dr.
Membro

Prof. Dr.
Membro

AGRADECIMENTOS

A Deus, sem o qual nada seria possível.

Aos meus pais e minhas queridas irmãzinhas.

A toda minha família.

Aos meus amigos, que foram bálsamo para o meu espírito.

À Michelle Vecchi e à Michelle Moreira, por acreditarem neste trabalho.

Ao meu orientador.

Aos entrevistados, que me respeitaram profundamente não como Médico, mas como Amigo e quase como Filho!

RESUMO

O presente trabalho consiste em pesquisa qualitativa realizada com seis pacientes portadores de HIV-AIDS freqüentadores de grupo de Psicoterapia da FAÇA – Fundação Açoriana para o Controle da AIDS, sediada em Florianópolis, Santa Catarina. Foi interrogado sobre aspectos relativos à adesão ao tratamento com anti-retrovirais em entrevistas semi-estruturadas. Todos os entrevistados se encontram, no momento, aderentes ao tratamento. Os pacientes constituem amostra privilegiada em relação à maioria dos novos portadores de HIV-AIDS, especialmente com relação à escolaridade. Estudos precisam ser feitos para avaliar se pacientes com menor escolaridade responderiam tão bem à participação em grupos de adesão e psicoterapia quanto os pacientes de melhor nível cultural. Ficou evidente através das entrevistas a significação atribuída à AIDS como propulsora de mudanças em favor de um maior cuidado com relação à saúde física e mental. Como fatores importantes para a adesão, destacaram-se entre os entrevistados a escolaridade, a relação médico-paciente, o apoio de familiares, o apoio das ONGs e a estabilidade financeira.

Palavras-chave: Adesão, Terapia Anti-Retroviral, Resiliência, Psicoterapia de Grupo.

ABSTRACT

This monography consists of interviews with six HIV-positive patients who attend the Psychotherapy Group of FAÇA (Fundação Açoriana para o Controle da AIDS), a Non-Government Organization from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Questions about the adherence to the medication were asked to the patients in semi-structured interviews. All the patients are now taking their medicines according to the prescriptions. These patients are immensely privileged, if compared with the majority of the most recent victims of HIV-AIDS, specially due to their better education level. Further surveys must be done to assess whether patients with lower level of education would be as benefited as the patients surveyed in this research. AIDS has brought about in the patients' concepts of health and disease the encouragement to love and take care of themselves better than before the diagnosis. Among the most important factors that encouraged the patients for adherence were education, physician-patient relationship, family members support, Non-Government Organizations support and financial support.

Key-words: Adherence, HAART, Resilience, Psychotherapy Groups.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	11
3 METODOLOGIA	12
3.1 QUESTIONÁRIO	12
4 ASPECTOS ÉTICOS	13
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA - ADESÃO AO TRATAMENTO, RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E GRUPOS TERAPÊUTICOS.....	14
6 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	18
6.1 CATEGORIAS “A PRIORI”.....	18
6.1.1 “Como foi o diagnóstico?”.....	18
6.1.2 Você segue tratamento à risca?.....	20
6.1.3 O que o faria abandonar o tratamento?.....	21
6.1.4 Como foi sua relação com médicos e profissionais de saúde?.....	22
6.1.5 Como você se sentiu em grupos de ajuda?.....	24
6.2 CATEGORIAS QUE EMERGIRAM COM A LEITURA FLUTUANTE	26
6.2.1 Independência feminina.....	26
6.2.2 Apoio para a Adesão.....	27
6.2.3 Resiliência.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
8 BIBLIOGRAFIA	35
ANEXOS	38

1 INTRODUÇÃO

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é um quadro conseqüente à desorganização do sistema imunológico devido à perda de linfócitos T CD4, sendo este receptor pelo qual transpassa a membrana plasmática o vírus HIV. Outras células dos sistemas nervoso e imunológico possuidoras do receptor CD4 também são afetadas. Não se deve confundir, portanto, o conceito de AIDS com o de infecção aguda pelo HIV: esta pode ocorrer de forma assintomática, subclínica ou cursar com um quadro semelhante a uma Infecção de Vias Aéreas Superiores ou uma Mononucleose (com linfonomegalia).

Os critérios para diagnóstico de AIDS se modificaram de acordo com a evolução dos conhecimentos e da própria terapia, mas consistem numa combinação de alterações laboratoriais (queda de CD4, carga viral) e clínicas (doenças oportunistas indicando imunodeficiência). O sangue e as secreções sexuais são os únicos meios com concentração do vírus suficiente para causar infecção. (CECIL, 1997).

A síndrome foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos, do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune. No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1982, quando o diagnóstico foi feito em sete pacientes homo ou bissexuais.

Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980. Em 1983 foi isolado o HIV-1 um retrovírus com genoma RNA, da família *Lentiviridae*, possuidora da enzima transcriptase reversa responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA. Embora não se saiba ao certo qual a origem do HIV-1 e 2, sabe-se que uma grande família de retrovírus relacionados a eles está presente em primatas não-humanos, na África sub-Sahariana, daí se supor a origem africana do vírus. (BRITO, CASTILHO e SZWARCOWALD, 2001).

As pesquisas para elucidação da patogenia e busca por anti-retrovirais progrediram rapidamente. Em 1987 passou a ser utilizado o AZT (antineoplásico), primeira droga de comprovada eficácia contra a viremia e na prevenção de

transmissão vertical (da gestante para o feto). Em 1996, o Dr. David Ho anunciou na Conferência Mundial de AIDS, em Vancouver, o popularmente conhecido "coquetel", apresentando para o mundo um esquema terapêutico composto por dois Inibidores de Transcriptase Reversa e um Inibidor de Protease (impede clivagem de novas proteínas durante a multiplicação do vírus) cujo uso, em condições controladas, demonstrou um espantoso aumento de sobrevida e de qualidade de vida.

Apesar de não se ter realizado o objetivo da cura, (provavelmente devido à permanência do vírus em linfonodos e outras células CD4+T) a AIDS passou de doença incurável para doença crônica. (CECIL, 1997).

O médico ao acompanhar o paciente em uso de anti-retrovirais deve se preocupar com a toxicidade hepática e pancreática de alguns medicamentos. No entanto, o paciente se queixará provavelmente por efeitos gastrointestinais como náuseas, diarreia, comuns a muitos anti-retrovirais. (BRASIL, 2004). Os inibidores da protease causam importantes alterações no metabolismo dos lipídios e resistência insulínica, levando a lipodistrofia, hiperlipidemia e hiperglicemia (INFECTOLOGIA HOJE, 2005). Também podem ocorrer fadiga e cefaléia (AZT) ou pesadelos (efavirenz).

Alguns efeitos adversos são mais sérios incluem a anemia (AZT) e a neuropatia periférica (D4T), associadas aos Inibidores de Transcriptase Reversa Não-Nucleosídeos. Outros efeitos são considerados graves e incluem reações de hipersensibilidade, a acidose láctica, hiperlactatemia, distúrbios da coagulação, osteoporose e "rash" cutâneo. Para eficácia do tratamento, os médicos devem saber distinguir os efeitos adversos que podem afetar vários órgãos e sistemas. Devem ser adotadas medidas para reduzir ou amenizar os efeitos secundários, como o diagnóstico precoce dos agravos relacionados aos medicamentos. (INFECTOLOGIA HOJE, 2005). Em anexo mostramos tabela do Ministério da Saúde com alguns anti-retrovirais e seus principais efeitos.

A lipodistrofia é a alteração na distribuição da gordura corporal causada pela ação direta dos inibidores da protease nas células de gordura. Para muitos pacientes se torna importante obstáculo a adesão devido a alteração da imagem corporal que provoca. Já estão disponibilizados pelo SUS vários procedimentos estéticos para amenizar as alterações da lipodistrofia. (BRASIL, 2004). O abandono da medicação ou o seu uso irregular favorecem a seleção de cepas cada vez mais

resistentes de vírus, e é evidente o aumento da mortalidade entre os pacientes com baixa aderência. (BRASIL, 2000)

A história natural, assim como o perfil epidemiológico da doença, vem mostrando importantes alterações. A epidemia em sua primeira fase (1980 a 1986), caracterizava-se pela preponderância da transmissão em homens homo e bissexuais, de escolaridade elevada.

Em sua segunda fase (1987 a 1991), passou a caracterizar-se pela transmissão sanguínea, especialmente na subcategoria de usuários de drogas injetáveis (UDI); dando início, nesta fase, a um processo mais ou menos simultâneo de pauperização (camadas mais carentes e menos escolarizadas da população se infectando) e interiorização da epidemia, ou seja, espalhando-se também pelas pequenas cidades do interior.

Em sua terceira fase (1992 até os dias atuais), um grande aumento de casos por exposição heterossexual vem sendo observado, assumindo cada vez maior importância a introdução de casos do sexo feminino (feminilização da epidemia). Temos, portanto, a exposição heterossexual atualmente representando a principal subcategoria de exposição em crescimento (em 1991, eram 21%, e em 1996/97 passam a 55%). (BRASIL, 2000).

A epidemia, desde os seus primórdios, mobilizou a sociedade civil de forma sem precedentes. Isso ocorreu principalmente porque, no seu início, a doença foi fortemente estigmatizada, associada epidemiologicamente a grupos marginalizados da sociedade: homossexuais, bissexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis (UDI). Portanto, a luta pela prevenção se confundiu com a luta pela visibilidade social desses segmentos discriminados, e por uma maior ação do Estado a seu favor (PAIVA, 2003).

De maneira análoga, a transmissão aos hemofílicos por transfusão obrigou a um aperfeiçoamento técnico e melhor infra-estrutura nos bancos de sangue (ANVISA, abril 2001). A epidemia coincidiu, ainda, com o final do regime militar, a mobilização pelos direitos políticos e a idealização do Sistema Único de Saúde, formalizando-se a universalização do atendimento em saúde na Constituição de 1988. (MARQUES, 2002).

A ação do Estado foi praticamente conjunta com Organizações Não-Governamentais. Em 1985 foi fundado o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS), em São Paulo, e a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS),

fundada por Herbert de Souza. Em Florianópolis, a 1º de dezembro de 1991, foi criada a FAÇA - Fundação Açoriana para o Controle da AIDS. (FAÇA, 2005).

A Organização Não-Governamental foi fundada predominantemente por profissionais de saúde envolvidos com o cuidado com pacientes de HIV-AIDS, funcionários dos hospitais da Grande Florianópolis considerados referência no tratamento da enfermidade: Hospital Universitário, Hospital Regional de São José, Hospital Nereu Ramos.

Apesar dos esforços de divulgação realizados nos últimos anos, a principal forma de encaminhamento à instituição ainda é o contato com pacientes internados, que são convidados a participar dos grupos terapêuticos da FAÇA após a alta, ou das reuniões que se realizam nos próprios hospitais.

A partir de 1996 o Brasil passa a disponibilizar o tratamento anti-retroviral na rede pública. Não tardam a se notar graves efeitos colaterais e fenômeno de resistência do vírus anti-retrovirais, principalmente em pacientes que abandonavam ou modificavam o tratamento sem indicação médica. Devido ao seu alto custo, o sistema de fornecimento de medicações sofre pressões internas e externas, destacando-se a luta pela quebra de patentes dos laboratórios farmacêuticos (GALVÃO, 2002).

A FAÇA em Santa Catarina seguiu com um trabalho de apoio jurídico e psicoterápico ao paciente com HIV-AIDS, mantendo como proposta a “transformação da sociedade a partir dos diversos vieses possibilitados pela epidemia. Em todas as populações alvo de nossas ações, temos uma marca bem clara – o papel político de homens e mulheres na realidade brasileira.” (FAÇA, 2005).

O presente projeto consiste de pesquisa qualitativa com pacientes freqüentadores do grupo de psicoterapia de grupo coordenado pela psicóloga Michele Meyer Moreira, tendo o grupo contado com a colaboração da psicóloga Michele Vecchi até o ano de 2005.

2 OBJETIVOS

Conhecer a história do processo patológico de pacientes em terapia anti-retroviral bem como a sua avaliação dos grupos de ajuda e dos profissionais de saúde; contribuindo, assim, para a avaliação das ações em adesão e prevenção secundária para pacientes com HIV-AIDS na Grande Florianópolis.

3 METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, utilizando análise de conteúdo (BARDIN, 1979) com “categorias a priori” e categorias emergentes ao longo do estudo, que será realizada no período de maio a junho de 2006. Participarão do estudo seis pacientes em uso de anti-retrovirais que participam ou participaram do Grupo de Terapia da FAÇA de Florianópolis, tendo esses pacientes sido atendidos no Hospital Nereu Ramos e Hospital Universitário da UFSC, no qual o pesquisador estagiou como aluno e doutorando de Medicina. Os pacientes atualmente receberam alta e encontram-se em plenas condições físicas e psíquicas para o consentimento esclarecido.

As entrevistas serão realizadas no domicílio dos pacientes. Optou-se por uma abordagem temática do momento vivenciado pelos pacientes. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas (conforme questionário abaixo) e gravadas para a Análise de Conteúdo. A transcrição será feita exclusivamente pelo pesquisador.

3.1 QUESTIONÁRIO

- 1- Fale de que maneira e como você reagiu ao diagnóstico do HIV.
- 2- Você cumpre o esquema anti-retroviral à risca? Alguma vez deixou de tomar os remédios ou os tomou de maneira diferente do que foi prescrito?
- 3- O que o faria abandonar o tratamento medicamentoso?
- 4- Fale como você se sente nos grupos de adesão ou grupos de psicoterapia, e sobre a relação com médicos e profissionais de saúde.

4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi aprovado pelo protocolo 109/06 do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFSC, tendo como instituição responsável pela pesquisa o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no qual foram atendidos os pacientes entrevistados. Foi apresentado aos pacientes, termo de consentimento conforme em anexo, assegurando-lhes o contato com o pesquisador e o seu desligamento da pesquisa a qualquer momento, se o assim o desejassem.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA - ADESÃO AO TRATAMENTO, RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E GRUPOS TERAPÊUTICOS.

Os métodos disponíveis para avaliar quantitativamente aderência a medicamentos são monitoração eletrônica dos frascos de medicamentos e dosagem da concentração sérica das drogas e o auto-relato (LIGNANI JÚNIOR, GRECO e CARNEIRO, 2001). A forma mais fidedigna de aferição seria uma associação de métodos, embora na maior parte das vezes os auto-relatos tenham razoável grau de fidelidade (ELDRED e CHEEVER, 1998).

Os estudos disponíveis sobre o tema mostram que a taxa de aderência aos anti-retrovirais varia entre 40% e 80%. Para manter a carga viral indetectável por tempo mais longo e obter aumentos significativos na contagem de linfócitos CD4+, a aderência aos medicamentos deveria ser superior a 90%. Estudos mostram que algum grau de não-adesão ocorre universalmente, tanto em países ricos como em países pobres, ocorrendo mesmo em doenças que envolvem potenciais riscos de vida (NEMES, 2000).

Em avaliação feita no San Francisco General Hospital (San Francisco, EUA), observou-se que 47% dos pacientes em terapia combinada foram capazes de manter a carga viral não detectável após um longo período de tratamento. O fator independente mais fortemente relacionado com a falência terapêutica neste estudo foi a não adesão ao tratamento (OR= 15,8; p=0.05) (BRASIL, 2000).

A baixa adesão aos anti-retrovirais pode repercutir em três dimensões: em relação ao paciente, uma vez que prejudica a resposta à terapêutica e conseqüentemente à evolução clínica da doença; na equipe de saúde, interferindo na avaliação dos resultados, gerando frustração e até diminuição do investimento da equipe no paciente; e no sistema de saúde, que pode levar o paciente a submeter-se a procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e de custos elevados (NARCISO e PAULILO, 2001).

Os aspectos sócio-econômicos e sócio-demográficos, caso analisados isoladamente, não são geralmente fatores preditivos de adesão (COAMBS et al, 1995), embora um conjunto de fatores como baixa escolaridade, renda insuficiente e desestruturação familiar possa se levar à não-adesão em um grande número de

pacientes. Em estudo de Carvalho e Cols (2003), realizado em Brasília-DF, observou-se que a média de aderência foi 85,8%. As variáveis que se mostraram significativamente associadas à baixa aderência foram: idade, escolaridade, situação de emprego, rendas pessoal e familiar, uso de substâncias ilícitas, estrutura familiar ou comunitária, presença de infecção oportunista no momento do diagnóstico e ocorrência de efeitos colaterais relacionados à terapia.

Concluiu-se que variáveis sócio-econômicas e de hábitos tiveram maior força de associação com o nível de aderência do que as relacionadas com a doença ou com o tratamento. Já a relação do paciente com profissionais de saúde e o seu envolvimento ativo no próprio processo de saúde-doença podem ser decisivos na adesão. (BRASIL, 2000).

Os fatores de adesão, necessariamente envolvem o paciente, a equipe de tratamento e o serviço de saúde (NARCISO e PAULILO, 2001). Implicariam numa colaboração entre o paciente e o profissional, sendo considerado como uma atividade conjunta, na qual, o paciente não apenas obedeça às orientações médicas, mas entenda concorde e siga a prescrição estabelecida pelo médico. Significa que deve existir uma “aliança terapêutica” entre o médico e o paciente, na qual são reconhecidas não apenas as responsabilidades específicas de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A relação médico-paciente pode representar um instrumento terapêutico: ela é capaz de construir a aceitação de um regime terapêutico prescrito e facilitar a aderência ao mesmo. A confiança constitui um elemento chave desse processo. E também possibilita que o paciente se torne sujeito do seu próprio tratamento (SANTOS, 2001). Um aspecto importante, que interfere na adesão, é a forma como são realizadas as prescrições médicas e as orientações fornecidas ao paciente (NARCISO e PAULILO, 2001).

É necessário conhecer, também, as questões sociais que se associam à epidemia, utilizando-se os métodos das Ciências Sociais. No caso da AIDS podemos mencionar as questões de gênero (pano de fundo para a feminilização da epidemia) e de orientação sexual, usuários de drogas em geral e Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs), e doença mental em pacientes com HIV-AIDS.

O aumento de casos entre mulheres casadas e monogâmicas parece evidenciar a desigualdade entre gêneros presentes nos estratos menos instruídos da

população. Em muitos casos a doença acaba sendo aceita como fato natural, quando poderia ser fator de mobilização pela busca da cidadania. (NUNES, GONÇALVES, SILVA E BINA, 2004).

A realidade dos usuários de drogas injetáveis tem aspectos muito particulares, que fatalmente vão interferir na adesão. Como mostra estudo de Deslandes, Mendonça, Caiaffa e Doneda, muitos usuários buscam meios de diminuir as chances de contágio, apesar das grandes limitações causadas pela necessidade premente da droga. E a concepção de “risco” para esses pacientes vai muito além do risco de contrair doenças, pois o mesmo, comparado com os riscos relacionados à vivência na marginalidade, perde a importância no contexto das suas necessidades mais imediatas.

As doenças psiquiátricas estão presentes em boa parte dos pacientes com HIV-AIDS. O não tratamento e o não diagnóstico destas condições fatalmente levarão ao comprometimento da aliança terapêutica. (BRASIL, 2000).

A epidemia no início era fortemente associada aos homossexuais masculinos, que eram vistos como os mais vulneráveis à doença. Mas o auge da epidemia no Brasil coincidiu com o surgimento de movimentos pela igualdade de direitos às minorias sexuais, e implicou numa imbricação da busca de afirmação dessas minorias com a prevenção da AIDS. (PAIVA, 2002).

Como amostra da magnitude dos custos do tratamento gratuito com anti-retrovirais, Galvão (2002) nos reporta que “para o ano de 2001, os gastos estão estimados em 422 milhões de dólares. Em relação ao orçamento do MS (Ministério da Saúde), os gastos com os anti-retrovirais está estimado (sic) em 2,9% para o ano de 2001”.

Conclui-se com o exposto acima que, além da busca dos próprios pacientes por uma condição de cidadania; passou a ser interesse do Estado o apoio social e psicoterapêutico a esses pacientes no sentido de aumentar a adesão ao tratamento anti-retroviral, além de prevenir reinfecções pelo HIV que também comprometem o tratamento (CECIL, 1997).

Também passou a ter uma importância muito maior a relação do paciente com os médicos e profissionais de saúde, pois ela será fundamental para manter a adesão. E para manter os pacientes engajados no processo terapêutico, é de fundamental importância a existência de grupos de psicoterapia e terapia individual, em instituições públicas de saúde ou em ONGs.

O profissional, psicólogo ou não, que trabalhe em grupos terapêuticos, deve estar atento às respostas dos pacientes (que na verdade seriam mais bem chamados clientes, como preferem a Enfermagem e a Psicologia Humanista) quanto à sua tecnologia. E neste exercício de síntese de necessidades emocionais ele se deparará com as disparidades entre os membros do grupo e a necessidade de elaboração de conceitos e preconceitos relacionados ao HIV-AIDS. A sua ação consistirá, segundo Raser e Japur (2003) em:

Explorar as questões da vida com AIDS enquanto construções de soropositividade marcadas por determinado contexto sócio-histórico. É importante assim que o terapeuta reconheça sua ação nesta construção grupal da homogeneidade, assumindo uma postura ativa de investigar, questionar, explorar novos horizontes, mantendo um clima de negociação, para que sua intervenção questione a estabilidade das formas hegemônicas de se conversar sobre AIDS e grupo e possa contribuir na produção de mudanças, e de outras descrições e formas de se viver com o HIV/AIDS.

Este trabalho visa, portanto, ser uma pequena colaboração na tarefa de elucidar a realidade de pacientes com HIV-AIDS para o público em geral e em particular para os profissionais de saúde que venham a enfrentar o desafio da adesão.

6 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.

6.1 CATEGORIAS “A PRIORI”.

6.1.1 “Como foi o diagnóstico?”.

Estudos demonstram que os pacientes entram em stress pós-traumático, com os sintomas equivalentes, ao receber o diagnóstico de HIV+ ou AIDS, mesmo com aconselhamento pré e pós-teste (BRASIL, 2000). No entanto, para muitos pacientes o diagnóstico é dado em situações que não favorecem em nada a adaptação a essa nova realidade, antes a tornando ainda mais impactante. Entre os entrevistados, o diagnóstico foi dado nas seguintes situações:

a) Sem o consentimento prévio do paciente

“Não! Eu tava consciente (internada no hospital) mas eu tava muito ruim! Aí eles (a família) autorizaram e de repente o médico só chegou pra mim e falou aquilo assim(...) Pra mim ali àquela hora eu morri! Foi(...) a sentença de morte(...)!” (Maria, 35 anos).

b) Sem aconselhamento, em laboratórios particulares

“Aí, eu peguei o exame, saí na rua e ali, quer dizer, na verdade, eu fiquei sabendo na rua, entendeu?” (Gabriel, 45 anos).

c) como resultado de testes para banco de sangue

“Me chamaram em separado (...), e me passaram simplesmente uma folha de papel dizendo que eu estava com o resultado de soropositividade no teste de HIV, ou seja, naquele período de 1988, era uma fase crítica da AIDS, onde a medicina sabia muito pouco”. (Lucas, 41 anos).

d) E com aconselhamento pré-teste em consulta de enfermagem:

“Ele, o enfermeiro foi muito, muito atencioso, ele até ficou preocupado comigo porque(...) quando eu contei a minha história ele já viu que eu tava praticamente(...) a minha chance de eu não ter era(...) quase nula, só muita sorte, mesmo (...). Então(...) até aí ele foi assim muito correto, eu acho ele fez uma coisa assim muito(...) O que eu nunca vi ninguém contar, que aconteceu, que eu achei muito legal, eu fui uma primeira vez pegar o resultado, e ele me disse que tinha dado(...)assim(...) tava dando(...) assim, tava dando positivo, tava positivando, só que tinha que fazer uns testes comprobatórios (sic), então, ”tudo levava a crer que ia

positivar mas ainda não era certo”, pra mim voltar tal dia. E claro que eu voltei e tinha dado positivo. Só que, depois, pensando, eu acho que ele fez isso pra mim me preparar.” (Hannah, 38 anos).

Para alguns pacientes a causa da transmissão permanece obscura. Em outros casos, fica evidente que o entrevistado não deseja entrar em contato com a realidade que cercou a transmissão do vírus:

“A primeira palavra que veio na minha cabeça foi: DA ONDE? Porque(...) pra mim aquilo passava longe, muito longe, jamais ia acontecer comigo. Então a primeira palavra que eu pensei foi "da onde ", aí eu pensei no meu marido (que não vive mais comigo). Eu não vi o resultado dos exames dele, mas ele diz pra mim que não tem. Eu acredito. Mas fica assim meio difícil de entender porque ele viveu comigo 7 anos e não tem, então fica uma coisa meio difícil de entender mesmo da onde que eu peguei, porque ele diz que não tem; o pai da minha filha que não é ele (a minha filha tem 12 anos, vai fazer 13 agora) conheci quando a minha filha era bebezinha, também diz que não tem. Então eu teria que ter contraído o vírus ANTES de ter tido a minha filha, mas daí ela também teria chance de ter, ela também não tem, então é complicado, é difícil de(...) eu não sei da onde é que veio. Não sei mesmo. Não faço a menor idéia da onde que veio(...)” (Maria, 35 anos).

Felipe – Você não teve nenhuma preocupação de ter passado pra alguém.

Gabriel – Sim, sim. Não. Mas as únicas pessoas que poderiam ter passado, eu liguei pras duas, e graças a Deus, não.

F – Aí não.

G – Isso até me aliviou bastante, cara.

F – Era só as duas, não tinha e acabou.

G – Não, não tinha mais. É que eu não. Deu, pras duas únicas pessoas que poderiam ter, ter. Até porque muito pra trás também, eu já não tenho, não tenho mais contato, é, muito pra trás, não. Então as únicas assim, que ainda eram do meu relacionamento e que tinham essa chance, graças a Deus, não aconteceu nada. Pra mim, eu fiquei extremamente feliz. (Gabriel, 37 anos).

“Tudo bem, eu tinha contato com garotas de programa, mas eu não tinha contato com homossexuais, eu não era usuário de droga injetável, então a gente começa a ter que carregar um estigma aí, que não faz parte da nossa vida, e só o tempo é que mostrou pra sociedade, né, que na realidade na minha concepção, no meu entendimento, o HIV não é uma doença de pessoas com vergonha ou sem

vergonha, imorais ou amorais, pecadoras ou santas, né, para mim, ela é uma doença extremamente comportamental. Ela ta relacionada com o sexo, e o sexo é um comportamento extremamente natural e necessário do ser humano”. (Lucas, 41 anos).

6.1.2. Você segue tratamento à risca?

A adesão ao tratamento entre os entrevistados veio junto com a aceitação da doença. Ao mesmo tempo em que foi recorrente uma história de abandono de tratamento e não-aceitação da doença no passado, todos os pacientes (com exceção de Raquel, cujo uso do coquetel está ora suspenso por indicação médica) estão seguindo o esquema terapêutico conforme prescrito. Como nos afirma Adão (2004), a não-adesão tem a ver com a aceitação da doença, podendo se manifestar através do não-cumprimento das prescrições, com descontinuidade e falhas, ou mesmo interrupção total da ingestão dos medicamentos e prescrições correlatas - ou ainda em ingestões excessivas e conseqüente overdose. O profissional de saúde precisa estar atento para as diversas formas da não-adesão se manifestar e procurar ajudar seu paciente a superar as dificuldades:

No Passado, abandono e a negação da doença (entre os que se contaminaram antes do coquetel):

Felipe: “E tu não tinhas informação de uma estrutura pra fazer um teste de HIV?”.

David: “Não, tinha sim, esse amigo meu fez em 88, não suportou bem o peso, era uma pessoa com histórico, tomava antibiótico, tudo ele tinha alergia, ele faleceu um ano depois. Quer dizer, a morte dele foi um alerta pra eu não fazer o teste naquele período.” (David, 37 anos).

A adesão presente na atualidade:

Felipe: “Aí assim, né(...)? Quando começou o coquetel(...) É(...) Na verdade assim: Não existe paciente no mundo que siga o esquema 100%(...)” (citação de artigo)

Hannah: Mas eu sigo!

“Na realidade, é tudo em função de um trabalho de aceitação. Você aceita aquela medicação, por mais que corra um risco de ter efeitos colaterais ou não, hã,

você tem limitações, é essa medicação que faz você te manter em atividade, de te manter vivo”. (Lucas, 41 anos).

“Então desde outubro do ano passado eu tô com caletira, o 3TC e a estavudina que voltou. Que a estavudina eu tinha parado, em determinado período (uns 2 anos), com medo da lipodistrofia. Agora a estavudina voltou porque a médica(...) não tem como não incluir a estavudina(...) É um risco(...)” (David, 37 anos).

Adaptar os horários da medicação à rotina do dia-a-dia pode ser um problema:

“O que eu tô tomando agora, também, não é que eu não me adaptei, não tenho problema nenhum com o remédio, mas pela questão do horário, eu tô esquecendo. Então(...) eu vou pedir pra voltar de novo talvez pra aquele, não sei(...) (risos) Eu ando esquecendo de tomar. Porque daí fica um horário mais complicado e (...) eu tô esquecendo(...)” (Maria, 35 anos).

“Eu não sou assim tão rígido nos horários, não uso despertador, nada disso(...) Mas só quando saio da rotina é que deixo de tomar algum remédio(...)” (David, 37 anos).

Os pacientes que tiveram o diagnóstico antes do advento do esquema tríplice anti-retroviral viveram uma outra realidade: a ausência de tratamento na rede pública de saúde.

“Eu não tomava medicação nenhuma. Eu não tomava nada. Quando foi em 96, quando começou a aparecer o AZT aqui no Brasil, né, por volta de 96. Já existia o AZT nos EUA, e era uma medicação bastante cara. Eu não tinha acesso à medicação e eles começaram a complicar cada vez mais. Mas aí logo em seguida, em 96 para 97, o AZT veio para o Brasil e começou a ser distribuído na rede pública, e eu comecei a ter acesso aos medicamentos, e neste período, as condições de vida começaram a melhorar.” (Lucas, 41 anos).

“Em 88 até se falava em AZT, mas se tinha a idéia de que era só pra pessoas muito ricas(...)” (David, 37 anos).

6.1.3.O que o faria abandonar o tratamento?

A influência dos fatores relacionados à medicação e ao tratamento sempre foi considerada de maior importância. No entanto, assim como dificilmente eles serão

causa isolada de abandono do tratamento, a otimização desses fatores, por si só, não garantirá a adesão (NEMES, 2000).

Raquel, 40 anos, relata ter abandonado o uso de anti-retrovirais devido à intolerância gástrica. No entanto, relata ter dificuldade com medicamentos em geral, e desde a infância.

“O problema são aquele montante de remédios, né, esse aí é que enjoa. O cheiro dos remédios me enjoam. Pra mim, né, no meu caso, não posso tirar por outras pessoas. Mas essa adesão ao medicamento é muito difícil. É a parte mais difícil de toda a história, a adesão ao medicamento”. (...) “Era uma coisa que, desde quando eu era pequena, eu já tinha problema com remédio, né, tanto que eu tenho uma infecção urinária crônica, porque lá com doze anos eu não tomava os remédios direito, né. Então, só foi ficando foi crônico mesmo, né. Até hoje eu tenho infecção urinária repetida, por causa disso, porque eu não tomei o remédio lá, né. Hoje eu tomo, faço nos momentos certos e ela nunca some, né.”

A lipodistrofia foi apontada como motivo para abandonar o tratamento, no entanto, sempre de forma hipotética:

“Aí eu parei, daí que eu descobri depois o único efeito que teve foi a lipodistrofia! Só que eu não sabia, a única coisa que eu culpei, nunca falei pro meu médico, mas eu culpei ele por não ter me dito(...) Só que(...) ele ia me dizer(...) mas eu acho que ele deveria! Só que(...) não adiantaria ele dizer porque(...) eu ia deixar de tomar por isso? Acho meio difícil, eu não sei(...) só sei que de repente eu fui ver(...)! Passou uns anos eu não percebi eu acho que quando eu fui ver os outros que me chamaram atenção como(...) como assim tavam as minhas pernas e os meus braços”. (Hannah, 38 anos).

“Até pensei se eu tomar o calettra que é mais potente e o epivir, eu vou tirar a estavudina e não vou falar pra médica. Mas isso eu não posso fazer. Se eu falar eu tenho certeza que ela vai dizer: não! Então vou ver, vou continuar tomando(...)” (David, 37 anos).

6.1.4. Como foi sua relação com médicos e profissionais de saúde?

A Relação médico-paciente é o eixo central no projeto de adesão (NARCISO E PAULILO, 2001). Se o paciente não estiver engajado no seu processo de cura, tal projeto de adesão estará fadado ao fracasso (ADÃO, 2004) E para que tal “aliança

terapêutica” se realize, é preciso que profissional e paciente convirjam em direção a um objetivo comum, ao invés de se tornar uma relação unidirecional, hierarquizada. Pelo simples motivo de que tal situação bloqueará a comunicação real entre médico e profissional, e este último perderá a visão de como realmente o paciente está manejando a sua doença. (FERNANDES, 1993). Entre os nossos entrevistados, a relação médico-paciente em geral favoreceu o processo terapêutico. Predominou uma postura utilitarista, em que o paciente se sente e está de fato no comando do seu processo terapêutico. Lembramos que os entrevistado tinham razoável nível cultural, e escolaridade entre Ensino Médio e Superior completos:

“Consulta com uma médica em São Paulo, eu morava lá antes de vir pra Florianópolis, mas não quis trocar de médica”. (Lucas, 41anos).

“Todo mundo que tomava esse remédio, principalmente ali no grupo, lá na FAÇA, também tavam reclamando de diarreia. Aí eu pedi pra trocar. O que eu tô tomando agora, também, não é que eu não me adaptei, não tenho problema nenhum com o remédio, mas pela questão do horário, eu tô esquecendo. Então(...) eu vou pedir pra voltar de novo talvez pra aquele, não sei(...) (risos) Eu ando esquecendo de tomar. Porque daí fica um horário mais complicado e(...) eu tô esquecendo(...)” (Maria, 35 anos).

“Assim, Felipe, eu fiquei, de 99 até outubro de 2005, com uma medicação que era o epivir, a estavudina e o efavirenz, inclusive o efavirenz não foi nem de 99. O efavirenz eu comecei a tomar acho que em 2001. Aí, chegou(...) eu sempre tive CD4 muito baixo. Aí chegou a noventa(...) eu mudei de médico algumas vezes, foi uma, duas(...) tava na minha terceira médica, até 2005, sempre mulheres. E aí resolvi mudar de médica. Até porque(...) tem que fazer alguma coisa pra ver se esse CD4(...) muda!” (David, 37 anos).

Mas, para Gabriel, Hannah e Raquel, o vínculo emocional é muito mais importante, com o médico inteirando literalmente de todos os detalhes e sentimentos que influenciem na adesão:

“Não tem tempo pra ele, ele não tem, ele não trabalha com relógio, e ele lê pra ti as coisas, é um cara extremamente calmo, tranquilo, me passa muita segurança, eu graças a Deus tô bem(...)” (Gabriel, 45 anos).

“Isso é(...) essa postura da equipe do Hospital Regional, que eu sei que não é só do meu médico, porque no começo eu consultava pelo SUS lá, depois que eu fui pro consultório particular; só que ele nunca me deu tratamento diferenciado no

consultório particular. Parece que foi ao contrário: lá, talvez porque lá era no começo, então ele me dava muito mais tempo lá. Porque era começo, e (...) quando ele me conheceu tinha muita coisa pra falar, muita coisa(...) então ele chegou a ficar 2 horas me ouvindo! Numa consulta do SUS! Eu não paro de falar isso porque isso não existe(...) Por exemplo (já com convênio), numa época em que eu andei meio paranóica, não com o HIV, mas com outras coisas, ele disse: olha, tu vai vir aqui toda semana, ou de 15 em 15 dias, eu não vou te cobrar porque enquanto tu não tirar essas coisas da tua cabeça tu não vai(...) melhorar o teu tratamento! Outra vez ele não me cobrou também, contou como retorno (...)” (Hannah, 38 anos).

“A gente se apegava a seu médico. Eu digo isso pra quem entra no hospital. Se apegue a seu médico, porque assim, a partir da hora que tu cria um vínculo com ele, tu passas a confiar nele, de uma maneira que tu entrega a tua saúde pra ele, né(...) O Dr. (...) que me diz que eu posso tomar isso, mesmo sendo da parte de HIV/AIDS, ele que decide, o quê que eu tomo, o quê que eu não tomo”. (Raquel, 40 anos).

E sobre alguns sintomas gastrointestinais muito vagos, que a paciente atribuía a medicações.

“Mas o infectologista acha que é mais emocional, que eu sinto esse vazio, mas aí é porque ele é metido a dar uma de psiquiatra/psicólogo(...) (risos) se bem que vazio emocional é o que não me falta, mas enfim(...) Mas por que depois que eu comecei o coquetel? Mas assim: eu acho que também tem a ver com as duas coisas juntas! Aí ele falou também que o meu corpo tá produzindo células, então, como eu tô tomando o coquetel, tô produzindo CD4, é(...) linfócitos T(...)” (Hannah, 38 anos).

6.1.5. Como você se sentiu em grupos de ajuda?

A terapia em grupo deve servir como espaço para mútua identificação de semelhanças e diferenças entre os pacientes e, o mais importante, a reelaboração de conceitos relacionados ao processo de adoecer e buscar a cura (RASERA e JAPUR, 2003).

Dessunti e Soares (1995), em avaliação do atendimento ambulatorial ao paciente com HIV-AIDS, em Londrina-PR, nos reportam que, infelizmente, o papel do psicólogo nas instituições de saúde se torna indefinido, confundindo-se com o do assistente social (associado à burocracia), não havendo condições propícias para o

psicólogo exercer a função terapêutica que lhe caberia. Obviamente a situação dos entrevistados da FAÇA é exatamente a oposta, pois a psicoterapia faz parte do seu processo de cura, efetivamente. No entanto, a própria natureza do trabalho em grupo leva os pacientes a entrar em contato com realidades internas e externas com as quais muitas vezes eles não desejam se defrontar. Daí se originar uma das poucas “contra-indicações” da terapia de grupo apontadas pelos entrevistados:

“Então, eu tenho um carinho muito grande pela FAÇA. Mas também aí tem momentos, aí, você sai de lá da FAÇA tão pesado, e a reunião é uma terapia, onde as pessoas expõem suas coisas e tal. Por exemplo, a lipodistrofia eu descobri lá, foi bom ter descoberto? Foi, até agora não tive, então se não tivesse descoberto até agora nunca teria tido alguns ‘grilos’ como eu já tive, então também tem o lado(...), como tudo na vida tem o lado bom e o lado(...) como tudo na vida em todos os aspectos (...) eu gosto demais das pessoas, gosto demais da Michelle, a Michelle é uma pessoa com quem eu posso tirar dúvida, qualquer hora que eu tiver dúvida eu posso ligar pra casa dela e tal, isso vem de lá, do grupo.” (David, 37 anos).

“(...) No mesmo dia ele já me encaminhou pra FAÇA e falar com o psicólogo e eu fui direto(...) só que o psicólogo? Credo! Era um gelo, era pior do que(...) Me tratou super mal e aí no grupo, eu não me dou bem em reunião de grupo e aí aconteceu, não sei se(...) se não for relevante tu corta(...) nessa 1ª reunião aconteceu que tinha um conhecido do meu falecido namorado que disse assim na reunião: “mas ele morreu foi por overdose!” No hospital, porque sabe no Nereu(...) aí eu entrei em pânico, porque aí a culpa foi minha! Ele me pedia dinheiro, mandava eu comprar lanche, não agüentava a comida do hospital, só queria x-salada e eu dei, quando não levava lanche(...) eu pensei então que foi com esse dinheiro que ele comprou droga, se matou(...) desesperada, no outro dia liguei pra esse psicólogo e comecei a fazer terapia com ele! Mas só que hoje eu vejo que é impossível uma pessoa ficar em coma por overdose(...)” (viria a participar de apenas mais duas reuniões do grupo)

“Sempre foi positivo, né. Desde que eu comecei a freqüentar o grupo de psicoterapia, primeiro, pra depois o grupo de adesão ao medicamento, né. O de adesão era só no hospital. Lá na FAÇA, a gente não tem esse grupo de adesão ao medicamento porque a gente acha assim, que lá o grupo assim, tu toma o remédio se quiser, é que não é como no hospital.” (Raquel, 40 anos).

“Foi porque(...) eu era tão leiga no assunto, assim(...) era uma coisa muito longe, nunca tive caso na família, nada, então era uma coisa muito longe que eu achava, mesmo depois de ter tido a doença(...) No Hospital eu só vi pessoas doentes, só vi(...) pra mim, HIV, a pessoa que tinha HIV era uma pessoa(...) doente. Então eu achava que ia chegar lá na FAÇA eu ia encontrar pessoas(...) doente! (...) Eu achava que tava na cara da pessoa(...)” (Maria, 35 anos).

“Mas toda segunda feira, não faltei nenhuma, desde que comecei a ir lá. E é muito bom, realmente é muito bacana, porque a gente inclusive se ajuda, troca experiências, troca, entendeu? Amizade, e tal, é muito bacana, muito legal”. (Gabriel, 45 anos).

O apoio do grupo colocado não como substituto da família, mas como complementar, insubstituível na sua função:

“Não! Ainda mais ali, né(...) Ali é o lugar que. A gente não tem(...) Não sente(...) Por isso que é bom. Porque ali a gente pode falar abertamente com todas as pessoas sobre todos os problemas que a gente tem. Não tem assim nenhum receio, nenhuma vergonha porque tá todo mundo no mesmo barco ali. É diferente de eu falar de um problema meu até pra minha mãe, porque(...) né? Pra ela é uma coisa que(...) (tá certo, ela conviveu junto comigo mas não VIVEU. Não(...) né? É diferente). Então lá com eles a gente tem essa intimidade maior, é como se fosse uma família também” (Maria, 35 anos).

6.2 CATEGORIAS QUE EMERGIRAM COM A LEITURA FLUTUANTE

6.2.1 Independência feminina

As mulheres entrevistadas diferem marcadamente do perfil da heterossexualização da epidemia, especialmente pelo maior grau de escolaridade. Segundo Saldanha (2003), nota-se entre a maioria das mulheres contaminadas pelo HIV por seus parceiros (em relação monogâmica); uma postura de marcado conformismo a respeito do modo pelo qual ocorreu essa infecção, não havendo nenhum questionamento a respeito da sua posição na sociedade enquanto causa desse contato com o vírus, o qual poderia ter sido evitado.

E, o pior a reprodução do modelo patriarcal poderá levar a muitas outras contaminações de mulheres na mesma situação. Por isso, segundo Paiva, o trabalho

de prevenção de HIV-AIDS passará, obrigatoriamente, por um processo de emancipação político-social.

Voltando às nossas entrevistas, a sua história de vida difere do padrão da epidemia, especialmente por não considerarem a contaminação um evento inevitável, antes elas chegam assumir, ainda que subliminarmente ou nas conversas que não foram gravadas, que passaram por um período de atividade sexual apontado como provável causa da contaminação.

No entanto, o que aproxima as entrevistadas da maioria das mulheres soropositivas é o apego aos filhos (SALDANHA, 2003), e o afeto dedicado a eles como tábua de salvação, como motivo para continuarem vivas, mais importante mesmo que o apego à própria existência. Por fim, é importante nas entrevistadas o fator “independência financeira”, que foi considerado um fator de qualidade de vida, tornando-a livres da subordinação a um parceiro:

Maria: “É claro que, né(...) A gente não(...) tá doente, eu sempre ganhei pouco mas eu sempre vivi bem com o pouco que eu ganhei. Então o que faltou foi(...) o marido que eu tinha na época também(...) não colaborou muito, não é(...) hoje, graças a Deus não(...) é a melhor coisa que aconteceu foi eu ter conseguido me separar dele(...) Primeiro porque me ajudou também pra minha saúde porque foi a hora que eu senti que eu precisava: não, agora eu não posso depender de mais ninguém, eu tenho que depender de mim”.

Felipe: Sempre trabalhou(...)

Maria: “Eu sempre trabalhei, sempre me sustentei, sempre(...) né, sempre tive a minha independência”.

“Na época, em 91, a Ana Carolina, ela tinha seis anos, né. E o pequeno, ele nasceu em 88, tinha três, ia fazer três. Quando eu descobri o diagnóstico. Então, eles eram muito pequenos, né, e eu tinha que me cuidar pra poder cuidar deles, uma coisa óbvia, né. Como é que eu vou me deixar abater, se eu tenho duas crianças pequenas que dependem de mim, né.” (Raquel, 40 anos).

6.2.2. Apoio para a Adesão.

Os pacientes apontaram uma série de condições que lhes favorecem a adesão. Em primeiro lugar, a presença da família foi apontada como fundamental para se motivar pra o tratamento. Castanha e cols (2005) asseveram que a presença

da família é parte inseparável do conceito de qualidade de vida. A compreensão dos familiares é importante também na medida em que equilibra a intensa ansiedade causada pelo segredo a respeito da doença, que por vezes precisa ser mantido nos meios sociais.

Por fim, a família é o principal suporte financeiro e logístico, quando o paciente está impossibilitado de cuidar dos próprios interesses. Ainda dentro da categoria “apoio”, nota-se a importância do suporte jurídico para esses pacientes, especialmente quando necessitaram do auxílio-doença. Muitos simplesmente não conheciam os seus direitos trabalhistas. Todos os entrevistados atualmente estão recebendo aposentadoria, com exceção de David, e todos continuam em atividades laborais na medida de suas capacidades, com exceção de Hannah:

Segredo x social

Felipe: “Tu trabalhava muito naquela época. Trabalhava o dia inteiro. Tinha que levar o remédio lá pro trabalho”.

Lucas: Sim. Sim, claro. No horário de expediente aí eu ia no bebedouro, junto com todo mundo. O pessoal tomava sua vitamina e eu tomava a minha vitamina. E isso era legal pra mim. E isso não me incomodou muito(...) (Lucas, 41 anos).

Apoio Jurídico:

David: “É, me afastei do trabalho”.

Felipe: “Tu te afastou?”.

David: “Eu era obrigado, fui hospitalizado(...)”.

Felipe: “E a questão do auxílio-doença(...)”.

David: “Não tive, eu só tive um mês, que foi a própria escola que fez uma arrecadação durante um mês, levou, depositou como se fosse um salário, foi só um mês. Hoje eu vejo tudo diferente. Eu tô no serviço público, e vejo pessoas se afastarem e mesmo pessoas na mesma condição que eu na época, de substitutos, e têm todo o apoio, meses a fio, né, teve uma senhora que quebrou o pé ano passado (...) Talvez naquela época teria sido diferente se eu conhecesse a FAÇA(...)” (David, 37 anos).

Suporte logístico da família:

Maria: “A minha família cuidou disso, né. Fiquei quatro meses no hospital, e aí a minha família ficou de cuidar disso (do auxílio-doença)”.

Felipe: “Então você não teve assim(...) nenhuma(...) não faltou nada pra ti nem(...)”.

Maria: “Quando eu fiquei doente eu tava trabalhando na fábrica. Hoje eu trabalho aqui no meu cantinho (como costureira) mas eu ainda tenho a minha aposentadoriazinha. Isso aqui é só um bico, né? Pra ajudar(...) Se bem que pra voltar a trabalhar na fábrica eu não tenho condições assim(...) físicas, né(...)? Não tenho mais assim o pique de sair todo dia de casa, pegar sol, pegar chuva pegar(...) né? Pra ir trabalhar todo dia isso pra mim não dá! Não vou agüentar. Seu eu começar a fazer isso daqui a pouco tô no Hospital novamente. Eu acho que a minha aposentadoria, não é uma coisa injusta, eu acho que(...)” (Maria, 35 anos).

6.2.3. Resiliência.

O termo “resiliência” vem da física e designa a capacidade dos corpos de se contraírem com a força elástica e em seguida devolver a força que lhe foi imputada. Em psicologia é a capacidade humana universal de superar as adversidades da vida e ser fortalecido por elas (GROTBERG, 1999, apud SILVA e GOUVEIA). Os entrevistados demonstram através de suas histórias o seu grau de resiliência de maneira muito semelhante entre si. É ponto comum um passado de baixa auto-estima ou comportamento adicto e compulsivo, ou ambos. Posteriormente, um início de não-adesão levou à multi-resistência viral, graves intercorrências clínicas e limitações devido às seqüelas.

Uma situação recorrente foi o relato da AIDS diagnosticada por acaso, no contexto de uma doença associada pelo próprio paciente ao estresse. Kiecolt-Glaser e Cols (2002), em seus estudos, mostram como o estresse da vida cotidiana, principalmente nas situações mais exaustivas, tensas e crônicas, pode afetar uma série elementos imunológicos. Entre essas alterações estão as funções de Células T, a atividade de Células NK, a resposta de anticorpos, a função dos macrófagos, a reativação de vírus latentes (como o Herpes Simples), entre outras, com severas implicações na saúde global da pessoa.

Friedman, Charney e Deutch (1995) mostram que as relações entre o estresse e infecções são constatadas há certo tempo e, inúmeras vezes, por trabalhos experimentais, alguns bastante rigorosos. À Fase mais difícil da doença se segue uma recuperação, muitas vezes à custa de tremendos esforços para a

reabilitação. Segue-se, também, uma maior percepção de cuidado com a própria saúde mental e corporal.

As declarações dos entrevistados têm como pano de fundo “a AIDS como propulsora de cura interior”. Torna-se evidente a presença de uma “doença” psíquica e social, a qual será “purificada” por intermédio de uma doença física, que servirá como motivação para buscar as transformações internas e no seu meio social.

No artigo escrito por “A Eficácia Simbólica”, publicado pela primeira vez em 1949, compara-se o xamã ao psicanalista, e traça paralelos entre as curas obtidas por ambos. Para ele o curandeiro é eficaz em seu trabalho, na medida em que, como o terapeuta, manipula a estrutura simbólica do “paciente”, provocando “uma reorganização estrutural, que conduzisse o doente a viver intensamente um mito (...) e cuja estrutura seria, no nível do psiquismo inconsciente, análoga àquela da qual se quereria determinar a formação no nível do corpo”. (LÉVI-STRAUSS, 1967).

A eficácia simbólica consistiria precisamente nesta “propriedade indutora” que possuiriam, umas em relação às outras, estruturas formalmente homólogas, que se podem edificar, com materiais diferentes, nos diferentes níveis do vivente: processos orgânicos, psiquismo inconsciente, pensamento refletido.

Neste contexto, quando o paciente vai buscar ajuda tanto médica quanto psicológica, é importante que o profissional esteja consciente de que sua importância maior está no seu poder de elaborar simbolicamente; junto ao paciente, um processo de cura psíquica que repercutirá, no mínimo, em melhora de qualidade de vida, e talvez em melhora do próprio quadro orgânico.

Toda cura se procede por ser manipulado o ponto-chave do problema, o inconsciente. Nesta parte do psiquismo está a base de toda estrutura mental, de toda função simbólica humana, que responde, em todas as pessoas, a uma gama limitada e comum de leis universais. O subconsciente, fonte da história individual, só adquire significado para nós e para os outros, quando organizado pela estrutura inconsciente, que tem suas raízes firmemente fincadas no social. Por isso, o profissional pode e deve, no seu ato de auxílio ao paciente, jamais perder de vista a dimensão social que a doença possui, e que a cura para a doença, tanto individual quando coletivamente, passará necessariamente pela cura das causas sociais desta mesma doença. (LÉVI-STRAUSS, 1967).

Limitações e Resistência viral:

“(…) Até fazer a genotipagem. Aí, depois que eu fiz a genotipagem, daí ele fez lá um estudo, e a gente viu uma nova terapia. Aí tiramos a Estavudina, não tomo nem AZT, não tá prescrito pra mim, né? Nem uma da família da Estavudina, nem do AZT, né? Não tem. Na minha combinação, não tem nada disso. E eu tava indetectável e já estou com 12 mil vírus de novo. Quer dizer, o último Censo, né?, o último Censo é de 12 mil, e na verdade, a gente vive por logaritmo, né? Na verdade, essa progressão geométrica do vírus e toda uma matemática assim, difícil também de conviver” (Raquel, 40 anos).

“Eu dava aula na academia. Eu dava aula na universidade que eu me formei, então, eu só, na realidade o único prejuízo assim que eu tive foi, me afastar da minha profissão, né?. Ao qual hoje em dia eu não tenho mais condição de dar aulas, né?, pelo menos fazer a parte prática. Mas tenho condições de trabalhar com teoria . Existem algumas propostas aí de retomar essas atividades, mas na parte teórica mesmo.” (Lucas, 41 anos).

Mas, após a “virada”, a vida em muitos aspectos continua como era antes:

“Eu acho que é uma coisa que se deveria divulgar mais, entendeu, ter mais informação pras pessoas entenderem que isso é uma coisa normal, é vida normal. Não tem. Como eu hoje em dia encaro isso mais ou menos, tu falasse agora de Hepatite, tem Hepatite, tem vírus do Herpes, tem isso, tem tantas outras coisas que são incuráveis é (...) mas que se controla. É como o HIV, o HIV é incurável, mas se tu souber controlar, se tu souber ter. Já há muito tempo não bebo, não tenho problema da bebida, assim, não fumo já a vinte e poucos anos, então, quer dizer, eu tenho um ritmo de vida legal,” (Gabriel, 45 anos).

Raquel: “Ah. Foi difícil. Porque a minha toxoplasmose gerou também um desequilíbrio muito grande emocional na minha vida, né?. Foi na época que eu tive a toxoplasmose que eu acabei perdendo um companheiro, quer dizer, ele foi embora, né?, não aguentou me ter muito”.

Felipe: É. Foi embora. . .

Raquel: “Foi, foi. Ele seguiu a vida dele, né?. Então, isso pra mim foi muito difícil, passar por esse problema emocional, né?, junto com a doença. Com todas as limitações que ela acabou me trazendo, né?. Porque eu não falava direito, eu não andava direito, eu tive que fazer reabilitação muito tempo, pra poder voltar a caminhar.”

Felipe: “Foi em dois anos, né?”.

Raquel: “Um ano e meio. É. Um ano e meio fiz reabilitação. Semanas após semanas, persistindo pra poder andar de novo, e aprender a falar de novo. Então foi reabilitação fonoaudióloga e da parte física, né?, motora. Então, fui bastante persistente pra mim hoje ter uma aparência normal”.

Baixa auto-estima ou falta de auto-controle:

“Ah(...) Era bem porra louca. Era bem doida assim. Não tinha responsabilidade nenhuma. Nem comigo e nem com nada. Tanto que deu-se a história e não foi à toa, porque eu não tinha realmente responsabilidade por mim. E não tive o cuidado de me prevenir, por isso que eu acabei pegando o vírus, né?, então eu tive o comportamento errôneo”. (Raquel, 45 anos).

“Eu comecei uma vida sexual ativa com 17 anos, em 1982. O primeiro caso de AIDS no Brasil foi de 1981, então eu comecei minha vida sexual exatamente junto com o advento da AIDS. Em 1982 eu tinha 17 anos, que eu sou de 1965. Então de 1982, 83, 84, 85, 86 e principalmente 84, 85 e 86 eu tive uma vida sexual super ativa e sem preservativo, então eu acredito que eu tenha contraído o vírus durante estes três anos: 84, 85, 86 (...) Mas, com ou sem AIDS, teria feito as mesmas coisas, com as mesmas pessoas(...)” (David, 37 anos).

“Junto com esse fato, com o falecimento dele, veio outras coisas, de família, tal, que a gente não sabia, que estourou, e então e aí depois eu comecei a fazer análise, tal. E até tive nesse período, lá pelos 33 ou 34, vê que eu tentei o suicídio”. (Gabriel, 40 anos).

Hannah: “eu sabia que ele tinha o vírus, desde o primeiro dia em que eu vi ele e(...)”

“Aí, muitos anos depois(...) eu tô contando isso pra dizer que eu PAREI de usar preservativo depois que eu engravidei(...)”.

“A maior parte da vida eu só queria morrer. Na hora tu acha que eu ia pensar:” ah, não vou morrer de AIDS mas eu vou sofrer muito”? eu não pensava isso!

Felipe: “Você não pensava nesse lado(...)”

Hannah: “Não, hoje eu penso, mas na época eu não pensava isso(...) porque(...) bom, porque eu queria morrer e(...)” (Hannah, 38 anos).

A AIDS diagnosticada por acaso, no contexto de uma doença associada pelo próprio paciente ao stress:

“Eu tive problemas financeiros com a empresa que eu tava montando com os meus cunhados, e que a gente começou a ter problemas. Então mais ou menos o ano passado (2005), quando começou essa crise toda, eu tava me sentindo ruim assim, ter perdido muito peso, tava com muitas dores no estômago, aí a gente se assustou e também tal, eu fui fazer os exames. Pra descobrir o que era. Na verdade, na realidade, eu nem sonhava com isso. Não tinha. Tava preocupado com outras coisas. Porque eu tinha gastrite, úlceras, então essas coisas que a gente tava. Então aí eu comecei a fazer a bateria de exames, tal, e aí fiz exame de sangue.” (Gabriel, 41 anos).

“ Foi um período difícil, estava de mudança de casa, muito sobrecarregada(...) aí naquele dia passei mal e fui internada(...) Eu sempre tive pneumonia, desde pequena, eu nunca fiquei internada” (Maria, 35 anos, diagnóstico de HIV durante internação por pneumonia).

Atribuição de causas a forças espirituais, além da matéria:

“Antes de ter a AIDS eu não tinha essa coisa da doação ao próximo, do amor(...) só uma vez, quando fui ajudar um parente doente, mas foi só. Não fazia caridade, a minha caridade era ser simpática com as pessoas próximas. Depois da AIDS, tudo mudou, passei a me doar, e hoje não consigo mais deixar essa cachaça que é o voluntariado. Eu ando pelos quartos do Hospital, e às vezes algum doente chega e diz: ‘ Estou vendo uma luz perto de você’. Aí é batata, sei que a pessoa está morrendo(...)” (Raquel, 40 anos).

“Não, eu agradeço cada vez que eu tomo remédio, ainda agradeço. Ainda bem que tem o remédio, né(...) AH NÓS TAVA FALANDO DE(...) VONTADE DE VIVER, É(...) *(grifo meu)* Vontade de (...) de(...) né? Eu acho que o que me salvou , da família *(de comprar o caixão)* o que me salvou foi (...) eu inconscientemente, porque eu tava inconsciente, eu tava na UTI, tava em coma; mas inconscientemente eu sabia que eu tinha meus filhos aqui, né(...) Então eu acho que foi isso que me trouxe pra vida, de volta(...)Porque se eu não tivesse um incentivo, se eu não tivesse um porquê, eu acho que não tinha voltado. Eu acho que eu voltei porque eu tinha um grande motivo pra(...) eu acho que é isso..”

“Eu aprendi muito. Pra mim, o HIV foi como um tombo, quando a gente leva um tombo a gente cai, mas cai pra frente! Demora pra gente se levantar de novo, mas aí a gente tá sempre na frente de onde a gente estava antes!” (Maria, 35 anos).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes entrevistados no momento se encontram plenamente aderidos ao tratamento. O apoio familiar, a estabilidade financeira e o grau de instrução permitiram com que estes participassem ativamente do seu processo de saúde-doença. O enfrentamento da doença levou estes pacientes a um grau maior de auto-conhecimento tanto no plano psicológico quanto das funções orgânicas, afetadas diretamente pela doença. No entanto, os pacientes que reagiram mais positivamente relatam presença de maior auto-estima e apoio familiar bem anteriores à doença, tópico que deve ser estudado profundamente em outro estudo quantitativos e qualitativos, de maior alcance que o estudo presente.

O fato de todos os pacientes terem bom nível de instrução formal, e fazerem parte de um grupo de psicoterapia; os torna uma “amostra” tremendamente diferenciada da imensa maioria dos pacientes ora infectados na “nova onda” da epidemia. (BRASIL, 2000). Novos e amplos estudos deverão ser realizados para investigar, se pacientes de baixo nível cultural e carentes de recursos teriam uma boa resposta aos grupos de terapia e à psicoterapia individual assim como os pacientes que freqüentam grupos tais como os da FAÇA.

Sendo a estabilidade financeira grande favorecedora da adesão (CARVALHO e COLS, 2003), o apoio jurídico a respeito de questões trabalhistas se torna medida altamente relevante para melhorar a adesão, evitando que muitos pacientes percam os seus direitos trabalhistas. Ainda quanto à parte emocional, o grupo e os profissionais de saúde mental poderão oferecer um tipo de apoio que os pacientes não encontrarão em suas famílias e redes sociais, por mais bem estruturadas que sejam.

A presença do Estado ainda é insuficiente para atender os clientes portadores de HIV-AIDS nas esferas da psicoterapia individual, psicoterapia em grupo e no apoio jurídico (DESSUNTI e SOARES, 1995). Nesta situação, a ação de ONGs como a FAÇA seguirá indispensável para as numerosas pessoas que a cada ano, se descobrem portadoras do HIV. E, para os profissionais de saúde, é de suma importância conhecer e manter contato com essas organizações, para poder realizar com seus pacientes um trabalho multidisciplinar e assegurar-lhes não só a adesão ao tratamento, mas uma melhor qualidade de vida.

8 BIBLIOGRAFIA:

ADÃO, V. **O impacto do diagnóstico HIV+ e AIDS:** similaridades com stress pós-traumático e propostas de intervenção. Recife: I Congresso Brasileiro de AIDS, 2004.

ANVISA, **Boletim Informativo**, nº 7. Abril de 2001, pág. 4 e 5.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes; 1979.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Aderência ao tratamento por Anti-retrovirais**. Ministério da Saúde, CN DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde (2004). **Dados e pesquisas em DST e AIDS**. Retirado em fevereiro de 2006, de <http://www.AIDS.gov.br>.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A. e SZWARCOWALD, C. L. **AIDS and HIV infection in Brazil:** a multifaceted epidemic. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., mar./abr. 2001, vol.34, nº 2, p.207-217. ISSN 0037-8682.

CARVALHO, C. V. et al. **Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):593-604, mar-abr, 2003

CASTANHA, A. R. et al. **A qualidade de vida de soropositivos para o HIV após duas décadas de terapia anti-retroviral**. AIDS-Portugal, 6º Congresso, 2005.

CECIL, RL **Tratado de medicina interna**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Koogan, 1997.

DESLANDES, S. F. et al. **As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis**. Cad. Saúde Pública, jan./fev. 2002, vol.18, no.1, p.141-151. ISSN 0102-311X.

DESSUNTI, E. M.; SOARES, D. A. Avaliação da equipe de saúde por pacientes com HIV/AIDS atendidos no município de Londrina, Paraná. Universidade Estadual de Londrina, 1995.

ELDRED, L.; CHEEVER, L. **Update on adherence to HIV therapy.** *Johns Hopkins AIDS Service* [on line]1998. Available from URL: <http://www.hopkins-aids.edu>

FAÇA, Fundação Açoriana para o Controle da AIDS. www.faca.org.br atualizada em 09/2005.

FERNANDES, J. C. L. **Who cares how doctors and patients relate?.** *Cad. Saúde Pública*, Jan./Mar. 1993, vol.9, no.1, p.21-27. ISSN 0102-311X.

FRIDMAN, J.; CHARNEY, D. S.; DEUTCH, A. Y. **Neurobiological and clinical consequences of stress.** *From Normal Adaptation to PTSD*, Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995.

GALVÃO, J. **A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(1):213-219, jan-fev, 2002.

INFECTOLOGIA HOJE. Boletim de atualização da Sociedade Brasileira de Infectologia – ano I – nº 1 – out/nov/dez 2005, p. 1 a 8.

KIECOLT-GLASER, J. K.; MCGUIRE, L.; ROBLES, T.; GLASER, R. **Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 537-547, 2002.

LÉVI-STRAUSS, C. 1949. **A eficácia simbólica, em Antropologia estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LIGNANI JUNIOR, L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. **Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS.** *Rev. Saúde Pública*, dez. 2001, vol.35, no.6, p.495-501. ISSN 0034-8910.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **Brazilian Ministry of Health policy providing incentives for basic health care: a threat to the autonomy of Municipal administrators and the principle of integrality?.** *Cad. Saúde Pública*, 2002, vol.18 supl, p.163-171. ISSN 0102-311X.

NARCISO, A. M. S.; PAULILO, M. A. S. **Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes.** *Serviço Social em Revista*. Vol.4 no.1 jul./dez. 2001.

NEMES, M. I. B. et al. **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

NUNES, C. L. X., et al. **Clinical-epidemiological characteristics of a group of HIV/AIDS infected women in Salvador, Bahia**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Nov./Dec. 2004, vol.37, no.6, p.436-440. ISSN 0037-8682.

PAIVA, V. **Sem mágicas soluções**: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.11, p.25-38, 2002.

RAMOS, Sílvia. **O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental** Ciência & Saúde Coletiva, 9(4):1067-1078, 2004.

RASERA, Emerson F.; JAPUR, Marisa. **Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade**. Estud. psicol. (Natal), jan./abr. 2003, vol.8, no.1, p.55-62. ISSN 1413-294X.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) 29/07/2003.

SANTOS, D. F. **Vivendo com HIV/AIDS: cuidado, tratamento e adesão na experiência do Grupo com vida**, 2001. Dissertação (Mestrado) UFRJ, Instituto de Medicina Social, 2001.

SILVA, J. R.; GOVEIA, A. **Resiliência e AIDS**. In: convenção Brasil Latino América, congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Encontros Corporais. Foz do Iguaçu, 2004.

ANEXOS

Anexo 1

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde. Curso de Medicina.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Declaro neste termo minha livre escolha ao participar do trabalho intitulado “Adesão ao Tratamento e Relação com Grupos de Ajuda e Profissionais da Saúde sob a Perspectiva de Pacientes com HIV-AIDS.” O mesmo consiste em trabalho de conclusão de curso do aluno Felipe Damázio Pacheco, sob a orientação do Prof. Marco Aurélio da Ros e Co-orientação da psicóloga Michele Meyer Moreira.

O objetivo desta pesquisa é fornecer subsídios para profissionais de saúde ou mesmo voluntários de ONGs sobre como melhor lidar com a temática de adesão aos medicamentos e grupos de ajuda para portadores de HIV-AIDS. Participarei do mesmo através de entrevistas com o orientando (Felipe Damázio Pacheco) gravadas em fitas “cassete” às quais terão acesso em seu conteúdo integral somente o próprio orientando e os seus orientadores (o Prof. Marcos e a psicóloga Michele).

Concederei entrevista na condição de ter assegurado total sigilo sobre minha identidade, podendo ser transcritos trechos de minhas falas (de acordo com o próprio método da pesquisa proposta) desde que através dos mesmos não possa eu ser identificado por quem leia o trabalho ou assista à apresentação do mesmo.

Estou ciente, ainda, de que terei acesso ao trabalho escrito assim que o desejar, e será aberta ao público a apresentação do TCC (trabalho de conclusão de curso).

Poderei, ainda, entrar em contato a qualquer momento para ter um retorno do uso que será dado de minhas falas, e como elas estão contribuindo para o resultado final do trabalho, ou ainda suspender minha participação na pesquisa (mesmo após a entrevista) se assim o desejar. Para isso poderei contactar o aluno Felipe através de telefone ou correio eletrônico: damaziopacheco@uol.com.br
(48)99938846

Abaixo assinados,

Felipe Damázio Pacheco

Anexo 2: Extraído de **Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV**. Ministério da Saúde, 2004.

Quadro VII-a. Efeitos adversos mais freqüentes e interações medicamentosas mais importantes dos inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo		
ABACAVIR		
Efeitos adversos	Interações com ARV	Outras interações
<p>Reação de hipersensibilidade com sintomas sistêmicos respiratórios e/ou gastrointestinais, em geral com febre e sem acometimento de mucosas. Apresentação inicial pode ser confundida com “virose”. Após reexposição, pode ser grave (casos fatais foram descritos).</p>	<p>Nenhuma descrita.</p>	<p>Etanol aumenta em 41% níveis séricos de ABC (significado clínico desconhecido). ABC ↑ <i>clearance</i> de metadona em 22%.</p>

DIDANOSINA

<p>Intolerância gastrointestinal (náusea e diarreia), neuropatia periférica, pancreatite, acidemia assintomática, lipoatrofia. Raro: acidose láctica, com esteatose hepática (grave, pode ser fatal).</p>	<p>Inibidores da protease e delavirdina: ↓ da absorção da DLV. Administrar com intervalo mínimo de 1 hora. Zalcitabina: ↑risco de neuropatia periférica e pancreatite. Evitar uso concomitante. Estavudina: embora haja evidências de que a combinação com d4T aumente o risco de neurotoxicidade, pancreatite, acidose láctica e lipoatrofia, a combinação não é contra-indicada. Entretanto, deve ser evitada em gestantes. Tenofovir: ↑ AUC ddl, pode aumentar a toxicidade do ddl; reduzir ddl para dose única diária de 250mg.</p>	<p>Medicamentos cuja absorção seja dependente da acidificação gástrica, tais como dapsona, cetoconazol, itraconazol, tetraciclinas e fluoroquinolonas, devem ser administrados 1 a 2 h antes ou depois da formulação tamponada do ddl. Esta interação não existe com a forma de revestimento entérico.</p> <p>Medicamentos associados com pancreatite, tais como pentamidina, devem ser evitados ou administrados com precaução. Álcool (↑ toxicidade). Medicamentos associados com neuropatia periférica, tais como etambutol, etionamida, fenitoína, hidralazina, glutetimida, isoniazida, vincristina e cisplatina, devem ser evitados ou administrados com precaução. Metadona (↓ ddl). Considerar aumento de dose de ddl. Ganciclovir e ribavirina (↑ ddl). Monitorar toxicidade do ddl.</p>
---	---	---

ESTAVUDINA

<p>Neuropatia periférica, pancreatite, acidemia assintomática, lipoatrofia. Raro: acidose láctica, com esteatose hepática (grave, pode ser fatal).</p>	<p>Zidovudina: potencial redução da atividade anti-retroviral por antagonismo. Contra-indicado uso concomitante. Zalcitabina: ↑ risco de toxicidade. Evitar uso concomitante. Didanosina: embora haja evidências de que a combinação com ddl aumente o risco de neurotoxicidade, pancreatite, acidose láctica e lipoatrofia, a combinação não é contra-indicada. Entretanto, deve ser evitada em gestantes.</p>	<p>Medicamentos associados com neuropatia periférica, tais como isoniazida, etambutol, etionamida, fenitoína, hidralazina, glutetimida, vincristina e cisplatina, devem ser evitados ou administrados com precaução. Metadona (↓ d4T). Não há necessidade de ajuste de dose.</p>
--	--	--

LAMIVUDINA		
Efeitos adversos	Interações com ARV	Outras interações
Raramente associado a efeitos adversos. Embora, como todos ITRN, possa potencialmente causar acidose láctica, com esteatose hepática, parece estar entre os mais seguros quanto a estes efeitos.	Zalcitabina: potencial antagonismo. Evitar uso concomitante.	SMX-TMP (↑ 3TC). Não há necessidade de ajuste de dose.
TENOFVIR		
Efeitos adversos	Interações com ARV	Outras interações
Em geral, bem tolerado e pouco associado a efeitos adversos. Raros relatos de insuficiência renal. Embora possa potencialmente causar acidose láctica e esteatose hepática como todos ITRN, parece estar entre os mais seguros quanto a estes efeitos.	ddl: ↑ AUC ddl, pode aumentar a toxicidade do ddl; reduzir ddl para dose única diária de 250 mg. Inibidores de protease: TDF pode reduzir AUC de alguns IP. Não há recomendação para ajustes de doses, porém, no caso de associação com IP, é recomendável uso de IP potencializado com RTV. Indinavir e lopinavir provocam aumento do pico sérico de TDF e lopinavir eleva a AUC do TDF, mas estas alterações são leves e parecem não ter relevância clínica.	Ganciclovir, cidofovir e valganciclovir: possível competição na secreção tubular, pode haver aumento de nível sérico do TDF e destas drogas. Monitorar toxicidade.
ZALCITABINA		
Neuropatia periférica, estomatite, ulcerações esofágicas. Raro: acidose láctica, com esteatose hepática (grave, pode ser fatal).	Didanosina: ↑ risco de neuropatia periférica e pancreatite. Evitar uso concomitante. Estavudina: ↑ risco de toxicidade. Evitar uso concomitante. Lamivudina: potencial antagonismo. Evitar uso concomitante.	Medicamentos associados com neuropatia periférica, tais como isoniazida, etambutol, etionamida, fenitoína, hidralazina, glutetimida, vincristina e cisplatina, devem ser evitados ou administrados com precaução. Isoniazida: ↑ risco de toxicidade e ↓ AUC de INH. Evitar o uso concomitante ou administrar com precaução e com pelo menos 1 hora de intervalo. Álcool (↑ toxicidade). Medicamentos associados com pancreatite, tais como etambutol e pentamidina, devem ser evitados ou administrados com precaução.

ZIDOVUDINA

Mielossupressão, particularmente anemia e neutropenia. Náusea e vômito. Astenia, mal-estar geral, cefaléia, insônia. Hiperpigmentação cutânea, ungueal e de mucosas. Raro: acidose láctica, com esteatose hepática (grave, pode ser fatal).

Estavudina: potencial redução da atividade anti-retroviral por antagonismo. Contra-indicado uso concomitante.

Ganciclovir, anfotericina B, flucitosina, SMX-TMP, dapsona, pirimetamina, citostáticos, sulfadiazina e interferon (↑ risco de toxicidade hematológica). Monitorar anemia e neutropenia. Probenecida, fluconazol, paracetamol, metadona, atovaquona, ácido valpróico (↑ AZT). Monitorar toxicidade do AZT.

Quadro VII-b: Efeitos adversos mais freqüentes e interações medicamentosas mais importantes dos inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo

DELAVIRDINA		
Efeitos adversos	Interações com ARV	Outras interações
Exantema, cefaléia, elevação das transaminases.	<p>Didanosina: ↓ absorção da DLV. Administrar com intervalo mínimo de 1 hora.</p> <p>Indinavir: ↑ IDV. Reduzir a dose de IDV para 600mg 8/8h.</p> <p>Outros IP: ↑ IP. Não deve ser co-administrada com amprenavir, lopinavir/r, nelfinavir, ritonavir e saquinavir.</p> <p>ITRNN: potencial interação, contra-indicada a associação.</p>	<p>A delavirdina não deve ser co-administrada com rifampicina, rifabutina, sinvastatina, lovastatina, derivados do ergot, terfenadina, astemizol, cisaprida, antagonistas-H2, inibidores da bomba de prótons, anfetaminas, nifedipina, midazolam, alprazolam ou triazolam. Fenobarbital, carbamazepina, fenitoína. Considerar alternativas terapêuticas.</p> <p>A delavirdina ↑ potencial de toxicidade de claritromicina, dapsona, quinidina e warfarina. Antiácidos (↓ absorção de DLV). Administrar com intervalo mínimo de 1 hora. Sildenafil (↑ sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/48horas.</p>
EFAVIRENZ		
Exantema, Síndrome de Stevens-Johnson. Sintomas neuropsiquiátricos: distúrbios do sono (sono agitado, insônia, sonolência, pesadelos, sonhos bizarros), tonturas, vertigem, irritabilidade, agitação, depressão, euforia, dificuldade de concentração, sensação de estranhamento, alterações de pensamento, dificuldade de concentração, amnésia, alucinações. Elevação das transaminases. Dislipidemia. Teratogenicidade (em macacos).	<p>Amprenavir: ↓ APV. Quando associado ao RTV, a dose do APV pode ser reduzida para 600mg 2x/dia.</p> <p>Indinavir: ↓ IDV. Aumentar a dose de IDV para 1.000mg 8/8h.</p> <p>Lopinavir/r: ↓ LPV. Aumentar a dose de LPV/r para 533/133mg 2x/dia.</p> <p>Nelfinavir: ↑ NFV. Não há necessidade de ajuste de doses.</p> <p>Ritonavir: ↑ RTV e EFZ. Em caso de intolerância, considerar redução da dose de RTV para 500mg 2x/dia.</p> <p>Saquinavir: ↓ SQV e EFZ. Administrar somente associado com RTV.</p> <p>ITRNN: potencial interação,</p>	<p>O efavirenz não deve ser co-administrado com: astemizol, terfenadina, midazolam, triazolam, cisaprida, derivados do ergot e claritromicina. Rifampicina (↓ EFZ). Apesar de alguns estudos sugerirem o aumento da dose de EFZ para 800mg/dia, não se recomenda o ajuste de dose como rotina. Rifabutina (↓ rifabutina). Ajustar a dose de rifabutina para 450mg/dia. Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (potencial para ↓ dos níveis séricos de EFZ e dos anticonvulsivantes). Considerar alternativas terapêuticas. Metadona (↓ metadona).</p>

	contra-indicada a associação.	Considerar ajuste na dose de metadona Evitar o uso concomitante de erva de São João, cápsulas de alho, echinacea, ginseng e gincko-biloba (↓EFZ). O efavirenz ↑ níveis séricos do etinilestradiol, porém as implicações desse fato não são claras.
NEVIRAPINA		
Exantema, Síndrome de Stevens-Johnson. Elevação das transaminases, hepatite (tóxica ou no contexto de reação de hipersensibilidade grave).	Indinavir: ↓ IDV. Considerar ajuste da dose de IDV para 1.000mg 8/8h. Lopinavir/r: ↓ LPV. Aumentar a dose de LPV/r para 533/133mg 2x/dia. Nelfinavir: ↑ NFV. Não há necessidade de ajuste de doses. Ritonavir: ↓ RTV. Não há necessidade de ajuste de doses. Saquinavir: ↓ SQV. Administrar somente associado com RTV. Amprenavir ou outros ITRNN: contra-indicada a co-administração.	A nevirapina não deve ser co-administrada com: rifampicina, cetoconazol, cápsulas de alho, echinacea, ginseng, gincko-biloba, e erva de São João. Metadona (↓ metadona). Considerar ajuste na dose de metadona Atenção: A NVP ↓ etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.

Quadro VII-c: Efeitos adversos mais freqüentes e interações medicamentosas mais importantes dos inibidores da protease		
AMPRENAVIR		
Efeitos adversos	Interações com ARV	Outras interações
Intolerância gastrointestinal (diarréia, náusea, vômito, flatulência). Parestesia oral, exantema, aumento das transaminases, dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia, diabetes. Possível aumento de sangramentos em hemofílicos.	Didanosina: ↓ absorção de APV. Administrar com intervalo mínimo de 1 hora. Efavirenz: ↓ APV. Quando associado ao RTV, a dose do APV pode ser reduzida para 600-750mg 2x/dia. Ritonavir: ↑ APV. Utilizar 100mg RTV com 600mg APV.	O amprenavir não deve ser co-administrado com rifampicina, sinvastatina, lovastatina, astemizol, terfenadina, cisaprida, derivados do ergot, bepridil, midazolam, triazolam, erva de São João, cápsulas de alho, echinacea, ginseng, gincko-biloba e vitamina E. Rifabutina (↓ APV e ↑ rifabutina). Ajustar dose de rifabutina. Amiodarona, clozapina, lidocaína, fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, quinidina, metronidazol, dissulfiram, antidepressivos tricíclicos e warfarina.

Acidose láctica em gestantes e crianças abaixo de dois anos induzida por prolienoglicol (solução oral).		Administrar com precaução. Sildenafil (↑ sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/dia. Atenção: Etinilestradiol (↓ potencial dos níveis séricos de etinilestradiol). Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.
---	--	---

ATAZANAVIR

Intolerância gastrointestinal (menos freqüente que com outros IP). Hiperbilirrubinemia, distúrbio de condução cardíaca. Possível aumento de sangramentos espontâneos em hemofílicos. Aumento das transaminases.	<p>Indinavir: adição de toxidade (hiperbilirrubinemia); associação contra-indicada.</p> <p>Saquinavir: ↑ saquinavir, não há recomendação para uso combinado.</p> <p>ddl EC: ↓ absorção ATV; intervalo de 2h na administração das drogas.</p> <p>Efavirenz: ↓ AUC ATV; administrar somente com potencialização pelo RTV.</p>	<p>Medicamentos associados com prolongamento da condução cardíaca devem ser usados com cautela (bloqueadores do canal de cálcio, beta-bloqueadores, digoxina).</p> <p>ATV não deve ser co-administrado com rifampicina, astemizol, terfenadina, cisaprida, sinvastatina, lovastatina, bepridil, derivados do ergot, midazolam, triazolam, erva de São João, cápsulas de alho, echinacea, ginseng e gincko-biloba.</p> <p>Inibidores da bomba de prótons são contra-indicados e bloqueadores H2 devem ser administrados com 2 h de intervalo(↓ ATV).</p> <p>Rifabutina (↓ ATV e ↑ rifabutina). Ajustar dose de rifabutina.</p> <p>Cetoconazol e itraconazol (↑ ATV).</p> <p>Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (↓ ATV). Considerar alternativas terapêuticas.</p> <p>Sildenafil (↑ sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/dia.</p> <p>Contraceptivos (↑ etinilestradiol e noretindrona), usar dose mínima recomendada.</p>
---	---	---

INDINAVIR

Intolerância gastrointestinal (náusea, vômito, distúrbios do paladar, dor abdominal), nefrolítiase (hematúria, piúria estéril, cólica nefrética), astenia, fadiga, alopecia, alteração dos pelos	<p>Didanosina: ↓ absorção de IDV. Administrar com intervalo mínimo de 1 hora.</p> <p>Delavirdina: ↑ IDV. Reduzir a dose de IDV para 600mg 8/8h⁽²⁾.</p> <p>Efavirenz ou nevirapina: ↓ IDV. Considerar ajuste da dose de IDV para 1.000mg 8/8h.</p> <p>Ritonavir: ↑ IDV. Ajustar as doses para: IDV 800mg 2x/dia + RTV 100-200mg 2x/dia.</p>	<p>O indinavir não deve ser co-administrado com rifampicina, astemizol, terfenadina, cisaprida, sinvastatina, lovastatina, derivados do ergot, midazolam, triazolam, erva de São João, cápsulas de alho, echinacea, ginseng e gincko-biloba.</p> <p>Rifabutina (↓ IDV e ↑ rifabutina). Ajustar dose de rifabutina.</p> <p>Cetoconazol e itraconazol (↑ IDV). Considerar a redução da dose do IDV para 600mg 8/8h⁽²⁾.</p>
--	---	---

e unhas, xerodermia, xerostomia, hiperbilirrubinemia indireta (sem conseqüências). Possível aumento de sangramentos em hemofílicos. Aumento das transaminases, dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia, diabetes.	Saquinavir: evitar coadmistração.	Aciclovir (maior risco de nefrolitíase). Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (↓ IDV). Considerar alternativas terapêuticas Sildenafil (↑ sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/dia.
--	--	---

LOPINAVIR / r

Efeitos adversos	Interações com ARV	Outras interações
Intolerância gastrointestinal (diarréia, náusea e vômito). Parestesias (perioral e de extremidades). Possível aumento de sangramentos espontâneos em hemofílicos. Aumento das transaminases, dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia, diabetes.	Didanosina: ↓ absorção. Administrar com intervalo mínimo de 1 hora. Efavirenz ou nevirapina: ↓ LPV. Aumentar a dose de LPV/r para 533/133mg 2x/dia. Delavirdina, nelfinavir ou ritonavir adicional: evitar co-administração.	O LPV/r não deve ser co-administrado com: rifampicina, flecainida, propafenona, astemizol, terfenadina, cisaprida, derivados do ergot, pimizida, midazolam, triazolam, lovastatina, sinvastatina, erva de São João, cápsulas de alho, echinacea, ginseng e gincko-biloba. Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital ou dexametasona (↓ LPV). Usar com precaução. Atorvastatina ou cerivastatina (↑ inibidores da HMG-coA redutase). Considerar uso de drogas alternativas. Rifabutina (↑ rifabutina). Reduzir dose de rifabutina a 75% da dose usual recomendada. Medicamentos com potencial interação que requer estreito monitoramento ou ajuste de dose: amiodarona, bepridil, lidocaína (sistêmica), quinidina, ciclosporina, rapamicina, felodipina, nifedipina, nicardipina, metadona, cetoconazol, itraconazol. Sildenafil (↑ sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/48horas. Atenção: Etinilestradiol (↓ potencial dos níveis séricos de etinilestradiol). Usar

método contraceptivo alternativo ou adicional.

NELFINAVIR

Diarréia (frequente) e outros sintomas de intolerância gastrointestinal (mais raros). Possível aumento de sangramentos em hemofílicos. Aumento das transaminases, dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia, diabetes.

Didanosina: ↓ absorção da NFV. Administrar com intervalo mínimo de 1 hora.
Efavirenz ou nevirapina: ↑ NFV. Não há necessidade de ajuste de doses.
Saquinavir: ↑ SQV e NFV. Considerar ajuste da dose de SQV (cápsula mole) para 800mg 3x/dia ou 1.200mg 2x/dia.
Delavirdina, amprenavir ou lopinavir/r: contra-indicada a co-administração.

O nelfinavir não deve ser co-administrado com: rifampicina, fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, sinvastatina, lovastatina, derivados do ergot, astemizol, terfenadina, cisaprida, midazolam, triazolam, erva de São João, cápsulas de alho, echinacea, ginseng e gincko-biloba. Rifabutina (↓ NFV e ↑ rifabutina). Ajustar dose de rifabutina. Bloqueadores de cálcio (possibilidade de aumento dos níveis séricos dos bloqueadores). Monitorar toxicidade. Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (↓ NFV). Considerar alternativas terapêuticas. Sildenafil (↑ sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/dia. Atenção: etinilestradiol e noretindrona (↓ níveis séricos dos hormônios). Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.

RITONAVIR

Efeitos adversos	Interações com ARV	Outras interações
Intolerância gastrointestinal (diarréia, náusea e vômito, flatulência, alteração do paladar, anorexia). Parestesias (perioral e de extremidades). Cefaléia, astenia, tonturas, insônia, parestesias (perioral e de extremidades). Elevação de CPK e ácido úrico. Possível aumento de sangramentos em hemofílicos. Aumento das transaminases, hepatite clínica. Dislipidemia, lipodistrofia,	<p>Didanosina: ↓ absorção de RTV. Administrar com intervalo mínimo de 1 hora.</p> <p>Efavirenz: ↑ RTV e EFZ. Em caso de intolerância, considerar redução de dose de RTV para 500mg 2x/dia.</p> <p>Nevirapina: ↓ RTV. Não há necessidade de ajuste de doses.</p> <p>Amprenavir: ↑ APV. Utilizar RTV na dose de 100-200mg 2x/dia.</p> <p>Indinavir: ↑ IDV. Ajustar as doses para: IDV 800mg 2x/dia + RTV 100-200mg 2x/dia</p> <p>Saquinavir: ↑ SQV. Ajustar as doses para: SQV (cápsula dura</p>	<p>O ritonavir não deve ser co-administrado com: meperidina, piroxicam, propoxifeno, amiodarona, encainida, flecainida, propafenona, quinidina, beperidil, derivados do ergot, sinvastatina, lovastatina, astemizol, terfenadina, cisaprida, bupropiona, clozapina, pimozida, clorzepato, alprazolam, diazepam, estazolam, flurazepam, midazolam, triazolam, zolpidem, erva de São João, cápsulas de alho, echinacea, ginseng e gincko-biloba .</p> <p>Rifampicina (↓ RTV). Não há necessidade de ajuste de dose. Rifabutina (↑ rifabutina). Ajustar</p>

<p>hiperglicemia, diabetes.</p>	<p>ou cápsula gel) 400mg 2x/dia + RTV 400mg 2x/dia. Delavirdina ou lopinavir/r: contra-indicada co-administração.</p>	<p>dose de rifabutina. Cetoconazol (↑ cetoconazol). Não exceder a dose de cetoconazol de 200mg/dia. Desipramina (↑ desipramina). Considerar a redução da dose de desipramina. Teofilina (↓ teofilina). Monitorar teofilina Metadona (↓ metadona). Considerar aumento de dose da metadona. Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (possíveis alterações da AUC das drogas). Monitorar os anticonvulsivantes. Metronidazol, tinidazol , secnidazol e dissulfiram (efeito antabuse com o conteúdo de álcool da preparação de ritonavir). Sildenafil (↑ sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/48horas. Atenção: Etinilestradiol (↓ etinilestradiol). Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.</p>
---------------------------------	--	---

SAQUINAVIR

Intolerância gastrointestinal (diarréia, náusea, dor abdominal), mais intensa com a formulação de cápsulas moles.
Cefaléia.
Possível aumento de sangramentos em hemofílicos.
Aumento das transaminases, dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia, diabetes.

Didanosina: ↓ absorção de SQV. Administrar com intervalo mínimo de 1 hora.

Efavirenz: SQV e EFZ.
Administrar somente associado com RTV.

Nevirapina: ↓ SQV. Administrar somente associado com RTV.

Nelfinavir: ↑ SQV e NFV.
Considerar ajuste da dose de SQV (cápsula mole) para 800mg 3x/dia ou 1200mg 2x/dia.

Ritonavir: ↑ SQV. Ajustar as doses para: SQV (cápsula dura ou cápsula gel) 400mg 2x/dia + RTV 400mg 2x/dia.

Delavirdina, amprenavir ou indinavir: contra-indicada co-administração.

O saquinavir não deve ser co-administrado com sinvastatina, lovastatina, derivados do ergot, rifabutina, astemizol, terfenadina, cisaprida, midazolam, triazolam e erva de São João, cápsulas de alho, echinacea, ginseng e ginkgo-biloba.

Fenobarbital, fenitoína, dexametasona e carbamazepina (↓ SQV).
Considerar alternativas terapêuticas.

Rifampicina (↓ SQV).
Administrar somente associado com RTV.

Sildenafil (↑ sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/dia.