



# **Guia de cuidados aos pacientes em uso de terapia antirretroviral**



Fortaleza  
2012





Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

B875g Brito, Daniele Mary Silva de  
Guia de cuidados aos pacientes em uso de  
terapia antirretroviral. / Daniele Mary Silva de  
Brito. Fortaleza- 2012.  
68p.: il.

1. HIV - terapia. 2. Antirretrovirais. 3. Guia.  
I. Título

CDD: 616.9792

---





Daniele Mary Silva de Brito

# **Guia de cuidados aos pacientes em uso de terapia antirretroviral**



Fortaleza  
2012





© Daniele Mary Silva de Brito

### **Colaboradores**

Érico Antônio Gomes de Arruda  
*Médico do Hospital São José*

Guilherme Alves de Lima Henn  
*Médico do Hospital São José*

Maria Joire Vitorino Barbosa  
*Enfermeira do Hospital São José*

Marli Terezinha Gimeniz Galvão  
*Professora da Graduação e Pós-Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal do Ceará*

Telma Alves Martins  
*Supervisora do Núcleo de Prevenção e Controle  
de Doenças e Agravos – Nuprev/Coprom/Sesa*

Wanda Maria Soares Ximenes  
*Enfermeira do Hospital São José*

### **Revisão**

Maria do Céu Vieira

### **Diagramação**

George G. de Araújo

### **Bibliotecária**

Norma de Carvalho Linhares





## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1. Recomendações para início da terapia antirretroviral .....	27
Quadro 2. Drogas e combinações preferenciais e alternativas .....	28
Quadro 3. Sugestões para aconselhamento pré-TARV .....	45
Quadro 4. Aspectos a serem abordados nos atendimentos iniciais.....	48
Quadro 5. Recomendações para prevenção da exposição a patógenos oportunistas.....	50
Quadro 6. Recomendações de profilaxia e tratamento das principais doenças oportunistas em pacientes infectados com HIV .....	52
Quadro 7. Condutas de saúde aos principais efeitos adversos aos antirretrovirais .....	54



**SUMÁRIO**

Apresentação.....	8
1 Introdução.....	12
2 Antirretrovirais (ARV).....	15
3 Classes dos antirretrovirais.....	16
Tipos de inibidores.....	18
Critérios para início do tratamento antirretroviral.....	19
Escolha do esquema Inicial.....	22
Escolha da terapia antirretroviral em situações especiais.....	24
4 Profilaxia da transmissão vertical do HIV.....	25
5 Quimioprofilaxia antirretroviral no recém-nascido.....	29
Esquema recomendado.....	29
6 Apresentação, dose usual e efeitos adversos dos inibidores.....	30
Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos.....	30
Inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos.....	35
Inibidores de protease.....	37
Inibidor de integrase (II).....	43



Inibidor de correceptor (CCR5).....	44
Inibidor de fusão.....	45
7 Profilaxia de infecção oportunista.....	49
8 Escore de Framingham para o cálculo do risco de doença coronária.....	60
Escore de Framingham para o cálculo do risco de doença coronária (homem).....	62
Escore de Framingham para o cálculo do risco de doença coronária (mulher).....	64
Referências.....	67



## Apresentação

A assistência à saúde tem papel significativo na determinação do processo saúde-doença dos indivíduos, sugerindo a reorientação dos serviços e sistemas de saúde com vistas à implementação de práticas integrais e ao fortalecimento de ações de promoção da saúde. Este Guia é um instrumento direcionado aos profissionais de saúde dos diversos cenários da prática em saúde, quer em âmbito domiciliar, ambulatorial ou hospitalar para auxiliar as pessoas vivendo com HIV/aids e seus cuidadores a promoverem a saúde.

Elaborado por uma pesquisadora comprometida com as políticas de saúde, e interessada em divulgar os direitos à saúde dos indivíduos no contexto da aids. A autora, Daniele Mary Silva de Brito é doutora em Enfermagem, pela Universidade Federal do Ceará, como parte de um programa cujo ícone principal é a promoção da saúde. Inserida em um serviço especializado e inquieta com a promoção da saúde das pessoas com aids, a adesão à terapia antirretroviral (TARV) era preocupação fundamental de Daniele, já que seu uso é a principal forma de alcançar melhores níveis de saúde.

Almejando maior adesão à TARV, e para driblar os fatores intervenientes nos processos passíveis de ocasionar reduzido grau de adesão ao tratamento, desenvolveu-se, pois, o presente Guia.





Como ressaltado, entre os fatores que promovem a adesão, sobressaem a disponibilidade de acesso aos serviços, a frequência e realização de exames laboratoriais, a assiduidade às consultas e orientações contínuas para resolver dúvidas e auxiliar os clientes nas devidas tomadas dos antirretrovirais. Para isso, os profissionais de saúde que atendem pessoas com HIV/aids devem estar permanentemente envolvidos nas questões relacionadas ao tema. Diante dessa prioridade e para efeito didático, esta publicação foi desenvolvida em oito capítulos, conforme exposto.

Os três primeiros capítulos referem-se à apresentação dos antirretrovirais e reforçam a necessidade do tratamento da infecção pelo HIV, cuja evolução mudou sensivelmente a história natural da aids. Nos capítulos 4 e 5 discute-se a prevenção da transmissão vertical, indispensável para reduzir as chances da infecção da mulher-mãe infectada pelo HIV ao filho, durante a gestação, parto ou pós-parto. No contexto da maternidade a adesão é essencial para reduzir as chances de exposição da criança ao HIV.

O capítulo 6 informa as possibilidades de tratamento direcionado ao HIV, particularmente doses e efeitos colaterais da TARV. Destacam-se os inibidores da transcriptase reversa análogos e não-análogos de nucleosídeos, inibidores de protease,

de integrase II, de correceptor CCR5 e inibidor de fusão.

Para implementar as orientações referentes às profilaxias das doenças oportunistas, o capítulo 7 descreve os cuidados para o desenvolvimento das doenças de maior ocorrência entre as pessoas vivendo com HIV, entre as quais a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, a toxoplasmose, a histoplasmose, a tuberculose e o HPV. Ainda no capítulo, constam as condutas sugeridas para os principais efeitos adversos provocados pelos antirretrovirais.

Em virtude de o uso da TARV poder provocar algumas consequências negativas à saúde, entre elas, o aumento do risco cardiovascular, decorrente da alteração do perfil lipídico ou da distribuição da gordura corporal, que pode resultar em acúmulo de gordura visceral, a autora julgou pertinente falar sobre o risco de doença coronária. Assim, no capítulo 8, apresenta-se um modo de avaliar o risco cardiovascular, mediante o Escore de Framingham, para homens e mulheres.

Complementarmente, mencionam-se as referências científicas utilizadas como fundamentação teórico-científica nos diferentes capítulos desse documento. Portanto, a edição deste trabalho, desenvolvido em conjunto com especialistas da infectologia, quer sejam professores, pesquisadores ou profissionais da área assistencial de instituições envolvidas com o tema, configurou uma produção



multidisciplinar, colocada à disposição da comunidade como suporte à promoção da saúde das pessoas infectadas pelo HIV/aids. Seu foco é a adesão aos antirretrovirais, considerada como medida fundamental para alcançar melhores condições de sobrevivência em face da epidemia de aids.

**Marli T. Gimenez Galvão**

*Professora da Graduação e Pós-Graduação  
em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará  
Pesquisadora do CNPq*



## 1 Introdução

As políticas públicas brasileiras para a provisão de assistência à saúde de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) têm tido reconhecimento em âmbito mundial, principalmente no tocante à garantia do acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral (TARV). Atribui-se a essas políticas parte do êxito do tratamento, com reflexos na redução da mortalidade e de interações por HIV em anos recentes.

Neste âmbito, o surgimento da terapia antirretroviral combinada e a disponibilização de marcadores biológicos (CD4 e carga viral) para o monitoramento da progressão do HIV destacam-se como fatores positivos, sobretudo ao reduzirem a morbimortalidade das pessoas infectadas pelo HIV. No caso específico do Brasil, a introdução da terapia antirretroviral, associada à oferta gratuita dos medicamentos nos serviços de saúde pública, tem ampliado as expectativas e propiciado melhor qualidade de vida aos portadores de HIV.

Entretanto, o acesso ao tratamento precisa ser facilitado, o que significa não apenas disponibilizar os medicamentos, mas, principalmente, junto com o portador e a família, estabelecer um plano terapêutico possível de ser seguido. Dessa forma, a adesão ao tratamento poderá ser contemplada de forma adequada.



De acordo com o Ministério da Saúde, a adesão transcende a simples ingestão de medicamentos e inclui outras exigências. Entre estas, o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV no estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde (BRASIL, 2008a). Ademais, menciona a habilidade do portador em seguir as prescrições e recomendações a ele propostas e, também, o entendimento dos benefícios advindos do tratamento.

Neste contexto, a adesão e a eficácia do tratamento estão atreladas a um processo dinâmico, interativo e contínuo, que envolve os profissionais de saúde e o indivíduo com HIV e é influenciado por fatores inerentes à doença, ao tratamento, à equipe de saúde, à rede social e ao modo como os indivíduos infectados pelo HIV enfrentam suas possibilidades para obter uma melhor qualidade de vida. Portanto, uma avaliação precisa da adesão é fundamental para um adequado planejamento do tratamento. Assim, a avaliação da qualidade da assistência ambulatorial e a identificação dos prováveis fatores associados com a não-adesão do paciente à terapia antirretroviral torna-se uma prioridade para os profissionais de saúde.

Diante desta realidade, a adesão ao tratamento sobressai entre os maiores desafios de atenção às pessoas vivendo com o HIV, porquanto demanda dos seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, bem como o uso de diversos medicamentos ao longo da vida, além da necessidade, por parte dos serviços de saúde, de novas estratégias e oferta de atividades específicas voltadas para a adesão.

Logo, a adesão ao tratamento assume grande importância diante da perspectiva de uma vida longa e de qualidade. No entanto, com vistas à obtenção de resultados favoráveis, os pacientes em uso de TARV devem ter acompanhamento com a equipe de saúde periodicamente.

Nessa fase a equipe de saúde deve verificar, em especial, se a pessoa está se adaptando ao tratamento. O diálogo revela-se, então, como uma ferramenta fundamental para que o paciente compreenda o esquema terapêutico. Ressalta-se, pois, a importância do trabalho da equipe multidisciplinar no apoio ao paciente para lidar com as próprias dificuldades e desenvolver estratégias para o seguimento terapêutico do paciente, facilitando a adesão à TARV.

Este Guia destina-se, prioritariamente, aos profissionais de saúde que trabalham com a temática, no intuito de que as atividades em adesão ampliem suas ações de forma compartilhada com os usuários. Espera-se, assim, contribuir para a melho-



ria na qualidade de vida das pessoas com HIV/aids e reafirmar a importância da adesão ao tratamento em seus variados aspectos.

## 2 Antirretrovirais (ARV)

Desde o advento dos inibidores de protease (IP), o tratamento da infecção pelo HIV tem evoluído continuamente e mudou-se sensivelmente a história natural da aids. Com o tratamento antirretroviral altamente ativo, ampliou-se a expectativa de vida dos pacientes. No entanto, eles terão de fazer uso dos antirretrovirais por toda a vida.

Aliado ao fato, o uso prolongado dos antirretrovirais pode induzir a efeitos colaterais marcantes fazendo com que muitos pacientes tenham dificuldade de adesão ou se recusem a continuar com a terapia. Entre os principais efeitos incluem-se a lipodistrofia (lipoatrofia ou lipohipertrofia) e distúrbios metabólicos importantes, tais como a hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, acidose lática, intolerância a glicose e diabetes, além de outros efeitos indesejáveis (BRASIL, 2008b).

Como divulgado, a terapia antirretroviral impede a multiplicação do HIV em diferentes etapas de reprodução no organismo. O tratamento consiste na combinação de drogas que ajudam a restabelecer a imunidade do organismo, evitando a manifestação das doenças oportunistas. Contudo, o

paciente deverá ser acompanhado periodicamente para que a equipe de saúde possa verificar se ele está se adaptando ao tratamento, se surgiram efeitos indesejados com a medicação e quais as dificuldades para seguir as recomendações.

Com vistas a uma orientação segura, o paciente precisa relatar todas as dificuldades enfrentadas em relação aos medicamentos, para que a equipe, junto com ele, possa tentar solucioná-las, e, assim, propiciar maior adesão à terapia antirretroviral.

### 3 Classes dos antirretrovirais

Segundo Veronesi e Focaccia (2009), os antirretrovirais são divididos em seis classes:

1. **Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN):** Os ITRN são fármacos que agem inibindo a enzima transcriptase reversa. Eles impedem a reprodução do HIV por mimetizarem uma das moléculas usadas pelo vírus para construir o DNA de novas partículas virais.
2. **Inibidores da Transcriptase Reversa Não - Análogos de Nucleosídeos (ITRNN):** Os ITRNN são responsáveis pelo bloqueio direto da ação da transcriptase reversa.





3. **Inibidores da Protease (IP):** Para o vírus se tornar infeccioso é essencial que as novas proteínas víricas sejam cortadas e estruturadas corretamente. Os inibidores da protease bloqueiam o local onde o corte deve ocorrer, e, assim, impedem os novos vírus de amadurecer e de infectar outras células.
4. **Inibidores da Integrase (II):** Os inibidores de integrase atuam inibindo a inserção do DNA viral ao DNA celular do hospedeiro. Desse modo, a integração do DNA é bloqueada pelos inibidores.
5. **Inibidor de Correceptor (CCR5):** Atua impedindo a ligação do HIV com o receptor quimoquina CCR5, também necessário para entrada do vírus no interior da célula.
6. **Inibidores de Fusão T20 (ENF):** O enfurvitida atua inibindo a molécula gp41 do vírus, e, desta forma, bloqueia a fusão do vírus com a célula do hospedeiro.

## Tipos de inibidores

### Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos

1. Zidovudina (AZT)
2. Lamivudina (3TC)
3. Tenofovir (TDF)
4. Didanosina (ddl)
5. Abacavir (ABC)
6. Estavudina (d4T).

### Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos

1. Efavirenz (EFV)
2. Nevirapina (NVP)
3. Etravirina (ETR)

### Inibidores de Protease

1. Lopinavir (LPV)
2. Atazanavir (ATV)
3. Fosamprenavir (FPV)
4. Saquinavir (SQV)
5. Indinavir (IDV)
6. Darunavir (DRV)
7. Ritonavir (RTV)
8. Tipranavir (TPV)



### **Inibidor de Integrase (II)**

- Raltegravir (RAL)

### **Inibidor de Correceptor (CCR5)**

- Maraviroque (MVQ)

### **Inibidor de Fusão**

- Enfuvirtida – T20 (ENF)

### **Crítérios para início do tratamento antirretroviral**

#### **Pessoas assintomáticas com CD4 $\leq$ 500 células/mm<sup>3</sup>**

Expansão da recomendação de início de tratamento, incluindo pessoas assintomáticas com contagem de linfócitos CD4 abaixo de 500 células/mm<sup>3</sup>

#### **Pessoas assintomáticas com CD4 $>$ 500 células/mm<sup>3</sup>**

Indicação de TARV para pacientes com CD4 acima de 500 células/mm<sup>3</sup> coinfectados com hepatite B e com indicação de tratamento da hepatite.

Além disso, deve se considerar o início da TARV em pacientes com doença cardiovascular ou risco cardiovascular elevado e neoplasias que necessitam de tratamento imunossupressor, mesmo que pacientes com CD4 superior a 500 células/mm<sup>3</sup>.

Obs.: assintomático sem contagem de CD4 disponível recomenda-se não iniciar a TARV.

### **Sintomáticos, independente da contagem de CD4**

Maior ênfase à indicação de tratamento para todos os sintomáticos ou na presença de manifestações associadas ao HIV, independentemente da contagem de CD4. Tal situação inclui tuberculose ativa, independente da forma clínica, alterações neurológicas, nefropatia e cardiopatia associadas ao HIV.

### **Genotipagem pré-tratamento**

Realização de genotipagem para detecção de resistência genotípica para pessoas que tenham se infectado com um parceiro em uso de medicamentos antirretrovirais, já que a possibilidade de transmissão de mutações de resistência é mais provável nesta situação. Também se recomenda a realização



de genotipagem pré-tratamento para gestantes infectadas pelo HIV.

### **Tratamento como prevenção**

Pessoas que vivem com HIV (PVHA) em parceria sorodiscordante, indica-se a antecipação do início do tratamento, como medida de prevenção da transmissão do HIV. O tratamento deve ser oferecido, independente da contagem de CD4. A avaliação deve ser individualizada e o tratamento iniciado desde que a PVHA esteja motivada e esclarecida sobre riscos e benefícios. Deve-se respeitar a autonomia da pessoa no processo decisório. Esta estratégia de prevenção complementa, sem substituir as já existentes.

### **Gestantes**

Iniciar TARV independente da contagem de CD4.

### **Esquemas iniciais de tratamento**

Tenofovir será opção de primeira escolha, assim como a zidovudina na definição da dupla de inibidores nucleosídeos de transcriptase reversa para tratamento inicial, em associação com a lamivudina. Além disso, será dada maior ênfase para utili-

zação de não nucleosídeos da transcriptase reversa, sendo preferencial o efavirenz ou nevirapina. Em caso de impossibilidade de uso da classe de ITRNN, o lopinavir/r poderá ser indicado (BRASIL, 2012).

### Escolha do esquema Inicial

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três drogas:

**Preferencial:** 2 ITRN + ITRNN

**Alternativo:** 2 ITRN + IP/r

### Esquema preferencial

Exemplo:

Zidovudina + Lamivudina (AZT+3TC)  
ou Tenofovir (TDF) + 3TC  
+  
Efavirenz

Exemplo:

Zidovudina + Lamivudina (AZT+3TC)  
ou Tenofovir (TDF) + 3TC  
+  
Nevirapina



## Esquema alternativo

Exemplo:

Zidovudina + Lamivudina (AZT+3TC)  
ou Tenofovir (TDF) + 3TC  
+  
Lopinavir + Ritonavir (LPV/r)

## Informações

No **esquema preferencial a Lamivudina** será sempre a droga de escolha para ser associada com os demais ITRN.

Exemplo:

Zidovudina + Lamivudina  
Tenofovir + Lamivudina

No esquema alternativo os IP sempre serão associados com **Ritonavir** (rtv) de preferência ou sempre que possível.

Exemplo:

Lopinavir + Ritonavir  
Atazanavir + Ritonavir  
Saquinavir + Ritonavir.

Nos casos de intolerância ao AZT, a Didanosina entérica (ddl), Tenofovir (TDF), Abacavir (ABC) e Estavudina (d4T) podem substituir, em combinação com Lamivudina.

Recomenda-se evitar o uso de AZT em casos de anemia ( $Hb < 10,0$ ) e neutropenia (neutrófilos  $< 1000$ ).

### **Escolha da terapia antirretroviral em situações especiais**

#### **Condição clínica:** hepatite B

- **Recomendação:** a dupla de ITRN preferencial é TDF+3TC.
- **Comentários:** esta dupla tem ação contra HBV.

#### **Condição clínica:** nefropatia

- **Recomendação:** a dupla de ITRN preferencial é AZT+3TC.
- **Comentários:** evitar uso de TDF em razão da nefrotoxicidade

#### **Condição clínica:** tuberculose

- **Recomendação:** efavirenz deve preferencialmente compor o esquema.



- Comentários: evitar uso de IP/r. Se possível iniciar TARV dentro de 4 semanas após início do tratamento para TB.

**Condição clínica:** gestação

- Recomendação: esquema preferencial deve ser AZT+3TC+LPV/r
- Comentários: Efavirenz deve ser evitado no primeiro trimestre (BRASIL, 2012).

## 4 Profilaxia da transmissão vertical do HIV

As taxas de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, durante a gestação, situam-se entre 25 e 30%. Desse percentual, 25% referem-se à transmissão intraútero e 75% à transmissão intraparto. O primeiro estudo clínico a utilizar a terapia antirretroviral com o objetivo de reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV foi o protocolo 076, do Pediatrics Aids Clinical Trial Group (PACTG 076) (BRASIL, 2010a).

No entanto, em virtude de outros estudos com combinações de três ARV, avaliou-se a potência de inibição da replicação viral, menor risco de resistência viral a curto prazo e maior segurança dos antirretrovirais. A TARV deve ser administrada a todas



as gestantes infectadas pelo HIV, com associação de três ARV, independentemente da situação virológica, clínica ou imunológica.

Contudo, a profilaxia é recomendada para gestantes que não possuem indicação de tratar a infecção pelo HIV, pois são assintomáticas e o dano imunológico é pequeno ou ausente, além de haver baixo risco de progressão para aids.

O início do esquema deve ser precoce, entre a 14ª e a 28ª semana de gravidez. Torna-se essencial reforçar junto à gestante o impacto positivo do tratamento, no momento em que se decide iniciá-lo.

Após o parto a puérpera deverá ser orientada quanto à importância do seu acompanhamento clínico e ginecológico, e sobre o acompanhamento da criança até a definição da sua situação sorológica. É muito comum, após o parto, haver diminuição da adesão da mulher ao acompanhamento clínico, principalmente o não comparecimento às consultas agendadas em serviço de referência para HIV, quando o diagnóstico é feito na maternidade. Seu comparecimento às consultas deve ser estimulado e monitorado, lançando-se mão de busca ativa, se necessário (BRASIL, 2010a).

### Quadro 1. Recomendações para início da terapia antirretroviral

Idade gestacional (IG)	Status clínico da gestante	Conduta laboratorial
Após a 28ª semana de gestação	Assintomática, sem contagem TCD4 disponível	Coletar sangue para contagem de Carga Viral e iniciar imediatamente a profilaxia com TARV combinada (associação de três ARV) independentemente do resultado de TCD4 e CV.
Entre a 14ª e a 28ª semana de gestação	Assintomática, com contagem de TCD4 $\geq 350$ cel/mm <sup>3</sup>	Profilaxia com TARV combinada (associação de três ARV).
Independente da IG	Assintomática, com TCD4 $< 350$ cel/mm <sup>3</sup>	Tratar + quimio-profilaxia para infecções oportunistas (IO) (indicada se TCD4 $< 200$ cel/mm <sup>3</sup> ).
Independente da IG	Sintomática	Tratar + quimio-profilaxia primária para IO.

Fonte: (BRASIL, 2010b).

**Quadro 2. Drogas e combinações preferenciais e alternativas**

Grupo farmacológico	1ª escolha	2ª escolha
2 ITRN	AZT+3TC	ddl EC +3TC ou d4T + 3TC
IP	LPV/r	SQV/r(1)
ITRNN	NVP (2)	

Fonte: (BRASIL, 2010a).

No manejo antirretroviral da mãe, a decisão de continuar ou interromper os ARV no pós-parto depende da contagem de linfócitos TCD4, sintomas clínicos, coinfeções e estágio da doença materna. A conduta deverá ser definida pelos médicos acompanhantes da mulher infectada pelo HIV (ginecologista e infectologista) no puerpério.

As puérperas com TCD4 < 350 cel/mm<sup>3</sup> e ou sintomas/sinais de imunossupressão devem ser aconselhadas a manterem a TARV. Atenção especial deve ser dada à possibilidade de depressão puerperal, que pode interferir na adesão aos ARV, com consequente resistência viral.

Aquelas com TCD4 ≥ 350 cel/mm<sup>3</sup> e assintomáticas, bem como as que usaram apenas AZT injetável no periparto, devem suspender o ARV após o parto. Nessa situação, atenção especial deve ser dispensada aos casos de mulheres em uso de nevir-



pina, que deve ser suspensa, mantendo-se, porém, os outros ARV por mais sete a catorze dias (BRASIL, 2010a).

## 5 Quimioprofilaxia antirretroviral no recém-nascido

A profilaxia da TARV requer a utilização de AZT em solução oral para todos os recém-nascidos expostos ao HIV, procedimento adotado no PACTG 076.

O recém-nascido deve receber zidovudina solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras duas horas após o nascimento. Nesse caso, o tratamento deve ser mantido durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias) (BRASIL, 2010a).

### Esquema recomendado

Zidovudina, solução oral, 10mg/ml – Iniciar preferencialmente até a 2ª hora pós-parto, na dose de 2mg/kg a cada seis horas, durante seis semanas (42 dias). Diante da possibilidade de ocorrência de anemia no recém-nascido em uso de AZT, recomenda-se a realização de hemograma completo, possibilitando avaliação prévia ao início da profilaxia e o monitoramento após seis e dezesseis semanas.

A partir de quatro a seis semanas de vida até a definição do diagnóstico da infecção pelo HIV, a criança deve receber quimioprofilaxia para pneumonia pelo *P. jirovecii*, com sulfametoxazol (SMX) + trimetoprim (TMP), na dosagem de 25-40mg/kg/dia de SMX ou 5-10mg/kg/dia de TMP, divididos em duas doses diárias, três vezes por semana, ou em dias alternados (BRASIL, 2010a).

## 6 Apresentação, dose usual e efeitos adversos dos inibidores

### Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos

#### 1. Zidovudina

##### Apresentação

AZT 300 + Lamivudina 150 = Biovir = AZT + 3TC  
AZT 100 mg

##### Dose usual

AZT + 3TC (Biovir) = 1 CP 12/12h  
AZT 100 mg = 2 CP 12/12h

**Efeitos adversos:** alteração hematológica (leucopenia, anemia, plaquetopenia) vômitos, náuseas,

astenias, fadiga, insônia, desconforto abdominal, hepatotoxicidade, pigmentação das unhas e mucosas (melaniquia).

### Recomendações

- Deve ser ingerida de preferência com estômago vazio ou com alimento com baixo teor de gordura, ou seja, administrar com ou sem alimento.
- No início do tratamento devem ser solicitados hemogramas quinzenais e depois mensais de acordo com a evolução clínica.
- Se Hb < 8,0 g/dl ou neutropenia (< 750 cel/mm<sup>3</sup>) deve ser considerado o uso de outra medicação.

## 2. Lamivudina (3TC)

### Apresentação

3TC 150 mg + Zidovudina 300 mg = Biovir  
CP 150 mg

### Dose usual

AZT + 3TC (Biovir) = 1 CP 12/12 h

3TC 150 mg = 1 CP de 12/12 h ou 2 CP 1 dia

**Efeitos adversos:** praticamente inexistentes, mas pode apresentar náuseas, vômitos, eventuais episódios diarreicos, insônia e neuropatia periférica.

**Recomendação:** administrar com ou sem alimento. Também possui ação contra o vírus da hepatite B (HBV) e restaura sensibilidade a outros ARV.

### 3. Tenofovir (TDF)

#### Apresentação

CP 300 mg

#### Dose usual

TDF 300 mg 1 CP 1/dia

**Efeitos adversos:** insuficiência renal, náuseas, dor abdominal, flatulência, diarreia, pancreatite, especialmente se usado com didanosina (ddl).

#### Recomendações

- Administrar com ou sem alimento, porém de preferência com alimento.
- Interações medicamentosas com Didanosina, Atazanavir e Lopinavir.
- Contraindicada a pacientes com insuficiência renal. Possui ação contra HBV.





#### 4. Didanosina (ddl)

##### Apresentação

CP 250 mg e CP 400 mg

##### Dose usual

<60 kg = ddl 250 mg = 1 CP 1/dia

>60 kg =ddl 400 mg = 1 CP 1/dia

**Efeitos adversos:** lipodistrofia, pancreatite, acidose láctica, náusea, vômito, diarreia, dor abdominal, neuropatia periférica, aumento de enzimas hepáticas, esteatose, elevação do ácido úrico, glicemia e lipase.

##### Recomendações

- Administrar em jejum, mantendo intervalo  $\geq 30$  min antes ou  $\geq 2$ h após a alimentação.
- Não pode ser administrado por sonda.

#### 5. Abacavir (ABC)

##### Apresentação

CP 300 mg

##### Dose usual

ABC 300 mg 1 CP 12/12 h ou 2 CP 1/dia

**Efeitos adversos:** reações alérgicas que constituem contraindicação absoluta à reintrodução do fármaco, náuseas, vômito, diarreia, febre, insônia, fadiga, artralgia.

### Recomendações

- Administrar com ou sem alimento.
- Reações de hipersensibilidade sérica e potencialmente fatais podem ocorrer nas primeiras semanas.
- A hipersensibilidade é uma síndrome caracterizada pela presença de dois ou mais sinais e sintomas dos seguintes grupos:
  - » **Grupo 1** – febre
  - » **Grupo 2** – rash
  - » **Grupo 3** – gastrointestinal (náusea, vômito, diarreia e dor abdominal)
  - » **Grupo 4** – sintomas constitucionais (astenia, cansaço e dores generalizadas)
  - » **Grupo 5** – respiratórios (dispneia, tosse e faringite)

## 6. Estavudina (d4T)

### Apresentação

CP 30 mg

**Dose usual**

1 CP 12/12h

**Efeitos adversos:** lipodistrofia, neuropatia periférica, intolerância gastrointestinal, esteatose hepática, pancreatite, acidose láctica e dislipidemia.

**Recomendação:** administrar com ou sem alimento.

**Inibidores da transcriptase reversa  
não-análogos de nucleosídeos****1. Efavirenz (EFV)****Apresentação**

600 mg

**Dose usual**

1 CP 1/dia

**Efeitos adversos:** tonturas, alucinações, alterações do sono, pesadelos, reações alérgicas, teratogenicidade (contraindicado na gestação), depressão, insônia e dislipidemia em uso prolongado.

**Recomendações**

- Administrar de preferência à noite.

- Os alimentos pouco interferem com a sua absorção. Contudo, devem ser evitados alimentos com alto teor de gordura.
- A ingestão com alimentos pode reduzir a intensidade dos efeitos colaterais.
- Os sintomas podem ocorrer nas primeiras vinte e quatro semanas de uso e tendem a desaparecer progressivamente.
- Caso seja utilizado por mulheres em idade fértil, fazer uso de anticoncepcional e orientar a paciente a usar outro método além da pílula, em virtude da interação com o EFV.

## 2. Nevirapina (NVP)

### Apresentação

CP 200 mg

### Dose usual

1 CP 1/dia nos primeiros 15 dias. Se não houver reação alérgica, passar para 1 CP 12/12h

**Efeitos adversos:** reação alérgica, hepatotoxicidade.

### Recomendações

- Administrar com ou sem alimento.



- Contraindicado durante terapia para tuberculose.
- Rash: 22% de uma a oito semanas de terapia; 9%: Stevens-Johnson; autolimitado na maioria.

### 3. Etravirina (ETV)

#### Apresentação

CP 100 mg

#### Dose usual

2 CP 12/12h

**Efeitos adversos:** cefaleia, dor abdominal, vômito, náuseas e erupções na pele após a segunda semana de tratamento. Caso as erupções se tornem graves, deve ser suspenso.

**Recomendação:** administrar com alimento.

#### Inibidores de protease

### 1. Lopinavir (LPV)

#### Apresentação

CP 200 mg + (50 mg Ritonavir) = Kaletra<sup>R</sup>

**Dose usual**

2 CP 12/12h

**Efeitos adversos:** náusea, diarreia, dor abdominal, dislipidemia.

**Recomendações**

- Administrar com alimentos.
- Não pode ser administrado por sonda, nem mastigado ou triturado, exceto no caso de solução oral.

**2. Atazanavir (ATV)****Apresentação**

CP 200 mg e CP 300 mg

**Dose usual**

ATV 300 mg 1 CP + Ritonavir 100 mg 1/dia

ATV 200 mg 2 CP 1/dia (sem Ritonavir)

**Efeitos adversos:** icterícia, náusea e diarreia.

**Recomendações**

- Administrar com alimento.
- Não há aumento significativo do colesterol total, LDL ou triglicérido.



- Não administrar por sonda.
- Sempre que for associado ao TDF, necessariamente terá de ser na associação de RTV (ATV 300+RTV 100).
- Proibido o uso de medicamentos que modificam o PH do estômago (antiácidos, bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons) como: hidróxido de magnésio-alumínio, ranitidina, omeprazol, pantoprazol etc. por interferirem substancialmente na absorção do ATV.

### 3. Fosamprenavir (FPV)

#### Apresentação

CP 700 mg

#### Dose usual

1 CP FVP + RTV 100 mg 12/12h  
ou 2 CP FPV + RTV 100 mg 1/dia

**Efeitos adversos:** náusea, diarreia, rash e dislipidemia.

**Recomendação:** administrar com ou sem alimento.

#### 4. Saquinavir (SQV)

##### **Apresentação**

CP 200 mg

##### **Dose usual**

5 CP SQV + 1 CP RTV 100 mg 12/12h.

**Efeitos adversos:** náuseas, diarreia e dislipidemia.

**Recomendação:** administrar com alimento.

#### 5. Indinavir (IDV)

##### **Apresentação**

CP 400 mg

##### **Dose usual**

2 CP IDV + 1 CP RTV 100 mg 12/12h

2 CP IDV de 8/8h

**Efeitos adversos:** nefrolitíase (formação de cristais), insuficiência renal, dor nos flancos, ressecamento dos lábios e pele, gosto metálico na boca, alopecia, fadiga, insônia, rash, dislipidemia, unhas encravadas.





## Recomendações

- Administrar longe das refeições ( $\geq 1$  hora antes das refeições ou  $\geq 2$  horas após). No entanto pode ser também administrado com alimento de baixo teor de gordura.
- Associado ao RTV, administrar com ou sem alimento.
- Ingerir bastante líquido.

## 6. Darunavir (DRV)

### Apresentação

CP 300 mg

### Dose usual

2 CP DRV + 1 CP RTV 100 mg 12/12h

**Efeitos adversos:** náuseas, diarreia, cefaleia, dislipidemia.

## Recomendações

- Administrar com alimento
- Só usado em resgate com genotipagem

## 7. Ritonavir (RTV)

### Apresentação

CP 100 mg

### Dose usual

1 CP 1/dia ou 1 CP 12/12 h, dependendo do IP que acompanha.

**Efeitos adversos:** náuseas, diarreia, dor abdominal, gosto amargo ou metálico na boca, dislipidemia e hepatopatia.

### Recomendações

- Administrar preferencialmente com alimento.
- Armazenar em geladeira.
- Não deve ser usado associado ao metronidazol, secnidazol e outros medicamentos que possam causar antabuse, porque contém álcool.

## 8. Tipranavir (TPV)

### Apresentação

CP 250 mg

**Dose usual**

1 CP TPV + 200mg de RTV 12/12 horas

**Efeitos adversos:** problemas hepáticos graves, rash, aumento do colesterol e triglicérides. As mudanças na gordura corporal são as principais preocupações de segurança com o uso de tipranavir. Os indivíduos com hemofilia podem ter aumento de sangramento. Os efeitos colaterais mais comuns são diarreia, náuseas, vômitos e cansaço.

**Recomendação:** administrar com alimento.

**Inibidor de integrase (II)****Raltegravir (RAL)****Apresentação**

CP 400 mg

**Dose usual**

1 CP 12/12

**Efeitos adversos:** náuseas, diarreia, cefaleia, prurido.



### Informações

- Alimentos não interferem na absorção.
- Só para resgate, com genotipagem.

### Inibidor de correceptor (CCR5)

#### Maraviroque (MVQ)

#### Apresentação

CP 150mg, 300mg e 600 mg

#### Dose usual

1 CP 12/12h

**Efeitos adversos:** tosse, febre, rash, sintomas musculoesqueléticos, diarreia.

### Informações

- Alimentos não interferem na absorção.
- Só para resgate, com genotipagem e trofile (teste de tropismo).



## Inibidor de fusão

### Enfuvirtida T20 (ENF)

#### Apresentação

Frasco com 108 mg/1,1 ml

#### Dose usual

1 ml SC 12/12h

**Efeitos adversos:** formação de nódulos no local da aplicação.

**Locais de aplicação:** abdome, face posterior da coxa ou superior dos braços.

### Quadro 3. Sugestões para aconselhamento pré-TARV

Identificar	Abordagem
Quais conhecimentos e crenças que a pessoa possui sobre o HIV e o tratamento.	Informar sobre o que é HIV e aids, a diferença entre estados sintomáticos e assintomáticos e o papel da TARV como estratégia de tratamento.

(continua)

### Quadro 3. Sugestões para aconselhamento pré-TARV (continuação)

Identificar	Abordagem
Relato de ideias fatalistas de que nada poderá ser feito ou se o paciente sabe da existência do tratamento para melhora da sua saúde.	Esclarecer que a evolução da infecção pelo HIV tem um período longo de ausência de sintomas e que é necessário o uso de medicamentos e mudanças de comportamento ao longo da vida.
Quais as expectativas da pessoa sobre o início do tratamento.	Promover a escuta que permita conhecer o que o paciente está esperando ao iniciar a TARV, fortalecendo as expectativas positivas, atenuando ou eliminando as negativas.
Quais são as rotinas do paciente, tendo em vista suas atividades de trabalho, estudo, tarefas domésticas, lazer, entre outras.	Investigar como é a vida da pessoa e indicar um esquema que interfira o menos possível nessas rotinas e atividades cotidianas.
Quais as dificuldades que o paciente imagina que terá ao começar o tratamento.	Identificar as barreiras relatadas pelo próprio paciente, com vistas a planejar e implementar estratégias de forma a prevenir sua ocorrência.  Compreender e respeitar as dificuldades do paciente que se encontra relutante em começar o tratamento antirretroviral, ajudando-o a manejar e <b>(continua)</b> nar barreiras.

### Quadro 3. Sugestões para aconselhamento pré-TARV (continuação)

Identificar	Abordagem
Se existem familiares ou amigos que possam ajudar o paciente em seu tratamento.	Identificar as pessoas que podem prover apoio social positivo nesse momento, respeitando as preocupações e posturas do usuário quanto a manter sigilo e segredo sobre sua soropositividade.
Se o paciente entendeu corretamente a prescrição feita pelo médico.	Certificar-se de que as prescrições foram devidamente compreendidas.
Qual o intervalo ideal para consultas de retorno neste período inicial do tratamento.	As consultas de retorno devem ser agendadas com intervalo menor, a cada semana ou 15 dias após o início do uso dos medicamentos.
Qual outra estratégia eficaz para o acompanhamento dos pacientes neste primeiro momento.	O acompanhamento via contato telefônico pode ser uma boa alternativa, desde que previamente consentido.

Fonte: (BRASIL, 2008a).

#### Quadro 4. Aspectos a serem abordados nos atendimentos iniciais

Reação emocional à doença	Verificar sentimentos do paciente, apoio familiar e social .
Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	Revisar a data do primeiro exame de HIV.
	Tempo provável de soropositividade.
	Situação de risco para infecção; Presença ou história de doenças oportunistas.
Abordagem de risco	Compreensão sobre a doença: explicação sobre transmissão, diferença entre HIV/aids, significado da contagem de CD4, carga viral e antirretroviral.
	Vida sexual, utilização de preservativos e história de DST.
História médica atual e passada	Abuso de tabaco, álcool e outras drogas.
	Interesse em reduzir os danos à saúde.
História médica atual e passada	História de doença mental, história de tuberculose: PPD e história vacinal.
	Outras doenças e hospitalizações.
	Uso de práticas complementares ou alternativas.

(continua)



#### Quadro 4. Aspectos a serem abordados nos atendimentos iniciais (continuação)

História reprodutiva	Desejo de ter filho. Métodos contraceptivos.
Rede social	Discutir a rede de apoio social (família, amigos, ONG). Condições de domicílio. Condições de alimentação, emprego. Aspectos legais.
História familiar	Doenças cardiovasculares. Dislipidemias, diabetes. Utilizar escala de Framingham.

Fonte: (BRASIL, 2008a).

## 7 Profilaxia de infecção oportunista

Em relação às doenças oportunistas, o primeiro aspecto importante é conhecer a probabilidade dela ocorrer em determinado indivíduo. No entanto, a contagem de linfócito TCD4 é de grande ajuda, pois esse é um forte marcador do grau de imunossupressão. Por meio deles podem ser identificadas algumas das doenças oportunistas mais prováveis de se desenvolver.

A profilaxia das infecções oportunistas pode ser realizada por meio de prevenção da exposição,

profilaxia primária e profilaxia secundária. Para tanto, os profissionais de saúde precisam saber quais as principais infecções oportunistas e quais as profilaxias utilizadas pelo paciente. Assim, pelo manejo adequado das medicações, podem ser reduzidas as chances de o paciente desenvolver infecções oportunistas, com diminuição da morbimortalidade e melhora na qualidade de vida (BRASIL, 2008b).

#### **Quadro 5. Recomendações para prevenção da exposição a patógenos oportunistas**

<b>Agente infeccioso</b>	<b>Recomendações</b>
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Evitar contato direto com pessoas com pneumonia por <i>P. jirovecii</i> (evitar internação em quarto conjunto). Utilizar filtro especial na nebulização profilática de pentamidina.
<i>Toxoplasma gondii</i>	Evitar carne vermelha mal passada e verduras cruas de procedência desconhecida. Evitar contato com gatos que se alimentam na rua. Evitar limpar caixas de areia de gatos. Lavar as mãos após jardinagem.

(continua)

### Quadro 5. Recomendações para prevenção da exposição a patógenos oportunistas (continuação)

Agente infeccioso	Recomendações
<i>Cryptosporidium</i>	Evitar ingestão de água de lagos ou rios. Evitar contato domiciliar com animais domésticos com menos de 6 meses de idade, especialmente se adquiridos de criadores comerciais e que tenham sido anteriormente de rua.
<i>Criptococcus</i>	Evitar situação de risco, como entrar em cavernas, limpar galinheiros. Evitar exposição a fezes de pássaros.
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Em áreas endêmicas, evitar situação de risco, como entrar em cavernas, limpar galinheiros. Evitar exposição a fezes de pássaros silvestres.
<i>Cytomegalovirus</i>	Evitar transfusão de sangue de doador IgG + para CMV, caso o receptor seja soronegativo.
HPV e Herpes	Evitar sexo desprotegido.

Fonte: BRASIL, 2008a.

### Quadro 6. Recomendações de profilaxia e tratamento das principais doenças oportunistas em pacientes infectados com HIV

<b>Histoplasmose</b>	<p>Tratamento: Anfotericina B 50 0,7-1 mg/kg/dia por pelo menos 14 dias, seguido de itraconazol 200 mg 12/12 h.</p> <p>Profilaxia secundária: Anfotericina 1 mg/kg/semana ou Itraconazol 100 mg 12/12 h.</p>
<b>Pneumocistose</b>	<p>Tratamento: Sulfametoxazol-Trimetoprim 15 mg/kg/dia (TMP) 8/8 ou 6/6 h VO ou EV por 21 dias.</p> <p>Profilaxia primária ou secundária: Sulfametoxazol-Trimetoprim 400/80 mg 2 cp VO diariamente ou 3x/semana.</p>
<b>Tuberculose (exceto meningea)</b>	<p>Todos os sítios: Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol (Coxcip-4) por 2 meses, seguidos de Rifampicina + Isoniazida por 4 meses.</p> <p>Meningite: Semelhante ao anterior, prolongando 2ª fase por 7 meses.</p>
<b><i>Mycobacterium avium</i> disseminado</b>	<p>Tratamento: Claritromicina 500 mg VO 12/12 h + Etambutol 1200 mg VO 1x/dia por pelo menos 1 ano.</p> <p>Profilaxia primária: Azitromicina 1200 mg VO 1x/semana.</p>
<b>Criptococose</b>	<p>Tratamento: Anfotericina B 50 0,7-1 mg/kg/dia por pelo menos 14 dias, seguido de fluconazol em dose a depender do peso e fase da doença.</p>
<b>Herpes simples</b>	<p>Aciclovir 400 mg 8/8 h x 5-10 dias.</p>

(continua)



### Quadro 6. Recomendações de profilaxia e tratamento das principais doenças oportunistas em pacientes infectados com HIV (continuação)

<b>Toxoplasmose</b>	<p>Tratamento: Sulfadiazina 1 g 6/6 h + Pirimetamina 50-100 mg 1x/dia + Ácido Folinico 15 mg 1x/dia por 4 semanas.</p> <p>Profilaxia primária: Sulfametoxazol-Trimetoprim 400/80 mg 2 cp VO diariamente ou 3x/semana.</p> <p>Profilaxia secundária: Sulfadiazina 1 g 12/12 h ou 500 mg 6/6 h+ Pirimetamina 25 mg 1x/dia + Ácido Folinico 15 mg 1x/dia.</p>
<b>Candidíase</b>	<p>Fluconazol 150 mg 1x/dia por 7 dias (oral) ou 14 dias (esofágica).</p>
<b>CMV</b>	<p>Tratamento: Ganciclovir 5 mg/kg/dose IV 2x/dia (correr em 1 hora) por 14 a 21 dias.</p> <p>Profilaxia: Ganciclovir 5 mg/kg diário ou 3x/semana.</p>

Fonte: adaptado de Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2010a).

### Quadro 7. Condutas de saúde aos principais efeitos adversos aos antirretrovirais

#### Náuseas

Para atenuar a náusea ao acordar, ingerir biscoitos secos, tipo cream cracker ou água e sal, sem líquidos.

Fazer pequenas refeições, várias vezes ao dia.

Dar preferência a alimentos frios ou em temperatura ambiente.

Mesmo com vômito, deve-se estimular a alimentação regular, procurando dar prioridade a alimentos mais cozidos, de sabor mais suave.

#### Vômitos

Para atenuar vômitos, tomar pequenas quantidades de soro caseiro (receita: 1 colher de sopa de açúcar + 1 pitada de sal em um copo de 200ml de água filtrada ou fervida) ou soro de reidratação oral.

#### Evitar:

Alimentos doces, quentes, gordurosos, refrigerantes, leite, café, excesso de temperos ou condimentos.

Comer grandes quantidades de alimento e ingerir líquidos durante a refeição.

Deitar-se após a refeição, pois pode facilitar o vômito; se quiser descansar, que o faça sentada ou recostada.

(continua)



## Quadro 7. Condutas de saúde aos principais efeitos adversos aos antirretrovirais (continuação)

### Dificuldade de digestão

#### Indicar:

A preferência por carnes brancas, aves ou peixes. As carnes vermelhas podem ser consumidas com moderação.

Pequenas refeições, bem variadas, várias vezes ao dia.

#### Evitar:

Tomar líquidos durante a refeição. O ideal é beber 1 hora antes ou 2 horas após a refeição.

Deitar-se após a refeição; se quiser descansar, que o faça sentada ou recostada.

Alimentos gordurosos, especialmente os de origem animal, que são de difícil digestão.

### Pirose (azia ou queimação estomacal)

#### Indicar:

Ingestão de pequenos goles de água gelada que ajudam a diluir o suco gástrico.

#### Evitar:

Condimentos, pimenta de todos os tipos e alimentos gordurosos.

Alimentos derivados de amido como: pão, farinha, cuscuz, entre outros.

Deitar-se após a refeição; se quiser descansar, que o faça sentada ou recostada.

(continua)

**Quadro 7. Condutas de saúde aos principais efeitos adversos aos antirretrovirais** (continuação)

	<b>Indicar:</b>  Pequenas refeições, aumentando a frequência gradativamente.  O consumo de alimentos ricos em potássio, como banana, batata e carnes brancas.
<b>Diarreia</b>	Aumentar a ingestão de líquidos, para evitar a desidratação, como soro caseiro, soro de reidratação oral e água de coco para manter o equilíbrio hidroeletrólítico do organismo.  <b>Evitar:</b>  Alimentos crus, fibras, doces, leite e alimentos gordurosos.
	<b>Indicar:</b>  O consumo de mais fibras na dieta. Farelo de trigo, farelo de arroz ou outra fibra integral podem ser adicionados às refeições ou sucos.  Alimentos crus e folhas nas saladas, higienizados adequadamente.
<b>Constipação intestinal (prisão de ventre)</b>	A ingestão de pelo menos 3 litros de água por dia. A baixa ingestão de líquidos pode aumentar a constipação intestinal.  A prática de exercícios físicos e o movimento estimulam a musculatura intestinal.  O uso de azeite ou óleo vegetal nas verduras cruas.

(continua)





### **Quadro 7. Condutas de saúde aos principais efeitos adversos aos antirretrovirais** (continuação)

<b>Febre</b>	<p>Monitorar temperatura.</p> <p>Administrar medicamentos antipiréticos.</p> <p>Orientar banho com temperatura ambiente.</p> <p>Aumentar a ingestão líquida.</p> <p>Usar roupas leves.</p>
<b>Flatulência</b>	<p>Ensinar o paciente a evitar excessiva deglutição de ar, tais como mastigar chicletes, ingerir bebidas carbonadas, comer rapidamente, ingerir líquido usando canudo, mastigar com a boca aberta ou conversar com a boca cheia.</p> <p>Evitar alimentos que causam flatulência, como feijão, repolho, cebola, couve-flor, pepino, brócolis, batata doce, bebidas gasosas e cerveja.</p> <p>Encorajar exercícios de caminhadas.</p> <p>Oferecer medicamentos contra flatulência, quando indicado.</p>
<b>Hiperglicemia</b>	<p>Monitorar os níveis de glicose sanguínea e sinais de hiperglicemia.</p> <p>Orientar o paciente sobre o controle da glicemia no uso de insulina ou agentes orais.</p> <p>Estimular dieta e uso de adoçante.</p> <p>Encorajar a prática de exercícios físicos.</p>

(continua)

**Quadro 7. Condutas de saúde aos principais efeitos adversos aos antirretrovirais** (continuação)

**Prurido**

Reconhecer a causa do prurido.

Orientar aplicações de frio para aliviar a irritação.

Evitar sabonetes e óleos de banho perfumados.

Evitar roupas de lã e tecidos sintéticos.

Manter unhas curtas.

Evitar ambientes quentes.

**Ressecamento labial**

Orientar o uso de protetor labial.

Manter lábios úmidos com lanolina, vaselina ou bálsamo labial.

Instruir o paciente a fazer exame periódico com o médico.

Estimular higiene oral.

Estimular hidratação oral.

**Ressecamento da pele**

Evitar sabonetes perfumados.

Utilizar sabonetes neutros.

Secar a pele suavemente.

Hidratar a pele.

Evitar exposição desnecessária ao sol.

(continua)



### **Quadro 7. Condutas de saúde aos principais efeitos adversos aos antirretrovirais** (continuação)

<b>Alucinação</b>	<p>Manter ambiente seguro.</p> <p>Oferecer orientação sobre a medicação ao paciente e às pessoas significantes.</p> <p>Orientar que as alucinações tendem a diminuir entre a 2ª e 3ª semana de uso da medicação.</p> <p>Orientar a tomar a medicação à noite na hora de dormir.</p> <p>Evitar trabalhos noturnos.</p>
<b>Alopecia</b>	<p>Diminuir o tamanho do cabelo.</p> <p>Evitar produtos químicos, ou usar tintura sem amônia.</p> <p>Evitar pentear os cabelos constantemente.</p> <p>Administrar vitamina A no xampu.</p>
<b>Alterações hematológicas</b>	<p>Monitorar níveis sanguíneos.</p> <p>Evitar bebidas alcoólicas por interferir na utilização dos nutrientes essenciais.</p> <p>Estimular a ingestão de alimentos ricos em ferro.</p> <p>Observar sinais de fadiga muscular e alteração de perfusão tissular.</p> <p>Orientar ingestão de vitamina C para melhorar a absorção do ferro no organismo.</p>

Fonte: BRUNNER; SUDDARTH (2009).

## 8 Escore de Framingham para o cálculo do risco de doença coronária

Com a evolução da TARV, houve melhora significativa na sobrevida dos pacientes infectados pelo HIV. No entanto, esses benefícios são ameaçados pelo fato de que a TARV pode trazer consequências negativas à saúde do paciente, destacando-se, entre elas, o potencial aumento do risco cardiovascular, seja pela alteração do perfil lipídico ou da distribuição da gordura corporal, que pode resultar em acúmulo de gordura visceral.

Deve-se considerar, ainda, a própria infecção pelo HIV, que tem sido associada, de maneira independente, à maior prevalência de doença cardiovascular (DCV), por estar relacionada ao dano endotelial, à disfunção vascular e à redução dos níveis de HDL-colesterol. Diante do cenário, o profissional de saúde se depara com o desafio de tratar o paciente além das metas de resposta virológica e imunológica de carga viral e CD4. Para isso, o paciente deve ter seu estado de saúde avaliado como um todo, para que a correta condução do seu risco cardiovascular permita orientar e atingir suas metas de tratamento, no intuito de reduzir o risco de DCV nessa população (NERY; MARTELLI; TURCHI, 2011).

A prevenção de doenças cardiovasculares é, atualmente, uma prioridade em termos de saúde pública, sobretudo naqueles indivíduos considera-



dos de alto risco cardiovascular. O Escore de Framingham, adotado pela IV Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose, baseia-se em valores numéricos, positivos e negativos, a partir de zero, de acordo com o risco atribuível aos valores da idade, pressão arterial, colesterol total, colesterol das lipoproteínas de alta densidade (HDL-c), tabagismo e diabetes mellitus (SPOSITO *et al.*, 2007)

Cada escore obtido corresponde a um percentual da probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular nos próximos dez anos. Assim, indivíduos de baixo risco teriam uma probabilidade menor que 10%; médio risco, entre 10% e 20% e alto risco, igual ou maior que 20%.

Entretanto, a possibilidade de se estimar o risco absoluto em dez anos permite ações preventivas, com estratégia populacional, no intuito de diminuir o risco cardiovascular em pessoas infectadas pelo HIV.

### Escore de Framingham para o cálculo do risco de doença coronária (homem)

Idade	Escore
20-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	11
70-74	12
75-79	13

Colesterol	Idade				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1

Fumo	Idade				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1

PA Sistólica	Não tratada	Tratada
<120	0	0
120-129	0	1
130-139	1	2
140-159	1	2
≥160	2	3

HDL - colesterol (mg/dl)	Pontos
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

Pontos	Risco em 10 anos (%)	Pontos	Risco em 10 anos (%)
<0	<1	9	5
0	1	10	6
1	1	11	8
2	1	12	10
3	1	13	12
4	1	14	16
5	2	15	20
6	2	16	25
7	3	≥17	≥30
8	4		

Fonte: SPOSITO *et al.* (2007).

### Escore de Framingham para o cálculo do risco de doença coronária (mulher)

Idade	Escore
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16

Colesterol	Idade				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
≥ 280	13	10	7	4	2

Fumo	Idade				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0
Sim	9	7	4	2	1



PA Sistólica	Não tratada	Tratada
<120	0	0
120–129	1	3
130–139	2	4
140–159	3	5
≥160	4	6

HDL - colesterol (mg/dl)	Pontos
≥60	-1
50–59	0
40–49	1
<40	2

Pontos	Risco em 10 anos (%)	Pontos	Risco em 10 anos (%)
<9	<1	17	5
9	1	18	6
10	1	19	8
11	1	20	11
12	1	21	14
13	2	22	17
14	2	23	22
15	3	24	27
16	4	≥25	≥30

Fonte: SPOSITO *et al.* (2007).

Risco cardiovascular	%
Baixo	$\leq 10\%$
Moderado	$> 10$ e $< 20\%$
Elevado	$\geq 20\%$

**Observar:**

1. Se o risco cardiovascular inicial for baixo ( $\leq 10\%$ ) e o paciente não estiver utilizando inibidor de protease, a avaliação deve ser repetida a cada dois anos.
2. Se o risco cardiovascular inicial for moderado ( $>10$  e  $< 20\%$ ), independente do uso de inibidor de protease, recomenda-se a avaliação a cada seis a doze meses.
3. Se o risco cardiovascular inicial for elevado ( $\geq 20\%$ ), independente do uso de inibidor de protease, iniciar a prevenção cardiovascular e repetir a avaliação depois de um mês e posteriormente a cada três meses.



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**: manual de bolso. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos vivendo com HIV/aids no Brasil**: versão preliminar. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do hiv e terapia antirretroviral em gestantes**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série Manuais, n. 46).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids**: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).



BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

NERY, M. W.; MARTELLI, C. M.; TURCHI, M. D. Dyslipidemia in AIDS patients on highly active antiretroviral therapy. **Braz. J. Infect. Dis.**, v.15, n. 2, p. 151-155, 2011.

SPOSITO, A. C.; CARAMELLI, B.; FONSECA, F. A. H.; BERTOLAMI, M. C.; AFIUNE, N. A.; SOUZA, A. D., *et al.* IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 88, supl. 1., p. 2-19, 2007.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 4. ed. rev. atual. São Paulo: Atheneu, 2009.