

# **Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

## Conhecendo a aids

### 1.O que é a aids?

Aids - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

É uma síndrome infecciosa crônica, causada por um retrovírus, que se caracteriza pela progressiva destruição do sistema imunológico humano, comprometendo especialmente a imunidade do tipo celular. Tal acometimento é tão intenso que predispõe os infectados, gradativamente, a uma enorme diversidade de infecções oportunistas, as quais com freqüência podem ter um êxito letal.

### 2.Quando surgiu a aids?

Como é de conhecimento de toda a comunidade científica, esta doença infecciosa e transmissível, foi identificada inicialmente nos Estados Unidos da América, mais precisamente nas cidades de São Francisco e Nova York, no ano de 1981. Após ampla investigação epidemiológica, acredita-se hoje que esta retrovírose humana é originária do continente africano, provavelmente tendo como ancestral genético o SIV (Vírus da Imunodeficiência de Símios).

O Centro de Controle de Doenças de Atlanta identificou tal síndrome, pela observação da ocorrência de doenças indicativas de imunodeficiência em adultos jovens, que não eram portadores de outras patologias que pudessem explicar tamanha imunossupressão. Exemplos típicos destas doenças eram a candidíase oral e invasiva, a Pneumonia por *P. carinii* e o Sarcoma de Kaposi, que se apresentava com um comportamento agressivo, acometendo inclusive órgãos internos, distintamente da neoplasia benigna que se conhecia em idosos da região do Mediterrâneo. Além disso, diversos sinais e sintomas, como adenomegalia, perda de peso, diarréia crônica e febre prolongada estavam presentes e se sobrepunham, ainda, uma grande diversidade de intercorrências infecciosas, definindo um quadro clínico até então, totalmente desconhecido.

Inicialmente os grupos sociais mais atingidos nos Estados Unidos da América e na maioria dos outros continentes foram os homossexuais masculinos, no entanto, em pouco tempo, surgiram casos registrados entre usuários de drogas injetáveis, receptores de sangue, heterossexuais de ambos os sexos e de crianças de várias idades, compondo assim um cenário epidemiológico bastante complexo.

A epidemia se expandiu rapidamente por todo o mundo, mostrando diferenças nos perfis de transmissão em diversas regiões, fato este provavelmente determinado tanto por fatores biológicos como sócio-culturais. Considera-se a aids uma pandemia que acomete milhões de pessoas e contabiliza um enorme número de mortes.

\*Médico Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva, Médico Infectologista do Centro de Referência e Treinamento de Aids- SP

### 3. Qual é o agente causador da aids?

O agente etiológico, descoberto em 1983 por Luc Montagnier, foi identificado como sendo um retrovírus, o qual foi denominado, depois de alguns anos de discussão, como HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana. Em 1986, após a identificação na África de um segundo agente, que apresentava pequenas diferenças genômicas em relação ao HIV já conhecido e também causava a mesma doença, determinou-se a classificação de tais vírus como HIV1 e HIV2, respectivamente.

### 4. Como é o HIV ?

O HIV como retrovírus, tem como material genético no seu core ("núcleo") uma molécula de ácido ribonucleico-RNA, tendo por isso que ser transcrito novamente em DNA para poder se reproduzir em novas células. Vide figura 1.

O vírus apresenta como estruturas importantes as glicoproteínas (GP)120 e (GP)41; no capsídeo, as proteínas (p)24/25 e (p)9/7; no core e finalmente as proteínas (p)17, (p)18 que se localizam entre o core viral e o envelope. Há ainda no seu interior uma enzima fundamental para seu ciclo reprodutivo denominada de transcriptase reversa, responsável pela reversão do RNA para DNA viral dentro do citoplasma da célula infectada (figura 1).

### 5. Como o vírus causa a aids?

Sabe-se que os vírus não são capazes de realizar sua reprodução sem que se utilizem de estruturas mais complexas, como outros microorganismos ou células vegetais e animais.

O HIV, em função da sua estrutura bioquímica e do processo evolutivo, apresenta uma especificidade de infecção para células humanas. As glicoproteínas gp120 e gp41, situadas na superfície viral, são estruturas que têm a função de acoplar o HIV às células que apresentem receptores compatíveis que, neste caso, são aqueles denominados de CD4 (figura 2).

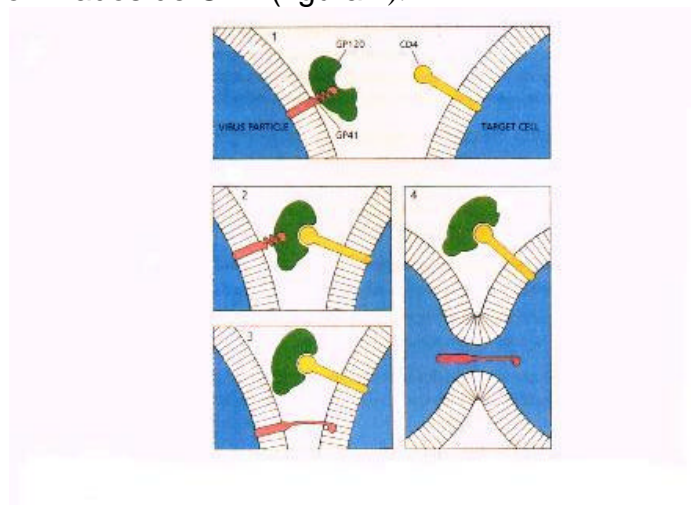
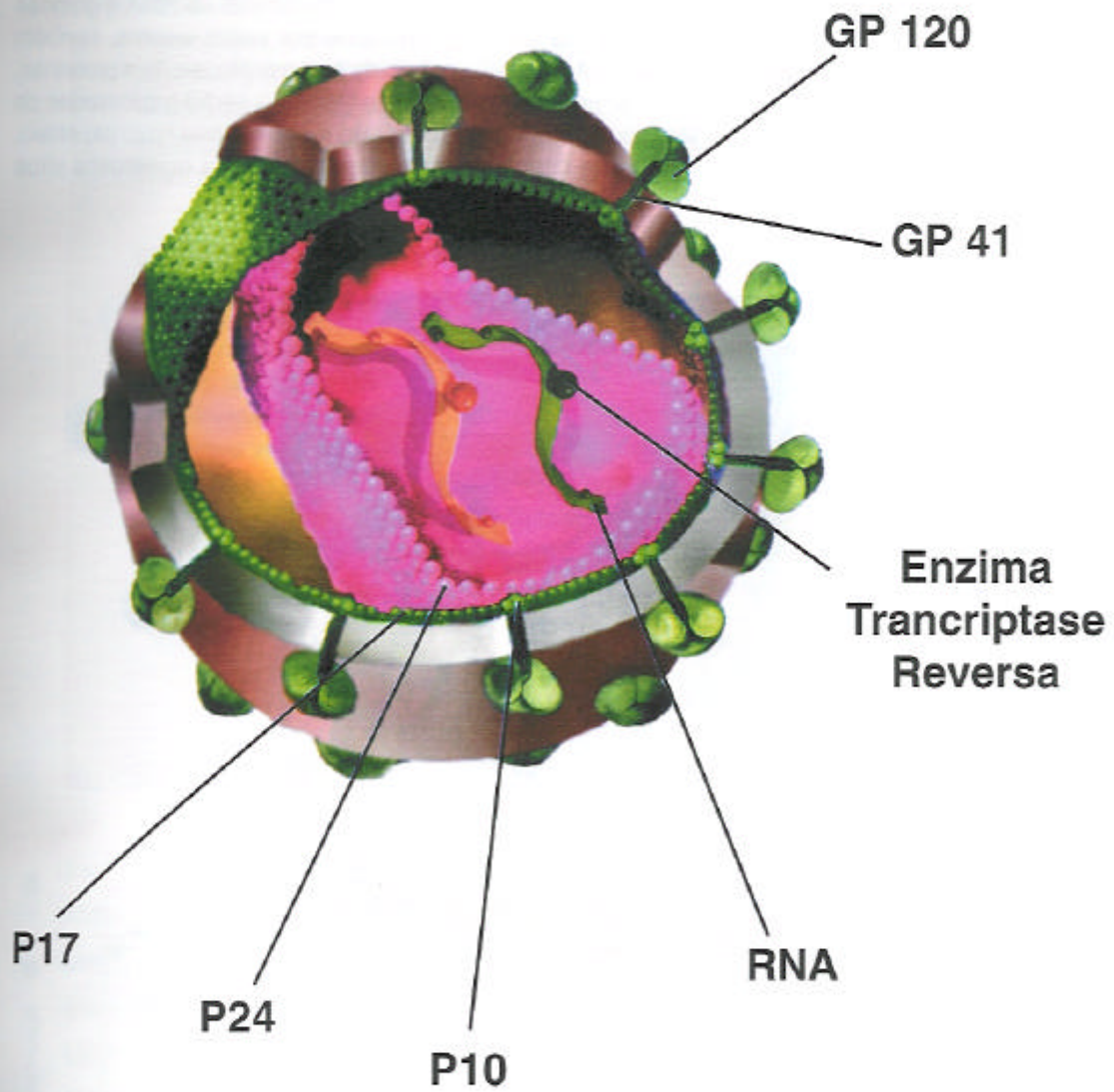


Figura 2

Figura 1

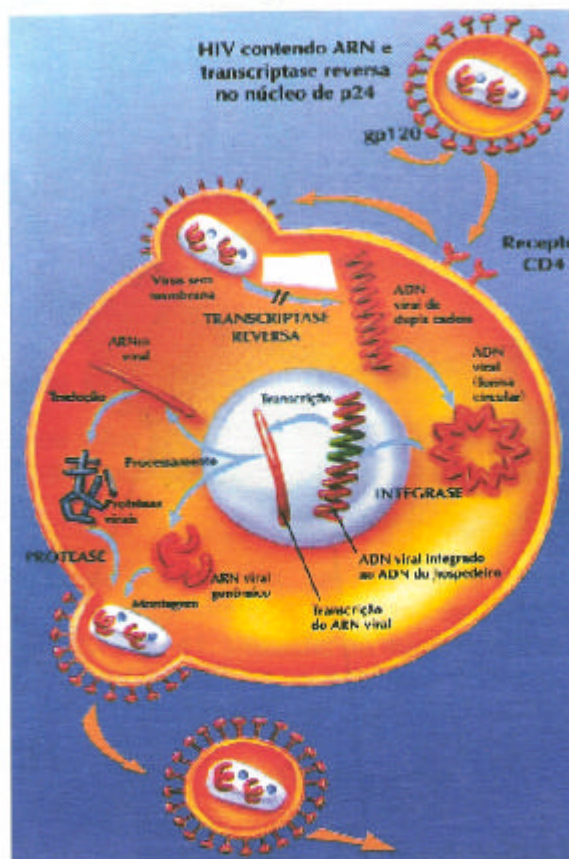


GP= glicoproteína  
P= proteína

Tendo havido a acoplagem viral, dá-se então a transferência do material genético da partícula para o citoplasma celular, local onde a transcriptase reversa, enzima que foi introduzida junto com o RNA original, dá início à transcrição reversa deste, gerando o que se denomina de DNA proviral. Este, então, se integrará ao genoma celular que, por diversos mecanismos, desencadeará a síntese de sub-unidades virais, capazes de dar origem a novos vírus.

Nesta etapa do ciclo, são produzidas numerosas moléculas de RNA e grandes blocos de proteínas virais, os quais são segmentados por outra enzima, também codificada geneticamente pelo DNA proviral, conhecida como protease. Tais proteínas, agora individualizadas, sofrerão um processo de integração e serão organizadas de modo a poder acondicionar o novo RNA produzido que receberá seu novo capsídeo, formado em parte pela membrana citoplasmática, dando origem a numerosos vírus (figura 3).

Figura 3



Uma vez no centro do citoplasma da célula, o genoma viral se transforma de RNA em DNA, por meio da ação da transcriptase reversa e pode, então, incorporar-se ou não ao DNA da célula hospedeira, constituindo o chamado Provirus (DNA proviral). A partir desse momento, há basicamente 3 processos:

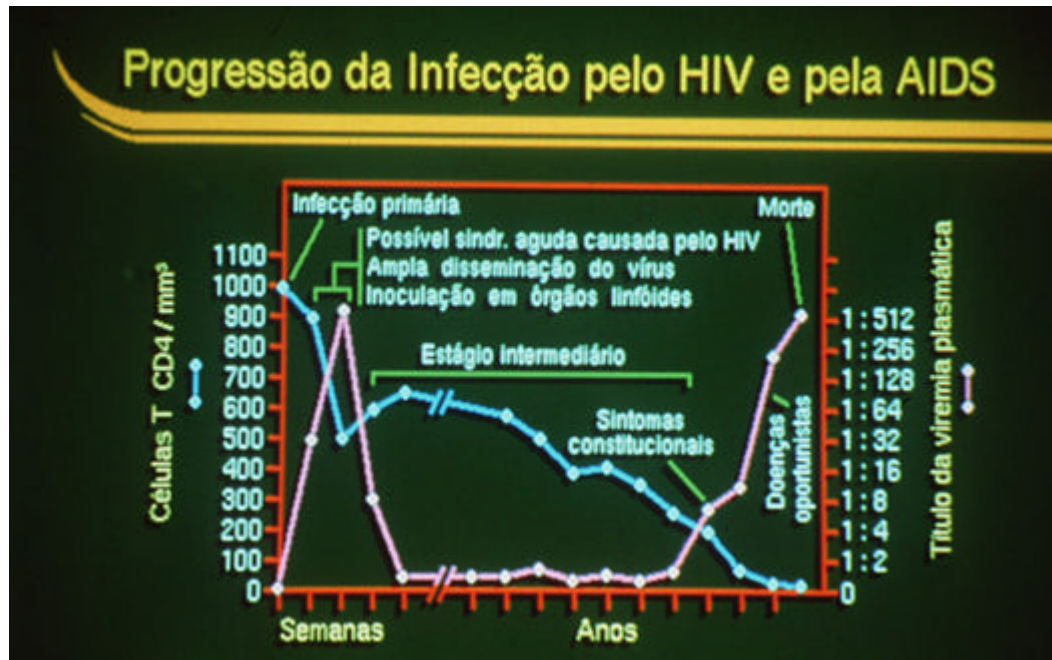
1. Latência: tanto o DNA proviral integrado quanto o não-integrado permanecem quiescentes, até que um trator desencadeie o processo replicativo;
2. Replicação: o provirus comanda a replicação viral lentamente, poupando a célula hospedeira;
3. Lise: o provirus comanda a replicação de forma tão rápida, que leva a destruição, ou lise, da célula hospedeira. O processo da lise só ocorre nos linfócitos.

Na espécie humana, as células que possuem na sua superfície receptores CD4 em grande quantidade são os linfócitos auxiliares (LT *helpers* ou OKT4) ou linfócitos CD4. Tais células são nobres, pois dentro do sistema imune cumprem um papel fundamental, tanto na destruição direta de agentes invasores, como na apresentação de seus antígenos a outras células do mesmo sistema, que têm como função desencadear respostas imunes de maior complexidade. Há, no entanto, outras células que também possuem receptores CD4 e que são infectadas, dentre elas os macrófagos, monócitos, células da glia, etc. A infecção de tais células, apesar de ter menor impacto na destruição intensa do sistema imune, quando comparada com o dano causado sobre os linfócitos CD4, desempenham um papel de extrema importância, pelo fato de se acreditar que são as responsáveis pela disseminação do vírus para outros órgãos e em especial para o Sistema Nervoso Central

#### **6.Qual é a história natural da aids?**

A concepção atual é de que desde o momento da infecção, cerca de 2 bilhões de linfócitos CD4 são infectados, destruídos e produzidos a cada dia, assim como bilhões de novas partículas virais de HIV emergem das células infectadas. Muitos destes vírus são destruídos pelo sistema imune ainda competente, porém parte deles consegue repetir seu ciclo reprodutivo, infectando novas células. Na medida que o tempo passa, a concentração de vírus tende a aumentar, a reposição de células CD4 torna-se declinante e o processo de falência do sistema imune começa a se estabelecer. Este lento desequilíbrio levará o organismo afetado, após alguns anos, a um estado de profundo comprometimento imunológico, cujo desfecho será a manifestação clínica da infecção, até então inaparente.





Considera-se o indivíduo imunocompetente quanto este tem mais de 500 células CD4 por  $\text{mm}^3$  de sangue. Abaixo destes níveis, o sistema imunológico já estaria comprometido, ficando sujeito a infecções oportunistas. A faixa de maior gravidade é aquela onde os valores de CD4 tornam-se menores de  $200 \text{ células/mm}^3$ . Esses níveis muito baixos de linfócitos marcam a alta concentração viral circulante, a grande disseminação do vírus para outros órgãos e a susceptibilidade deste organismo a ter múltiplas infecções. Algumas manifestações clínicas são mais prováveis de ocorrer em determinados níveis de CD4 e de carga viral, possibilitando a previsão do risco de progressão da doença.

#### 7. Como é a classificação clínica da infecção pelo HIV?

**Infecção Aguda** - é também chamada de síndrome retroviral aguda, ou mononucleose símile, em função da semelhança clínica com esta doença. Os primeiros sintomas surgem geralmente 2 a 4 semanas após a exposição, podendo durar por igual período de tempo. Apesar de se manifestar em 30 a 70% dos indivíduos recém-infectados, raramente é diagnosticada por apresentar sintomas de ordem geral que, muitas vezes, se confundem com quadros infecciosos auto-limitados. No geral, estão presentes a febre, a mialgia, a fadiga e, com frequência, pode-se observar uma faringite, além de linfadenomegalia. Não é raro o aparecimento de rash cutâneo eritematoso, podendo ainda ocorrer outras manifestações menos frequentes, como a meningoencefalite e as neurites.

**Infecção Assintomática** - período que tem duração variável, estendendo-se, em média, de 8 a 12 anos. Não são observadas alterações laboratoriais inicialmente, porém estas podem se tornar evidentes com o passar do tempo, caracterizando-se por anemia, leucopenia com neutropenia e/ou linfopenia. Boa parte dos infectados, nesta fase, não apresentam nenhum sinal ou sintoma, no entanto, não



é raro a presença de linfadenopatia generalizada persistente (duração maior que três meses), que parece não ter nenhum significado prognóstico em relação à progressão para doença. Os soropositivos que se apresentam neste estado de aparente higidez, têm sido denominados de portadores sãos ou assintomáticos da infecção por HIV.

Infecção Sintomática - nesta fase, geralmente surgem sintomas de ordem geral como: perda de peso progressiva, astenia, febre intermitente, mialgia, sudorese noturna, entre outros. Habitualmente, não é muito prolongada, podendo reverter para o estado anterior ou, na maioria das vezes, evoluir rapidamente para a doença.

Infecção Sintomática Tardia - este é o período onde as infecções oportunistas e as neoplasias se fazem presentes, estabelecendo um estado de doença decorrente de grave acometimento da imunidade. São exemplos comuns em nosso país a ocorrência de pneumonia por *Pneumocystis carinii*, tuberculose pulmonar e extrapulmonar, infecções por outras micobactérias, meningite por criptococos, neurotoxoplasmose, sepse por *Salmonella*, citomegalovirose, herpes disseminado, enfim, toda uma vasta gama de infecções causadas por bactérias, vírus, fungos, protozoários e ainda outros agentes menos comuns.

Em função da ocorrência das doenças ou sinais/sintomas apresentados no quadro a seguir, atualmente pode-se estimar a intensidade do dano imunológico, como sendo:

A. Imunodeficiência moderada:

- ?? Emagrecimento maior que 10% do peso corporal;
- ?? Diarréia crônica sem etiologia definida, com duração de mais de 1 mês;
- ?? Febre prolongada sem etiologia definida por mais de um mês;
- ?? Candidíase oral;
- ?? Candidíase vaginal recorrente;
- ?? Leucoplasia pilosa;
- ?? Tuberculose pulmonar no último ano;
- ?? Herpes zoster;
- ?? Infecções recorrentes do trato respiratório (pneumonia, sinusite).

## B. Imunodeficiência grave:

- ?? Pneumonia por *Pneumocystis carinii*;
- ?? Toxoplasmose cerebral;
- ?? Criptosporidíase com diarreia persistente, por mais de 1 mês;
- ?? Isosporíase com diarreia persistente por mais de 1 mês;
- ?? Doenças por citomegalovírus de um órgão que não seja o fígado, baço ou linfonodos;
- ?? Herpes com acometimento mucocutâneo por mais de 1 mês, ou visceral de qualquer duração;
- ?? Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- ?? Histoplasmose extrapulmonar ou disseminada;
- ?? Candidíase de esôfago, traquéia, brônquios ou pulmões;
- ?? Micobacteriose atípica disseminada;
- ?? Sepses recorrentes por *Salmonella* (não tifóide);
- ?? Tuberculose extrapulmonar disseminada ou extrapulmonar;
- ?? Linfoma primário de cérebro;
- ?? Linfomas não-Hodgkin de células B;
- ?? Sarcoma de Kaposi;
- ?? Criptococose extrapulmonar

## 8. Como se faz o diagnóstico da infecção?

O diagnóstico da infecção é feito pela pesquisa de anticorpos anti-HIV no sangue periférico. Importante lembrar que o tempo que se deve considerar entre a exposição e a possibilidade de se encontrar anticorpos anti-HIV no sangue é de cerca de duas semanas a três meses. Esse período é denominado de janela imunológica, pois o indivíduo pode estar infectado com alta viremia e o exame ser negativo. Portanto, é fundamental certificar-se que a exposição de risco ocorreu há mais de três meses.

Outra consideração relevante sobre o diagnóstico da infecção é que os testes Elisa são muito sensíveis, sendo possível a ocorrência de falso-positivos. Desta forma, necessário se faz a realização de testes complementares que podem ser a imunofluorescência indireta, o imunoblot e o *western blot*, após a ocorrência de um resultado inconclusivo ou positivo no teste de triagem (Elisa). O teste *western blot* é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico da infecção pelo HIV, sendo a amostra considerada positiva quando é observada a presença de pelo menos duas bandas dentre as gp 160 ou 120, gp 41 ou p24. Caso o resultado final da amostra tenha sido positivo, necessário se faz a coleta de uma segunda amostra para confirmar a positividade da primeira amostra. O diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV está normatizado por meio da Portaria de No 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003.

### **9. Como se dá a transmissão do HIV?**

O HIV é um agente cuja transmissibilidade se dá essencialmente pela troca de secreções sexuais, tanto masculinas como femininas; pela recepção de sangue contaminado, seja ela através de transfusões, agulhas contaminadas ou através do uso compartilhado de agulhas e seringas durante o uso de drogas injetáveis; através da barreira placentária, no parto e, finalmente, através do leite materno. Transplantes de órgãos infectados também podem causar a infecção do receptor. Não há transmissão no contato social, através do beijo, pelo suor, por saliva, por fômites ou ainda por insetos.

### **10. Como se pode destruir o HIV?**

O HIV é um agente de fácil destruição (56°C), sendo suficiente para inativá-lo, o calor úmido a 121°C, durante 20 minutos, além de outros processos físico-químicos bastante comuns, que podem ser encontrados descritos nos manuais de biossegurança.

### **11. Como se trata a aids e em que se fundamenta a terapêutica anti-retroviral?**

O tratamento atual da infecção pelo HIV se fundamenta no uso de drogas anti-retrovirais específicas e antibióticos ou quimioterápicos, utilizados para o manejo de infecções oportunistas e neoplasias.

Toda terapêutica anti-retroviral tem como objetivo a supressão da replicação do HIV, por meio do bloqueio de diferentes etapas do ciclo reprodutivo viral. Atualmente, conta-se com 3 grupos de drogas:

#### **INIBIDORES DA TRANSCRIPTASE REVERSA**

Até pouco tempo atrás, esta classe era composta apenas por análogos nucleosídeos porém, no final de 2001, foi aprovada pelo FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA) uma nova droga que tem basicamente o mesmo mecanismo de ação que as demais, e no entanto é um análogo a nucleotídeo, inaugurando assim uma nova subclasse dentro dos já conhecidos ITRN.

As drogas análogas a nucleosídeos e a nucleotídeos, têm como mecanismo de ação, de maneira simplificada, a mimetização de bases nitrogenadas impedindo desta maneira a ação da transcriptase reversa em recompor o DNA viral a partir do RNA presente no capsídeo, impedindo desta maneira que o HIV inicie seu ciclo reprodutiva intra-celular.

Até o momento, são conhecidos e autorizados para uso, dentre os análogos a nucleosídeos: AZT (zidovudina), DDI (didanosina), DDC (zalcitabina), 3TC

(lamivudina), D4T (estavudina), abacavir, e dentro dos análogos a nucleotídeos, o precursor da classe e, por enquanto único, tenofovir.

## **INIBIDORES DA PROTEASE**

É a classe considerada a mais potente. Sua associação com os ITRN, em 1996, foi denominada coquetel, esquema terapêutico atualmente chamado de Terapia Anti-retroviral de Alta Potência, que revolucionou a história da aids nos países desenvolvidos e no Brasil.

Inicialmente, contava-se com apenas três drogas: ritonavir, saquinavir e indinavir. Nos anos seguintes, outros IP surgiram, como o nelfinavir e amprenavir e, mais recentemente, foi liberado o lopinavir/ritonavir, que traz a novidade dos IP potencializados, ou seja IP associados com o ritonavir, que potencializa a biodisponibilidade da droga principal.

## **INIBIDORES DA TRANSCRIPTASE REVERSA NÃO ANÁLOGOS DE NUCLEOSÍDEOS**

São eles a nevirapina, a delavirdina e o efavirenz. Este último parece ser muito promissor, pois, além de ser potente quando em associação com os medicamentos das outras classes, tem a vantagem de ser usado em dose única diária.

## **TERAPÊUTICAS NOVAS AINDA EM FASE EXPERIMENTAL**

No último congresso mundial de aids, em Barcelona, foi apresentada uma nova classe de medicamentos, denominada de INIBIDORES DE FUSÃO, que ainda não estão disponíveis comercialmente, mas certamente estarão em breve. A droga representante desta nova modalidade farmacológica é conhecida por T20 (enfuvirtide) e parece ser uma boa possibilidade futura como coadjuvante no tratamento da aids, por ter um mecanismo de ação até então inédito, ou seja, impede que o vírus HIV se acople aos receptores CD4, inviabilizando, desta maneira, a infecção de novas células.

## **CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO**

A terapêutica anti-retroviral deve ser programada de acordo com critérios clínicos, imunológicos e virológicos. A monoterapia e a terapia dupla não são mais recomendadas, exceto em algumas situações na prevenção da transmissão materno-infantil. O uso inadequado resultante de prescrições incorretas ou falta de adesão ao tratamento propicia o aparecimento da resistência do HIV e, conseqüentemente, falha terapêutica.

Os esquemas de tratamento hoje existentes são a terapia tripla, a terapia tripla potencializada e outras associações que vêm sendo utilizadas, principalmente para pacientes que apresentam falhas nos primeiros esquemas (resistência), denominadas de terapias de resgate.

O manejo atual da terapêutica anti-retroviral é complexo, as drogas têm grande potencial tóxico e, por isto, deve ser feito por profissional experiente ou sob supervisão de profissionais com prática no tratamento da aids.

Considerando a rapidez das mudanças que ocorrem nas condutas terapêuticas, decorrentes dos novos conhecimentos, todas as informações aqui contidas podem sofrer alterações.

## **12. Por que há falhas no tratamento ?**

Sabe-se que o HIV apresenta grande instabilidade de seu material genético, gerando, com alta frequência, novas populações virais mutantes, que continuam viáveis e são capazes de repetir o ciclo reprodutivo. A repercussão desta particularidade da biologia do vírus, se faz sentir pelo desenvolvimento de resistência viral, diante da pressão seletiva das drogas utilizadas, fato que define a falha dos esquemas terapêuticos.

De acordo com esta dinâmica, pode-se ter perda da efetividade do tratamento, induzida pela seleção de cepas mutantes, ou ainda facilitadas pelo uso inadequado dos medicamentos, que, na prática clínica, se mostra como principal motivo.

A adesão à terapia, portanto, é fundamental, pois a exposição a subdoses ou a regimes intermitentes, acelera a emergência de vírus mutantes, inviabilizando o uso de várias drogas do arsenal e, muitas vezes, deixando o paciente sem nenhuma alternativa de tratamento.

É por isso que a maioria dos serviços de aids, no momento, tem se preocupado em traçar estratégias de adesão aos medicamentos. Tais iniciativas têm como objetivo facilitar a adaptação do paciente aos medicamentos, compatibilizando a rotina da vida diária de cada um ao horário das doses, ao número de doses por dia, aos efeitos colaterais, etc.

## **13. Quais são os exames utilizados para avaliação imunológica e acompanhamento do tratamento?**

**Contagem de linfócitos CD4** - Este exame é fundamental inicialmente, porque definirá qual o nível de acometimento imunológico da pessoa infectada (como já foi citado anteriormente). Além disso, o número de células CD4 tem geralmente um aumento, quando a terapêutica anti-retroviral tem sucesso, servindo, assim, como um parâmetro de avaliação de eficácia do tratamento.

**Carga Viral Plasmática** - Este é o exame mais recentemente introduzido no acompanhamento clínico da aids. Ele determina o número de partículas virais que estão circulantes no sangue periférico do infectado. Sabe-se que, quanto maior este número, maior a destruição do sistema imune, havendo inclusive a possibilidade de se prever em função da quantidade de vírus, qual o tempo e o risco do infectado evoluir para uma doença grave.

Com a terapêutica anti-retroviral adequada, espera-se que a carga viral se torne indetectável pelos métodos atuais, impedindo a progressão da doença.

Não se pode esquecer, que mesmo que a carga viral seja indetectável, sabe-se que o HIV continua albergado em uma série de tecidos do corpo (santuários), possibilitando, desta forma, a manutenção da reprodução viral.

Aumentos da carga viral, durante o uso de anti-retrovirais podem significar falha do tratamento, havendo, muitas vezes, necessidade de mudança no esquema medicamentoso.

#### **14. Estes avanços têm contribuído no controle da doença?**

Os novos avanços, sobre o conhecimento do vírus, do seu modo de ação e das novas terapêuticas anti-retrovirais, assim como, dos exames que permitem o monitoramento do sucesso dos tratamentos, mudaram os rumos da epidemia de aids em nosso meio, o que tem sido evidenciado pelo registro da drástica queda de mortalidade em vários estados do país. Entretanto, é importante que fique claro que estes recursos aumentam a sobrevida e sua qualidade, mas que este arsenal terapêutico traz inúmeros efeitos colaterais, que podem limitar o acesso de muitos pacientes e que, ainda, o preço extremamente elevado de tais drogas, impossibilita o tratamento de milhões de doentes nos países pobres ou em desenvolvimento.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Veronesi R., Focaccia R. Tratado de Infectologia 9<sup>a</sup> edição, São Paulo, Ed. ATHENEU, 1997.

Mandell L.G., Bennett E.J., Dolin R. Principles and Practice of Infection Diseases, 4<sup>th</sup> edition, New York, ED. Churchill Livingstone, 1995.

Rachid M., Schechter M. Manual de HIV/AIDS, 3<sup>a</sup> edição, Rio de Janeiro, Ed. REVINTER, 1998.

Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica-CVE. Manual de Vigilância Epidemiológica - AIDS- Normas e Instruções, São Paulo, 1995.

Sande A.M., Gilbert N.D., Moellering C.R. The Sanford – Guia para o Tratamento da AIDS/HIV 7ª edição, Rio de Janeiro, EPUC – Editora de Publicações Médicas Ltda, 1998.

Ministério da Saúde Fluxograma para a detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos. Diário Oficial, 4, 18/06/98.

Ministério da Saúde. Consenso de terapia anti-retroviral, 1999.



## ANSIEDADE

Maria de Fátima Lima de Moraes\*  
Kathya Leonila do Monte e Moura\*\*

### 1. Como se apresenta a ansiedade nos pacientes soropositivos?

Ansiedade e angústia são, com certeza, os sentimentos mais freqüentes entre nossos pacientes. A ansiedade pode se manifestar em diferentes momentos: no aconselhamento pré-teste, na hora de receber o resultado e, se o resultado for positivo, em várias outras situações durante o curso da infecção pelo HIV. Dentre estas, nas ocorrências que caracterizam ou sugerem a passagem da condição de soropositivo para doente, ou seja, na manifestação inicial de sintomas ou das primeiras infecções, quando se faz necessário introduzir o tratamento, nas internações (particularmente na primeira) e não é raro que a perspectiva da alta da primeira internação desencadeie um processo de grande insegurança e ansiedade.

A aids atualmente, passível de tratamento eficaz embora sem a cura efetiva, representa, por um lado, um grande avanço na melhora da qualidade de vida dos pacientes em tratamento com os anti-retrovirais. Por outro, no entanto, faz eclodir as dificuldades próprias relacionadas ao convívio com doenças crônicas, particularmente problemas de manutenção da adesão ao tratamento e problemas relacionados aos efeitos colaterais mais desconfortáveis ou complexos, conseqüentes do uso prolongado desses medicamentos. Pelo exposto se deduz que o profissional de saúde se defrontará com os sentimentos de ansiedade e angústia dos pacientes em todos os níveis de serviços: nas unidades externas (ambulatórios, centros de triagem sorológica, hospitais-dia) e nas enfermarias. Um mínimo de preparo para lidar com essas situações é necessário para todos que lidam com pessoas vivendo com HIV e aids.

---

\*<sup>1</sup>Psiquiatra do Hospital Giselda Trigueiro - Referência para DST/AIDS no Rio Grande do Norte.

\*\* Psicóloga do Hospital Giselda Trigueiro.

As situações às quais nos referimos acima são as estreitamente ligadas à soropositividade e ao surgimento de sintomas da doença. É claro que fatos ligados ao cotidiano com a família, os amigos, o trabalho, principalmente relacionados ao medo da rejeição, que lamentavelmente, ainda é imperativo na vida desses pacientes, também poderão provocar a fragmentação de defesas psicológicas e o conseqüente sofrimento psíquico.

Sabemos que a situação de doença desorganiza não só o paciente como seus familiares, pois a possibilidade do confronto com perdas, geralmente inesperadas, irrompe dramaticamente, destruindo a ilusão de que a vida é previsível e controlável, provocando medos, ansiedades intensas, depressões e uma infinidade de conflitos emocionais. Além disto, não devemos nos esquecer da história de vida anterior ao surgimento da soropositividade e da aids. É importante (como em todas as situações em que nos defrontamos com o sofrimento psíquico) ouvir cuidadosamente as pessoas e, em suas histórias, identificar episódios de ansiedade mais ou menos freqüentes, bem como, dados que permitam construir uma idéia da personalidade e da forma com a qual essas pessoas costumam enfrentar problemas e situações limites.

No documento "Pontes: AIDS e assistência", encontramos a seguinte observação: "as pessoas soropositivas, a princípio, só têm uma coisa em comum: a singularidade de serem portadoras do HIV. A intenção de produzir um perfil psicológico válido para a maioria da população infectada, sempre teve o mesmo resultado: encontramos tantos tipos de soropositivos quanto de pessoas não contaminadas". Não se pode perder de vista essa premissa quando lidamos com o sofrimento dessas pessoas, ao tentar traçar-lhes um perfil de personalidade e escolher a forma de procurar ajudá-las a enfrentar e superar a dor que lhes aflige.

É preciso, portanto, compreender a doença na significação particular que tem para cada sujeito. Diante da urgência orgânica emerge a urgência psíquica, e é nesse campo que compreende a subjetividade, que somos convocados a intervir, oferecendo uma escuta diferenciada que possibilite uma compreensão no mais além das palavras, que terá como efeito uma maior chance de o sujeito participar do processo do seu tratamento e ajudar com a parte que lhe cabe. Há que se levar em conta, também, o momento da trajetória de convivência com a infecção ou doença: estratégias diferentes deverão ser utilizadas nos diferentes momentos.

## **2.Quais são os sinais e sintomas da ansiedade?**

A ansiedade se manifesta por sentimentos subjetivos de apreensão, temor ou de ameaça (sensação de insegurança física), dificuldades de concentração, hipervigilância, insônia, diminuição da libido, sensação de apreensão e pelas seguintes queixas somáticas:

- Rigidez/tensão muscular, fraqueza, tremores, fadiga fácil, inquietação, dores de cabeça, cansaço, espasmos musculares, dores lombares;
- palpitações, batimentos cardíacos rápidos, ondas de calor e frio, sudorese, rubor, palidez;
- boca seca, diarreia, indisposição estomacal, "bolo na garganta", náuseas, vômitos, dificuldade de deglutição, "agonia no estômago";

- micções freqüentes;
- tonturas, parestesias;
- resposta de sobressalto;
- hiperventilação, respiração curta, constrição no peito;
- suores, mãos pegajosas e/ou frias.

A maneira pela qual cada pessoa manifesta a ansiedade dependerá de vários fatores: da história pessoal, dos traços de personalidade e defesas psíquicas que costuma utilizar em situações de crise e sofrimento, de sua formação intelectual, universo cultural e capacidade de verbalizar sensações subjetivas. As circunstâncias e a maneira como enfrentou o diagnóstico (a forma como lhe foi comunicado e sua reação), o conhecimento efetivo que tem da situação (soropositividade ou doença), as informações sobre as possibilidades de tratamento e as formas de transmissão também têm papel importante, senão definitivo, na maneira como responderá psicologicamente às mudanças na sua vida e o grau maior ou menor de ansiedade (e/ou depressão) que apresentará. Disso se depreende a importância do aconselhamento pré-teste, do momento e da forma como é dado o diagnóstico de soropositividade.

Não menos importante será o conhecimento de como se dão as relações com os familiares, os amigos, os colegas de trabalho e com a vizinhança e qual foi a reação dessas pessoas ao conhecimento do fato de a pessoa estar infectada ou doente. Uma informação preciosa é saber se o paciente comunicou o fato a alguém. Com quem está dividindo sua angústia e medos e qual a postura e disponibilidade afetiva desses interlocutores nesse momento particular da vida de todos. O conhecimento destas inter-relações pessoais se constitui em uma ferramenta importante no desenho do projeto terapêutico voltado para a reversão do quadro ansioso.

A perspectiva de alta hospitalar, principalmente na primeira internação, também desencadeia crises de ansiedade. Muitas vezes, os pacientes se sentem inseguros sobre a forma como serão recebidos de volta à família e à comunidade, com medo de serem discriminados ou rejeitados e de se confrontarem com suas próprias limitações e mudanças no lidar com o cotidiano. Surgem, então, queixas somáticas vagas, medo do reaparecimento dos sintomas da doença que provocou a internação e, muitas vezes, sintomas como febre, tonturas, dor de cabeça e diarreia, que acabam por retardar a alta (desejo inconsciente ou não do paciente). É necessário que a equipe esteja alerta para essa possibilidade e seja capaz de lidar adequadamente com o paciente e sua ansiedade nesse momento.

### **3. Como posso ajudar meu paciente?**

#### A.O pré-teste

Em primeiro lugar, é imprescindível que os membros da equipe de atendimento reconheçam a própria ansiedade e limitações ao lidarem com as diferentes situações relacionadas ao problema em questão; isso lhes permitirá com mais facilidade escutar de forma paciente e atenta, em atitude de acolhimento

e compreensão e encontrar a melhor forma de esclarecer dúvidas, desfazer informações distorcidas e informar de modo claro e compreensível.

Um momento crucial de intervenção e que assume características fortemente preventivas do ponto de vista da saúde mental é o aconselhamento pré-teste. A desinformação a respeito da evolução da aids é freqüentemente observada, mesmo em pessoas com bom nível de instrução, levando à elaboração de fantasias que dificultam o enfrentamento da situação, compromete o engajamento no tratamento clínico, gerando comportamentos que podem desestruturar suas relações familiares e de trabalho, causando total desorganização em sua vida. Portanto, conhecer as fantasias do paciente sobre HIV e aids, esclarecer-lhe as dúvidas e fornecer informações corretas sobre o tema e sobre as possibilidades de tratamento, sobrevida e qualidade de vida são estratégias valiosas de tranquilização e de preparação para um melhor enfrentamento da condição de soropositividade e/ou doença, com desdobramentos importantes na futura adesão ao tratamento.

Nessa fase do aconselhamento é imprescindível ajudar o paciente a pensar sobre o que fará e com quem poderá contar de imediato, caso seu exame seja reativo. Uma informação aparentemente simples e de extrema importância que também pode ser oferecida neste momento, é ressaltar a diferença entre soropositividade e doença, o que muito freqüentemente não é de conhecimento das pessoas. Enfatizar (principalmente para os assintomáticos), que se o resultado for positivo, não significa estar com aids, pode minimizar o temor desse resultado, e conseqüentemente, a ansiedade.

Apesar de ser um momento marcado freqüentemente por grande ansiedade, tende a ser mais adequado para uma conduta preventiva e de construção de uma atitude de aceitação da situação futura, do que o momento do resultado, quando o paciente, geralmente, sob o impacto do diagnóstico positivo, muito pouco consegue apreender do que lhe é dito. É preciso, então, bastante cuidado com a condição em que são dadas essas informações ao paciente, avaliando-se se ele estará apto a absorvê-las naquele momento. Muitas vezes, é necessário intervir para a diminuição do nível de ansiedade, além do estabelecimento e consolidação de um bom vínculo entre paciente e membros da equipe, para que tais informações possam ser compreendidas e assimiladas, o que demandará outros contatos com a equipe antes da entrevista para entrega do resultado do teste sorológico.

Para alguns pacientes, o período de espera do resultado, pode desencadear uma intensa crise de ansiedade, sendo necessário uma atenção especial e, algumas vezes, assistência psicoterápica.

O apoio e esclarecimento a pessoas do círculo de relações do paciente que poderão ter papel importante na tarefa de tranquilizá-lo e ajudá-lo em toda a sua trajetória é outro caminho a se seguir. Em resumo, fortalecê-las para que possam oferecer suporte ao paciente, quando necessário, evitando temores infundados quanto ao aspecto da contaminação no convívio, bem como, os cuidados excessivos que fragilizam mais ainda, e podem provocar distúrbios na rotina da vida familiar. Muitas vezes, numa primeira entrevista, são essas pessoas as mais acessíveis ao trabalho de que estamos falando.

## B. O pós-teste

O universo contido na situação que denominamos pós-teste compreende o momento da entrega do resultado positivo da sorologia para o HIV e todas as situações críticas decorrentes: o surgimento de alguma intercorrência clínica, ligada ou não à imunodepressão, o início do uso de drogas anti-retrovirais e as internações em hospital-dia ou em enfermarias para tratamento mais prolongado. Os sintomas de ansiedade descritos anteriormente são comuns em quaisquer das distintas situações.

Observa-se, contudo, que as conseqüências provocadas pelo impacto do diagnóstico, podem ser amenizadas pela forma mais adequada de dar este resultado e pela preparação prévia do paciente. Algumas situações específicas podem funcionar como fatores ansiogênicos: o medo de ter contaminado parceiros e/ou filhos, medo da exposição de situações desconhecidas por familiares reveladas a partir do diagnóstico, e de rejeições implícitas e explícitas. Mudanças do esquema terapêutico, por falência ou intolerância, variação nas contagens de CD<sub>4</sub> e CD<sub>8</sub> e na carga viral, são também vividos com intensa ansiedade, além das dificuldades ligadas à manutenção da prática do sexo seguro.

A valorização dos sintomas psicológicos ou seus equivalentes, tanto quanto dos sintomas físicos, já se constitui em atitude terapêutica. A minimização desses sintomas poderá ter como resultado o aumento da ansiedade do paciente e dos sentimentos de solidão, desamparo e de ser incompreendido. Ao mesmo tempo, é importante esclarecer o paciente sobre a ansiedade, seus mecanismos e possíveis motivos, com palavras claras e compreensíveis, mostrando-lhe que, o sofrimento psíquico, além de interessar aos membros da equipe, é tão importante quanto o sofrimento físico e tem grande influência na evolução e prognóstico do quadro clínico geral.

Configurada uma atitude compreensiva e esclarecedora sobre os sintomas de ansiedade, é necessário que se faça o diagnóstico diferencial com outras situações clínicas geradoras de sintomas semelhantes: os pródromos de quadros orgânico-cerebrais (toxoplasmose, cisticercose, por ex.), outras patologias não relacionadas obrigatoriamente à aids (disfunções tiroidianas, cafeinismo, dependência de drogas) e, particularmente, os efeitos colaterais dos anti-retrovirais. Muitos dos sintomas sugestivos de ansiedade podem ser devido ao uso de medicamentos (insônia, cefaléia, fadiga, parestesias, mal-estar difuso).

A orientação para se levar uma vida o mais próxima do normal possível, pode ajudar: o retorno às atividades profissionais, a manutenção de uma relação afetiva e de relacionamentos sociais, e a prática de atividades físicas moderadas (adequadas ao estado geral), como caminhadas e hidroginástica. Não é incomum que alguns pacientes se sintam incapazes de levar uma vida normal, mesmo sem motivos orgânicos para isso, e passem o dia inativos (veja o texto sobre depressão), o que pode desencadear e agravar os sintomas ansiosos.

Ainda numa linha de intervenção não medicamentosa, os pacientes podem ser orientados à prática de exercícios respiratórios e de relaxamento (a ioga pode ser uma alternativa), o que deverá ser feito levando em consideração a cultura e o perfil de cada um. O uso de chás calmantes como capim santo, laranja, camomila

e erva-doce e derivados do maracujá ou outros recursos fitoterápicos pode ser uma alternativa; além de diminuir os efeitos da medicalização da vida dos pacientes, são alternativas de baixo custo.

A prescrição de ansiolíticos é um recurso terapêutico a ser utilizado quando necessário, associado a algumas das estratégias já descritas. Sugerimos o emprego do clonazepan (Rivotril), de 0,5 mg a 6,0 mg/dia, conforme o caso, e do cloxazolan (Olcadil), de 1 a 6 mg/dia, sendo que este último tem a vantagem de provocar boas respostas em caso de depressões ansiosas.

Caberá à equipe decidir sobre a necessidade e a oportunidade do encaminhamento para tratamento especializado, com psicólogos ou psiquiatras. Isso se tornará mais fácil se especialistas na área fizerem parte da equipe. Quando isso não ocorrer, a gravidade do quadro, a resposta às intervenções aqui descritas, a disponibilidade do paciente e familiares e a acessibilidade a serviços ou profissionais de saúde mental é que determinarão o encaminhamento.

#### **4. Como diagnosticar a insônia?**

Queixas de dificuldades para dormir, sono inquieto e pouco restaurador (com sensação de cansaço ou sonolência durante o dia) e despertar precoce são muito comuns na prática clínica. Essas queixas correspondem aos distúrbios do sono chamados insônias e, com grande frequência são sintomas de quadros ansiosos ou depressivos. Nos pacientes portadores do HIV e/ou aids, as queixas de insônia desencadeada por depressão e ansiedade ou por outras causas também aparecem com frequência e, no caso, acrescidas de outros motivos, por exemplo, os efeitos colaterais dos anti-retrovirais. Nessa situação em particular, qualquer conduta deve ser precedida de cuidadosa história clínica para avaliação diagnóstica. Desse modo, é importante levantar informações referentes a:

- ?? Padrões de sono anteriores ao surgimento das queixas;
- ?? Frequência da queixa e avaliação do tempo em que o paciente se mantém acordado;
- ?? Repercussão das alterações do sono durante o dia (cansaço, sonolência etc.);
- ?? Possíveis fatores precipitantes;
- ?? Hábitos diurnos e noturnos que podem estar afetando o sono (muito tempo no leito durante o dia, alimentação, pouca atividade física), com especial atenção para o caso de pacientes internados, em geral, mais vulneráveis ao problema;
- ?? Quadros orgânicos relacionados ou não à infecção pelo HIV, particularmente as dificuldades respiratórias, quadros dolorosos, doenças de pele com prurido, afecções cerebrais, hepáticas, renais, músculo-esqueléticas (problemas na coluna vertebral) ou do sistema endócrino;
- ?? Avaliação do esquema terapêutico usado para o paciente, com o objetivo de identificar possível iatrogênese da queixa de insônia.

Com relação ao último item, vale lembrar que, ao lado de algumas drogas usadas para o controle de infecções oportunistas, alguns anti-retrovirais podem integrar o elenco de fatores causais da insônia, entre eles a zidovudina (AZT), a estavudina (d4T), a lamivudina (3TC), o indinavir (Crixivam) e o efavirenz (Stocrin).

## **5. Como tratar a insônia de pacientes HIV positivos?**

Feita a avaliação diagnóstica, um primeiro passo é tratar a ansiedade ou a depressão, se estas forem identificadas como principais causas do problema, e orientar o paciente para a adoção de medidas que configuram a “higiene do sono” e que envolvem mudanças de comportamento, tais como:

- ?? Estabelecer horários fixos para dormir e despertar, adequando-os aos horários dos medicamentos de rotina (anti-retrovirais e outros);
- ?? Evitar o uso de cafeína e cigarros próximo à hora de dormir;
- ?? Estabelecer rotinas de exercícios físicos regulares de manhã e à tarde;
- ?? Evitar cochilos e sonecas durante o dia, tendência comum e compreensível em pacientes internados e ociosos;
- ?? Evitar o uso da cama para ler ou ver televisão, reservando-a para a hora de dormir;
- ?? Melhorar, se necessário, o ambiente de dormir, com atenção especial para ruídos, iluminação, temperatura e características da cama;
- ?? Sugerir exercícios respiratórios de relaxamento antes de dormir;
- ?? Evitar a permanência na cama, no caso de dificuldade para adormecer, procurando envolver-se em alguma atividade que afaste a preocupação centrada no sono;
- ?? Prescrever, ocasionalmente e por curto período, quando necessário, benzodiazepínicos, observadas as interações descritas no anexo 1 deste manual:
  - clonazepam (Rivotril) – 0,5 a 3,0 mg/noite
  - cloxazolam (Olcadil) - 1,0 a 3,0 mg/noite
  - lorazepam (Lorax) - 1,0 a 3,0 mg/noite
- ?? Evitar o uso de hipnóticos, em especial o midazolam (Dormonid), devido à perigosa interação deste medicamento com os anti-retrovirais.

## **6. Como lidar com os pacientes soronegativos que se sentem constantemente infectados?**

O medo, a desinformação e a maior vulnerabilidade psicológica de algumas pessoas têm feito com que a epidemia de aids tenha repercussões muito particulares, desencadeando quadros psicológicos e/ou psicopatológicos de importância para os serviços de atendimento à aids e à saúde mental: essas pessoas que, embora sem justificativa aparente, (sexo não seguro, uso de drogas injetáveis, transfusão de sangue) desenvolvem a convicção de estarem infectadas, mesmo após sucessivos exames sorológicos negativos. Crises de pânico, ansiedade generalizada, distúrbios obsessivos compulsivos, vivências hipocondríacas (delírios hipocondríacos) são alguns dos sintomas apresentados. Com frequência, se estabelece um quadro no qual os sintomas da doença (ou do que o paciente pensa ser a doença) ou seus pródromos são mimetizados; mais frequentemente, surgem queixas de diarreia, acompanhadas de queda de cabelos, perda de peso, falta de apetite e doenças de pele.



As equipes dos serviços de aids e de saúde mental devem estar preparadas para lidar com essas situações; paciência, tolerância e atitude de acolhimento são tão importantes para esses indivíduos quanto para aqueles portadores do HIV. A convicção delirante de que se tem alguma doença (às vezes a queixa se soma ao repertório delirante de um paciente psicótico) não responde à argumentação lógica e nem mesmo aos resultados negativos de exames laboratoriais. Estes são casos sérios, que envolvem complicados mecanismos psicopatológicos e requerem acompanhamento especializado. O encaminhamento para o especialista deve ser feito de forma cuidadosa e no momento oportuno. Como nas situações anteriormente descritas, relacionadas a pacientes soropositivos, o encaminhamento terá mais chances de ser bem sucedido na medida em que se estabeleça uma boa relação entre a equipe dos serviços de aids e o paciente aflito com os fantasmas da infecção ou doença.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Banco de Horas e IDAC - “Pontes – aids e assistência”.

FLAHERTY, J, CHANON. R.A, DAVIS. J.M. Psiquiatria, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas,1990.

KAPLAN. H.I, SADOCK. B.J. Manual de Psiquiatria Clínica. Rio de Janeiro: Ed Médica e Científica Ltda, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de DST/AIDS. Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Adultos e Adolescente, Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/MPAS, Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Divisão de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Manual de Cuidados em Saúde Mental; Brasília, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação de DST e AIDS. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS – Diretrizes e procedimentos básicos, 2<sup>a</sup> ed, Brasília, 1998.

SANFOR, J.P, SANDE, M.A, GILBERT D.N. Guia para tratamento de AIDS e HIV,5<sup>a</sup> ed, Glaxo- Wellcome, 1997.

## DEPRESSÃO

Vanja Maria Bessa Ferreira\*

### **1.Será que meu paciente está deprimido?**

Se você tem observado uma mudança no comportamento do seu paciente, que se encontra mais tristonho ou desinteressado ou mais calado, será muito importante para o curso do tratamento que você dedique um pouco mais de tempo da consulta para uma avaliação mais detalhada. Seu paciente pode estar passando por uma situação de perda, concreta ou simbólica, e estar enfrentando um processo de luto. A conscientização de uma perda, os sentimentos desencadeados por ela e o tempo dispendido na reestruturação pessoal para o enfrentamento do problema se constituem no processo de luto, mecanismo psíquico normal e necessário para a manutenção de um equilíbrio psicológico que garanta uma vida qualitativamente satisfatória. Estar atento a este momento de vida de seu paciente pode significar um conforto para ele e, também, garantir que, mesmo neste período mais difícil, ele consiga seguir suas orientações terapêuticas, não prejudicando a tão necessária adesão ao tratamento.

Diversos trabalhos demonstram que sintomas depressivos são observados em mais de 50% dos pacientes HIV positivos em algum momento da trajetória da doença. A incidência destes sintomas aumenta a medida em que a doença progride e na associação com patologias cerebrais orgânicas associadas ao HIV. Muitas vezes é difícil diferenciar os sintomas da depressão daqueles gerados pelos efeitos colaterais de algumas medicações, dos sintomas comuns aos pacientes gravemente doentes ou daqueles com patologias orgânicas cerebrais. Algumas perguntas direcionadas ao paciente podem ser de grande utilidade na avaliação de um comportamento depressivo.

\*Psiquiatra. Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Membro do Conselho Técnico-editorial do Fórum Científico HIV/AIDS.

A fadiga crônica pode ser analisada ao se perguntar se o paciente tem desejo de participar de alguma tarefa ou diversão e não consegue ou simplesmente não tem nenhum desejo. Perguntar sobre uma vontade incontrolável de chorar ou uma irritabilidade renitente também pode facilitar o diagnóstico. Há alguma alteração de apetite, desejo sexual ou sono? De que maneira estas modificações se apresentaram? Existem outros sintomas clínicos associados aos sintomas psíquicos, tais como, cefaléia, alterações de equilíbrio ou da marcha ou outra dor crônica? O paciente faz uso de alguma droga ou fez uso recentemente e parou? Além disto, é fundamental perguntar, em cada consulta, quais as medicações que o paciente está tomando e de que maneira (frequência, horários, etc) ele as está tomando. Desta forma, pode-se descobrir que ele não conseguiu alguma medicação ou está tomando algo além, ou não entendeu de que forma seguir ou descontinuar um esquema. Além de avaliar a adesão ao tratamento, pode-se descobrir a causa de um sintoma depressivo.

A incidência de depressão maior em pacientes com HIV/AIDS é semelhante àquela observada na população em geral. O diagnóstico requer a presença de humor deprimido, perda de interesse e pelo menos mais três sintomas entre perda ou ganho excessivo de peso, insônia ou sonolência excessiva, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de culpa, concentração prejudicada e idéias suicidas durante pelo menos duas semanas. Neste caso, o encaminhamento do paciente a um psiquiatra é recomendado.

## **2. Como devo medicar meu paciente deprimido?**

Seu paciente pode estar apresentando um distúrbio depressivo ou um episódio depressivo moderado que irá, provavelmente regredir com o uso de medicação antidepressiva adequada. Sugerimos que não sejam utilizados os medicamentos da classe dos inibidores da mono-amino-oxidase, por serem de manejo difícil e causarem diversas interações com medicamentos e alimentação.

A escolha do antidepressivo deve ser orientada pelo tipo de sintomatologia apresentada:

?? caso sejam predominantes a insônia, a perda de apetite, a perda de peso e a ansiedade, os medicamentos tricíclicos são recomendados. Dentre estes, pode-se optar pela imipramina (Tofranil®), drágeas de 10 e 25 mg, mais sedativo, a nortriptilina (Pamelor®), cápsulas de 10, 25, 50, e 75 mg e a amitriptilina (Tryptanol®), comprimidos de 25 e 75 mg, muito útil também no tratamento das neuropatias periféricas. A dose inicial é de 25 mg e a dose terapêutica fica entre 75-125 mg, podendo ser atingida em duas semanas. A prescrição pode ser feita numa única tomada, à noite. São comuns efeitos colaterais anti-colinérgicos, do tipo boca seca, constipação intestinal, retenção urinária, vista turva, tonteira, que podem aparecer isoladamente ou em conjunto, desde o primeiro dia de tratamento, enquanto que os efeitos benéficos surgem após o 10<sup>o</sup>-15<sup>o</sup> dia de tratamento. Os tricíclicos são remédios de baixo custo e devem constar da farmácia básica de cada hospital.

?? em caso de predomínio dos sintomas de sonolência, ganho de peso, apatia, ideação suicida, recomendamos o uso dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), tais como a sertralina (Zoloft®), comprimidos de 50mg, a fluoxetina (Prozac®, Eufor®, Psiquial® ou Verotina®), comprimidos de 20mg, a paroxetina (Aropax®), comprimidos de 20mg e a venlafaxina (Efexor®), comprimidos de 37,5mg, 50mg e 75mg. O início do tratamento com a sertralina deve ser realizado com um comprimido ao dia, podendo-se chegar até três comprimidos/dia. A dose inicial da fluoxetina é de 10mg, passando para a dose terapêutica de 20mg, uma semana depois. A paroxetina deve ser iniciada com 10mg/dia e atingir a dose terapêutica de 20-30mg após a primeira semana de tratamento. A venlafaxina pode ser iniciada com a dose terapêutica de 75 mg. Todos poderão ser ministrados em uma única tomada, pela manhã. Os efeitos colaterais incluem sudorese, tremor, insônia, anorexia (menor com a sertralina), náusea e diarreia. A melhora dos sintomas depressivos costuma surgir após o 5<sup>o</sup> dia de uso. Por competir menos com a enzima CYP2D6, responsável pela oxidação de inúmeras drogas, e, portanto, interagir menos com os inibidores da protease, a sertralina tem sido mais indicada nos esquemas dos pacientes que fazem uso desta classe de medicamentos.

### **3. Meu paciente deprimido pode tentar o suicídio?**

Alguns trabalhos demonstram que a incidência de idéias suicidas, e de tentativas de suicídio em pacientes HIV/AIDS é maior do que na população em geral. No entanto, contrariando o padrão observado na população em geral, a ideação e o comportamento suicidas são mais prevalentes em homens do que em mulheres HIV positivas.

A falta de perspectivas e a imagem de uma trajetória com perdas sucessivas contribuem para o aparecimento de idéias suicidas. Em pacientes deprimidos, deve-se sempre avaliar o risco de suicídio, através da observação do conteúdo do discurso do paciente, ou mesmo, perguntando-se diretamente se ele já pensou sobre isto. Demonstrar compreensão, solidariedade e colocar-se disponível para ser procurado, mesmo fora da data marcada para a próxima consulta pode ser de grande valia para quem não está enxergando uma saída. O encaminhamento para um atendimento psicológico deve ser feito quando houver possibilidade, evitando que o paciente se sinta frustrado ou rejeitado, caso não exista vaga ou este atendimento seja financeiramente impossível para ele. Avaliar o instrumental de suporte do paciente é muito importante; saber com quem ele mora, quais os recursos financeiros com os quais ele conta, se tem família, amigos ou parceria afetiva, se está trabalhando. A partir desta avaliação, pode ser traçada uma estratégia de reforço com o paciente e as pessoas que o rodeiam.

Não se esquecer que os antidepressivos não apresentam efeito imediato, variando entre 5 a 15 dias para proporcionarem uma melhora dos sintomas depressivos. Caso os recursos afetivos do paciente sejam precários e a ideação suicida seja intensa, deve-se considerar a possibilidade de encaminhar o paciente para uma internação em serviço psiquiátrico.

### **4. A depressão pode agravar o quadro clínico do meu paciente?**

Sim, em um estudo americano realizado com 765 mulheres soropositivas os resultados indicaram que os sintomas depressivos em mulheres com HIV estão

associados à progressão da doença, à diminuição da contagem de células CD4 e a um aumento de mortalidade por AIDS. O diagnóstico precoce da depressão e o encaminhamento para um tratamento adequado podem alterar positivamente o curso da doença nas pacientes com HIV/AIDS. Cabe lembrar que o tratamento da depressão além de eliminar os sintomas depressivos, melhora a qualidade de vida do paciente e aumenta a adesão ao tratamento.

### **5. A depressão pode ser desencadeada pelo tratamento anti-retroviral?**

Sim, estudos já demonstraram que o efavirenz pode causar sintomas ansiosos, depressivos e, até mesmo, ideação suicida. Observa-se que os sintomas tendem a desaparecer com a continuidade do tratamento e que são mais severos de acordo com o nível plasmático da droga. Em pacientes com história prévia de depressão, recomenda-se um monitoramento cuidadoso do efavirenz e o acompanhamento do paciente por um psiquiatra.

**DESCRITORES:** Adesão - Depressão - Interações Medicamentosas - Suicídio

### **REFERÊNCIAS:**

BREITBART, W. 1998. Pain, Depression, and Physician-Assisted Suicide in AIDS. *The prn Notebook*, **3**(4): 19-22.

BROWN, G.R. & RUNDELL, J.R. 1990. Prospective Study of Psychiatric Morbidity in HIV-Seropositive Women Without AIDS. *General Hospital Psychiatry*, **12**: 30-35.

CABAJ, R.P. 1996. Management of Anxiety and Depression in HIV-Infected Patients. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, **2**(6): 11-16.

CAPALDINI, L. 1994. Psychiatric Complications and Psychosocial Issues in HIV Disease. *AIDSFIL*, **8**(2): 15 pag.

ICKOVICS, J.R., HAMBURGER, M.E., VLAHOV, D., SCHOENBAUM, E.E., SCHUMAN, P., BOLAND, R.J. & MOORE, J. 2001. Mortality, CD4 cell count decline and depressive symptoms among HIV-seropositive women. *JAMA*, Vol 285, nº 11.

LIMA, A.L.L.M., KIFFER, C.R.V., UIP, D.E., OLIVEIRA, M.S. & LEITE, O .H.M. 1996. Perguntas e Respostas HIV/AIDS. São Paulo, Atheneu.

O'DOWD, M. & MCKEGNEY, F.P. 1990. AIDS Patients Compared with Others Seen in Psychiatric Consultation. *General Hospital Psychiatry*, **12**: 50-55.

PERRY, P.J., ALEXANDER, B. & LISKOW, B.I. 1997. Psychotropic Drug Handbook. Washington, American Psychiatric Press, Inc.

RACHID, M. & SCHECHTER, M. 1998. Manual de HIV/AIDS. Rio de Janeiro, Revinter.

SETH, R., GRANVILLE-GROSSMAN, K., GOLDMEIER, D. & LYINCH, S. 1991. Psychiatric Illnesses in Patients with HIV Infection and AIDS Referred to the Liaison Psychiatrist. *British Journal of Psychiatry*, **159**: 347-350.

TREISMAN, G., FISHMAN, M. & LYKETSOS, K. 1998. Mental Health. In: BARTLETT, J.G. 1998 Medical Management of HIV Infection. Baltimore, Port City Press.

TREISMAN, G.J. & KAPLIN, A. 2002. Neurologic and psychiatric complications of antiretroviral agents. *AIDS*, **16**:1201-1215.

#### **SITES RECOMENDADOS:**

MEDSCAPE - <http://www.medscape.com>

JOHNS HOPKINS AIDS SERVICE - <http://www.hopkins-aids.com>



## ASPECTOS REFERENTES A REAÇÕES E TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Carlos Fernando Bittencourt Neumann\*

### 1. Pacientes HIV/aids podem ficar agitados e mesmo ter um surto psicótico?

Sim, encontrar um paciente HIV/aids agitado é freqüente, mas deve-se ter cuidado em fazer uma correlação simples entre "surto psicótico" e aids.

### 2. Qual é o quadro clínico mais comum nos transtornos psicóticos relacionados à aids?

Geralmente, encontramos o paciente agitado, com grande impacto naqueles que o conhecem, causando certa comoção nos profissionais de saúde que o atendem, principalmente por apresentar comportamento bizarro, por vezes agressivo, manifestando-se esta agressividade, freqüentemente, de modo súbito. Não é raro que isto aconteça em algum momento do desenvolvimento da doença, ou numa complicação dela, especialmente nos quadros de infecção oportunista do sistema nervoso central, tais como: neurotoxoplasmose, neurocriptococose, neurotuberculose, neurolues (sífilis no SNC), encefalite herpética, entre outros. Conselho prático: avalie cuidadosamente! Muitas vezes, a agitação mimetiza um quadro de intoxicação por abuso de drogas, síndrome de abstinência ao álcool, ou mesmo, transtornos transitórios de caráter.

### 3. Como avaliar um paciente agitado?

Considerar:

- ?? Se o paciente está desorientado no tempo e no espaço: sabe onde está?, qual o dia e mês?;
- ?? Se o paciente se mostra confuso (há uma espécie de "delirium" ou embriaguez, com falta de senso prático mínimo, que pode fazê-lo até "engraçado" aos olhos de quem o avalia);
- ?? Qual é a sua condição médica geral neste momento: tem febre?, está hidratado?;
- ?? Se a mudança de comportamento foi abrupta;
- ?? Se o nível de consciência está oscilatório: altera lucidez e confusão mental, agressividade e colaboração?;
- ?? Se o paciente não tem antecedente de transtorno psiquiátrico prévio.

Se estas condições se encontram preenchidas, parcial ou integralmente, considere organicidade, síndrome confusional, ou seja, provável manifestação clínica comportamental, associada a uma condição clínica geral (secundária a uma condição médica), ou afecção do sistema nervoso central (oportunistas). Dica: alucinações predominantemente visuais reforçam a hipótese de transtorno de base orgânica.

\*Psiquiatra do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

#### **4. Por que tanto critério com o diagnóstico diferencial?**

Avaliações de pacientes HIV-positivos em contexto hospitalar e de emergência indicam altíssima casuística de transtorno psico-orgânico, mesmo em pacientes que não preenchem aqueles critérios (acima) e se aproximam mais de quadros mais tradicionais da psiquiatria.

#### **5. Quais são estes outros quadros?**

- ?? QUADRO DELIRANTE PERSECUTÓRIO (PARANÓIDE): idéias delirantes de perseguição, por exemplo de que querem matá-lo, que geralmente angustiam o entrevistador, fazendo temer maiores riscos; desconfiança; alucinações auditivas que corroboram a vivência delirante ou pensamento de teor místico-messiânico. Na maior parte, quadros como este rapidamente remetem em pacientes que os desenvolveram sem ter antecedente psiquiátrico nenhum, fato este não tão comum quando se trata um quadro psicótico "puro", ou não secundário à condição clínica geral, como, por exemplo, numa esquizofrenia do tipo paranóide.
- ?? QUADRO MANÍACO OU HIPOMANÍACO: aumento do fluxo do pensamento (verborragia), circunstancialidade (discurso tangencial, errático e inconcluso), exaltação do afeto, idéias exóticas e exageradas, muitas vezes tendendo à irritabilidade, se minimamente contrariado. Mesmo em paciente com antecedente de perfil de preenchimento para características de um transtorno bipolar prévio (conhecido também por psicose maníaco-depressiva) na infecção pelo HIV, tem havido rápida remissão deste tipo de quadro, com intervenções psiquiátricas de suporte ao tratamento da condição clínica geral.
- ?? OUTRO QUADRO PSICÓTICO AGUDO OU QUADROS REATIVOS: delírios, agitação, alucinações, muitas vezes se supondo um evento predisponente de natureza psicológica, como perda recente de companheiro ou ente querido, freqüentemente pela própria aids, ou comunicação recente de ser soro-positivo para o HIV.

#### **6. Como tratar os pacientes nestas condições?**

Devido à alta incidência de transtornos psiquiátricos secundários a uma condição clínica ligada à aids (geral ou neurológica), caracterizáveis como manifestações psicóticas, e ao fato de que, mesmo não havendo condição clínica evidenciável de maior importância (considere-se aqui que os exames de tomografia e de líquido só terão significação para descartar algumas patologias por infecções oportunistas no sistema nervoso central) e levando-se em consideração que o paciente com HIV ou aids necessita um seguimento clínico com várias tomadas de medicação ao dia e criteriosa avaliação de seu estado geral, pelas oscilações de seu quadro geral, recomendamos incisivamente que este paciente

seja internado numa unidade clínica com retaguarda psiquiátrica **e jamais em um hospital psiquiátrico clássico**, conhecido no jargão médico como macro-hospital, manicômio ou depósito de pacientes assim ditos como psiquiátricos, por ser isto contra as necessidades de atenção do paciente e contra as metas da reforma psiquiátrica.

É necessário insistir, mesmo na falta de um psiquiatra em determinadas instituições de cuidado à saúde ou na insuficiência de profissionais de saúde mental, que o assim chamado "surto psicótico" ou quadro psicótico é um diagnóstico médico, sendo assim da competência de um clínico, mesmo não psiquiatra, tratá-lo, ou ao menos iniciar o seu tratamento antes de chamar o especialista, quando este for disponível. O importante é que o paciente possa receber cuidados clínicos e psiquiátricos.

#### TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:

##### **Considerações gerais:**

É necessário desmistificar este tópico, assinalando que, apesar das dúvidas referentes ao diagnóstico diferencial, recomenda-se tratamento, visando a remissão ou atenuação sintomática, suficiente para que o paciente possa permanecer em uma unidade para tratamento clínico, usufruindo-o em boa condição, o que é do seu direito como usuário de serviço de saúde e cidadão, bem como que o tratamento favoreça sua manutenção de cuidado clínico, não interferindo com seu tratamento da condição de base, HIV ou aids.

##### **Uso dos antipsicóticos:**

A indicação do uso de neurolépticos deve ser, ao mesmo tempo, parcimoniosa e eficaz. Deve ser criteriosa, considerando-se a condição de um doente de alguma forma já debilitado e potencialmente com maior possibilidade de se sensibilizar ao fármaco, bem como, se deve atinar à gravidade e ao risco das manifestações psicóticas.

Para as manifestações mais agudas e graves (agitação importante, idéias delirantes, agressividade, alucinações), toda experiência tem sido concordante com as referências que encontramos em outros autores e com a experiência mais conhecida no tratamento desta condição clínica por gerações anteriores de psiquiatras: recomendamos o uso do haloperidol (Haldol), inicialmente se necessário, através da via intramuscular, podendo ser feita a clássica associação com a prometazina (Fenergan), ficando o ajuste da dose Tateado pela observação clínica. Muita atenção: é contra-indicado veementemente o uso da associação com o midazolam (Dormonid), especialmente para pacientes que usam inibidores de protease, pois este fármaco, a exemplo da fluoxetina (Prozac), compete com aquele grupo de fármacos no sítio do citocromo p-450, acarretando grave risco de super-disponibilidade tóxica. Para os pacientes internados e menos agitados, doses entre 5 e 7,5 mg/dia têm se mostrado eficientes para a rápida remissão sintomática, evoluindo a maioria dos pacientes para controle sintomático, com doses menores e, muitas vezes, remissão completa e até a suspensão do fármaco, no seguimento ambulatorial pós-alta. Deve-se vigiar quanto ao

aparecimento dos clássicos sintomas, sobejamente descritos, de sensibilização a este tipo de fármaco, a chamada impregnação pelo neuroléptico (rigidez muscular, sialorréia ou salivação excessiva, dificuldades na coordenação e na marcha, que geralmente é em bloco ou do tipo "autômato") ou acatisia (paciente com franca inquietude motora, não conseguindo parar de andar ou de se mexer de um lado para o outro), não sendo rara a necessidade do uso de anti-parkinsonianos, como o biperideno (Akineton), na impregnação, ou de tranqüilizantes benzodiazepínicos, na acatisia.

Para neurolépticos mais bloqueadores de dopamina, como o haloperidol, deve-se ter em mente um maior risco potencial para o desenvolvimento da chamada síndrome neuroléptica maligna, por estar o paciente mais debilitado. Esta condição clínica se caracteriza por rigidez muscular, febre com hemograma com franca leucocitose, aumento considerável da CPK, miólise e insuficiência renal, podendo evoluir para o óbito. Este é um quadro para manejo em unidades de cuidado clínico intensivista. Em pacientes cuja clínica é menos de sintomas produtivos, como delírios e alucinações, e a necessidade de sedação é mais importante, indica-se o uso da clorpromazina (Amplictil), desde 25 até 150mg/dia, cuidando-se de monitorizar uma possível hipotensão ou sedação excessiva.

#### **Tranqüilizantes:**

Recomendamos, entre os benzodiazepínicos, dado o seu menor potencial, comparativamente aos outros fármacos deste grupo, ao desenvolvimento de dependência e a sua grande utilidade como suporte aos sintomas ansiosos (pânico, fobias) e como coadjuvante dos moduladores de humor para transtornos hipomaníacos, maníacos e assemelhados, o clonazepam (Rivotril), sendo útil, a nosso ver, o manuseio com doses a partir de 0,5 até 6mg, conforme o caso. Pode ser usado também, devido à sua maior disponibilidade nos serviços de saúde, o diazepam (Valium, Kiatrium, Noan), com doses entre 5 e 30 mg ao dia.

#### **Moduladores do humor e anti-convulsivantes:**

Não priorizamos, aqui, a indicação do lítio para este grupo de pacientes, uma vez que grande parte dos quadros manietiformes é psico-orgânica na sua origem ou desencadeamento, além do que, o lítio exige condições clínicas gerais bem mais satisfatórias do que este grupo de pacientes pode oferecer. Além disto, o uso do lítio poderia somar ainda mais um prejuízo funcional. Também a carbamazepina (Tegretol) é de uso polêmico, pois é um fármaco muito eficiente para pacientes que têm na irritabilidade um sintoma importante, porém, além da hepato-toxicidade, tem contra-indicação formal para pacientes leucopênicos ou potencialmente leucopênicos. A associação da carbamazepina com o ritonavir (Norvir) é contra-indicada. Uma melhor alternativa tem sido o uso do ácido valpróico (Depakene), em doses médias entre 500 e 750mg/dia.

#### **Observações finais:**

Recomenda-se monitorização contínua e atenta reavaliação clínica, pois, podendo todos estes transtornos serem caracterizados como transitórios, pelo menos no tocante às manifestações mais graves e agudas, deve-se considerar que, especialmente estes indivíduos que tomam inúmeras outras medicações

clínicas, necessitam usar o mínimo de psicofármacos, sendo estes veiculados às necessidades irrefutáveis, sobretudo se considerarmos que o uso de inibidores de protease é muito recente e, certamente, muito ainda desconhecemos acerca das inter-relações farmacológicas potencialmente danosas. Do que conhecemos, sabemos, por outro lado, que a mais consagrada droga para o tratamento do HIV/aids, o inibidor da transcriptase reversa zidovudina (AZT) é o fármaco de mais eficaz efeito neuro-protetor, sendo portanto altamente recomendável no tratamento conjugado das condições neuro-psiquiátricas da aids, certamente contribuindo para prevenir e tratar transtornos cognitivos e os de espectro confusional e psicóticos. Também possuem ação neuroprotetora a estavudina (d4T) e a nevirapina (Viramune).

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas - Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
2. Grant, I. & Atkinson, H. Psychiatric aspects of Acquired Immune Deficiency Syndrome. IN: Kaplan & Sadock. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI, sixth ed., v.2, Williams & Wilkins, Baltimore, 1995.
3. Louzã Neto, M. (org). Psiquiatria Básica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
4. Mattos, P. Os Distúrbios Mentais Orgânicos e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Parte 1. J. Bras. Psiq., v.40, n.6, pp.311-325, 1991.
5. Mattos, P. Os Distúrbios Mentais Orgânicos. Parte 2. J. Bras. Psiq., v.40, n.7, pp.375-381, 1991.
6. The Psychiatric Clinics of North America, vol 17, Number I, March 1994.
7. WHO Neuropsychiatric AIDS Study, cross sectional phisi I. Study design and psychiatric findings. Arch Gen Psychiatry, 1994 jan 51(1): p 39-49.

## **AFECÇÕES NEUROLÓGICAS**

Augusto César Penalva de Oliveira\*

### **1. Qual o impacto das manifestações neurológicas na infecção pelo HIV-1?**

Desde o início da epidemia da síndrome de imunodeficiência adquirida, quando ainda se denominava “GRID - (gay related immunodeficiency disorder)”, no princípio da década de 80, as manifestações neurológicas, freqüentes e polimórficas, já chamavam a atenção dos clínicos e pesquisadores com ela envolvidos. Comprometendo praticamente todos os sistemas e o todo da topografia, estas aparecem desde o momento da soroconversão, até as fases mais avançadas da imunossupressão e da expressão sintomática da síndrome. No entanto, as diferentes complicações têm o seu momento particular de aparecimento, baseado na fisiopatogenia evolutiva da infecção pelo HIV-1. Também estas distintas manifestações, a depender da etiologia, têm os seus sítios preferenciais, e podem ainda coexistir topográfica e temporalmente.

### **2. Como abordar os sintomas neurológicos no contexto da infecção pelo HIV?**

Alguns eixos essenciais organizam e orientam a abordagem clínica de um quadro neurológico, no contexto da infecção pelo HIV-1. Em primeira instância, o conhecimento da fase evolutiva desta infecção retroviral, para estabelecimento dos possíveis diagnósticos do período; segundo ponto, a localização topográfica das lesões e dos sistemas em disfunção, uma vez que mais de uma topografia pode estar comprometida, e por uma ou mais etiologias, ao que chamamos de investigação paralela; e por último, a denominada flexibilidade diagnóstica, ou seja, admitir que mais de uma etiologia pode estar comprometendo um mesmo local, o que torna a observação clínica e armada da resposta terapêutica, um elemento diagnóstico de exclusão de agentes associados.

\*Supervisor da disciplina de Neurologia Clínica do Instituto de Infectologia Emílio Ribas - São Paulo, Médico assistente do Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas - São Paulo.

### **3. Como se apresentam clinicamente estas afecções?**

As afecções neurológicas, no contexto da infecção pelo HIV-1, são freqüentes, variando, a depender do local e do período, chegando às cifras de 31-65%, em adultos e de 50-90%, em crianças. São extremamente polimórficas, comprometendo praticamente todos os setores do sistema nervoso, em relação direta ou indireta com o HIV-1. Podem ser assim classificadas: 1) segundo a topografia - se acometem o SNC ou SNP; 2) segundo o estágio clínico-imunológico evolutivo da infecção pelo HIV-1 - se acontecem no momento da soroconversão, fase de latência clínica, ou na fase tardia, onde já há imunossupressão expressiva; 3) e de acordo com a etiologia da disfunção, sendo aí divididas em dois grandes grupos: as diretamente relacionadas com o HIV-1, e as secundárias, responsabilidade de várias outras etiologias, favorecidas pela imunossupressão.

#### **Afecções do Sistema Nervoso Periférico**

Apesar do grande tropismo do vírus da imunodeficiência adquirida pelo sistema nervoso central (SNC), o sistema nervoso periférico (SNP) está acometido de forma bastante freqüente e em todas as fases da evolução da síndrome. Estima-se que as neuropatias periféricas ocorram em freqüência variando de 30-95% dos casos, nos estádios mais tardios da infecção, dependendo dos métodos diagnósticos empregados, e, assim como as miopatias, apresentam incidência crescente, em virtude do uso mais prolongado das drogas anti-retrovirais. Os mecanismos de insulto ao SNP incluem a ação do próprio vírus, as alterações imunológicas, o uso das drogas anti-retrovirais e as infecções oportunistas.

Dessa forma, as doenças do sistema nervoso periférico podem ser consideradas como marcadores da evolução da aids.



## **Miopatias**

O comprometimento muscular pode ser dividido em:

- miopatias ligadas ao HIV-1;
- miopatias secundárias ao uso de AZT;
- síndrome consumptiva da SIDA;
- síndromes miastênicas;
- rabdomiólise;
- infiltrações tumorais - raramente descritas, sendo principalmente relacionadas com o linfoma não-Hodgkin;
- piomiosites - também raras, onde o principal agente infeccioso é o *Staphylococcus aureus*, e o *Toxoplasma gondii*.

As manifestações musculares podem ocorrer nas fases iniciais da infecção, mas são mais freqüentemente encontradas na doença completamente estabelecida.

## **Neuropatias periféricas**

Várias são as formas de apresentação das neuropatias periféricas ligadas à infecção pelo HIV, como em seqüência enumeramos:

- Polineuropatias inflamatórias desmielinizantes (PID);
- Polineuropatia sensitivo-motora distal simétrica;
- Mononeurites e Mononeurites múltiplas;
- Polirradiculopatias progressivas;
- Ganglioneurites e Neuropatias autonômicas;
- Neuropatias tóxicas; tendo como drogas mais freqüentemente relacionadas: ddC, DDI, D4T, isoniazida, dapsona, vincristina e metronidazol.
- Fraqueza neuromuscular ascendente – associada à acidose metabólica, e secundária à efeitos colaterais dos antirretrovirais, principalmente a Estavudina;
- Síndrome da linfocitose infiltrativa difusa.

## **Alterações de Sistema Nervoso Central - Períodos iniciais da infecção**

No momento da infecção aguda ou soroconversão, vários quadros neurológicos comprometendo o SNC já foram descritos. O mais freqüentemente observado é uma síndrome do tipo meningítica ou meningoencefalítica aguda. Apresenta-se, no mais das vezes, com instalação súbita de febre, cefaléia, rigidez nuchal e fotofobia. Tem curso auto-limitado, mesmo quando não suspeitada e tratada, como se fosse qualquer outra mais comum infecção viral aguda benigna do SNC. Manifestações mais raras, como mielopatia aguda já foram reportadas, contudo em caráter anedótico. Desta forma, a infecção aguda pelo HIV-1, constitui diagnóstico diferencial obrigatório, entre as meningites à líquido claro de evolução aguda em adultos. São raras nesta fase, apesar de já relatadas, as complicações do SNC secundárias a outras etiologias. Pois, ainda que exista algum impacto debilitador imunológico agudo, este tem caráter transitório, com restabelecimento numérico proporcionado da linhagem linfocitária. Segue-se a esta uma fase de relativo jejum sintomático, chamada por Price de fase de latência clínica, onde as manifestações neurológicas do SNC, também se alinham com a escassez de manifestações clínicas sistêmicas.

## **Alterações de Sistema Nervoso Central - Período tardio da infecção**

Esta é a fase onde, em maior freqüência, acontecem as complicações do SNC. Caracterizado por uma importante diminuição da imunidade celular, de um modo geral, considera-se um momento de risco para as afecções neurológicas, quando a contagem de linfócitos CD4+ está abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>. Este risco é progressivo e se mostra ainda mais aumentado nos pacientes com número de linfócitos CD4+ abaixo de 50 células/mm<sup>3</sup>. Aqui, tanto estão presentes as complicações primariamente ligadas ao HIV-1, demência, mielopatia e meningite, como as complicações secundárias a vários agentes infecciosos e neoplasias.

## **Complicações secundárias**

Várias são as complicações e múltiplos são os agentes causais, infecciosos e não infecciosos. No entanto, as diferentes etiologias geram distintas alterações no SNC. Há o grupo das complicações com comportamento de doença focal do SNC, e os agentes que estão relacionados com uma alteração difusa, ou não focal. Desta forma, há uma estreita relação entre o tipo da disfunção central encontrada e o agente causador desta disfunção. Analisando o comprometimento focal, os principais envolvidos são a neurotoxoplasmose, a leucoencefalopatia multifocal progressiva e o linfoma primário do SNC. Entre as manifestações difusas, as principais etiologias de nosso meio são a neurocriptococose e a tuberculose do SNC.

## **Complicações diretamente relacionadas ao HIV-1**

Antes da descrição do HIV-1 e do estabelecimento de sua relação causal com a aids, as complicações neurológicas eram todas atribuídas a agentes secundários, como na clássica descrição de Snider et al, em 1983. Estes autores já tinham demonstrado a existência de uma encefalopatia que, contudo, atribuíram ao citomegalovírus (CMV). Após o conhecimento do HIV-1 e de suas propriedades, um entendimento mais profundo pôde ser alcançado, determinando um papel mais amplo ao HIV-1 em relação ao SNC, como nas destacadas contribuições de Navia et al, em 1986. O complexo cognitivo-motor ligado ao HIV-1 (CCMHIV) ou demência associada ao HIV (melhor focado no capítulo específico) tem evolução progressiva, tornando o paciente cada vez mais comprometido, confuso e dependente, até para as tarefas mais simples, como no quadro-1, onde demonstramos a classificação gradual da evolução. As alterações motoras, como as cognitivas, têm, na lentificação, um elemento comum e marcador bastante expressivo deste transtorno. Um aumento do tremor fisiológico e a alteração da coordenação se somam à sintomatologia, que pode ser completada por uma

paraparesia espástica, com comprometimento quase exclusivamente motor e alteração de esfíncteres, quando a mielopatia vacuolar (MV) coexiste. Por vezes, esta mielopatia pode aparecer de modo isolado, sem alterações cognitivas concomitantes. Pode ainda ocorrer de modo conjunto com os sintomas supra-descritos, ou ainda, de modo destacado, uma meningite, a qual tem o padrão sintomático das chamadas meningites à líquor claro, com cefaléia, febre e rigidez nuchal. O exame de líquor mostra uma discreta pleiocitose linfomonocitária, uma ligeira elevação dos níveis de proteína e preservação dos níveis de glicose. Importante lembrar que esta, bem como todas as complicações diretamente relacionadas ao HIV-1 aqui discutidas, bem como no capítulo das alterações cognitivas, são diagnósticos de exclusão, ou seja, estão consistentes quando há o afastamento de outros agentes secundários.

### **Quadro-1. Escala de graduação do CCMHIV**

<b>GRAVIDADE DA DEMÊNCIA</b>
Estágio 0 (Normal) - Funções mentais e motricidade normais
Estágio 0.5 (Sub-clínico) - Ausentes ou mínimos sintomas, sem incapacidade para o trabalho ou atividades do cotidiano. Exame clínico pode ser normal ou com sinais discretamente anormais, que pode incluir aumento dos reflexos profundos ou discreta lentificação dos movimentos oculares, mas sem clara lentificação dos movimentos dos membros, ou alteração de força e destreza.
Estágio 1 (Leve) - Capaz de desempenhar atividades mais simples no trabalho ou no cotidiano, mas com inequívoca evidência de alteração intelectual ou motora (incluindo sintomas ou sinais obtidos através de avaliação neuropsicológica).
Estágio 2 (Moderado) - Capaz de desempenhar apenas as atividades mais simples do cotidiano, como os cuidados pessoais. Incapaz para o trabalho.
Estágio 3 (Severo) - Maior incapacidade intelectual ou motora. Incapaz de acompanhar notícias ou manter uma conversação mais complexa. Performances lentificadas.
Estágio 4 (Terminal) - Interlocação rudimentar, por alteração tanto da compreensão quanto da expressão. Mutismo quase, ou absoluto.

---

## GRAVIDADE DA MIELOPATIA

---

Estágio 0 - Normal

Estágio 1 - Marcha pode estar alterada, mas o paciente pode andar sem assistência.

Estágio 2 - Caminha com apoio manual.

Estágio 3 - Marcha com andador ou com apoio humano. Membros superiores também podem estar comprometidos.

Estágio 4 - Paraparético ou paraplégico, com dupla incontinência.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Harrison MJG, McArthur JC - *AIDS and Neurology* - Clinical Neurology and Neurosurgery Monographs. Churchill Livingstone, 1995.

2 - Janssen R S, Cornblath D R, Epstein L G, et al. Nomenclatura and research case definitions for neurological manifestations of human immunodeficiency virus type-1 (HIV-1) infection. Report of a Working Group of the American Academy of Neurology AIDS Task Force. *Neurology*, **41**: 778-785, 1991.

3 - Navia BA, Jordan BD, Price RW. The AIDS dementia complex: I. Clinical features. *Ann Neurol*, **19**: 517-524, 1986.

4 - Navia BA, Cho E-S, Petito CK, Price RW. The AIDS dementia complex: II. Neuropathology. *Ann Neurol*, **19**: 525-535, 1986.

5 - Price R W. In *Text book of AIDS Medicine (Second edition)*: 477-497. Edited by Merigan T E, Bartlett J G, Bolognesi D. Williams & Wilkins, 1989. USA Baltimore, Maryland.

6 - Selnes OA, Miller EN. Development of a screening battery for HIV related cognitive impairment: The Macs experience. In Grant I, Martin A, editors. *Neuropsychology of HIV infection: Current research and direction*. New York, Oxford University Press, 1993.

7 - Snider WD, Simpson DM, Nielsen S, Gold JWM, Metroka CE, Posner JB - Neurological complications of acquired immune deficiency syndrome: analysis of 50 patients. *Ann Neurol*, **14**: 403-18, 1983.

8 - Kaul, M.; Garden, G.A.; Lipton, S.A. – Pathways to neuronal injury and apoptosis in HIV-associated dementia. *Nature*, **410**: 988-994, 2001.

## **DISTÚRBIOS COGNITIVOS E DEMÊNCIA ASSOCIADOS AO HIV**

Mauricio de Assis Tostes\*<sup>1</sup>

Augusto César Penalva de Oliveira\*<sup>2</sup>

### **1. O que são os distúrbios cognitivos e a demência associados à infecção pelo HIV-1?**

Desde a descrição dos primeiros casos de aids em 1981 se observou a existência de quadros demenciais e de outros quadros neurológicos acompanhando a síndrome. O HIV-1 tem um tropismo pelo sistema nervoso central (SNC) e já na fase aguda da infecção pode ser detectado no cérebro. Ao contrário da demência de Alzheimer, que se caracteriza por proeminentes distúrbios de memória e que atinge principalmente o córtex cerebral, a demência associada ao HIV-1 apresenta um comprometimento subcortical, tendo por isso um quadro clínico distinto, caracterizado por uma lentificação dos processos mentais. Com o avanço do conhecimento percebeu-se que a demência associada ao HIV-1 acometia cerca de 5% dos indivíduos já na fase sintomática da infecção quando há um comprometimento da resposta imune. Houve uma tendência de redução da incidência com a utilização dos novos esquemas de antiretrovirais nos últimos anos. A queda dos níveis de linfócitos CD4+ e a carga viral alta têm sido apontados como fatores de risco para o surgimento de quadros de demência, entretanto, mais recentemente, casos com contagens de linfócitos CD4+ mais elevados foram relatados, bem como uma maior taxa de alterações cognitivas como doença definidora da aids. Os distúrbios cognitivos associados ao HIV-1 apresentam grande variação na sua evolução clínica e um espectro de sintomas que vai de disfunções cognitivo-motoras leves a demência profunda. Alguns autores referem uma forma de apresentação de curso mais insidioso em sua instalação e evolução, após a introdução em larga escala dos novos regimes

\*<sup>1</sup> Médico do Instituto de Psiquiatria e do Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

\*<sup>2</sup> Supervisor da disciplina de Neurologia Clínica do Instituto de Infectologia Emílio Ribas - São Paulo, Médico assistente do Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas - São Paulo.

terapêuticos anti-retrovirais. Os pacientes queixam-se de leves dificuldades de atenção, concentração e memória, com longo tempo de evolução do declínio, à semelhança do que se chamava complexo cognitivo-motor menor ligado ao HIV-1. Classicamente, na fase assintomática e na fase sintomática inicial podem ser observados distúrbios cognitivos mais brandos, caracterizados por comprometimento da atenção e concentração, e por uma certa lentificação no desempenho mental evidenciada por testes psicológicos. Uma parte desses quadros evolui para demência com o avanço da doença e da imunodeficiência. Em alguns casos a demência pode surgir de forma mais abrupta.

Na demência associada ao HIV-1 se observa uma intensificação dos distúrbios observados nos indivíduos com distúrbios cognitivo-motores leves. Ou seja, é mais expressivo o comprometimento da atenção e da concentração, a dificuldade na aquisição de novos conhecimentos, havendo um conseqüente prejuízo do desempenho social e profissional dos indivíduos. Acentua-se a lentificação psicomotora, e pode observar-se apatia, isolamento social e abandono das atividades habituais. Em alguns casos podem surgir alterações no exame neurológico como hiperreflexia, sinais de liberação frontal, fraqueza nos membros inferiores, tremores de extremidades e marcha instável. Raramente se observa agnosia, afasia e apraxia. Em certos casos podem surgir alterações mais graves do comportamento com a presença de delírios ou quadros maniformes além dos distúrbios cognitivos. O exame do líquido céfalo-raquidiano é útil para afastar outras afecções do SNC. A tomografia computadorizada de crânio e a ressonância magnética podem mostrar sinais de atrofia cortical e alargamento dos ventrículos. A ressonância magnética pode revelar ainda sinais de alteração na substância branca. Os exames de neuroimagem também são úteis no diagnóstico diferencial com infecções e neoplasias do SNC. Os testes psicológicos, particularmente aqueles que avaliam o desempenho psicomotor, também podem ser úteis na caracterização dos quadros. Deve-se considerar no diagnóstico diferencial os quadros depressivos, o *delirium*, as afecções secundárias do SNC, e os transtornos mentais orgânicos secundários a distúrbios endócrinos, metabólicos, a desnutrição e os efeitos adversos de medicamentos.

## **2. Qual a importância de se detectar os distúrbios cognitivos e a demência nos pacientes com a infecção pelo HIV-1?**

É importante detectar estes quadros devido as suas repercussões na qualidade de vida dos indivíduos, em sua sobrevivência e pela possibilidade de tratamento eficaz dos mesmos, sobretudo quando abordados em fases mais precoces da evolução. Os pacientes muitas vezes se queixam de uma certa queda no rendimento mental. Por vezes as queixas são vagas e isoladas. Podemos observar nos pacientes uma dificuldade não usual, até então, de manter a atenção em determinadas atividades, como por exemplo, na leitura, dificuldade na resolução de problemas ou distúrbios leves de memória. Tarefas que até então eles vinham desempenhando sem maiores problemas passam a ser feitas com certa dificuldade. O quadro pode-se assemelhar a um transtorno depressivo. A diferença é que, em geral, na vigência de transtornos na esfera cognitiva, o indivíduo mostra-se mais apático ou desinteressado do que triste. Por vezes, quem se queixa é o familiar ou o acompanhante.

É importante ter sempre em mente que outros quadros neurológicos ou psiquiátricos podem causar distúrbios cognitivos de variável intensidade como a toxoplasmose cerebral, a meningite tuberculosa ou criptocócica, a depressão, os quadros de ansiedade entre outros. Portanto sempre deve-se avaliar se estes ou outros quadros não são responsáveis por estas manifestações. Sempre que suspeitarmos da presença de distúrbios cognitivos devemos submeter o paciente a um detalhado exame mental. Devem ser pesquisados os níveis de linfócitos CD4+ e a carga viral, além de reavaliar-se clinicamente e laboratorialmente o paciente, submetendo-o aos exames de neuroimagem quando indicado.

## **3. O que devo fazer se meu paciente está com distúrbios cognitivos ou demência associada ao HIV-1?**

Como já mencionado, deve-se primeiro fazer o diagnóstico diferencial com afecções clínicas, neurológicas e com outros quadros psiquiátricos. Se houver evidências de imunodeficiência e de aumento da carga viral, ou se for confirmada



a presença de transtornos cognitivos, deve-se avaliar com o clínico a oportunidade da utilização de anti-retrovirais ou a modificação do esquema que vinha sendo utilizado. Muitos desses déficits cognitivos estabilizam-se ou regridem, parcial ou totalmente, com a terapia anti-retroviral, mesmo nos casos de demência, o que tem sido atribuído à recuperação do estado imunológico, evidenciado pelo aumento dos linfócitos CD4+, pela redução da carga viral ou pelo efeito anti-retroviral direto no SNC.

Já foi preconizado o uso de AZT em doses mais altas do que as convencionais para o tratamento da demência associada ao HIV-1, o que não é comumente feito. Os anti-retrovirais com maior penetração no SNC, como o AZT principalmente, a Estavudina, a Nevirapina, o Efavirenz e o Abacavir parecem ser mais eficazes para tratar estes distúrbios. Estão sendo testados alguns tratamentos específicos para os distúrbios cognitivos associados ao HIV-1 sem resultados conclusivos até o momento.

Medidas gerais que auxiliem ao paciente a compensar a queda em seu rendimento mental podem ser de grande utilidade, assim como a orientação e o apoio a seus familiares. A psicoterapia para indivíduos com distúrbios cognitivos pode ser de grande valia, devem ser feitas, no entanto, adaptações técnicas que considerem o padrão de funcionamento mental dos pacientes. Pode ser necessária a utilização de psicofármacos para o controle de sintomas mentais como insônia, agitação psicomotora, delírios, ansiedade entre outros. Considerar que os indivíduos com demência mostram-se mais susceptíveis aos efeitos adversos dos medicamentos e que, em geral, respondem a doses mais baixas. Cuidado com as interações medicamentosas particularmente com os anti-retrovirais. O uso de um psicoestimulante, como o metilfenidato, pode ser de utilidade em pacientes com déficits cognitivos. Deve-se ter muita cautela em sua utilização devido ao risco de desenvolvimento de dependência.

Sempre ter em mente a correção de distúrbios metabólicos, endócrinos, ou da desnutrição, assim como a reversão de quadros depressivos, o controle de outros sintomas mentais ou a suspensão de certos medicamentos com efeitos adversos na cognição já que podem resultar em melhora do desempenho mental.

### **Bibliografia Recomendada:**

Kaplan HI, Sadock BJ (editores). Compêndio ou Tratado de Psiquiatria. Artes Médicas. 1998.

Grant I, Atkinson H. Psychiatric Aspects of Acquired Immunodeficiency Syndrome. In: Kaplan HI, Sadock BJ (ed.). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6<sup>a</sup> ed., Williams and Wilkins, Baltimore, 1995.

Moraes MJ, Oliveira ACP. (2002) AIDS e Psiquiatria. Em: Neury José Botega (Editor). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Artmed.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS (2002). Manual para Profissionais de Saúde Mental.

Malbergier, A. (2002). AIDS e Psiquiatria. Um guia para os profissionais de saúde. Revinter. Rio de Janeiro.

### **Em inglês:**

New York State Department of Health AIDS Institute. Mental Health Care for people with HIV Infection. HIV Clinical Guidelines for the Primary care Practitioner. Manual **on line** no endereço: [www.hivguidelines.org](http://www.hivguidelines.org)

A Guide to the Clinical Care of Women with HIV. Manual **on line** (procure Women's Guide) no endereço: [www.hab.hrsa.gov](http://www.hab.hrsa.gov)

Treisman G, Kaplin AI. (2002). Neurologic and psychiatric complications of antiretroviral agents. AIDS, Volume 16(9): 1201-1215.

Kaul, M.; Garden, G.A.; Lipton, S.A. – Pathways to neuronal injury and apoptosis in HIV-associated dementia. **Nature**, **410**: 988-994, 2001.

### **Internet: Home pages (em inglês):**

Associação Americana de Psiquiatria: [www.psych.org/aids](http://www.psych.org/aids)

JAMA: [www.ama-assn.org/special/hiv/hivhome.htm](http://www.ama-assn.org/special/hiv/hivhome.htm)

## ÁLCOOL, DROGAS ILÍCITAS E ANTI-RETROVIRAIS

Vanja Maria Bessa Ferreira\*

### **1. Meu paciente faz uso moderado de álcool. Como devo orientá-lo em relação ao uso concomitante de álcool e medicamentos anti-retrovirais?**

O álcool aumenta os níveis séricos do abacavir em 41%. Bebidas alcoólicas também devem ser evitadas para aqueles pacientes que tomam o amprenavir em solução oral. A princípio, não há diferença na atuação do álcool em pessoas infectadas ou não pelo HIV. Um trabalho americano concluiu que não havia associação entre o uso de álcool e o desenvolvimento da doença aids em pacientes infectados pelo HIV.

O uso concomitante de bebidas alcoólicas com a didanosina potencializa a toxicidade desta substância, aumentando o risco de desenvolvimento de pancreatite nos pacientes que estiverem utilizando esta medicação. Além disto, é importante lembrar que pacientes HIV+ fazem uso de medicações variadas e que algumas associações destas medicações com o álcool produzem efeitos diversos, entre os quais podemos citar os ansiolíticos, que potencializam o efeito da embriaguez; e o metronidazol, cuja associação com o álcool pode causar uma psicose tóxica aguda. Cabe ainda lembrar que, sob o efeito euforizante do álcool, indivíduos soropositivos ou soronegativos podem se expor mais a práticas sexuais menos seguras.

\*Psiquiatra. Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Membro do Conselho Técnico-editorial do Fórum Científico HIV/AIDS.

## **2.O uso da maconha é contra-indicado em pacientes infectados pelo HIV?**

Não foi, ainda, encontrada nenhuma associação entre o uso de maconha e a progressão da doença em pacientes HIV+ assintomáticos. Existem estudos sobre os efeitos do delta9 tetrahydrocannabinol (THC) no sistema imunológico, mas os resultados são inconclusivos. Recentemente, um estudo apresentou como resultado que o uso de maconha estava associado a uma discreta redução dos níveis de indinavir e de nelfinavir, sem nenhum efeito sobre a carga viral. No Estado da Califórnia, USA, os médicos têm autorização legal para recomendar o uso da maconha para pacientes HIV+ ou com aids que apresentem queixas de náusea, anorexia ou perda de peso. Estudos americanos demonstram que o uso de maconha é bastante acentuado em pacientes soropositivos que apresentam perda de peso. Alguns pacientes relatam que se sentem menos ansiosos quando usam maconha.

Não se deve esquecer que efeitos da maconha como a perturbação da capacidade de calcular tempo e espaço e os distúrbios na memória e na atenção podem levar a comportamentos de risco e a falhas na adesão ao tratamento, uma vez que o paciente pode se descuidar dos horários dos medicamentos.

Cabe lembrar, ainda, dos efeitos do alcatrão nos pulmões. É desaconselhável o uso de maconha em pacientes HIV+ que apresentem quadro de infecção pulmonar.

O estímulo à prática de atividades físicas ou caminhadas para os pacientes que não estão acamados pode ser um substituto eficaz para os efeitos ansiolíticos da maconha.

## **3. De que forma as drogas psicotrópicas interagem com os anti-retrovirais? Existe alguma relação entre o consumo dessas drogas e as mutações do HIV?**

Publicações sobre as interações dos anti-retrovirais com as drogas ilícitas são escassas. Além disto, o que sabemos se refere ao metabolismo da forma pura destas drogas no fígado. Cabe lembrar que as drogas compradas na rua raramente são puras, sofrendo diversas misturas. Existe um caso fatal relatado de interação entre ecstasy e Norvir, explicado através do aumento da concentração de ecstasy na corrente sanguínea. O mesmo acontece com a anfetamina.

No caso da heroína, ao contrário das outras duas drogas, o nível de droga no sangue diminui, quando utilizada concomitantemente com o Norvir. Com relação aos outros inibidores da protease, as interações são teoricamente possíveis, mas não comprovadas.

Sobre interações com os anti-retrovirais, nada foi encontrado com relação à cocaína, ou o poppers. Alguns estudos têm demonstrado que a cocaína aumenta a replicação do HIV.

Com relação às drogas endovenosas, pesquisadores espanhóis não observaram mutações no vírus, mas perceberam que os pacientes usuários de drogas injetáveis não apresentavam mutação em um receptor celular relacionado à resistência ao HIV. Isto significa que as células ficam mais susceptíveis ao vírus, podendo haver uma aceleração da progressão da doença em pacientes que usam drogas endovenosas.

#### **4. Meu paciente HIV+ relata uso crônico de cocaína inalada. Ele tem se queixado de insônia, ansiedade e medo. Como ajudá-lo?**

É recomendado o encaminhamento deste paciente para um psiquiatra que possa atendê-lo com uma frequência maior de consultas (3 vezes por semana). O primeiro passo para um tratamento bem sucedido nos casos de dependência química é o desejo do paciente em deixar de usar a droga. O segundo passo é a formação de uma estreita relação terapeuta-paciente, através da qual o paciente possa se sentir confiante e seguro e possa suportar o vazio da abstinência.

Alguns estudos demonstram que as terapias comportamentais apresentam resultados eficazes no tratamento do uso abusivo de cocaína. Os pacientes

também costumam se beneficiar dos grupos de auto-ajuda para usuários de drogas, do tipo narcóticos anônimos. Também poderão ser usados medicamentos benzodiazepínicos, para reduzir a ansiedade e os efeitos psíquicos decorrentes da síndrome de abstinência. No caso de síndrome de pânico desencadeada pelo uso da droga, pode ser utilizado o clonazepam (Rivotril) 2mg, 1 comprimido ao dia, inicialmente, aumentando-se a dose para 1 1/2 comprimido, após observação.

## **5. Como atender os pacientes soropositivos que são usuários de drogas injetáveis?**

Tratar pacientes HIV+ usuários de drogas é sempre muito estressante, devido à gravidade e à complexidade das questões médicas e psicossociais, associadas ao comportamento problemático destes pacientes. Usualmente, o médico assistente não sente nenhuma empatia pelo paciente que usa drogas e pode tender a tratá-lo com frieza, rispidez ou má vontade. Muitas vezes, isto acontece porque o médico não aceita o comportamento anti-social do paciente ou não acredita que poderá ajudá-lo. No entanto, existem estudos que demonstram que os pacientes soropositivos usuários de drogas injetáveis podem se beneficiar com um tratamento anti-retroviral adequado.

O médico deve referenciar o paciente para um serviço especializado para dependentes químicos, nos lugares onde isto for possível. O encaminhamento para um acompanhamento psiquiátrico, um suporte psicoterápico ou consulta com assistente social, dependendo do caso e nos serviços onde houver esta disponibilidade, pode ser extremamente benéfico para o tratamento do paciente.

O estabelecimento de uma relação de respeito mútuo, isenta de julgamentos morais e com limites pré-determinados, pode proporcionar ao paciente mais segurança e confiança e ao médico, menos frustração e impotência.

Algumas questões devem ser apontadas:

- ?? São diversas as interações de medicamentos utilizados por pacientes soropositivos e a metadona, que deve ser prescrita por profissionais especializados;
- ?? O uso de medicação psicotrópica deve ser bastante controlado, dado o potencial de abuso destas drogas;
- ?? O paciente não deve fazer uso da droga antes de vir à consulta ou quando estiver internado, pois, desta forma, não se beneficiará das orientações médicas;
- ?? Deve-se sempre reforçar o aconselhamento quanto aos mecanismos de transmissão e à adesão ao tratamento, uma vez que o uso de drogas ou álcool diminui as inibições e altera a percepção de risco;
- ?? A depressão está fortemente associada ao uso de drogas como os opiáceos, a cocaína e o álcool;
- ?? Deve-se pensar sempre no diagnóstico diferencial entre os sintomas causados pelo abuso de drogas e (a) sintomas constitucionais causados pela infecção pelo HIV ou pelas doenças oportunistas; (b) infecções pulmonares relacionadas ao HIV; (c) demência pelo HIV ou infecções do sistema nervoso central e (d) sintomas dermatológicos;
- ?? Os usuários de drogas injetáveis soropositivos apresentam mais freqüentemente infecções bacterianas, tuberculose, hepatite, câncer de pulmão e outras doenças sexualmente transmissíveis;
- ?? Em caso de mulheres soropositivas usuárias de drogas, fazer aconselhamento sobre gestação, amamentação e transmissão vertical do HIV.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

ABRAMS, D.I. 1998. Medical marijuana:tribulations and trials. *J Psychoactive Drugs*, **30**(2):163-9.

ALVAREZ, V., LOPEZ-LARREA, C., COTO, E. 1998. Mutational analysis of the CCR5 and CXCR4 genes (HIV-1 co-receptors) in resistance to HIV-1 infection and AIDS development among intravenous drug users. *Hum Genet*, **102**(4):483-6.

BARTLETT, J.G. & GALLANT, J.E. 2001-2002 Medical management of HIV infection. Johns Hopkins University, Baltimore. 2001.

DI FRANCO, M.J., SHEPPARD, H.W., HUNTER, D.J., TOSTESON, T.D., ASCHER, M.S. 1996. The lack of association of marijuana and other recreational drugs with progression to AIDS in the San Francisco Men's Health Study. *Ann Epidemiol*, **6**(4):283-9.

FAIRFIELD K.M., EISENBERG D.M., DAVIS R.B., LIBMAN H., PHILLIPS R.S. 1998. Patterns of use, expenditures, and perceived efficacy of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients. *Arch Intern Med*, **158**(20):2257-64.

FERRANDO, S.J. 1997. Substance use disorders and HIV illness. *The AIDS Reader*, **7**(2):57-64.

KING, E. 1997. Recreational dangers. *AIDS Treatment Update*, issue 51. <http://www.nam.org.uk/atu/atu51.txt>

O'BRIEN, L.W. 1998. Interactions and toxicities of drugs for HIV disease. *The AIDS Reader*, **8**(1):28-36.

O'CONNOR, P.G., SELWYN, P.A., SCHOTTENFELD, R.S. 1994. Medical progress: medical care for injection-drug users with human immunodeficiency virus infection. *The NEJM*, **331**(7):

WANG M.Q., COLLINS C.B., DICLEMENTE R.J., WINGOOD G., KOHLER C.L. 1997. Depressive symptoms as correlates of polydrug use for blacks in a high-risk community. *South Med J*, **90**(11):1123-8.

#### **SITES RECOMENDADOS:**

MEDSCAPE - <http://www.medscape.com>

UCSF – Center for AIDS Prevention Studies - <http://www.caps.ucsf.edu>

THE BODY – <http://www.thebody.com>



Project inform – <http://www.projinf.org/fs/drugin.htm>

## **Manifestações Psicológicas e Psiquiátricas na Criança e no Adolescente**

Carlos Eduardo de Moraes Honorato\*<sup>1</sup>

Carlos Fernando Bittencourt Neumann\*<sup>2</sup>

Rita de Cássia Mendes Ferreira\*<sup>3</sup>

### **1. Como falar de doença e morte com a criança?**

É importante lembrar que a criança é absolutamente dependente do adulto para sua sobrevivência, o que a deixa vulnerável na sua relação com o mundo interno e externo. Portanto, o profissional que se ocupa de seus cuidados, necessita levar em conta que, quanto mais verdadeira e segura for sua relação com a criança, mais ele a estará ajudando a passar pelas dores e dificuldades que o adoecer impõe.

A capacidade de observação e percepção da criança é extremamente desenvolvida. Se levarmos em conta que a comunicação se faz mesmo antes da aquisição da palavra, entenderemos que é pelas expressões, pelo olhar e por tudo aquilo que não se falseia, que ela capta o mundo.

Se somarmos à vulnerabilidade da criança ao mundo externo, a sua sensibilidade na percepção deste mesmo mundo, teremos a dimensão do importante papel do adulto na tradução em palavras desta realidade vivida por ela, tornando possível um melhor entendimento e compreensão de suas ansiedades, angústias e fantasias.

O profissional que lida com o adoecer da criança, sua morte ou a de um amigo de sala de espera, a perda dos pais, muitas vezes associa o falar estas verdades ao criar ou aumentar a dor. Quando o adulto mente ou oculta a verdade para a criança, ela poderá não voltar mais a perguntar, gerando confusão entre o percebido e o falado, colocando-a à parte, sem ter a quem recorrer para ajudar a lidar com a situação dolorosa. Isto pode ter como efeito o aumento da ansiedade, o medo, a irritabilidade, a agressividade, etc...

O mais importante é que, na relação com a criança, quanto mais verdadeiro e claro o profissional for na condução do tratamento, participando e explicando os procedimentos, mais ela sentirá segurança e conforto na relação, propiciando, também, uma melhor adesão ao tratamento em geral.

Quanto às perguntas específicas sobre a doença e sobre a morte, a própria criança nos mostra o que ela pode e como ela deve ouvir. Para cada etapa do desenvolvimento, a forma de comunicar é por ela indicada.

Para o profissional, é importante saber que, quanto mais confiante na atenção e no cuidado que ele dispensa a criança, com mais segurança ele vai conduzir a relação, ajudando a amenizar a ansiedade e a dor que advêm do adoecer e da proximidade da morte. E ter clareza de que o melhor que ele pode fazer é sempre o que é "possível" de ser feito.

\*<sup>1</sup> Psiquiatra da Colônia Juliano Moreira e do Hospital Municipal Lourenço Jorge.

\*<sup>2</sup> Psiquiatra do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

\*<sup>3</sup> Psicóloga da Coordenação de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

## **2. Como conduzir as dificuldades na relação com o adolescente?**

Uma boa relação com adolescente se sustenta na capacidade de compreender essa difícil etapa da vida, que se caracteriza por mudanças que operam tanto física (mudam a voz, o corpo, o cabelo, a pele) quanto psicologicamente (a busca de independência, o processo de identificação sexual, a rejeição dos valores parentais). O corpo infantil é substituído pela vaidade das marcas da moda, o desejo de liberdade e a rebeldia contra os horários da escola e de tudo aquilo que seja limitante .

Esse processo de “crise” é vivido com muita ambigüidade, o pai herói vira o castrador, a mãe boa se transforma na opressora, e o profissional que cuidava da saúde e dizia o que deveria ser feito, sem questionamento, passa a ser aquele que traz problemas e o diferencia do grupo, com os horários rígidos dos remédios, os exames constantes, etc...

É importante que o profissional de saúde escute esse indivíduo, levando seus questionamentos em conta, revendo seus próprios preconceitos, para se relacionar mais abertamente com o universo plural desse jovem. Este caminho possibilita que o profissional construa com o paciente a capacidade de decidir por ele mesmo seu destino, nos vários aspectos que dependem de negociação: na adesão ao tratamento prolongado, na prática de sexo seguro, uso de drogas e suas conseqüências.

Deve ser levado em conta o fato de termos como clientela, grupos distintos em relação à transmissão do HIV/AIDS: as crianças que cresceram contaminadas pela transmissão vertical, os hemofílicos, os adolescentes que se contaminaram pelas suas próprias experiências sexuais ou pelo uso precoce de drogas injetáveis.

Em qualquer uma delas, é na relação de confiança e aceitação que o profissional vai poder discutir assuntos da ordem das práticas sexuais, fundamental na relação com o paciente HIV/AIDS, para prevenção da transmissão, abordando o cuidado dele mesmo e do outro que ele gosta, bem como os métodos de contracepção, a fim de evitar gestação indesejada, uso de drogas, e todo o universo de questões pelas quais o jovem se vê cheio de dúvidas.

Falamos até agora do adolescente que vive sua crise reagindo e externalizando seus conflitos, embora seja muito comum na adolescência a reação de depressão frente às mudanças. Nesse caso, é fundamental um cuidado redobrado na relação, e dependerá do profissional de saúde trazer os temas acima para serem conversados nas consultas de acompanhamento.

A indicação de acompanhamento psicológico deve ser levada em conta, possibilitando uma boa ajuda na condução das questões fundamentais do adolescente.

## **3. Que transtornos mentais podem ocorrer entre as crianças portadoras de hiv-aids ?**

As crianças, na quase totalidade dos casos, contraem a AIDS por via vertical, ou seja, mais concretamente a recebem compulsoriamente, uma incômoda herança que as acompanha desde o ato do nascimento. Pode parecer extremamente dramática esta apresentação, mas ela apenas retrata o que mais marca o percurso sofrido e difícil destes seres humanos: uma história constituída por uma seqüência de perdas.

Sendo assim, não é de se estranhar que, induzidas por este contexto predisponente, reações e transtornos psíquicos possam ocorrer, além de uma síndrome neurológica análoga àquela descrita nos adultos.

Os mais freqüentes são os transtornos depressivos, expressos segundo um padrão melancólico, caracterizado por apatia e desinteresse, evasividade, dificuldade de concentração, isolamento, inapetência e contato verbal empobrecido.

Entretanto, em crianças com um perfil não retraído e próximas do período de latência e da adolescência, os quadros depressivos costumam seguir um padrão diverso: elas reagem à privação afetiva de um modo agitado, mostrando-se inquietas e irritáveis, por vezes com agressividade e oposição hostil ou passivo-hostil ao tratamento.

Podemos incluir aqui também manifestações hipercinéticas, com agitação e agressividade, as quais psicodinamicamente constituem um mecanismo de “fuga à depressão” como o é a mania no adulto.

Cabe ressaltar a freqüência crescente no diagnóstico de quadros de Transtorno de Déficit da Atenção e Hiperatividade (TDAH), com transtorno de oposição e desafio associados, particularmente em casos com histórias de comprometimento precoce pela via vertical e subnutrição.

Os distúrbios de aprendizagem são sintomas neuróticos freqüentes entre as crianças em geral. Em portadoras do HIV/AIDS, podem significar um bloqueio emocional relacionado a problemas de comunicação familiar, muitas vezes dizendo respeito à própria doença.

Irrupções de sintomas da ordem psicótica, tais como pensamento delirante ou distúrbio senso-perceptivo, como alucinações visuais ou auditivas, parecem guardar estreita ligação com pioras no quadro clínico geral ou seu agravamento com debilitação do paciente. Tais quadros psicóticos caracterizam-se mais como equivalentes neuro-psiquiátricos, no escopo de um processo reativo, circunstancial e focal.

Assim como no adulto, existe também uma síndrome neurológica na criança análoga à chamada Encefalopatia pelo HIV ou complexo Aids-demência. Esta seria expressão de um comprometimento direto do vírus no sistema nervoso central. A tomografia computadorizada revela atrofia cerebral variável com dilatação ventricular e calcificações, particularmente nos ganglios da base. O aparecimento do quadro neurológico geralmente evidencia uma progressão da imunodeficiência com diminuição da população das células CD4.

Entretanto, o diagnóstico de demência é difícil de ser estabelecido em crianças menores de 4 a 6 anos de idade, em virtude da imaturidade neurológica que impede a plena caracterização do déficit das múltiplas habilidades cognitivas.

A taxa de encefalopatia descrita é de 8 a 13% para sinais graves de comprometimento neurológico e de 8 a 19% para quadros mais leves (European Collaborative Study, 1990).

Na infância a encefalopatia pelo HIV pode iniciar-se com achados inespecíficos, como o fracasso na aquisição de habilidades, principalmente as da esfera motora, ocorrendo também atraso no desenvolvimento das funções expressivas da linguagem. Em crianças maiores o quadro pode iniciar com desinteresse na escola, ou piora da atenção.

São descritos três tipos de evolução. Na forma subaguda progressiva, há deterioração do brincar, perda de linguagem e de etapas do desenvolvimento previamente adquiridas e regressão afetiva e social. O déficit motor é simétrico e progressivo, com sinais neurológicos focais, síndrome piramidal, mioclonias e microcefalia adquirida. O estágio final é de apatia e mutismo, convulsões, coma e morte. Na forma de plateau, há regressão cognitiva, e a taxa de aquisição de novas aptidões permanece baixa (QI 50-70). Na forma estática, o déficit motor e cognitivo não progride, e o desenvolvimento de novas capacidades é adequado. É comum a hiperatividade, e o crescimento do cérebro é normal.

É importante o diagnóstico diferencial, pois existem outras causas de declínio intelectual e neurológico em crianças portadoras do HIV-AIDS. Doenças secundárias podem alterar o estado mental, como os estados confusionais infecciosos ou as neoplasias com comprometimento cerebral. No caso de filhos de mães usuárias de drogas, cabe considerar se a criança pode estar sofrendo de sintomas de abstinência da droga da mãe.

#### **4. Como tratar os transtornos mentais que ocorrem em crianças e adolescentes portadores de hiv/aids?**

Considerando o fato de estarmos lidando com seres potencialmente fragilizados tanto do ponto de vista clínico quanto psíquico, uma primeira observação refere-se à preparação e esclarecimento acerca dos procedimentos médicos necessários ao tratamento, que deve ser cuidadosamente realizado. O manejo da ansiedade e a redução do stress podem melhorar significativamente a qualidade de vida da criança. O tratamento psicoterápico individual é um importante recurso terapêutico para os distúrbios psíquicos neuróticos, por possibilitar o espaço necessário para que o alívio psíquico ocorra, na elaboração dos conflitos inconscientes. O objetivo, mesmo para as crianças mais comprometidas psíquicamente, é manter aberto um canal de comunicação a fim de que os sentimentos sejam explicitados. Com relação à equipe de cuidadores, tal atitude é fundamental. Aqueles infectados por hemotransfusão, por exemplo, podem experimentar raiva contra o clínico e a equipe médica, o que acaba por influenciar a adesão ao tratamento.

Crianças e adolescentes portadores de HIV/AIDS são freqüentemente carentes e problemáticos, mas conforme a regra no tratamento psicoterápico destas faixas etárias, seu estado mental expressa a saúde mental das pessoas que as cercam.

Grupos escolares, grupos de ajuda mútua e associações tem função terapêutica na relação do adolescente com sua doença. Ressaltamos principalmente os encontros do tipo “Vivendo com AIDS”, onde as singularidades das vivências pessoais são compartilhadas e a força grupal pode apontar soluções e segurança. Apoio e psicoterapia familiares fazem também parte essencial do manejo. Negação inicial, culpa pela doença do filho e raiva da equipe médica são alguns dos sentimentos mais encontrados. Os pais devem ser esclarecidos acerca dos problemas da criança e, no caso das doenças neurológicas, como lidar com as limitações específicas das mesmas. Estas crianças necessitam de estabilidade ambiental e tendem a entrar em crise de ansiedade e confusão mental com as mudanças de ambiente e com as exigências que lhes são feitas.

Devido ao nível de sentimentos envolvendo questões vitais para todos (infância, crescimento, doença, sexo e morte), é indicado que a equipe cuidadora tenha acesso a um constante trabalho de apoio psicológico.

O tratamento psicofarmacológico das crianças portadoras de HIV/AIDS deve ser cuidadosamente planejado, pois elas fazem uso de uma grande quantidade de medicamentos que tendem a interagir entre si, potencializando ou antagonizando efeitos farmacológicos vários. Existem atualmente poucas drogas psicotrópicas aprovadas pela FDA para uso em crianças. Isto se deve à falta de ensaios clínicos bem delineados que possam atestar a segurança e eficácia das substâncias nesta faixa etária, seus efeitos idiossincráticos e a longo prazo. Mesmo assim, tem-se verificado um aumento considerável, na última década, do emprego de psicofármacos na infância e na adolescência, o que é um fato preocupante.

As indicações devem ser precisas, com objetivo terapêutico e de melhora da qualidade de vida da criança ou do adolescente. A dose leva em consideração o peso corporal da criança, devendo a escolha basear-se na relação efeito terapêutico versus efeitos indesejáveis do mesmo. As funções hepática e renal interferem no metabolismo e excreção da droga e de seus metabólitos. Evitam-se os efeitos colaterais indesejáveis e, em relação ao uso de antiretrovirais, é muito importante o estudo prévio das interações medicamentosas, ao prescrever uma droga psicotrópica. Deve-se consultar os manuais especializados e atualizados periodicamente para medicar com segurança.

Os antipsicóticos estão indicados no tratamento dos transtornos psicóticos ou nos distúrbios graves do comportamento, como belicosidade e explosividade, e ainda no controle da agitação e agressividade dos quadros orgânicos, inclusive nas demências. São também usados nos deficits de atenção e hiperatividade, como opção aos estimulantes do sistema nervoso central tipo anfetamina, mais eficazes mas nem sempre disponíveis no mercado.

Começa-se com doses baixas, aumentando gradativamente até o controle dos sintomas e observando-se o manejo dos efeitos colaterais principalmente extrapiramidais. São substâncias que baixam o limiar convulsivante, um risco a ser considerado em condições predisponentes. Recomendamos o haloperidol (Haldol), em dosagens de 1 a 5 mg/dia, ou a periciazina (Neuleptil), em dose de 0,5 a 1,5 mg/dia, solução líquida, sendo este útil também como opção de tranqüilizante, podendo ser usado em pequenas e fracionadas tomadas ao longo

do dia, no caso de depressão muito agitada ou mesmo em hipercinesias, além, é claro, da indicação para os quadros com sintomas psicóticos.

Dentre os novos antipsicóticos, com a vantagem da pouca incidência de efeitos colaterais extrapiramidais, a risperidona vem sendo introduzida na clínica infanto-juvenil (doses iniciais de 1 mg/dia, aumentando-se até 4 ou 6 mg/dia, máximo de 8 mg/dia).

Para os quadros de TDAH, o uso do estimulante do SNC metilfenidato (ritalina), embora controvertido, pode gerar bons resultados, muitas vezes associado a um neuroléptico (haloperidol, periciazina ou risperidona).

Nos casos de depressão na infância, também o uso de medicamentos antidepressivos é controvertido, não sendo recomendado como procedimento terapêutico para crianças menores de 12 anos de idade. A abordagem psicoterápica é aí o recurso de primeira escolha, tanto da criança ou adolescente quanto de seu meio familiar.

Os antidepressivos clássicos como os tricíclicos estão indicados para os quadros de depressão maior após os 12 anos de idade. Abaixo desta faixa etária, seu emprego não é recomendado pelo FDA pois sua segurança e eficácia ainda não estão bem estabelecidas. Efeitos colaterais anticolinérgicos e cardiotoxicos merecem atenção. A resposta antidepressiva pode demorar até 14 dias para ocorrer. Recomendamos o uso da imipramina, medicação de consagrado uso clínico e que também constitui uma alternativa de fácil acesso, seja para os quadros de depressão bem como para o transtorno hiperkinético, iniciando-se com baixa dose, porém tendo-se em mente uma dose média razoável em torno de 5 mg por quilo de peso por dia, tateando-se em duas ou três tomadas, reduzindo-se ou aumentando-se criteriosamente segundo a monitorização de efeitos terapêutico e colateral e possível sensibilidade individual. Devemos lembrar que, de um modo geral, as doses para crianças, em se tratando de psicotrópicos, usualmente são em média proporcionalmente maiores do que para os adultos, pois crianças as absorvem com diferente velocidade, sendo sua metabolização e vida média também diferentes.

Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (IRSS) foram recentemente aprovados pelo FDA para uso em quadros depressivos, após os 12 anos de idade. Considerando-se a maior segurança nas interações medicamentosas, boas opções são a sertralina e a venlafaxina (este último sendo um inibidor de recaptção de serotonina e noradrenalina). As doses são semelhantes àquelas dos adultos: média de 50 mg/dia para a sertralina, e de 75 mg/dia, em duas tomadas, para a venlafaxina.

Considerando os benzodiazepínicos, vemos que até o momento não existe indicação formal de uso para qualquer transtorno psiquiátrico na infância. Atualmente, os quadros psiquiátricos infantis para os quais há fundamentos mais convincentes a favor do emprego do benzodiazepínico, são o terror noturno e o sonambulismo; tais distúrbios, entretanto, só devem ser tratados com farmacoterapia quando muito freqüentes ou muito graves. Para adolescentes mais velhos ou adultos, estão indicados no tratamento da ansiedade, como relaxantes musculares, nos transtornos do sono e nas convulsões. Em crianças são menos usados como ansiolíticos ou relaxantes musculares. Assim como em adultos, a prescrição de benzodiazepínicos deve ter indicação precisa. Grande parte dos

quadros ansiosos da infância é mais bem tratada por meio de psicoterapia. Os quadros fóbicos responderão melhor à terapia comportamental. O tratamento deve ser bem planejado, idealmente por período curto, devido ao risco de tolerância, dependência física e síndrome de abstinência importante. Na escolha do benzodiazepínico temos que levar em conta a meia-vida plasmática dos compostos, que é inversamente proporcional ao risco de dependência física. Entre os efeitos adversos estão as famosas “reações paradoxais” relatadas em crianças e adolescentes (uma reação de excitação e ansiedade intensas).

Em psiquiatria infantil os benzodiazepínicos mais usados são o diazepam e o clonazepam. O diazepam (Valium, Diempax, etc) é usado principalmente como anticonvulsivante. Como tranqüilizante, sugerimos o clonazepam (Rivotril), solução líquida, em dose de 0,5 a 1,5 mg/dia, em tomadas fracionadas, como opção de coadjuvante em situações nas quais o componente ansioso se faça importante.

Lembramos ainda que a criança, em situações de sofrimento, como a separação recente dos pais ou do ambiente com o qual está familiarizada, por uma internação hospitalar, por exemplo, pode reagir “regredindo” um pouco em sua idade. Ela pode pedir uma chupeta que já abandonara, ou ter enurese, etc. Não recomendamos medicalização destas situações, antes que um simples manejo psicológico de apoio e tranqüilização sejam realizados.

### **Bibliografia:**

ABERASTURY, A. 1978. La Percepcion de la Muerte en Los Niños y outros escritos. Ediciones Kargieman. Buenos Aires.

ABERASTURY, A. y Knobel, M. 1980. La Adolescência Normal. Ed. Paidós, Buenos Aires.

AJURIAGUERRA. Manual de Psiquiatria Infantil. Ed. Masson, S.P., 2ª ed.

BRASIL, Heloísa Helena Alves. 1998. “A Psicofarmacoterapia em Crianças e Adolescentes: Entre o Conhecimento Científico e a Prática”, IN- Cadernos IPUB nº 13: Psicofarmacoterapia. Ed. UFRJ, R.J.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; 1993. Trad. Dorgival Caetano – Artes Médicas, P.A.

EISENSTEIN, Evelyn, e SOUZA, Ronald P. 1993. Situações de Risco à Saúde de Crianças e Adolescentes. Ed. Vozes. R.J.

GREEN, Wayne Hugo. 1997. Psicofarmacologia Clínica na Infância e na Adolescência. Ed. Artes Médicas, P.A. 2ª Ed.



RUTTER, M., TAYLOR, Eric, and HERSOV, Lionel. 1994. Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Scientific Publications, Oxford. 3ª Ed.

**Site Recomendado:**

Sociedade Viva Cazuza /Forum Científico- <http://www.vivacazuza.org.br>

# **ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL: O QUE PODEMOS FAZER PARA MELHORAR?**

Marco Antônio de Ávila Vitória\*

## **1. Por que a adesão ao tratamento anti-retroviral é importante no tratamento da infecção pelo HIV?**

Com a introdução da terapia anti-retroviral combinada como padrão de qualidade no tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS, a adesão do paciente a esquemas terapêuticos com múltiplas drogas tornou-se fundamental no manejo clínico dessa doença. Nos últimos anos, tem sido observada uma importante diminuição das internações hospitalares, na ocorrência de complicações oportunistas e da mortalidade associada ao HIV em diversos países. A infecção pelo HIV passou a ser vista como uma doença de caráter evolutivo crônico e potencialmente controlável. Embora isto esteja relacionado a diversos fatores de melhoria no cuidado clínico e a alguns aspectos epidemiológicos, o papel da terapia combinada, particularmente com o advento dos inibidores de protease, foi fundamental nesse novo cenário terapêutico.

Assim, a boa adesão ao tratamento anti-retroviral é um dos fatores que promovem um bom controle da infecção pelo HIV. Entretanto, a não adesão ao tratamento está diretamente relacionada com o desenvolvimento de resistência viral, com conseqüente falência terapêutica e surgimento de cepas virais multirresistentes. Todo o imenso investimento na pesquisa e desenvolvimento de drogas anti-retrovirais, bem como na tecnologia necessária para o acompanhamento da eficácia desta terapia, poderão ser perdidos, se não forem elaboradas e padronizadas algumas estratégias que visem aumentar a adesão do paciente portador de HIV/AIDS ao tratamento anti-retroviral.

## **2. O que é adesão ao tratamento anti-retroviral?**

O termo “adesão” ao tratamento deve ser visto dentro de um contexto no qual o paciente não apenas obedece as orientações fornecidas pela equipe de saúde, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida pelo seu médico. Significa que deve existir uma “negociação” entre o paciente e os profissionais de saúde envolvidos em seu cuidado, na qual são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento.

## **3. Quais são os principais fatores que afetam a capacidade de adesão à terapia anti-retroviral?**

Nos primeiros estudos controlados utilizando-se a terapia anti-retroviral combinada, os pacientes eram mantidos sob rigorosa supervisão e acompanhamento do tratamento proposto, observando-se uma alta eficácia, com níveis indetectáveis da carga viral plasmática em cerca 85-90% dos casos. Porém, em situações cotidianas, fora do ambiente destes estudos, observou-se que um percentual bem menor de pacientes se mantem com este nível de controle da carga viral. Em uma avaliação feita no *San Francisco General Hospital* (San Francisco, EUA) em 1998, observou-se que somente 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.

\*Assessor Técnico da Unidade de Diagnóstico, Assistência e Tratamento da CN-DST/AIDS, Ministério da Saúde

Em um outro estudo semelhante, com 462 pacientes em uso da combinação de saquinavir com ritonavir, observou-se que os pacientes com boa adesão se mantinham com carga viral não detectável durante 90% do tempo de estudo, enquanto os pacientes com baixa adesão somente a mantinham indetectável em 65% do período.

Vários estudos que avaliam os diversos fatores que afetam a capacidade de adesão ao tratamento em pacientes com HIV/AIDS e outras doenças crônicas têm mostrado algumas características básicas, a saber:

- ?? Os aspectos sócio-econômicos e sócio-demográficos, quando analisados isoladamente, não são geralmente fatores preditivos de adesão. Entretanto, um estudo realizado em São Paulo mostrou que o comparecimento regular as consultas agendadas e a qualidade de atenção no serviço de saúde são fatores que influenciam a adesão;
- ?? A capacidade dos profissionais de saúde em prever se um paciente terá ou não uma boa adesão ao tratamento é geralmente baixa;
- ?? Até o momento, o uso de marcadores biológicos, dosagem de níveis sanguíneos das drogas ou de outros parâmetros laboratoriais para a avaliação da adesão do paciente ao tratamento apresentam, na maioria das vezes, mais desvantagens do que vantagens em sua análise, o que dificulta o seu uso em termos práticos.
- ?? Aproximadamente 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas apresentam boa adesão aos esquemas terapêuticos propostos;
- ?? A adesão ao tratamento medicamentoso de qualquer doença crônica segue uma curva de distribuição em forma de “J”, ou seja, com aproximadamente 50% dos pacientes tomando a medicação corretamente em 80% do tempo, outros 20% dos pacientes tomando a medicação entre 50 e 80% do tempo e os restantes 30% dos indivíduos tomando a medicação prescrita em menos de 50% do tempo total de tratamento;
- ?? A adesão ao tratamento diminui à medida que a complexidade (número de drogas, número de comprimidos e número de doses ao dia) e a duração do esquema proposto aumentam;
- ?? A adesão ao tratamento diminui à medida que o regime proposto interfere nas atividades e estilo de vida do paciente;
- ?? A adesão ao tratamento diminui à medida que o esquema proposto interfere nos hábitos alimentares do paciente (necessidade de se tomar os medicamentos em jejum ou com refeições);
- ?? A adesão ao tratamento diminui se o esquema terapêutico apresenta muitos efeitos colaterais;
- ?? A adesão ao tratamento tende a ser menor em pacientes com uma atitude pessimista em relação à sua doença e com quadro depressivo;
- ?? A adesão ao tratamento geralmente é menor se a comunicação e a interação entre o paciente e o profissional de saúde é deficiente ou inadequada.

No caso específico da terapia anti-retroviral, os regimes terapêuticos atualmente recomendados apresentam-se ainda com alto grau de complexidade (2 a 3 doses ao dia, podendo interferir no regime alimentar), com um grande número de comprimidos ou cápsulas (frequentemente 20-25 unidades por dia) e utilizados por tempo indeterminado, o que dificultam sobremaneira a adesão terapêutica a longo prazo. Além disso, está demonstrado que uma adesão sub-ótima ao tratamento pode resultar em uma supressão inadequada da carga viral, com conseqüente emergência de cepas virais resistentes e

elevação da carga viral plasmática, levando a uma repopulação dos tecidos linfóides do paciente e possível recrudescimento da doença. Estudos preliminares no Brasil, sugerem que a taxa de adesão a 100% dos medicamentos anti-retrovirais em uso nos 3 últimos dias é de aproximadamente 68%, dado esse que é semelhante ao encontrado em estudos mais recentes realizados nos Estados Unidos e Europa.

Recentemente, estudos utilizando esquemas de medicamentos combinados que permitem uma única dose ao dia e administrados de forma supervisionada, semelhante à estratégia DOT utilizada no tratamento da tuberculose, tem mostrado bons resultados, mesmo em países com poucos recursos ou infra-estrutura de saúde. Além disso, a formulação de anti-retrovirais em apresentações de genéricos em doses fixas combinadas, permitindo uma redução substancial no número de cápsulas ao dia, tem impacto na adesão ao tratamento.

#### **4. Quais são as principais estratégias recomendadas para estabelecer e manter uma boa adesão ao tratamento anti-retroviral ?**

Embora o paciente seja freqüentemente o principal foco das intervenções de adesão ao tratamento, este processo deve ser visto como uma responsabilidade compartilhada entre o paciente e os profissionais de saúde que o assistem, bem como do próprio sistema de saúde. Considerando-se os fatores que afetam a adesão terapêutica, as seguintes estratégias são recomendadas para se estabelecer e manter uma boa adesão ao tratamento anti-retroviral:

- 1) **A terapia não deve ser iniciada até que os objetivos e necessidade de adesão ao tratamento sejam entendidos e aceitos pelo paciente.** O profissional de saúde deve procurar elaborar um esquema terapêutico o mais simples possível, com orientações verbais e por escrito sobre a prescrição, de uma forma clara e precisa. Uma estratégia importante para melhorar a adesão ao tratamento é a simplificação do regime terapêutico, particularmente reduzindo o número de comprimidos e doses por dia. Porém, isto é freqüentemente limitado pelas características farmacocinéticas das drogas atualmente disponíveis. Os medicamentos devem ser identificados pela cor, formato e nome. Indicações quanto às restrições ou exigências alimentares, necessidade de hidratação vigorosa, efeitos colaterais e interações medicamentosas devem ser enfatizadas. Certifique-se sempre se o paciente realmente sabe como tomar a medicação e compreende as conseqüências da não adesão para o sucesso de seu tratamento.
- 2) **É importante adequar o regime terapêutico ao estilo de vida do paciente e não o contrário.** Esta é provavelmente a medida mais simples e efetiva para melhorar a adesão ao tratamento. O profissional deve identificar junto com o paciente as rotinas de vida diária e que são facilmente seguidas e que podem coincidir com os horários adequados para a ingestão dos medicamentos (ex: escovar os dentes, ler um jornal, fazer exercícios etc.). Estes eventos rotineiros podem ser utilizados como lembretes para se tomar os medicamentos. As refeições apesar de serem situações com horários geralmente bem definidos, nem sempre funcionam como bons eventos, devido ao fato de freqüentemente existirem restrições ou exigências alimentares específicas para o esquema proposto e o hábito alimentar ser muito variável entre as pessoas. Recomenda-se que os pacientes tomem a medicação antes da atividade de rotina selecionada, no sentido de reduzir a possibilidade de esquecimento e omissão da dose.

- 3) **Sugira o uso de dispositivos para lembrar das tomadas dos medicamentos:** Oriente o paciente a utilizar dispositivos alarmes portáteis, despertadores ou “beepers” para lembrá-lo das tomadas dos medicamentos. Lembre-se que alguns medicamentos devem ser tomados em horários rígidos e com restrições/exigências alimentares devido às suas propriedades farmacocinéticas.
- 4) **Faça uma escala ou quadro de horários para tomada dos medicamentos.** Elabore juntamente com o paciente uma típica escala diária de tomada dos medicamentos, definindo os horários, as atividades relacionadas com as tomadas e o oriente para anotá-las em um diário, agenda pessoal ou calendário. Para pacientes com menor grau de instrução é preferível fazer as orientações terapêuticas por meio de desenhos e cores ao invés de linguagem escrita.
- 5) **Mantenha o paciente sempre bem informado.** É importante que o paciente conheça todos os progressos do seu tratamento, dos resultados de seus exames laboratoriais e seu significado. Durante cada visita médica de controle, é importante rever com o paciente todo o esquema terapêutico. Tente sempre esclarecer qualquer dúvida com relação ao tratamento e atividades relacionadas com o mesmo nestas ocasiões.
- 6) **Oriente alguém próximo ao paciente sobre o tratamento.** Sempre que possível, e com a concordância do paciente, explique o esquematerapêutico proposto a alguma pessoa na qual o paciente confie e que possa acompanhar o cotidiano do mesmo (ex: familiares, parceiros, amigos), no intuito de ajudá-lo a não esquecer ou omitir doses da medicação.
- 7) **Oriente o paciente a fazer um controle periódico das doses a serem tomadas.** É recomendado que o paciente faça um inventário diário ou semanal do número de comprimidos a serem ingeridos. A dose diária pode ser acondicionada em frascos menores (ex: frascos de filmes fotográficos vazios) ou mesmo caixas especialmente desenhadas para este fim, que apresentam divisões em compartimentos que separam as diversas doses a serem tomados durante o dia. É importante lembrar que alguns destes medicamentos podem necessitar de acondicionamento em ambientes com temperatura e umidade específicos, o que pode dificultar o uso deste tipo de sistema em certos locais e ocasiões, principalmente por períodos mais prolongados.
- 8) **Tome alguns cuidados em casos de viagens, férias e finais de semana.** Em caso de mudanças na rotina de vida diária do paciente, mesmo que temporárias (finais de semana, férias, viagens, etc.), planeje antecipadamente as modificações necessárias nos horários e na escala de tomada dos medicamentos de forma a não prejudicar o efeito global do tratamento. Em caso de viagens, é importante orientar o paciente quanto às condições de acondicionamento, necessidade de suprimentos extras de medicamentos e ajustes de horários em caso de diferenças de fuso horário.

É importante fazer um maior investimento nas estratégias visando o desenvolvimento de uma boa adesão ao tratamento principalmente nas primeiras semanas após seu início, já que diversos estudos demonstraram que uma taxa de adesão precoce é um importante fator preditivo de uma boa adesão a longo prazo. Pode-se testar a capacidade de adesão do paciente a um determinado esquema posológico antes de se iniciar o uso efetivo dos medicamentos selecionados, substituindo-se cápsulas ou comprimidos das drogas do esquema por comprimidos de complexos vitamínicos ou balas, na mesma quantidade e escala posológica, durante alguns dias ou semanas. Isto permitirá ao paciente encontrar um esquema que seja mais adequado ao seu estilo de vida, sem prejudicar o efeito antiviral de

seu tratamento. Um aconselhamento dietético com um nutricionista e a organização de grupos de suporte para pacientes que fazem uso de terapia anti-retroviral são outras estratégias que podem ter sucesso em alguns casos. Recomenda-se que os retornos sejam mais freqüentes nas primeiras semanas após o início do tratamento.

Entretanto, estas estratégias podem não ser efetivas em todos os pacientes, devido às diversidades culturais e sócio-econômicas existentes no País. É importante que o profissional de saúde perceba que as sugestões acima expostas podem ser mais apropriadas para algumas pessoas do que para outras. Porém, independentemente das estratégias adotadas, a forma mais efetiva de se conseguir uma adesão adequada ao tratamento de qualquer doença de natureza crônica é, em última instância, motivar e envolver o paciente no seu próprio tratamento, utilizando-se de medidas práticas, de baixo custo e de fácil execução, fazendo ajustes conforme as necessidades individuais a longo prazo.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. Blakeslee D. Adherence to Therapy. Journal of the American Medical Association Home Page. <http://www.ama-assn.org/special/hiv/newsline/briefing/adhere.html>. Acessada em 30/06/98.
2. Boyle BA. Efficacy and Safety of Once-Daily Antiretroviral Therapy. AIDS Reader 2002, 12(3):90-96.
3. Chessney M. Compliance: How physicians can help. University of California at San Francisco Home Page. <http://www.hivinsite.ucsf.edu/topics/adherence/2098.3540.html>. Acessada em 14/07/98.
4. Chessney M. Evolving HIV treatments: Advances and the challenge of adherence. hHealthcare Communications Group Home Page. <http://www.healthcg.com/hiv/treatment/icaac97/adherence / chesney.html>. Acessada em 23/03/98.
5. Chessney M. Strategies to establish and maintain optimal adherence. University of California at San Francisco Home Page. <http://www.hivinsite.ucsf.edu/topics/adherence/2098.3541.html>. Acessada em 14/07/98.
6. Chessney M. Which came first...adherence or effective medical therapy. Medscape Inc. Home Page <http://www.medscape.com/Medscape/CNO/1998/AIDS/06.30/b25/aids.b25.html>. Acessada em 07/08/98.
7. Department of Health and Human Services. Guidelines for the Use of Anti-retroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents. Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. Journal of the American Medical Association Home Page. <http://www.ama-assn.org/special/hiv/treatment/guide/ rr4705b2/ panel.html>. Acessada em 17/08/98.
8. Eldred L, Cheever L. Update on Adherence to HIV Therapy. The Johns Hopkins University of Infectious Diseases Home Page. [http://hopkins-aids.edu/publications/report/jan98\\_5.html](http://hopkins-aids.edu/publications/report/jan98_5.html). Acessada em 14/03/98.
9. Knobel H. Como y por qué debe monitorizarse la adherencia al tratamiento antirretroviral en la actualidad. Enferm Infec. Microbiol Clin. 2002, 20(10) 481-3.
10. Levine A. Anti-retroviral Therapy: Adherence. Healthcare Communications Group Home Page. <http://www.healthcg.com/hiv/journal/scottsdale98/04.html>. Acessada em 05/08/98.

11. Lucas G et al. Directly Administered Antiretroviral Therapy in the Treatment of HIV Infection: Benefit or Burden? *AIDS Patient Care STD* 2002, 16(11):527-535.
12. Martin-Sanchez V et al. Factores predictores de no adherencia a terapia antirretroviral de grand actividad. *Enferm Infecc. Microbiol Clin.*, 2002, 20(10) 491-7.
13. Mehta S, Moore RD, Graham NMH. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS* 1997, 11:1665-70.
14. Ministério da Saúde do Brasil. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV, 2002/2003.
15. Sherer R. Adherence and Anti-retroviral Therapy in Injection Drug Users. *JAMA* 1998; 280:567-8.
16. Teixeira PR, Paiva V, Shimma E (Org.). Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo, NEPAIDS, 2000, 148 pp.
17. Williams A, Freindland G. Adherence, Compliance and HAART. *Aids Clin. Care.* 1997; 9:51-4.
18. Wright EC. Non-Compliance – or how many aunts has Matilda? *Lancet* 1993, 342 (8876): 909-13.

## ANEXO 1 – INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Estamos listando aqui as drogas psiquiátricas e os anticonvulsivantes cujo uso concomitante com os anti-epilepticos está sendo estudado. Nenhuma fonte consultada é de origem brasileira, portanto, alguns medicamentos utilizados se não tiverem seus efeitos colaterais observados, quando utilizados em esquemas contendo anti-retrovirais existem pequenas diferenças entre as fontes quanto à magnitude das interações. Sugerimos que todas as drogas que não constem deste anexo sejam prescritas com cautela e monitorizadas permanentemente.

### ANSIOLÍTICOS/HIPNÓTICOS:

	Indinavir	Ritonavir	Saquinavir	Nelfinavir	Amprenavir	Lopinavir	Atazanavir	Nevirapina
Diazepam	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	Cautela	cautela
Lorazepam	liberado	liberado	liberado	liberado	liberado	liberado	Cautela	liberado
Alprazolam	<b>não usar</b>	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	Cautela	cautela
Clorazepato	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	Cautela	cautela
Flurazepam	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	Cautela	cautela
Midazolam	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	cautela
Zolpidem	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	liberado	Cautela	cautela
Estazolam	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	Cautela	cautela
Triazolam	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	cautela	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	cautela

### ANTICONVULSIVANTES:

	Indinavir	Ritonavir	Saquinavir	Nelfinavir	Amprenavir	Lopinavir	Atazanavir	Nevirapina
Carbamazepina	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela
Clonazepam	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	liberado	cautela	cautela
Fenobarbital	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela
Fenitoína	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela
Ácido Valpróico	liberado	cautela	liberado	cautela	liberado	liberado	cautela	cautela
Lamotrigina	liberado	cautela	liberado	liberado	liberado	liberado	cautela	liberado



**ANTIDEPRESSIVOS:**

	Indinavir	Ritonavir	Saquinavir	Nelfinavir	Amprenavir	Lopinavir	Atazanavir	Nevirap
Imipramina	liberado	cautela	liberado	liberado	cautela	cautela	cautela	liberado
Amitriptilina	liberado	cautela	liberado	liberado	cautela	cautela	cautela	liberado
Nortriptilina	liberado	cautela	liberado	liberado	cautela	cautela	cautela	liberado
Fluoxetina	liberado	cautela	liberado	liberado	cautela	liberado	cautela	liberado
Paroxetina	liberado	cautela	liberado	liberado	cautela	liberado	cautela	liberado
Sertralina	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	liberado	cautela	cautela
Nefazodona	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	liberado	cautela	cautela

**NEUROLÉPTICOS:**

	Indinavir	Ritonavir	Saquinavir	Nelfinavir	Amprenavir	Lopinavir	Atazanavir	Nevirap
Haloperidol	liberado	cautela	liberado	liberado	liberado	liberado	cautela	liberado
Risperidona	liberado	cautela	liberado	liberado	liberado	liberado	cautela	liberado
Clorpromazina	cautela	cautela	cautela	cautela	cautela	liberado	cautela	liberado
Clozapina	liberado	<b>não usar</b>	liberado	liberado	cautela	liberado	cautela	liberado
Pimozide	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	<b>não usar</b>	liberado
Tioridazina	liberado	cautela	liberado	liberado	liberado	liberado	cautela	liberado

Fontes: Johns Hopkins AIDS Service; HIV InSite UCSF; Medscape HIV Clinical Management Series; Liverpool HIV Pharmacol Inform

## Interações Medicamentosas com Drogas Ilícitas

<b>Droga</b>	<b>Interação com os anti-retrovirais</b>
Álcool	Aumento de 41% da área abaixo da curva de tempo de concentração de abacavir.
Anfetaminas	Ritonavir pode aumentar os níveis das anfetaminas.
Cocaína e derivados	Interação significativa improvável, pois o metabolismo dessa droga não usa primariamente o sistema citocromo P-450.
Barbitúricos	Redução significativa dos níveis dos inibidores de protease e dos análogos de nucleosídeos.
Heroína, morfina e metadona	Possível redução das concentrações dos inibidores da protease (Ritonavir, Nelfinavir e Amprenavir) por glucoronização da droga. Informações detalhadas sobre interações significativas somente disponíveis com a metadona (redução da concentração).
Maconha e derivados	Possível aumento moderado nos níveis de THC, que é parcialmente metabolizado pelo sistema citocromo P-450 (CYP-3A) Aumento discreto nas concentrações de indinavir e nelfinavir; as interações com outros anti-retrovirais são improváveis.
Metanfetamina (Ecstasy)	Interações perigosas e fatais já descritas, particularmente com o uso de Ritonavir (elevação importante dos níveis de Ecstasy).

**ANEXO 2-EFEITOS NEUROPSIQUIÁTRICOS DOS MEDICAMENTOS  
UTILIZADOS NA INFECÇÃO PELO HIV**

<b>Drogas</b>	<b>Reações</b>	<b>Comentários</b>
Acyclovir	Alucinações, delirium, insônia, depressão, agitação, letargia e tremores	Em doses altas, particularmente com insuficiência renal
Anfetamínicos	Comportamento bizarro, alucinações, agitação, sintomas paranóides e maniatiformes	No uso abusivo, pode ocorrer depressão na retirada
Anfotericina B	Delirium, cefaléia, desorientação, letargia, agitação e náusea	Com o uso intravenoso e intratecal
Anabolizantes	Agressividade, mania, depressão, psicoses irritabilidade, confusão e esquecimentos	
Anticonvulsivantes	Agitação, confusão, delirium, depressão	Geralmente, com altas doses e concentrações plasmáticas
Anti-inflamatórios não hormonais	Sintomas paranóides, ansiedade, depressão, desorientação e alucinações	Incomum; frequência varia com diferentes AINhs
Antidepressivos tricíclicos	Confusão, delirium, mania e alucinações	Mania ou hipomania em cerca de 10%, também após retirada
Benzodiazepínicos	Hostilidade, fúria, alucinações, delirium, depressão, sintomas paranóides e amnésia anterógrada	Durante tratamento ou retirada
Cetoconazol	Alucinações	Evento raro
Ciprofloxacina	Inquietação, insônia, tontura, alucinações, confusão, ansiedade e estado paranóide	
Corticoesteróides	Depressão, confusão, alucinações, catatonia, sintomas paranóides, mania, ansiedade, insônia, psicoses e delirium	Especialmente com altas doses, podem ocorrer na retirada
Dapsona	Insônia, agitação, alucinações, mania, depressão	Mesmo em baixas doses
DDI	Confusão, cefaléia e insônia	
Fluoxetina	Mania, hipomania, despersonalização	Podem ocorrer tremor, mioclonia
Foscarnet	Fadiga, cefaléia e convulsões	
Ganciclovir	Alucinações, delirium, confusão, agitação, pesadelos, convulsões e mania	Com disfunção renal
Antagonista do receptor H2	Alucinações, delirium, depressão, comportamento bizarro	Geralmente em doses altas; mais comum em idosos ou com alterações renais
Indinavir	Fadiga	
Interferon alfa	Delirium, depressão, ansiedade, pensamento suicida, letargia, confusão, agressividade e alterações da memória	Ocorre em até 20%; depressão tratável com fluoxetina
Isoniazida	Depressão, agitação, alucinações	Vários relatos
Loperamida	Delirium	Evento raro
Metilfenidato	Alucinações, sintomas paranóides	Vários relatos
Metoclopramida	Mania, depressão, delirium	Vários relatos
Metronidazol	Depressão, agitação, choro incontrolável, desorientação, alucinações, confusão, e delirium	Vários relatos, sobretudo com uso intravenoso

<b>Drogas</b>	<b>Reações</b>	<b>Comentários</b>
Narcóticos	Pesadelos, ansiedade, agitação, euforia, disforia, depressão, alucinações, sintomas paranóides	Geralmente, em altas doses
Pentamidina	Confusão, hipotensão e ansiedade	Secundários à hipoglicemia
Procaína	Confusão, ansiedade, psicoses, agitação e comportamento bizarro	Vários relatos; especialmente com penicilina G procaína
Pseudoefedrina	Alucinações, sintomas paranóides	Relatos em uso abusivo
Ritonavir	Fadiga, parestesias, insônia e alteração do paladar	
Salicilatos	Agitação, confusão, alucinações e sintomas paranóides	Na intoxicação crônica
Sulfonamidas	Confusão, desorientação, euforia	Vários relatos
Sulfametoxazol+Trimetoprim	Psicoses, depressão, desorientação, alucinações	Vários relatos
Vincristina	Disforia, letargia e convulsões	
Zidovudina	Mania, sintomas paranóides, depressão, insônia, agitação e cefaléia	

Fontes: American Psychiatric Association; Catalan J, Burgess A, Klimmes I; Harrison MJG, McArthur JC.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)