

## AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS E DA QUALIDADE DO SONO EM PACIENTES COM IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

Aline Silva Belísio<sup>1</sup>

**RESUMO:** A qualidade do sono está diretamente ligada à qualidade de vida do ser humano. Enquanto dormimos, nosso organismo realiza funções extremamente importantes: fortalecimento do sistema imunológico, secreção e liberação de hormônios, consolidação da memória, entre outras. Contudo, observa-se que em pacientes com AIDS ocorre o aparecimento de distúrbios de sono e problemas na qualidade de sono. Diante disto, o presente estudo teve como objetivo fazer uma revisão da literatura, acerca dos distúrbios e da qualidade do sono em pessoas portadoras e que estão em tratamento do HIV/AIDS. O levantamento bibliográfico foi realizado nos bancos de dados MEDLINE, SCIELO e Science Direct, compreendendo artigos de 2002 até 2014 escritos em inglês e português. A partir dessa revisão, é possível concluir que pessoas infectadas pelo HIV/AIDS têm distúrbios de sono e uma piora na qualidade do sono por utilizarem medicamentos antirretrovirais. Quando se utiliza esses tipos de medicamentos observa-se a presença de sonolência diurna, tonturas, insônia, náuseas, pesadelos, alucinações, cefaléia e fadiga, o que conseqüentemente influencia negativamente em sua qualidade de sono. Assim, a qualidade de vida de pessoas portadoras de HIV/AIDS deve ser essencial para um bem-estar adequado e equilibrado.

**Palavras-chave:** Sono. Vigília. Qualidade de vida. Distúrbios do sono. HIV/AIDS. Antirretrovirais.

**ABSTRACT:** The quality of sleep is directly linked to the quality of human life. While we sleep, our body carries out very important functions: strengthening the immune system, secretion and release of hormones, memory consolidation among others. However, it is observed that in patients with AIDS is the appearance of sleep disturbances and problems in the quality of sleep. Thus, the present study aimed to make a literature review about the disorders and sleep quality in people living with HIV/AIDS. The bibliographic survey was conducted in the databases MEDLINE, SCIELO and Science Direct, which comprised articles 2002 to 2014, written in english and portuguese. From this review, we conclude that people with HIV/AIDS have disturbances in sleep and a deterioration in the quality of sleep by using anti-retroviral drugs. When using these types of drugs is observed the presence of diurnal sleepiness, dizziness, insomnia, nausea, nightmares, hallucinations, headache and fatigue, which may negatively influence their quality of sleep. However, the quality of life of those people living with HIV/AIDS should be essential for an appropriate and balanced well-being.

**Keywords:** Sleep. Wake. Quality of life. Sleep disorders. SIDA. Antiretroviral.

---

<sup>1</sup> alinebelisio@yahoo.com.br

## 1 INTRODUÇÃO

Definir o sono não é tarefa simples, seja sob o ponto de vista fisiológico, seja com base na descrição comportamental do indivíduo que dorme. O sono é um evento ativo e de extrema necessidade para o organismo. Embora ainda não se saiba claramente qual a função do sono, é possível constatar os efeitos restauradores e de bem-estar ocasionados por uma noite de sono (KRIGER, 2000). O sono é caracterizado como um ritmo biológico, gerado e controlado endogenamente por um grupamento de neurônios localizado no hipotálamo, o núcleo supraquiasmático (BENEDITO-SILVA, 2008).

É sabido que a qualidade de vida está estreitamente relacionada, entre outros fatores, à qualidade do sono. Nas doenças crônicas, é comum o prejuízo da qualidade do sono, pois distúrbios psicofisiológicos interferem diretamente nela, podendo causar insônia, sonolência diurna excessiva e redução na capacidade de desempenho das atividades diárias (BERTOLAZI et al., 2009).

O sono constitui-se em um aspecto fundamental da vida do ser humano. Possui função restauradora, de conservação de energia e de proteção. Sua privação pode determinar importante prejuízo em curto ou em longo prazo nas atividades diárias do paciente, causando adversidades sociais, somáticas, psicológicas ou cognitivas (CHOKROVERTY, 2010). Na literatura, um estudo aponta que inúmeros fatores podem influenciar negativamente na qualidade do sono em pacientes com HIV/AIDS (PHILLIPS et al., 2004).

Viver com uma doença crônica, não é compatível com uma boa qualidade de vida e do sono. Devemos lembrar que alguns fatores irão interferir de modo negativo nessa qualidade. Dentre estes fatores, receber o diagnóstico do HIV/AIDS gera um grande impacto em todo o meio familiar e social. A pessoa que vive com HIV/AIDS, carrega consigo não apenas um diagnóstico de uma doença crônica, mas também o estigma que anda junto com a doença, o impacto na sua saúde com a presença de doenças oportunistas e, muitas vezes, a falta de oportunidades profissionais devido ao preconceito. Dentro desse contexto, a presença de distúrbios de sono tem como consequência uma má qualidade do sono, presente na maioria dos portadores do HIV/AIDS, interferindo de forma negativa na qualidade de vida dessas pessoas.

Investigar os distúrbios e a qualidade do sono em portadores do HIV/AIDS poderá auxiliar profissionais de diferentes áreas a entender melhor esses fatores, bem como seus

mecanismos. Assim, a presença de uma equipe multiprofissional que domine este conhecimento pode atuar de forma mais direcionada, a fim de oferecer uma melhor qualidade de vida para essas pessoas.

Portanto, este artigo tem como objetivo caracterizar os distúrbios e a qualidade do sono em pacientes com imunodeficiência humana (HIV) que apresentam manifestações clínicas.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O ciclo sono e vigília é um ritmo biológico que se repete com intervalo de tempo de aproximadamente 24h. Os ritmos biológicos são eventos bioquímicos, fisiológicos e comportamentais que variam regularmente em função do tempo. Estas variações dos estados do organismo possibilitam aos indivíduos darem respostas adaptativas às mudanças do ambiente como, por exemplo, o aumento da temperatura corporal no início da manhã, favorecendo o despertar, em resposta ao ciclo de alternância entre os dias e as noites, o ciclo claro-escuro (MENNA-BARRETO, 2004).

Além disso, o sono é uma função biológica fundamental na consolidação da memória, na termorregulação, na conservação e restauração da energia (REIMÃO, 1996) e restauração do metabolismo energético cerebral (FERRARA; DE GENNARO, 2001). Devido a essas importantes funções, as perturbações do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer substancialmente a qualidade de vida.

O sono é regulado por dois processos: o processo homeostático (S) e o processo circadiano (C). O processo homeostático (S) refere-se à regulação do sono dependente da quantidade de sono e de vigília no dia anterior, ou seja, há uma maior propensão ao sono quando a vigília é prolongada. Enquanto o processo circadiano (C) se refere à alternância entre sono e vigília ao longo do dia que é controlada por um marcapasso circadiano endógeno (BORBÉLY, 1982; KRYGER, 2000).

O sono possui também uma arquitetura com uma ritmicidade ultradiana (com oscilações menores do que 20 horas), variando entre o estágio de sono não-REM e sono REM. O primeiro é caracterizado pela ausência de movimentos rápidos dos olhos, pela

diminuição da frequência respiratória, cardíaca e pela diminuição do tônus muscular. É subdividido, também, em três estágios (N1, N2 e N3), em que o último corresponde ao sono profundo, comumente referido como sono de ondas lentas. A atividade do sono de ondas lentas também sofre influência de fatores homeostáticos, pois pesquisas demonstram que após uma noite de privação de sono há um aumento no sono de ondas lentas na noite de recuperação (KRYGER, 2000; NUNES, 2002).

Durante o sono REM, ocorre o movimento rápido dos olhos, diminuição do tônus muscular (atonia muscular), irregularidade dos movimentos respiratórios e cardíacos, temperatura semelhante a do ambiente e presença de sonhos. Assim, os dois estágios de sono se alternam de maneira que as duas primeiras horas de sono correspondem ao sono profundo, ocorrendo logo após o primeiro estágio do sono REM (FERNANDES, 2006).

Os mecanismos regulatórios do sono possibilitam ao sono manter uma relação temporal com outros ritmos biológicos no próprio organismo como, por exemplo, as oscilações corporais de temperatura central e a secreção dos hormônios cortisol e melatonina. Esta relação de fase entre os ritmos endógenos é chamada de organização temporal interna (BENEDITO-SILVA, 2008).

Há também uma organização temporal externa entre o sono e o meio ambiente. Ou seja, o sono é influenciado por pistas temporais do ambiente (os sincronizadores ou *zeitgebers*) como o ciclo claro e escuro, os compromissos familiares, horários de acordar e dormir e a jornada de trabalho (LOUZADA; MENNA BARRETO, 2004; ROTENBERG et al., 1999).

Ao longo do processo histórico-social da humanidade, diferentes definições de saúde e doença emergiram como um processo que sofre influência das relações sociais, econômicas, individuais, filosóficas, religiosas e culturais, compartilhada pelos indivíduos em toda época e espaços vividos. Sendo assim, ao buscar a compreensão do continuum entre saúde-doença, percebe-se que além das condições singulares de cada indivíduo, têm-se também uma rede complexa de crenças, hábitos, valores e ações, conhecimentos e significados pessoais e coletivos. Neste sentido, é fundamental a reflexão sobre as importantes mudanças ocorridas na evolução da infecção pelo HIV, particularmente, no que possibilita aos indivíduos infectados uma ressignificação da doença e o conviver com ela na perspectiva da cronicidade (SCHAURICH et al., 2006).

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é um problema de saúde pública mundial, desde a descrição dos primeiros casos nos Estados Unidos da América (EUA), em 1981. Dados da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (Unaid) apontam que 34 milhões de pessoas, em 2011, se infectaram pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e, que as mulheres representavam cerca da metade dos casos. De 1980 até 2012, no Brasil, foram notificados 656.701 casos de AIDS. Com relação ao gênero feminino, no mesmo período, foram identificados 230.161 casos no país (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014; REIS et al., 2010).

Os primeiros casos de AIDS surgiram na década de 80 e foram progressivamente notificados novos casos da doença, chegando a ser considerada uma pandemia, pois atingiu simultaneamente os cinco continentes (AMARO, 2005).

A AIDS é caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), levando a uma diminuição dos linfócitos T CD4, células responsáveis em parte pela defesa imunológica do organismo humano. Isso facilita o aparecimento das infecções oportunistas, conhecidas como doenças indicadoras e/ou manifestações que são condições definidoras da AIDS, quando em presença do HIV (BRASIL, 2010; COLOMBRINI et al., 2004).

A evolução da AIDS pode ser dividida em três fases: (1) *infecção aguda* que pode surgir algumas semanas após a infecção inicial, entretanto a maioria não é diagnosticada devido à semelhança com outras infecções virais, por que encontramos o pico da carga viral e o menor nível de células T CD4. Em seguida, o paciente entra em uma (2) *fase de infecção assintomática*, de duração variável de alguns meses a alguns anos, os níveis de células T CD4 podem estar estáveis ou em declínio. E (3) *A doença sintomática*, da qual a AIDS é a sua manifestação mais grave, ocorre na medida em que o paciente vai apresentando alterações da imunidade, com o surgimento das infecções oportunistas e diminuindo os níveis de células T CD4 (BRASIL, 2010).

O fato é que o impacto na vida do indivíduo ocasionado, tanto pessoal, quanto profissional, requer o manejo de complexos regimes terapêuticos e a necessidade de alterações nas atividades de vida diária, o que pode acarretar situações que prejudiquem a qualidade de vida da pessoa acometida (ORLANDI; PRAÇA, 2013).

Os papéis sociais exercidos por homens e mulheres influenciam nas questões de gênero, bem como interferem socioculturalmente na sexualidade dos indivíduos e na forma de

proteção, ocasionando tal crescimento da AIDS em mulheres, pois estas dependem que o homem aceite o uso de preservativo, o que em muitos casos não acontece por pensarem que seu uso irá interferir no prazer sexual ou mesmo que seja por desconfiança ou infidelidade, principalmente em união estável (CALVETTI et al., 2012).

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Através de pesquisa bibliográfica narrativa em diferentes bases de dados (MEDLINE, SCIELO e Science Direct) e em alguns livros, foram selecionados cerca de 51 artigos com base no tema: Avaliação dos distúrbios e da qualidade do sono em pacientes com imunodeficiência humana (HIV). A partir da leitura dos artigos selecionados e capítulos de livros, preparou-se o presente artigo de revisão bibliográfica abordando principalmente os temas sobre o sono e vigília, distúrbios e a qualidade do sono em pessoas com HIV, as opções terapêuticas disponíveis, as reações adversas e interações medicamentosas mais frequentes, bem como os efeitos colaterais aos antirretrovirais.

As palavras-chave utilizadas em inglês foram: “sleep”, “ sleep deprivation”, “hiv and sleep”. E também foram pesquisadas palavras-chave em português: sono e vigília, qualidade de vida, distúrbios do sono e o HIV/AIDS, antirretrovirais. A pesquisa compreendeu artigos de 2002 até 2014.

Os critérios de inclusão foram: os estudos publicados de 2002 a 2014, na língua portuguesa ou inglesa, encontrados de forma gratuita e online. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados e em forma de resumo e que não se adéqua a temática abordada no presente artigo.

### **4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

#### **4.1 QUALIDADE DE SONO, QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Na perspectiva da qualidade de sono, qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS, o construto qualidade de vida (QV) vem suscitando grande interesse, consoante

com os novos paradigmas que têm norteado as práticas em saúde (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005; THE WHOQOL GROUP, 1994).

Estudos sobre qualidade de vida na área do HIV/AIDS podem ser divididos em dois grupos:

O primeiro inclui trabalhos realizados em momento anterior às possibilidades efetivas de tratamento, quando o agravamento do quadro clínico caracterizado pelo aparecimento dos sintomas da AIDS motivava a investigação de variáveis físicas, como dor e fadiga (ROSENFELD et al., 1996).

O segundo grupo inclui estudos realizados após o advento da terapia antirretroviral combinada, valorizando variáveis de natureza psicossocial em face da possibilidade de se conviver com a condição por muitos anos, devido ao caráter crônico da enfermidade (BARROSO, 1997).

Após a identificação do agente causador da AIDS, os avanços mais expressivos têm ocorrido no desenvolvimento de fármacos antirretrovirais (ARV) efetivos para o tratamento dos indivíduos infectados com HIV (DOMINGOS, 2006).

A introdução da terapia antirretroviral em meados dos anos 90 tem repercutido na redução da mortalidade, da progressão da doença e de distúrbios relacionados ao HIV. O uso cada vez mais precoce desses medicamentos tem impacto na clínica e na epidemiologia da infecção pelo HIV e tem aumentado substancialmente o intervalo de tempo entre a infecção pelo HIV e o aparecimento da clínica (AIDS) (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

Embora uma terapia que elimine a infecção pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) ainda não exista, a HAART (terapia antirretroviral altamente ativa) mostra-se capaz de limitar a replicação viral, aumentando a expectativa de vida de pessoas vivendo com HIV (PVHIV), hoje demonstrando mais aspectos de uma patologia crônica. Esta transformação acabou criando a necessidade de novas abordagens e metas terapêuticas, e assim como em outras doenças crônicas, a qualidade de vida hoje pode ser considerada um dos focos do tratamento. Sua importância pode ser confirmada por possuir uma relação positiva com um melhor prognóstico e maiores níveis de adesão ao tratamento (REIS et al., 2010; GEOCZE et al., 2010).

No entanto, aos benefícios dos medicamentos antirretrovirais, seus efeitos colaterais podem vir a ser motivos de hospitalizações, assim como, das reações imunitárias do organismo, desencadeada pelo vírus responsável pelas infecções oportunistas, o que torna

necessário que os serviços de saúde proponham modelos de assistência para cuidar desses usuários.

Porém, somente disponibilizar os antirretrovirais não é suficiente, visto que os medicamentos apresentam muitos efeitos adversos, sendo os mais frequentes a neuropatia periférica, erupção cutânea, neutropenia (pequena quantidade de neutrófilos no sangue), intolerância gastrointestinal, náusea, vômito, insônia, sonolência diurna, piora na qualidade de sono, diarreia, entre outros, o que, na maioria das vezes, dificulta a adesão medicamentosa (SCHAURICH et al., 2006).

#### 4.2 EFEITO DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS

Com relação aos efeitos colaterais dos antirretrovirais, observa-se tanto a presença de reações adversas comuns que geralmente tem duração limitada e são tratadas sintomaticamente, quanto a toxicidades verdadeiras que aparecem em longo prazo e requerem substituição do medicamento ou outras intervenções (NADLER, 2000).

A terapia antirretroviral (TARV) iniciou-se em 1986, com o uso da zidovudina (AZT), inibidor da transcriptase reversa do HIV, testada previamente em doenças oncológicas (LOPES, 2007). Na atualidade, dispõe-se de um número grande e crescente de agentes antirretrovirais para o tratamento de pacientes infectados principalmente por HIV (KATZUNG, 2006). Todas as etapas no ciclo de replicação do HIV são alvos potenciais para uma droga antiviral (STROHL et al., 2004).

O Efavirenz (EFZ) é um fármaco ARV de primeira linha para a infecção pelo HIV (QUEREDA et al., 2008). É bem absorvido por via oral, sem sofrer interferência significativa dos alimentos. Sua longa meia vida plasmática (> 24 horas) permite seu uso uma vez ao dia. Tem boa penetração no sistema nervoso central. Após a sua administração, 99% ligam-se a albumina plasmática e a concentração do líquido cefalorraquidiano (LCR) corresponde a ~1% das concentrações plasmáticas. O fármaco é inativado no fígado (RANG; DALE, 2005).

A reação adversa mais comum envolve efeitos colaterais neuropsiquiátricos, principalmente humor e distúrbios do sono, tanto em curto quanto em longo prazo (QUEREDA et al., 2008), exteriorizada por queixas de tonturas, dificuldades de concentração, cefaleia e alteração dos sonhos. Esta última queixa consiste em vivacidade incomum dos

sonhos e frequente lembrança após o despertar. É importante alertar os pacientes sobre tais efeitos antes do início do uso do EFZ e recomendar a ingestão antes de dormir, o que ameniza o desconforto durante o dia. Esses sintomas tendem a regredir após as primeiras semanas de uso. Podem também ocorrer exantema (erupção cutânea que ocorre em doença aguda provocada por vírus) e sintomas gastrintestinais leves (LOPES, 2007).

#### 4.3 A TEORIA DO AUTOCUIDADO

A teoria do autocuidado descreve e explica porque o autocuidado é necessário para a saúde e bem-estar da pessoa. A capacidade de a pessoa realizar o autocuidado é afetada por fatores condicionantes básicos: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, sistema de saúde, sistema familiar, padrão de vida, fatores ambientais e adequação e disponibilidade de recursos (OREM, 1995).

Pensando nas pessoas vivendo com HIV/AIDS, estes fatores podem influenciá-las direta ou indiretamente em suas capacidades e ações de autocuidado. Portanto, os profissionais da área da saúde, como enfermeiros e médicos, devem estar atentos aos fatores condicionantes básicos e aos requisitos do autocuidado para esses usuários.

Desse modo, a falta de atividade física, qualidade do sono e a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS vêm sendo uma preocupação bastante relevante no âmbito da saúde sendo avaliado como a falta de motivação e estímulos para a busca de uma vida ativa e hábitos saudáveis, contribuindo para o aumento da obesidade, distúrbios, sedentarismo entre outras (FERREIRA, 2012).

De uma forma genérica a Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Essa é uma definição multidimensional que envolve diferentes domínios (psicológico, físico, social e ambiental), em que a avaliação proporciona a verificação das dimensões onde os tratamentos serão eficazes, podendo direcionar ações terapêuticas mais adequadas e, provavelmente, diminuir os custos de saúde (JESUS; OLIVEIRA, 2014).

#### 4.4 DISTÚRBIOS DO SONO

Na maioria das vezes, a insônia é definida como a queixa de “dificuldade para iniciar ou manter o sono”, “sono não reparador” (LITTNER et al., 2003; NOVAK et al., 2006), “despertares noturnos” (ROCHA et al., 2002), ou conforme os critérios de escalas de frequência ou intensidade desses sintomas (OHAYON; ROTH, 2001).

Dentre os distúrbios do sono, a insônia é o mais comum, sendo pouco diagnosticado e nem sempre adequadamente tratado. É um problema de saúde pública, sem a merecida atenção pelos órgãos oficiais. Há de se diferenciar, caso a caso, o tipo de insônia e suas repercussões biopsicossocioambientais e/ou políticas naquele indivíduo, naquele período da sua vida. Dormir pouco pode ser um costume, como os pequenos dormidores, porém dormir pouco e/ou mal pode ser prejudicial a todas as funções do organismo (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Distúrbios do sono estão associados também ao desencadeamento de transtornos psiquiátricos como depressão, frequente entre portadores de insônia e de outros distúrbios do sono (ANCOLI-ISRAEL, 2006; HUBLIN *et al.*, 2001; MORAWETZ, 2003, WALSH, 2004).

O sofrimento clínico da pessoa portadora de distúrbio de sono varia conforme os prejuízos ou consequências sofridas e a importância atribuída à área prejudicada. Com isso, a pessoa desenvolve estratégias para manejar essas dificuldades e melhorar suas condições e qualidade de vida. Os esforços para compensar os déficits percebidos remetem ao conceito de enfrentamento, que envolve a adaptação do organismo a situações adversas, como mudanças drásticas no curso da vida ou problemas que exigem novas formas de comportamento (GIMENES, 2000).

A variação nos critérios diagnósticos, tanto em número quanto na duração dos sintomas e associação com outros distúrbios do sono e transtornos mentais, dificulta a comparação de resultados entre estudos (OHAYON; HONG, 2002; OHAYON; SHAPIRO, 2002; OHAYON; SMIRNE et al, 1983; ROCHA et al., 2002).

Com base no referido estudo sobre os distúrbios e a qualidade do sono em pacientes com imunodeficiência humana HIV/AIDS (BRASIL, 1998), observou-se a relação pela qual esses pacientes queixam-se dos sintomas de insônia por apresentarem alguns efeitos colaterais, fazendo uso dos antirretrovirais. Podendo assim, provocar consequências em sua qualidade de vida.

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.

No entanto, o antirretroviral que possui mais efeito colateral em relação aos distúrbios do sono é o Efavirenz. Esse medicamento tem ação direta no cérebro e é um dos poucos que consegue transpor as meninges, as camadas que protegem o cérebro. O referido medicamento combate o vírus no cérebro, e uma ação no sistema nervoso, produzindo alguns efeitos. Os médicos pedem para que os pacientes ingiram esse medicamento sempre no período noturno, antes de dormir, pois os efeitos colaterais são adversos, como se queixam os pacientes. São eles:

- Pesadelos;
- Tonturas;
- Insônia;
- Sonolência;
- Náuseas;
- Cefaleia e fadiga.

Em geral, esses efeitos colaterais acontecem logo que o tratamento é iniciado e vale lembrar que, na maioria das vezes, esses sintomas são temporários e não se deve interromper o tratamento por causa deles. Não necessariamente, os efeitos colaterais serão iguais, dependerá de como o organismo de cada indivíduo reagirá à medicação. As pessoas infectadas com o HIV/AIDS, que não fazem uso de bebidas alcoólicas, que não fumam e praticam exercícios terão efeitos colaterais mínimos possíveis.

## 5 CONCLUSÃO

O ser humano precisa dormir assim como precisa respirar e se alimentar; tamanha é a importância do sono para toda estrutura do corpo, tanto físico e mental. Nesse momento, o organismo começa a reorganizar seus sistemas para uma nova jornada de atividades. Além disso, a imunidade é reforçada, células são renovadas, radicais livres são neutralizados, e a memória é consolidada. De acordo com o estudo realizado, observaram-se diversos fatores (sonolência diurna, tonturas, insônia, náuseas, pesadelos, alucinações, cefaleia e fadiga), que podem influenciar negativamente na qualidade do sono em pessoas com HIV/AIDS. Pessoas infectadas pelo HIV têm insônia e piora na qualidade do sono por utilizarem medicamentos antirretrovirais, tendo maior tendência a sofrerem com esses transtornos. Com isso, manter a qualidade de vida das pessoas portadoras de HIV/AIDS deve ser essencial para um bem-estar adequado e equilibrado.

## REFERÊNCIAS

- AMARO, S.T. A. A questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Revista Saúde e Sociedade**, v.14, n.2, p. 89-99, mai/ago. 2005.
- ANCOLI-ISRAEL, S. The impact and prevalence of chronic insomnia and other sleep disturbances associated with chronic illness. **The American Journal of Managed Care**, v. 12, n. 6, p. S221-S229, may., 2006.
- BARROSO, J. Reconstructing my life: Becoming a long-term survivor of AIDS. **Qualitative Health Research**, 1997, p. 57-74.
- BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000. p. 65-76.
- BORBÉLY, A.A. A two process model of sleep regulation. **Human Neurobiology**, 1, v. 1, n. 3, p. 95-204, Oct. 1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Adultos e Adolescente**, Brasília: [s.n.], 1998.

BENEDITO-SILVA, A. A. Cronobiologia do ciclo vigília-sono. In:\_\_\_\_\_S. Tufik (Org.): **Medicina e biologia do sono**. São Paulo: Manole, 2008. p. 25-33.

BERTOLAZZI, A.N. et al. Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: validation for use in Brazil. **J Bras Pneumol**, v. 35, n. 9, p. 877-83, Sep., 2009.

BROCK, M. A. Chronobiology of aging. **Journal of the American Geriatrics Society**, 1991. p. 79-91.

CALVETTI, P. U. et al. **Qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/Aids**. [S.L]: Aletheia, v. 38, n. 39, p. 25-38. Dez. 2012.

CHOKROVERTY, S. Overview of sleep and sleep disorders. **Indian J Med Res**, 2010. p. 126-140.

COLOMBRINI, M.R. et al. **Enfermagem em infectologia: cuidados com o paciente internado**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

DOMINGOS, H. **Efeitos Metabólicos Associados à Terapia Anti-retroviral Potente em Pacientes com AIDS**. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Convenio Rede Centro-Oeste UnB/UFMG/UFMS, Campo Grande, 2006.

DUARTE, M.T.C. et al. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 68-75, jan-fev., 2014.

FERNANDES, R.M.F. O Sono Normal. **Medicina**. Ribeirão Preto: [s.n], 2006.

FERRARA, M.; DE GENNARO, L. How much sleep do we need? **Sleep Medicine**, v. 5, n.2, p. 155- 179, Apr., 2001.

FERREIRA, R.E.R. et al. Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres no pós tratamento de câncer de mama. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 506-513, 2012.

GIMENES, M.G. **A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia**. In\_\_\_\_\_ M. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), **A mulher e o câncer**. São Paulo: Livro Pleno, 2000.p. 111-147.

GEOCZE, L. et al. Quality of life and adherence to HAART in HIV-infected patients. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1-6. 2010.

HUBLIN, C. et al. Insufficient sleep: a population-Based study in adults. **Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research**, p. 392-400, 2001.

JESUS, W.A.; OLIVEIRA, A.C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes imunodeprimidos HIV/Aids: revisão de literatura. **Revista Uningá**, v. 18, n. 3, p. 44-49, abr-jun., 2014.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia**: básica & clínica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 677.

KRYGER, M.H. Management of Obstrutive Sleep Apnea Hypopnea Syndrome: Overview. In: Kryger, M.H., Roth, T., & Dement, W.C. **Principles and Practice of Sleep Medicine**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2000.

LITTNER, M. et al. Practice parameters for using polysomnography to evaluate insomnia: an update. **Sleep**, 2003. p. 754-760.

LOPES, A. C. **Diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Manole, v.3, 2007.

LOUZADA, F.; MENNA-BARRETO, L. **Relógios biológicos e aprendizagem**. São Paulo: Instituto Esplan, 2004.

MENNA-BARRETO, L. **Cronobiologia humana**. In: \_\_\_\_\_ F.M. Fischer. Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas, São Paulo: Atheneu, 2004. p. 33-41.

MORAWETZ, D.. **Insomnia and depression**: which comes first? *Sleep Research Online*, p. 77-81, 2003.

NADLER, J.P. Optimizing dosage of antiretrovirals. **Infect Med**. p. 317-319, 2000.

NOVAK, M. et al. Diagnosis and management of insomnia in dialysis patients. **Seminars in Dialysis**, p. 25-31, 2006.

NUNES, M.L. Os distúrbios do sono. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro: [s.n], 78 (supl.1), 2002. p. 563-572.

OHAYON, M.M.; ROTH, T. What are the contributing factors for insomnia in the general population? **Journal of Psychosomatic Research**, 2001. p. 745-755.

OHAYON, M.M.; HONG, S.C. Prevalence of insomnia and associated factors in South Korea. **Journal of Psychosomatic Research**, Elsevier, v. 53, n. 1, p. 593-600, July, 2002.

OHAYON, M.M.; SHAPIRO, C.M. Tenses of insomnia epidemiology. **Journal of Psychosomatic Research**, local, v. 53., n. 1, p. 525-527, July. 2002.

OHAYON, M.M.; SMIRNE, S. Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. **Sleep Medicine**, v. 3, n. 2, March, 2002.

OREM, D.E. **Nursing**: concepts of practice. 4. ed. New York: Mc Graw-Hill; 1995. p. 91-117.

ORLANDI, F.S.; PRAÇA, N.S.A. Esperança na vida de mulheres com HIV/AIDS: avaliação pela escala de Herth. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 141-8, 2013.

- PHILLIPS, K.D. et al. Physiological and psychological correlates of Fatigue in HIV disease. **Biological Research for Nursing**, USA, v. 6, n. 1, p. 59-74, July, 2004.
- QUEREDA, C. et al. Effect of Treatment with Efavirenz on Neuropsychiatric Adverse Events of Enterferon in HIV/HCV-Coinfection Patients. **J Acquir Immune Defic Syndr**, Madrid, v.49, n.1, p.61-63, 2008.
- RANG, H.P.; DALE, M.M. **Farmacologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p.74-76 e 749-751, 2005.
- REIMÃO, R. **Sono**: estudo abrangente. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.
- REIS, A.C. et al. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. **Psicol. Reflex. Crit.**, p. 420-9, 2010.
- ROCHA, F.L. et al. Prevalence of insomnia and associated sociodemographic factors in a brazilian community: the Bambuí study. **Sleep Medicine**, p. 121-126, 2002.
- ROSENFELD, B. et al. Pain in ambulatory AIDS patients: Impact of pain on psychological functioning and quality of life. **Pain**, v. 68, n.2-3, p. 323-328, Dec., 1996.
- ROTENBERG, L. et al. **Gênero e Trabalho Noturno**: sono, cotidiano e vivências de quem troca o dia pela noite. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, 1999.
- SCHAURICH, D. et al. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **R. Enferm.** Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 455-62, jul/set., 2006.
- SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C.; TRÓCCOLI, B.T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 18, n. 2 p.188-195, 2005.
- SMIRNE, S. et al. Prevalence of sleep disorders in naunselected in patient population. In: GUILLEMINAULT, C.; LUGARESI, E. (Orgs.), **Sleep/wake disorders**: natural history, epidemiology, and long-term evolution. New York: Raven Press, 1983.
- SOUZA, J.C.; GUIMARÃES, L.A.M. **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande: UCDB, 1999.
- STROHL, W.A. et al. **Microbiologia ilustrada**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: \_\_\_\_\_ Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment**: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.
- WALSH, J.K. Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. **The Journal of Clinical Psychiatry**., v. 65, n. 8, p.13-19, 2004.