

Caderno
Hospital Dia

**Experiências de uma
Equipe Interdisciplinar**



HOSPITAL DIA/HU/UFAL

Maceió
Julho/1999

Experiências de uma Equipe Interdisciplinar

Ficha Técnica

Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Hospital Universitário - HU
Hospital Dia - HD

Reitor

Rogério Moura Pinheiro

Diretor do HU

Manoel Calheiros Santos

Coordenador do HD

Dimas Carnáuba Junior

Equipe do HD

Auxiliares de Enfermagem

Angelita de Oliveira Alves

Marlene Guardiano Alves

Sandra Maria Soares Moura

Sebastiana Correia dos Santos

Clinica Médica

Arthur Maia Paiva

Enfermagem

Tereza Paula dos Santos

Infectologia

Dimas Carnáuba Júnior

Margareth Dayse Medeiros Monteiro

Renee Oliveira do Nascimento

Gastroenterologia

Leila Maria Soares Tojal

Odontologia

Maria de Fátima Lima Ferreira

Pneumologia

Seli Souza Melo de Almeida

Psicologia

Márcia Guimarães

Serviço Social

Maria Helena Araújo

Secretaria

Carla Rejane Nicássio de Araújo

Gustavo Frederico V. C. dos Santos

Editoração Eletrônica

Aurélio Novaes

Capa

Aurélio Novaes

Impressão

Gráfica Universitária/UFAL

Tiragem

1.000 exemplares

Distribuição dirigida

Endereço HD/HU/UFAL

Campus A. C. Simões

BR 104 Norte - Km 97, s/n

Tabuleiro dos Martins

Maceió-AL

CEP 570072-970

Fone: 322-2344 Ramal: 299

APRESENTAÇÃO

A implantação do Hospital Dia da Universidade Federal de Alagoas resulta da iniciativa do Hospital Universitário, através de profissionais de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, dentre outros. Uma visão plural e comprometida com o conceito mais amplo de saúde tem redimensionado o comportamento adotado pelos profissionais: a ênfase na interrelação da equipe, o maior envolvimento da família e o tratamento hospitalar sem internação. Tudo isto têm trazido resultados positivos, dentre os quais há que se destacar o atendimento sistematizado ao paciente de HIV/AIDS e outras infecções, com alto grau de adesão, redução do índice de infecção hospitalar e índice zero do abandono de tratamento da tuberculose – aspirações de qualquer instituição nosocomial.

Trabalho dessa natureza tem colocado à prova a equipe técnica e a infraestrutura do hospital. Cabe registrar também o compromisso político da Direção do Hospital Universitário, sem o qual seria impossível assegurar as condições exigidas a essa abordagem bio-psico-social, que permite aos usuários do HD acesso ao tratamento, à visita domiciliar, às atividades artísticas, além de orientação aos familiares.

Finalmente, gostaríamos de parabenizar a todos os profissionais pelo trabalho e pela sistematização dos resultados ora apresentados, além de manifestar a esperança de uma maior participação dos que fazem a Universidade Federal de Alagoas nessa inovadora forma de fazer saúde.

Rogério Moura Pinheiro
Reitor da UFAL

Agradecemos a todos que contruíram para a concretização desse trabalho;

Ao magnífico reitor da UFAL, prof. Rogério Moura Pinheiro e ao diretor do Hospital Universitário, prof. Manoel Calheiros dos Santos pelo apoio e crédito que deram a esse projeto;

Queremos ainda dividir o sucesso do Hospital Dia com todos aqueles que contribuíram para sua efetiva implantação;

Aos estudantes de Serviço Social, Odontologia, Medicina e Psicologia pela dedicação e carinho no desempenho de suas atividades;

À Fundação Nacional de Saúde - FNS que implantou a visita domiciliar aos nossos pacientes de tuberculose, bem como à Dr.^a Maria Aparecida de Carvalho Lins, responsável pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT), da FNS/AL, principal articuladora dessa parceria;

Finalmente, agradecemos muito especialmente aos nossos pacientes, sabedores de que a busca por uma melhor qualidade de vida é o pressuposto e a razão da existência deste Serviço.

Esse caderno representa para os profissionais que integram o Hospital Dia não só a operacionalização de uma das metas do nosso planejamento realizado em Janeiro de 99, que tem como objetivo assegurar a organização do serviço para proporcionar assistência integral e interdisciplinar às pessoas que vivem com HIV/AIDS e outras doenças infecciosas relacionadas e ampliar as atividades nas áreas de pesquisa e ensino. Representa, ainda, a socialização da nossa experiência enquanto opção metodológica que orienta uma ação interdisciplinar configurada num modelo de assistência construído cotidianamente que supera os limites da concepção da assistência convencional e que tem oportunizado aos pacientes a construção de novos conceitos, novas descobertas e novas formas de viver com base na experiência real.

Essa edição é oportuna no momento em que a equipe enfrenta o desafio de novas demandas, quando ampliamos o serviço com o atendimento odontológico, internamento 24 horas, mini-auditório como espaço aberto aos pacientes, familiares e acompanhantes, para convivência, escuta e debate, com o objetivo de compreender a complexidade de suas realidades e assim podermos intensificar ações que respondam as demandas postas.

A decisão de lançar esse caderno, mesmo enfrentando variadas dificuldades, confirma nossa intenção de valorizar a pesquisa, o ensino e a assistência como rumo certo para uma intervenção qualificada. Significa uma nova maneira de pensar a assistência, colocando o paciente como centro do processo.

O projeto proposto perseguido no HD, ao se realizar, oportuniza à equipe a esperança e o acreditar no fazer profissional como algo possível de ser realizado. Perceber o papel fundamental da interdisciplinaridade como produção de conhecimento. Pensar no grande significado que é interferir na vida de centenas de pessoas com HIV/AIDS a serem beneficiadas pela política de saúde na perspectiva do direito.

Por fim, esperamos que essa publicação que inclui várias abordagens, experiências de situações de pessoas que convivem com HIV/AIDS e outras doenças infecciosas, fomenta o debate e estimule a introjeção de uma nova postura. Que o público acadêmico, formador de opinião, tome conhecimento dessa experiência que não se constitui em algo acabado, mas em um projeto que extrapola o plano das idéias e propõe uma ação prática, aqui representada pela concretude de nossa caminhada.

SUMÁRIO

Atualização sobre Epidemia de AIDS no Brasil	9
Dimas Carnaúba Junior	
Pesquisa no HD Identifica Perfil dos Pacientes de HIV/AIDS	15
Maria Helena de Araújo	
A Enfermagem em uma Equipe Interdisciplinar na Orientação aos Portadores de HIV/AIDS	19
Tereza Paula dos Santos	
HIV/AIDS e Psicologia	21
Márcia Guimarães	
Impacto da Ações Implantadas no Programa de Controle de Tuberculose do HU/UFAL sobre as taxas de Abandono de Tratamento	23
Arthur Maia Paiva	
Tomar essa Montanha de Remédios?	31
Margareth Dayse M. Monteiro	
O Controle de Infecção Hospitalar no Hospital Dia	33
Renee Oliveira do Nascimento	
Controle de Infecção na Prática Odontológica	35
Maria de Fátima Lima Ferreira	
Tratandos e Tratados	39
Geraldo Pedro Linn	
Uma Proposta de Interdisciplinaridade no Hospital Dia	43
Maria Helena Araújo	

Dimas Carnaúba Júnior

Coordenador e Infectologista do HD/HU/UFAL
Professor da Universidade Federal de Alagoas



Atualização sobre a Epidemia da AIDS no Brasil



Introdução

A epidemia da AIDS demanda um elevado custo social e humano expressivo e forçou os administradores hospitalares a se confrontarem com o problema de redução do custo do tratamento destes pacientes, sem prejuízo da qualidade da assistência médica ofertada.

No Brasil, no final da década de 80, inspirados no modelo francês, em resposta à demanda crescente de assistência e à limitada resolatividade da rede pública hospitalar, foram implantados vários Hospitais Dia em todo o país.

A concepção básica é que o hospital dia mantenha uma assistência ao doente de AIDS semelhante à utilizada em nível hospitalar

convencional, com a participação dos familiares ou amigos, estendendo a assistência ao domicílio nos casos de continuidade terapêutica. Assim, os pacientes poderão ser tratados e mantidos sempre em nível de hospital dia e domicílio, suprimindo internações, às vezes desnecessárias e prolongadas.

Na excelência do atendimento ao paciente é ofertada uma assistência médica, de enfermagem e psicológica diária, por um período máximo de 12 horas. Os aspectos econômicos, éticos, sociais e legais, além da integração com organizações não-governamentais, são desenvolvidos pelo serviço social, fomentando a integração do paciente no trabalho e na família, amparando e auxiliando os que não têm acesso a estes recursos.

Estas implicações (sociais,

econômicas, legais e éticas) não estão separadas do contexto geral da epidemia e devem ser inseridas na assistência médica. O atendimento integral ao indivíduo portador de HIV/AIDS pressupõe um acompanhamento prolongado, com diversas intervenções diagnósticas, terapêuticas e internações que podem ser amenizadas no Hospital Dia.

É fundamental a interação família-amigos-instituição no Hospital Dia, porque este engajamento repercute no próprio sistema de saúde com a liberação de leitos hospitalares.

O hospital geral de internações deve manter um sistema de permanência curta e eficiente aos pacientes. Para tanto, devem ser internados somente aqueles pacientes que exijam tratamento complexo ou para estudo de diagnóstico intensivo que requer a permanência dos mesmos no período noturno.

O Hospital Dia deve ter a capacidade para diagnosticar e tratar as doenças associadas ao HIV/AIDS, mantendo a qualidade

assistencial em nível igual ou superior ao internamento hospitalar.

O avanço da AIDS no Brasil

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando importantes mudanças no quadro epidemiológico do HIV/AIDS, tanto em sua forma de transmissão quanto no perfil de seus portadores. O aumento progressivo da incidência do HIV/AIDS nos países em desenvolvimento tem forçado os especialistas a considerar as relações entre a expansão do vírus e as condições de vida da população afetada. As desigualdades econômicas, sociais e culturais demonstram o papel decisivo da vulnerabilidade de populações específicas para a transmissão do HIV. A epidemia de HIV/AIDS, embora seja considerada uma pandemia, afetando praticamente a todas as nações do mundo, se desenvolve em cada região de forma específica, ressaltando as contradições econômicas e culturais

locais.

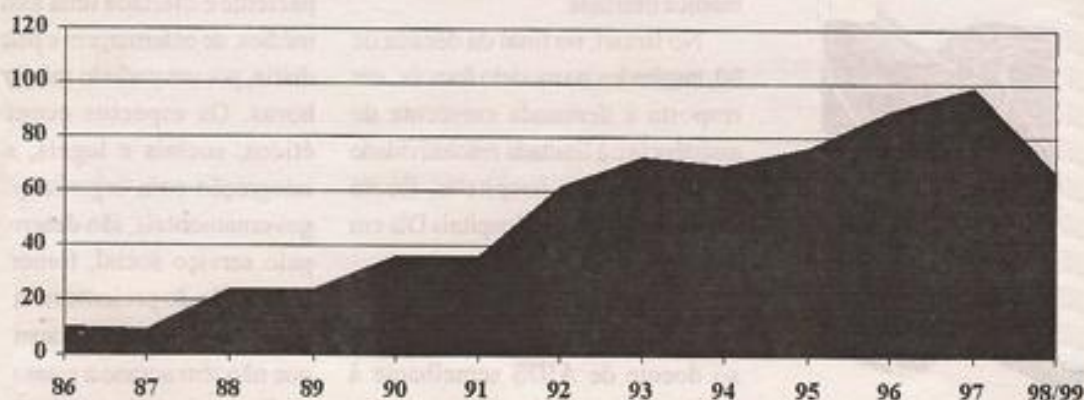
“Com a epidemia de HIV, nós temos testemunhado uma nova forma através da qual desigualdades profundamente enraizadas – desigualdades de raça, gênero e riqueza – se manifestam. O padrão emergente da epidemia está ao mesmo tempo refletindo e reforçando condições sociais, econômicas e relações culturais entre indivíduos e entre comunidades.” (Elizabeth Reid e Julie Hambling¹)

A síndrome da Imunodeficiência Adquirida, foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1982 e, considerando o período de incubação do HIV, podemos deduzir que a introdução do vírus no país deve ter ocorrido no final da década de 70, e sua difusão, num primeiro momento, entre as principais áreas metropolitanas do Centro-Sul, seguida de um processo de disseminação para as diversas regiões do país na primeira metade da década de 80.

Passados 18 anos do início da epidemia, a macro-região sudeste do Brasil continua concentrando o maior número absoluto de casos e os maiores coeficientes de incidência e prevalência da doença, sendo que o Estado de São Paulo, concentra mais de 50% dos casos que ocorrem no país. A

região nordeste detém 31% dos casos, sendo que o estado de Pernambuco apresenta o maior coeficiente de incidência (45,2%). O estado de Alagoas notificou até a semana 08 (terminada em 27/02) 677 casos de AIDS com um coeficiente de incidência de 28,6 por 100.000 habitantes (gráfico 01)

Gráfico 01: Distribuição dos Casos de AIDS, segundo o ano diagnóstico. Alagoas – 1986/1999*



*1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02)

Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde, o Brasil situa-se entre os quatro países que apresentam maior número de casos notificados. Entretanto, a epidemia da infecção pelo HIV/AIDS no Brasil vem nos últimos

anos apresentando importantes mudanças de perfil epidemiológico em nível nacional e, principalmente, revelando padrões distintos nos diversos níveis de agregação geográfica, mesmo numa determinada macro-região.

Ano de Diagnóstico	Casos novos de AIDS, coeficiente anual de incidência, por ano diagnóstico	
	Casos Novos Incidência x 100 000	Coeficiente de Anual Incremento
1980	1	0,00
1981	-	-
1982	11	0,01
1983	36	0,03
1984	132	0,11
1985	533	0,41
1986	1148	0,84
1987	2708	1,84
1988	4380	2,99
1989	6099	3,98
1990	8584	5,36
1991	11374	7,02
1992	14345	8,41
1993	16096	9,09
1994	17504	8,79

Ao longo dos 18 anos de epidemia, a distribuição dos casos novos de AIDS por faixa etária não sofreu maiores alterações. O grupo de maior coeficiência de incidência é dos 30 a 34 anos, seguido de perto pela faixa de 25 a 29 anos (tabela 02).

Na Tabela 01 observar-se uma desaceleração da incidência da infecção pelo HIV desde o ano de 1994, o que vai de encontro à idéia da tendência de ascendência desde o início da epidemia, em 1980.

Grupo etário (anos)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		No.	(%)
	No.	(%)	No.	(%)		
Menor de 1	1145	1,0	1047	2,9	2192	1,4
1 a 4	1001	0,8	1133	3,1	2134	1,4
5 a 9	399	0,3	280	0,8	679	0,4
10 a 12	177	0,1	59	0,2	236	0,2
13 a 14	180	0,2	37	0,1	217	0,1
15 a 19	2329	2,0	1027	2,8	3356	2,2
20 a 24	11787	9,9	4921	13,6	16708	10,7
25 a 29	24660	20,6	7780	21,5	32440	20,8
30 a 34	27658	23,2	7166	19,8	34824	22,4
35 a 39	20588	17,2	5020	13,9	25608	16,5
40 a 44	13198	11,1	3244	9,0	16442	10,6
45 a 49	7347	6,2	1839	5,1	9186	5,9
50 a 54	3888	3,3	1160	3,2	5048	3,2
55 a 59	2246	1,9	654	1,8	2900	1,9
60 e mais	2409	2,0	708	2,0	3117	2,0
Ignorado	423	0,4	80	0,2	503	0,3
Total	119435	100,0	36155	100,0	155590	100,0

*1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02)

Considerando que o tempo de incubação médio é de 10 anos, esses dados indicam que a infecção ocorre com maior frequência em torno dos 20 anos de idade, num padrão semelhante ao verificado em outras doenças de transmissão sexual.

Abaixo dos 20 anos o grupo com maior risco de adoecer é o de zero a 4 anos, onde se faz sentir o peso da transmissão vertical. Esse aumento é atribuível ao

crescimento no número de casos de HIV/AIDS em mulheres em idade fértil com o conseqüente incremento da transmissão perinatal do HIV.

Em relação a incidência do HIV/AIDS no sexo masculino e no sexo feminino entre os indivíduos maiores de 15 anos, a razão casos masculinos/casos femininos, que era de 17/1 no período 1980-1984, decresceu para apenas 3/1 em 1995-1999 (tabela 03).

Tabela 03		Casos novos de AIDS em maiores de 15 anos, segundo o sexo e ano diagnóstico e razão de casos masculino/feminino		
Brasil, 1980 1999*				
Período Diagnóstico	Sexo	Razão de casos		Masculino/Feminino
	Masculino	Feminino		
Até 1984	170	10		17 / 1
1985	518	21		25 / 1
1986	1058	66		16 / 1
1987	2399	270		9 / 1
1988	3783	588		6 / 1
1989	5268	865		6 / 1
1990	7293	1301		6 / 1
1991	9472	1934		5 / 1
1992	11637	2816		4 / 1
1993	12743	3560		4 / 1
1994	13680	4087		3 / 1
1995	14147	4778		3 / 1
1996	14498	5687		3 / 1
1997	13135	5813		2 / 1
1998/99	9212	4279		2 / 1
Total	119012	36075		3 / 1

*1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02)

A gravidade da expansão da epidemia entre pessoas do sexo feminino pode ser avaliada pela redução que ocorreu fundamentalmente em função dos casos por transmissão heterossexual e por uso de drogas endovenosas, que têm grande peso entre as mulheres, e pela estabilização ou redução no número de casos novos em indivíduos homossexuais, bissexuais e hemofílicos.

Apesar da transmissão do HIV pelo sangue contaminado vir declinando proporcionalmente, graças a um processo mais rigoroso de intervenção e controle da triagem sanguínea, o crescimento do número

de indivíduos usuários de drogas injetáveis que adquiriram o HIV por compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas é um dos fenômenos mais importantes a serem enfrentados, responsável que é pela alteração mais recente do perfil de transmissão sanguínea do HIV no país.

O avanço da doença nas classes menos favorecidas e com nível de instrução mais baixo tem implicações no controle da endemia em função

das dificuldades naturais que enfrenta essa camada social no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, à

“É fundamental a interação família-amigos-instituição no HD, porque este engajamento repercute no próprio sistema de saúde com a liberação de leitos hospitalares”

informação de um modo geral e à informação para a saúde de um modo particular.

A epidemia da AIDS no Brasil,

evolui em três fases, a primeira (fase inicial), caracterizada pela infecção entre homossexuais e por um nível de escolaridade e classe social alta. Na segunda fase, houve um aumento na transmissão entre os usuários de drogas injetáveis, diminuição da faixa

etária e uma maior disseminação entre as pessoas que têm práticas heterossexuais.

E por fim a terceira fase, com acentuação entre heterossexuais, principalmente mulheres e em pessoas com baixo poder aquisitivo e de

escolaridade. Mas 155.590 brasileiros diagnosticados com HIV/AIDS até fevereiro de 1999, parece não ser suficiente para que a população se conscientize da gravidade social, econômica, humana e ética desta doença

Referências Bibliográficas

Boletim Epidemiológico - AIDS, Ano I, n.º 01 - Semana Epidemiológica -48 / 1998 a 08 / 1999. Dezembro de 1998 a Fevereiro de 1999.

REID, Elizabeth e HAMBLING, Julie. Women. *The HIV Epidemic and Human Rights: A tragic Imperative*. UNDP, New York, 1991.

Report of the strategic meeting on Vulnerability to HIV/AIDS. WHO, Geneve, 1994

PIOT, Peter. *Human Rights and HIV/AIDS*. Conferência na Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas. UNAIDS, Geneve, 1996.

The Hopkins HIV Report, vol. 10,5; setembro 1998.

“...sou uma pessoa diferente, que deseja viver depois de ter se sentido motor, como se alguém tivesse decepado até as raízes, acabado com as expectativas de realização, todos os projetos que tinha. Mas tudo isso tem um significado, tenho um motivo para não baixar a cabeça e esmorecer: quero viver”

Depoimento de um paciente portador de HIV/AIDS do Hospital Dia/HU/UFAL

Pesquisa no HD Identifica Perfil dos Pacientes com HIV/AIDS

Maria Helena de Araújo

Assistente Social HD/HU/UFAL



O Hospital Dia - H.D. do Hospital Universitário da UFAL, serviço de infectologia, vem tendo uma destacada atuação na área de Assistência Social, Médica, Odontológica, Psicológica e de Enfermagem aos pacientes portadores de HIV/AIDS e tuberculose. Esse trabalho tem a intenção de favorecer a discussão entre profissionais da área. É produto de uma rica trajetória de luta de variadas dimensões. Originou-se da prática de profissionais envolvido em um projeto concreto com pacientes do H.D.

A riqueza dessa vivência tem nos mostrado *pari-passu* não só as dificuldades que precisam ser vencidas, mas também o caminho a ser trilhado rumo a construção de um modelo de assistência integral que

promova atendimento no sentido de reconstruir a unidade do indivíduo enquanto pessoa.

Depoimentos

Transcrevemos abaixo alguns depoimentos de pacientes de HIV/AIDS atendidos no H.D. que servem de subsídio para nosso trabalho:

“Sinto a doença como um castigo. Ontem sonhei com dois homens, um estava com o outro nos braços, que se encontrava morto. E quando eu olhava, era eu essa pessoa e quem o segurava também era eu. Amanheci pensando: quando a morte chegar será uma libertação, mais quero um grande túmulo para que não me esqueçam.”

“Tudo mudou, sinto-me desprezado socialmente, a vida sexual

acabou. Pense! Não estou falando de discriminação, estou falando de desprezo mesmo.”

“Anteriormente tinha medo que fosse um câncer, depois fiquei aliviado. Soube que era HIV.”

“Tive vontade de metralhar todos

“Lutar contra a AIDS é caminhar rumo a construção da cidadania de uma maioria oprimida e explorada que desconhece seus direitos mais fundamentais”

que me chamavam de aidético. Hoje virou uma piada, não ligo mais. Porém continuo sendo desprezado e, sexualmente, minha vida parou.”

“Fui despedido por causa dos meus atrasos, por causa da doença, não quis recorrer aos meus direitos para não ser descoberto e discriminado. Não suportaria se isso fosse comprovado, já basta que todos desconfiam e isso foi suficiente para se afastarem de mim.”

“É uma doença cruel, ela mata em mim o desejo de viver e sentir prazer, mais cruel ainda quando, por instante, esqueço e logo ela diz: estou dentro de você. É assim que me sinto: a morte como companheira.”

“Estou nessa de qualquer jeito, pior é morrer de fome... não entendo porque essa preocupação com a AIDS. Quando o governo não faz nada pelos que estão sadios e morrendo de fome.”

“Vida com muito sofrimento, sinto-me discriminado. O sonho acabou.”

Iniciar este texto com a fala de pessoas que vivem com HIV/AIDS

foi a forma que encontrei de dar vida a este relato, pois são essas falas a alma e o coração do trabalho realizado no Hospital Dia.

Nesse contexto, a pobreza é aliada e contribui para a doença se proliferar nas periferias da capital e cidades do

interior do Estado. O sistema Público de Saúde desestruturado dificulta o acesso, o trabalho preventivo e a não detecção precoce da doença, só permitindo que as pessoas cheguem ao serviço quando o quadro está

avanzado, com redução da possibilidade de tratamento.

Um dado relevante ressaltado pelos pacientes nos depoimentos foi a questão do isolamento para se proteger da discriminação social. A constatação da doença faz com que o paciente busque o isolamento como forma de se preservar de possíveis expressões de rejeição e preconceito por parte dos familiares, amigos e colegas de trabalho.

Outro aspecto importante apresentado é a luta intensa travada pelo paciente consigo mesmo para continuar vivendo. Para alguns, resta uma expressão de revolta, medo e amargura sem perspectiva. Para outros, a aceitação da doença apresenta-se como expiação de uma culpa de origem sexual.

Nos depoimentos, percebemos como é grande e profunda a dor e como esta dor leva os pacientes a

buscar razões para superá-la, passando por cima de si mesmo para permanecerem vivos e poder olhar a dor como se ela fosse alheia, não por opção, mas por ser a condição que lhes resta. Todos abordam a morte de forma próxima, porém esse espaço curto de vida é visualizado como uma longa trajetória.

Será a busca solitária para recomeçar uma nova vida o grande desafio do portador de HIV/AIDS?

Objetivo

Esse trabalho consiste na apresentação de dados preliminares de uma pesquisa realizada nos três primeiros meses de implantação do Hospital Dia, que teria como objetivo traçar o perfil dos nossos usuários no seu contexto sócio, econômico, político e cultural, bem como caracterizar a trajetória de vida e os

“Nos depoimentos percebemos como é grande e profunda a dor e como esta pode levar os pacientes a buscar razões para superá-la”

relatos cotidianos reproduzidos durante o tratamento, com vista a implementação de ações educativas e assistenciais para a melhoria da qualidade de vida. A pesquisa foi realizada com 100% (cem por cento) dos pacientes em tratamento.

Metodologia

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista dirigida à apreensão de depoimentos sobre a relação dos pacientes com a doença, com a sociedade, com a família, com

a sexualidade, com os valores culturais e o impacto diante da discriminação, estigma e preconceito hoje ainda vividos.

A pesquisa contou com um universo de 25 pacientes soropositivos

“A AIDS hoje passou a ser mais que um problema de saúde pública. É também um problema social”

que se apresentaram ao setor de Serviço Social do HD. Destes, 68% encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos, 20% tinha entre 40 e 55 anos, 8% estavam na faixa de 6 a 19 anos e os outros 4% tinham até um ano de idade.

A partir deste resultado, senti a necessidade de refletir e aprofundar o conjunto das práticas presentes em nosso cotidiano, iniciando assim um processo de discussão, reuniões de estudo para apresentar e analisar casos e para realização de planejamento estratégico juntamente com a equipe para definir ações a serem implementadas.

Considerações finais

O resultado da pesquisa apresenta-nos a confirmação de dados anteriormente identificados. Dentre eles o impacto negativo que o HIV/AIDS traz à vida dos indivíduos, expressando-se especificamente na perda de amigos, da família, do emprego e de uma desestruturação da sexualidade. A AIDS hoje passou a ser mais que um problema de saúde pública. É também um problema social.

A questão da exclusão social é anterior a doença e é reforçada com o aparecimento da mesma, uma vez

que constatou-se que 36% dos pacientes não têm renda própria, 24% são pensionistas ou beneficiários e ganham um salário mínimo, enquanto que apenas 40% estão inseridos no mercado de trabalho, ganhando de 2

à 5 salários mínimos.

Outro aspecto identificado é que 36% dos desempregos aconteceram após o diagnóstico e 48% dos pacientes continuaram com vínculo empregatício. 12% não trabalhavam e 4% foram demitidos antes do diagnóstico. É importante ressaltar que os demitidos não recorrem aos seus direitos para não serem identificados como portadores do HIV.

Dessa forma, verifica-se que as condições sócio-econômicas dos pesquisados, aliadas ao preconceito e ao estigma que envolvem a doença, associando-a à homens que fazem sexo com homens, drogados e profissionais do sexo, falsamente definem o perfil do usuário e nos impõem a necessidade de aprofundarmos o conhecimento da realidade vivenciada pelos mesmos.

Tudo isso nos convida a fazer o melhor, assumindo um compromisso maior ainda enquanto cidadãos, para desenvolver a concepção de que lutar contra o HIV/AIDS é caminhar rumo a construção da cidadania para

maioria oprimida e explorada, que desconhece seus direitos mais fundamentais. É lutar contra uma sociedade capitalista excludente e perversa, é realizar o desejo de politizar o cotidiano, de pensar diferente a relação entre o político e a saúde, de investir nas possibilidades concretas de mudanças.

Nesse contexto nos propomos desenvolver um projeto coletivo na perspectiva da interdisciplinaridade que atenda aos usuários do serviço de forma integral, abrangendo ações educativas e assistenciais

E para concluir, vou buscar ajuda nas palavras de Betinho:

“...não há nenhuma resposta adequada ao HIV/AIDS sem engajamento político...”

“Nem mesmo a ciência nada oferece

“O sistema público de saúde desestruturado dificulta o acesso, o trabalho preventivo e a não detecção precoce da doença, só permitindo que as pessoas cheguem ao serviço quando o quadro está avançado, com reduzida possibilidade de tratamento”

se não estiver baseada na reflexão crítica e no comprometimento político.”

“A convicção de que a AIDS, como tudo na vida, é um assunto político, e que uma política da AIDS tem que ser construída em base à esperança e à coragem.”

“Acabar com o mito da fatalidade da AIDS é absolutamente necessário para que possamos mudar os

comportamentos e as atitudes das pessoas e dos governos... no caldo de cultura do terror e do fatalismo, não há mudança possível.”

“ É necessário comunicar a toda a

sociedade que a ciência avançou e avança... a esperança não é um ato de irracionalidade, é uma esperança que anda de braços dados com a vida e com a solidariedade. Viver sob o

signo da morte, não é viver. Se a morte é inelutável, o importante é saber viver, e para isso é importante reduzir o vírus da AIDS à sua real dimensão: um desafio a ser vencido” ●

Referências Bibliográficas

SOUZA, Herbert. *Direitos Humanos e AIDS*. Boletim Pela Vida, julho, 1992.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira. *Etel: a assistência na trajetória das Políticas Sociais Brasileiras*. SP: Cortez, 1992

Tereza Paula dos Santos
Enfermeira HD/HU/UFAL



A Enfermagem em uma Equipe Interdisciplinar na Orientação aos Portadores de HIV/AIDS



AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em todo mundo chegou a proporções pandêmicas. A doença não atinge apenas os indivíduos que sofrem as suas consequências diretas, mas também a família e os amigos desses indivíduos, a comunidade e profissionais de saúde. Há uma necessidade crescente de que todos estejam muito bem informados sobre o modo de transmissão, a evolução da doença, tratamentos e medicamentos atuais, como também, a existência de grupos de apoio atuantes na comunidade.

Hoje, a AIDS é reconhecida como uma doença crônica, mas controlável. O prolongamento do tempo de vida dos portadores de HIV/AIDS é uma realidade. Por isso, é preciso

trabalharmos o indivíduo em todos os aspectos, não apenas no orgânico, físico, mas também, o psicológico e o social; visando não somente quanto tempo viverão, mas a sua qualidade de vida.

Para que haja melhor qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, qualidade de vida dos portadores de HIV/AIDS, é primordial que a equipe interdisciplinar esteja bem capacitada, trabalhando em conjunto pelo paciente e com o paciente. Pois, quando se educa uma equipe, dignifica-se o profissional e o paciente que é assistido por ele, satisfazendo em alto nível as suas necessidades e anseios.

A assistência de enfermagem a uma pessoa com problemas de saúde ocasionados pelo HIV/AIDS, sob o ponto de vista técnico, norteia-se em

cuidados que seguem os princípios científico. Sendo assim, os procedimentos adotados são basicamente os mesmos prestados a outras pessoas com problemas de saúde.

Por permanecer mais tempo junto ao paciente, muitas vezes a equipe de enfermagem serve de ponte entre o

paciente e os demais membros da equipe interdisciplinar, ficando em posição privilegiada para educar as pessoas sobre formas de reduzir o risco de transmissão do HIV/AIDS, de detectar sinais e sintomas de infecções oportunistas e orientar auto-cuidados.

Alguns sinais e sintomas mais

frequentes de doenças associadas ao HIV/AIDS serão relacionadas a abaixo. Contudo estes não podem ser vistos com pânico, pois são sinais e sintomas comuns a outras patologias, mas que não podem se ignorados e devem ser comunicados o mais precoce possível para investigação dos mesmos.

Acompanhe na tabela abaixo os sinais e sintomas de algumas das principais doenças e infecções que afetam as pessoas com HIV/AIDS:

SINAIS E SINTOMAS	DOENÇAS E INFECÇÕES ASSOCIADAS AO HIV/AIDS
- Tosse persistente, febre, perda de peso, suores noturnos, fadiga, gânglios infartados.	- Tuberculose pulmonar e extra-pulmonar.
- Erupções da pele de coloração frequentemente púrpura.	- Sarcoma de Keposi
- Dor de cabeça, perturbação, perda da consciência e outras alterações no funcionamento mental normal; - Gânglios infartados.	- Toxoplasmose
- Tosse seca, respiração curta e mais acelerada e algumas vezes catarro branco e espumoso.	- Pneumonia por <i>Pneumocystis Carinii</i> (PPC)
- Pontos brancos na boca, especialmente na língua; sensibilidade e dores no palato e dentes; dificuldade de deglutição.	- Candidíase (<i>Candida Albicans</i>)
- Diarréia aquosa grave.	- Criptosporidiose e Microsporidiose
- Bolhas nos lábios durante alguns dias ou algumas semanas e, ainda, feridas doloridas nos órgãos genitais e ânus.	- Hepes simples
- Erupções cutâneas dolorosas.	- Herpes-zoster

Algumas medidas gerais podem ser tomadas por todos, buscando melhorar o funcionamento do sistema imunológico e, no caso das pessoas portadoras do HIV/AIDS, prevenir as doenças e infecções associadas, mantendo hábitos diários de higiene, boa nutrição, repouso adequado, períodos regulares de exercício e redução do stress.

Evitar exposição a produtos

químicos, incluindo álcool, tabaco e drogas psicodélicas. Essas substâncias podem diminuir a resistência do sistema imunológico.

A experiência vivida aqui no Hospital Dia mostra-nos que decisões importantes e as ações tomadas poderão determinar por quanto tempo e como será a vida de cada portador do HIV/AIDS.

Os indivíduos que procuram e

cumprem tratamentos têm um bom relacionamento com a equipe de saúde, vêm à vida com otimismo e recebem apoio das pessoas mais próximas. Tendem a conviver melhor com o HIV/AIDS, consigo mesmo e percebem que o HIV/AIDS não é o fim de tudo, apenas mais uma barreira a ser transposta, como tantas outras que ultrapassamos todos os dias.

Referências Bibliográficas

DURHOEU, Jerry D. Et alli. *A Enfermagem e o Aids*. Ed. Monole Ltda. São Paulo. 1989.

Manual de Orientação Básica para Equipe de Enfermagem – Prevenção do HIV e Assistência as Pessoas Portadoras do HIV e de AIDS. Ministério da Saúde. Sec. de Assist. a Saúde. Prog. Nac. de DST/AIDS. 1995.

MAYER, Ken. Et alli. *AIDS: A Epidemia mais Assustadora do nosso Século*. Três Livros e Fascículos Ltda. São Paulo. 1983.

Márcia Guimaraes

Psicóloga HD/HU/UFAL



HIV/AIDS E Psicologia



Estes últimos anos vêm sendo marcados pelas "especialidades", favorecendo maior conhecimento sobre seu objeto de estudo, consagrando neste fim de século todo o esforço nas pesquisas e alcançando um conhecimento mais amplo. Em se tratando da área de saúde, fica evidente que fatores orgânicos, emocionais e sociais estão juntos, intimamente relacionados e dependentes, levando-nos a agir e a pensar interdisciplinarmente, uma vez que qualquer fator que afete o indivíduo o fará na sua totalidade. No momento a postura recomendada é vermos o indivíduo como ser psicossomático e, como consequência, termos resultados mais satisfatórios.

É o que tentamos realizar no Hospital Dia – Serviço de Infectologia

do Hospital Universitário. Ao prestarmos assistência às pessoas portadoras de HIV/AIDS, observamos que as reações emocionais são tipicamente fortes e infelizmente o temor é frequentemente convertido em ações com conseqüências devastadoras.

Com o surgimento do HIV/AIDS, a psicologia foi convocada para prestar assistência às pessoas infectadas, pois os danos psicológicos são graves e ficam mais acentuados pela discriminação, rejeição e estigmatização a que essas pessoas são expostas.

A fim de diminuir o estresse social e o nível de ansiedade decorrentes do diagnóstico, a função do psicoterapeuta é a de permitir e estimular o indivíduo a verbalizar sobre sua condição. Durante essa verbalização

deve exprimir seus sentimentos de raiva, medo, vergonha, culpa e discriminação. O suporte psicológico também motiva essas pessoas a realizarem o tratamento para buscar a recuperação.

A assistência psicológica é freqüentemente apropriada no tratamento das pessoas portadoras do HIV e doentes de AIDS, tanto nas enfermarias, bem como no atendimento individual e em grupo, sendo que, este, ao contrário do que se imagina, não se torna um foco de morbidez e depressão, mas o que se observa é a troca de experiências e informações, as quais são de fundamental importância para o equilíbrio emocional.

O respeito à liberdade individual é determinante no trabalho psicológico junto aos portadores de HIV/AIDS.

O acompanhamento psicoterápico, também busca minimizar as dificuldades enfrentadas e obter um novo equilíbrio do indivíduo e da família

demais profissionais, do contrário não será possível a realização de uma assistência integral ao paciente.

A AIDS existe e há milhares de

pessoas infectadas.

Os depoimentos e os relatos que fazem parte da prática diária do Hospital Dia são os mais variados possíveis e difíceis de descrever, assim como os sentimentos que envolvem

“Os depoimentos e os relatos que fazem parte da rotina diária do HD são os mais variados possíveis e difíceis de descrever, assim como os sentimentos que envolvem esses indivíduos”

que passa a conviver diariamente com a realidade do HIV/AIDS.

Assim sendo, é imprescindível o atendimento psicológico a essas pessoas, como também é importante que se estabeleça uma interrelação do atendimento psicológico com os

esses indivíduos. Apesar disso, todos estão empenhados em lutar por uma melhor qualidade de vida e diminuir as dificuldades emocionais enfrentadas por essas pessoas – esse é o papel do Psicólogo

Referências Bibliográficas

ACIOLY, Álvaro. *Impacto da Civilização na Saúde Mental*. Ver. Bras. Méd. Psicossomática 1 (4) 1997.

KASTENBAUN, R. E Ainsenberg, R. *Psicologia da Morte*. Pioneira, São Paulo, 1993.

Arthur Maia Paiva

Médico Clínico do HD/HU/UFAL



Impacto das Ações Implantadas no Programa de Controle da Tuberculose do HU/UFAL sobre as Taxas de Abandono de Tratamento



Introdução

Atuberculose é hoje um dos grandes problemas de saúde pública. Por mais avanços ocorridos no controle desta endemia, ela continua desafiando os sistemas de saúde, através dos grandes índices de morbidade e mortalidade devido à deterioração dos serviços de saúde, bem como por causa da miséria e pobreza crescentes que atingem à população brasileira, além da associação cada vez mais freqüente com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Neste contexto, o aparecimento de cepas multiresistentes às drogas tem um efeito dramático. O abandono de tratamento tem relação direta com a disseminação da doença e o aparecimento de cepas multi-

resistentes.

O Hospital Universitário é referência para casos de tuberculose no estado de Alagoas. Cerca de 703 casos ali atendidos até 1995 apresentaram tuberculose em sua forma pulmonar. Destes, cerca de 3/4 dos casos (73,77%) são constituídos de bacilíferos (ver tabela 1), os principais responsáveis pela disseminação da doença na comunidade.

No entanto, é justamente o grupo de pacientes bacilíferos o responsável por cerca de metade (47,83%) do total de abandonos de tratamento observados neste serviço, no ano de 1995 (ver tabela 1). Segundo levantamento realizado no período de 1990 a 1995 (Carnaúba Jr., D. e col. Dados não publicados), a taxa de abandono de tratamento de

tuberculose no Hospital Universitário foi neste período de 30,6%.

Com isso, vários destes pacientes deverão se tornar crônicos, aumentando o número de novos casos de tuberculose na comunidade, além, inclusive, do que seria esperado se tais pacientes não tivessem recebido qualquer forma de tratamento, o que, do ponto de vista epidemiológico, anula parte do êxito obtido com a cura

dos demais pacientes.

Por fim, 27,3% dos bacilíferos deste hospital que abandonaram o tratamento em 1995 eram também portadores do vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV).

A tabela II analisa os dados referentes ao ano de 1996 e mostra que os pacientes bacilíferos passaram a responder por 83,75% dos casos de tuberculose pulmonar diagnosticados

no Hospital Universitário (ver tabela II). Além disso, enquanto em 1995 o grupo de pacientes bacilíferos respondia por cerca de metade (47,83%) do total de abandonos de tratamento observados neste serviço (ver tabela I), em 1996 este grupo respondeu por cerca de 70% do total de abandonos (ver tabela II). A taxa de abandono de tratamento por tuberculose em 1996 foi de 33%.

Tabela I - Casos de tuberculose e abandono no HU/UFAL - Janeiro a dezembro de 1995

Forma clínica	Nº (% do total)	Abandono (%)
Pulmonar Baar+	45 (52,94%)	11 (47,83%)
Pulmonar Baar-	16 (18,83%)	06 (26,08%)
Ganglionar	10 (11,77%)	05 (21,47%)
Pleural	04 (4,70%)	-
Cutânea	03 (3,63%)	-
Ossea	03 (3,73%)	01 (4,35%)
Sistema nervoso	02 (2,35%)	-
Ocular	02 (2,35%)	-
Total	85 (100%)	23 (100%)

Tabela II - Casos de tuberculose e abandono no HU/UFAL - Janeiro a dezembro de 1996

Forma clínica	Nº (% do total)	Abandono (%)
Pulmonar Baar+	67 (67%)	23 (69,70%)
Pulmonar Baar-	13 (13%)	04 (12,12%)
Ganglionar	06 (6%)	03 (9,9%)
Genito-urinária	05 (5%)	01 (3,3%)
Pleural	03 (3%)	-
Ossea	02 (2%)	01 (3,3%)
Cutânea	01 (1%)	-
Pericárdica	01 (1%)	01 (3,3%)
Peritoneal	01 (1%)	-
Hepática	01 (1%)	-
Total	100 (100%)	33 (100%)

A partir destes dados, foi elaborado um Plano de Ação para controle do abandono de tratamento da tuberculose no Hospital Universitário, que consistia em:

- 1) Organização da Unidade de Saúde para correção de possíveis fatores de abandono relacionados ao Serviço;
- 2) Implantação de visita domiciliar aos pacientes faltosos após o 10º dia

da data apazada para comparecimento ao hospital;

- 3) Implantação de atendimento diferenciado, por equipe multidisciplinar, aos pacientes com maior risco

de abandono de tratamento.

A análise dos resultados iniciais obtidos com a implantação deste Plano de Ação será apresentada em seguida ao comentário sobre o perfil do paciente de tuberculose atendido em nosso Hospital.

Material e método

Para avaliar o impacto das ações implantadas no Programa de Controle da Tuberculose do Hospital Universitário - UFAL, foram utilizados os dados do livro de "Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose" de pacientes inscritos no programa no período de janeiro de 1995 a março de 1999.

Para análise estatística, utilizou-se o método de Fisher, avaliando-se a percentagem de abandono em relação ao número de pacientes inscritos por ano, considerando-se estatisticamente significativos os resultados com $F < 0,05$ (intervalo de confiança de 95%).

Perfil do nosso paciente de tuberculose

Foram avaliados os dados de entrevistas para triagem quanto ao risco de abandono de tratamento de 44 pacientes acompanhados no período de novembro de 1998 a março de 1999.

A figura 1 apresenta os resultados desta avaliação.

Como podemos observar, a maioria dos pacientes se inclui nas faixas etárias de maior atividade produtiva. No entanto, os desempregados constituem o grupo mais numeroso (12/44) quando os pacientes são classificados de acordo com a renda pessoal (28% do total); destes, 66% (8/12), além de estarem

desempregados, eram também os mantenedores da família. Também chama a atenção o fato de cerca de 20% dos pacientes serem analfabetos, não se incluindo entre estes os que conseguiam assinar o próprio nome, considerados como alfabetizados (11% dos casos). Do total de pacientes, 73% eram previamente desinformados sobre a doença.

A forma clínica mais comum de apresentação foi a pulmonar bacilífera (56% dos casos). A co-infecção tuberculose - AIDS esteve presente em 18% de todos os pacientes com tuberculose.

Em resumo, nosso paciente tem o perfil geral de um adulto proveniente do ambulatório do Hospital Universitário, com tuberculose pulmonar bacilífero, apresentando fator(es) de risco aumentado para abandono do tratamento, sem o 1º grau completo ou analfabeto, sem conhecimento prévio sobre a doença, casado, mantenedor da família, desempregado ou recebendo até um salário-mínimo mensal, que bebe ou fuma, morando na capital em uma casa com três cômodos ou menos.

Revisando trabalhos na literatura sobre a aderência ao tratamento de tuberculose (desenhos de estudo longitudinal³, Coorte retrospectivo⁷, Coorte prospectivo^{4,10}, transversal^{5,6} e caso controle^{8,9}) podemos destacar, entre os fatores associados à não aderência ao tratamento: 1) baciloscopia positiva no diagnóstico; 2) analfabetismo; 3) desemprego; 4) desinformação sobre a doença; 5) alcoolismo; 6) abandono no passado ou retratamento; 7) paciente HIV

positivo, este último, chegando a apresentar em nosso meio, em hospital universitário, taxa de não aderência ao tratamento ao final de 3 meses de 83%⁸.

Na figura 1 (centro), constatamos que 95% dos nossos pacientes apresentam pelo menos um dos fatores associados à não aderência acima mencionados, a maioria destes (57%) apresentando 2 ou 3 fatores de risco, com 14% do total apresentando 4 a 6 fatores de risco ao mesmo tempo.

Através da triagem para maior risco de abandono de tratamento realizada

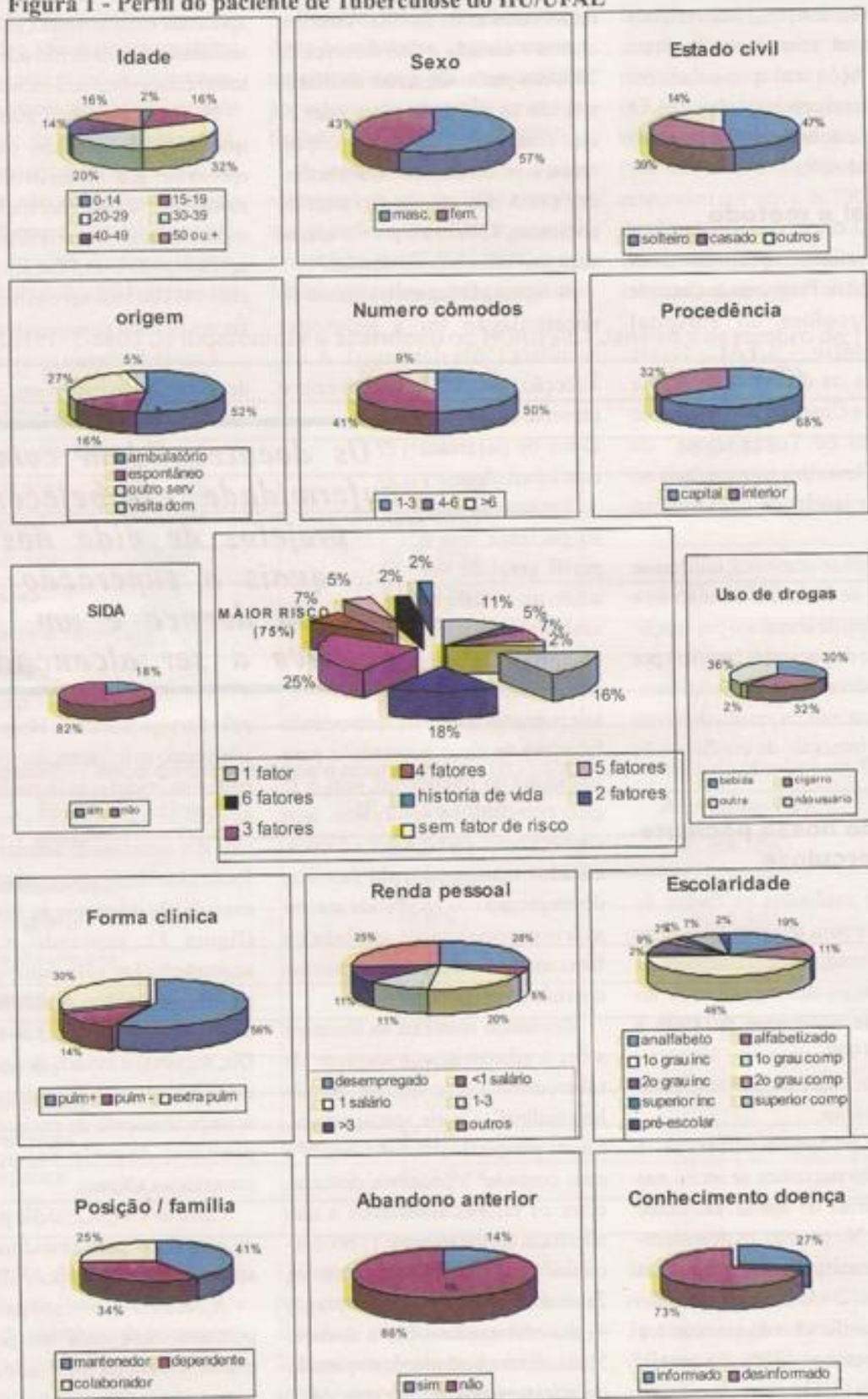
*“Os doentes lidam com a
enfermidade estabelecendo
projetos de vida nos
quais a superação
da doença é um
objetivo a ser alcançado”*

pelo Serviço Social do Hospital Dia, analisando as informações obtidas na entrevista inicial com os pacientes em associação à abordagem à história de vida dos mesmos, 75% deles (33/44) foram classificados no grupo de maior risco de não aderência ao tratamento (figura 1), passando a serem acompanhados pela equipe multiprofissional (Médico, Assistente Social, Enfermeira e Psicóloga) do Hospital Dia, seguindo o modelo de assistência interdisciplinar já adotado no acompanhamento de pacientes HIV positivos daquele Serviço (ver comentários adiante).

Cerca de 1/4 (24,2%) dos pacientes de alto risco para abandono apresentaram co-infecção por AIDS.

A maioria de nossos pacientes, portanto, apresenta um perfil de maior risco de não adesão ao tratamento.

Figura 1 - Perfil do paciente de Tuberculose do HU/UFAL



Resultados e comentários

No último trimestre de 98, duas novas ações foram implantadas em nosso Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Em novembro, foi implantado o atendimento diferenciado aos pacientes com maior risco para abandono de tratamento. Após ensaio prévio durante a última semana de outubro de 98, em dezembro de 98 a Fundação Nacional de Saúde/AL implantou, em nosso hospital, a visita domiciliar aos pacientes de tuberculose faltosos após o 10º dia da data aprazada.

Procuramos, então, avaliar os efeitos destas medidas no controle das taxas de abandono de tratamento entre nossos pacientes (gráficos 1 e 2).

Ao compararmos os dados de 1995, 1996 e 1997 entre si, utilizando a percentagem de abandono em relação ao número de pacientes inscritos por ano, não encontramos diferenças estatisticamente significativas, o que mostra que não houve grandes mudanças no controle

“O momento da tuberculose no Brasil, por si só, constitui sólida justificativa para que se busque alternativas na nova luta contra a tuberculose como doença reemergente”

das taxas de abandono durante aquele período (taxas de 27%, 33% e 25%, respectivamente).

A análise dos dados de 1998, apesar de ainda não apresentar diferenças estatisticamente significativas ($F = 0,056$), sugere uma

tendência a um melhor controle sobre o abandono de tratamento (Gráficos 1 e 2). Ao analisarmos os dados daquele ano por trimestre, por outro lado, observamos que a taxa de abandono de tratamento dos pacientes inscritos nos três primeiros trimestres (janeiro a setembro) foi de 20%. No entanto, nenhum dos pacientes do último trimestre de 98 abandonou o tratamento, o que fez com

que a taxa global de abandono durante o ano de 1998 ficasse em torno dos 16%. Acresce também que pacientes de meses anteriores a outubro que ainda estavam em tratamento ao final de novembro de 98, também chegaram a ser acompanhados pela equipe multidisciplinar e nenhum destes veio a abandonar o tratamento posteriormente.

No entanto, é a partir da análise dos dados de 1999 (Gráficos 1 e 2) que se constata de forma inequívoca

o impacto das ações implantadas na redução das taxas de abandono de tratamento.

Observa-se, neste ano, a ausência de abandono de tratamento, quer entre os pacientes novos inscritos durante este ano, quer entre os pacientes do ano anterior que ainda se encontravam em registro ativo no início de 1999. Durante esse período, também não ocorreu nenhuma alta por transferência ou por óbito.

A análise estatística comparando

os resultados deste ano de 1999 com os anos anteriores (incluindo o ano de 1998, que apresentou uma taxa de abandono mais baixa) mostra resultados que são estatisticamente significativos, quando empregamos o

“Nosso paciente tem perfil geral de um adulto proveniente do ambulatório do HU, apresentando fatores de risco de abandono do tratamento”

teste de Fisher ($F = 0,003$) (ver gráficos 1 e 2).

Apesar de observarmos que já havia alguma tendência anterior para redução das taxas de abandono, o que sugere que já havia uma preocupação da equipe no controle do abandono de tratamento, a diminuição concomitante observada no número de inscritos poderia sugerir estar havendo algum tipo de seleção da clientela. No entanto, isto não mais acontece após o último trimestre de 98, observando-se em 1999 uma tendência a um retorno do número de inscritos semelhante ao de 1995 (gráfico 1) com recuperação daqueles pacientes que porventura haviam sido perdidos do registro ativo anteriormente. Isto acontece ao mesmo tempo em que se mantém a tendência à ausência de abandono durante o ano de 1999 (gráficos 1 e 2) - em 1996, o Plano de Demissão Voluntária (PDV) em Alagoas elevou o número de inscritos, pelo encaminhamento de pacientes de outras Unidades de Saúde.

Podemos, pois, afirmar que as ações implantadas foram efetivas e que o abandono de tratamento por tuberculose no Hospital Universitário

– UFAL desapareceu no período em estudo, estando esta situação, até

imprescindível, subsidiando os vários profissionais na ação, na busca de

“O modelo assistencial e interdisciplinar adotado no HD utiliza-se de uma abordagem à história de vida do paciente, que se constitui em procedimento metodológico imprescindível”

o momento, sob controle.

O momento da tuberculose no Brasil, por si só, constitui sólida justificativa para que se busque alternativas na nova luta contra a tuberculose como doença reemergente^{1A}.

Este trabalho traz de original: 1) o fato de termos um exemplo concreto de um Hospital de referência para tuberculose que apresenta ausência de abandono de tratamento, apesar do perfil para maior risco de abandono de tratamento apresentado por seus pacientes, incluindo a co-infecção tuberculose/AIDS; 2) a implantação de visita domiciliar a seus pacientes, através de uma parceria com a Fundação Nacional de Saúde, Instituição reconhecida pela qualidade com que executa esta Ação do PCT; 3) o atendimento dentro do modelo de assistência interdisciplinar a todos os pacientes considerados com maior risco de abandono de tratamento, com resultados significativamente satisfatórios.

O modelo assistencial e interdisciplinar adotado no Hospital Dia/HU/UFAL utiliza-se de uma abordagem à história de vida do paciente, que se constitui em procedimento metodológico

imprescindível, subsidiando os vários elementos sociais necessários à sua intervenção, no sentido de desenvolver reflexões a respeito das condições e modo de vida dos pacientes, originando alternativas de percepção de suas dificuldades, sempre valorizando a vida e possibilitando

àqueles uma nova visão desta, para que o paciente, então, deseje dar prosseguimento ao tratamento, melhorando assim sua percepção do processo saúde-doença, trabalhando sua auto-estima e fortalecendo sua vontade de continuar a viver de forma qualitativa, apesar das adversidades.

Como produto da relação das pessoas com o trabalho e a vida, os doentes lidam com a enfermidade estabelecendo projetos de vida, nos quais a superação da doença é um objetivo a ser alcançado e a razão pela qual se concretiza a adesão ao tratamento².

Assim, o contato com outros serviços já existentes na rede pública – apenas um dos aspectos da nossa assistência ao paciente – para garantir cestas básicas aos pacientes que desenvolvem reações ao tratamento por não terem uma alimentação regular, bem como a garantia do meio de transporte àqueles que encontram dificuldades financeiras para deslocamento na data aprazada para comparecimento

ao Hospital (contatos com as Secretarias Municipais de Saúde para o transporte dos pacientes, concessão de carteiras provisórias para acesso gratuito aos ônibus da rede municipal, fornecimento de vales-transporte) é apenas uma garantia, ao paciente, para assegurar das condições mínimas para que o mesmo mantenha o tratamento, e não a garantia, por si só, de que o paciente vá aderir ao tratamento.

A visita domiciliar, por sua vez, além de permitir um maior vínculo entre o paciente e a equipe de saúde, oferece oportunidade para observar a regularidade com que o paciente diz usar a medicação (contagem dos comprimidos), observar de forma direta as condições de vida em que o paciente está inserido, orientar e aprazar os contactantes para exame médico, bem como reforçar a orientação ao paciente sobre a importância da adesão e regularidade do tratamento, assegurando seu aprazamento à Unidade de Saúde.

Por fim, a triagem dos pacientes, quanto ao risco para não aderência, através de entrevista que utilizou a pesquisa de fatores sabidamente implicados na não aderência, em associação à abordagem à história de

“A visita domiciliar, além de permitir um maior vínculo entre o paciente e a equipe de saúde, oferece oportunidade para observar a regularidade com que o paciente diz usar a medicação”

vida do paciente, permitiu com maior segurança realizar esta seleção, pois

nenhum dos pacientes não selecionados para maior risco de não aderência veio a abandonar o tratamento e todos aqueles encaminhados para acompanhamento interdisciplinar mantiveram o tratamento com regularidade.

Apesar da auto-administração do

tratamento ser citada como redutor da aderência, havendo até quem afirme que a única solução possível da não aderência ao tratamento seria a supervisão direta da quimioterapia¹, com exceção de um único paciente para o qual foi indicado tratamento supervisionado todos os nossos

pacientes recebem tratamento auto-administrado.

Até a data do envio deste texto para impressão gráfica (14/6/99), não foi observado no HU/UFAL, durante o ano de 99, nenhum caso de abandono de tratamento, alta por transferência ou óbito entre os pacientes de tuberculose.

Gráfico 1 – Evolução anual do número de pacientes inscritos no Programa de Controle da Tuberculose, com sua evolução de aderência ao tratamento. A previsão estimada para 1999 é apresentada marcada com *.

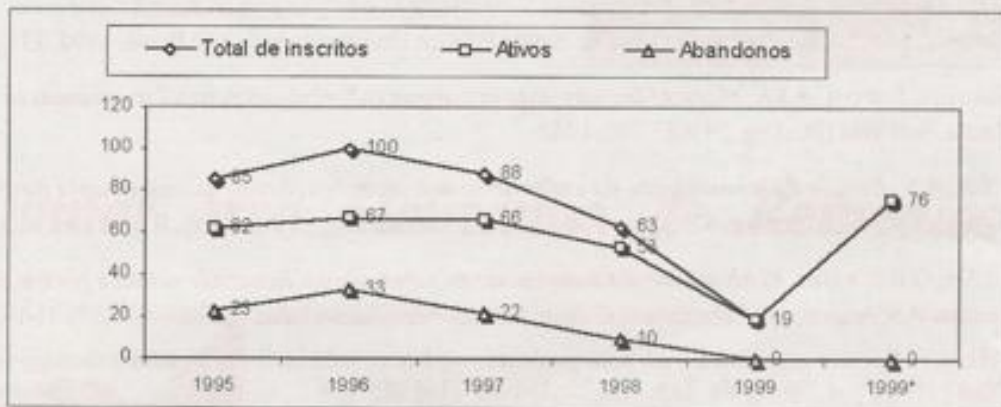
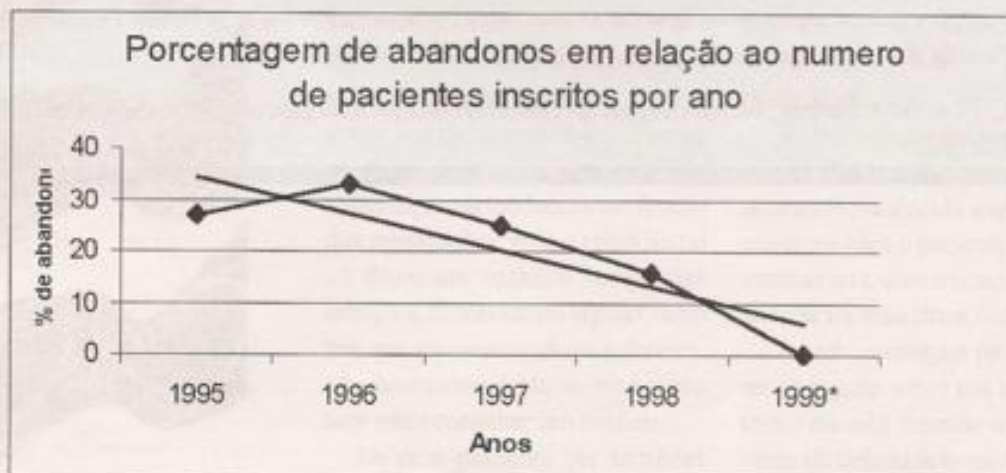


Gráfico 2. Porcentagem de abandonos e sua evolução temporal nos períodos estudados, inclusive com reta de regressão de tendência (linha negra).



Conclusão

Concluimos que em um hospital de referência para pacientes de tuberculose organizado para evitar o abandono de tratamento decorrente de fatores ligados ao Serviço e que

utiliza auto-administração da quimioterapia, a implantação de um modelo de assistência interdisciplinar, com triagem e acompanhamento dos pacientes sob maior risco de abandonar o tratamento por equipe interdisciplinar, juntamente com a

implantação de visita domiciliar aos faltosos, foi capaz de controlar o abandono de tratamento, reduzindo-se as taxas iniciais de abandono (33%) aos níveis considerados ideais (ausência de abandono), no período estudado ●

Referências Bibliográficas

1. ADDINGTON, W.W. *Patient compliance: the most serious problem in the control of tuberculosis in the United States*. Chest, 76: 741-743, 1979.
2. BERTOLLOZE, M. R. A Adesão ao Programa de Controle da Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo. Tese Doutorado Fac. Saúde Pública Universidade de São Paulo, 1998, 213 pg.
3. ANDERSEN, S. e col. *A Sociological Inquiry into are urgan tuberculosis control programm in India*. Bull Wld Hlth Org, 29: 685-700, 1963.
4. BECKER, R.S. *Estudo da investigação da enfermeira nas investigações de quimioterapia da tuberculose*. Tese, concurso Docente Livre, Escola de Enfermagem Ana Nery, Rio de Janeiro, 1976.
5. BELTRAN, O.R.P. e cols. *El abandono del tratamiento en tuberculosis. Realizade actual e perspectivas futuras*. Rev. Argentina de Tuberculosis, Enfermidade des Pulmonares y Salud Publica - XLIV(1): 11-19, 1983.
6. CHUAH, S.Y. *Factors associated with poor patient compliance with anti-tuberculosis therapy in North West Prak, Malaysia*. Tubercle, 72: 261-264, 1991.
7. DAMASCENO, R.P. *Abandono e tuberculose: Fatores causais*. XX Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia, Ceará, 1980.
8. DEHEINZELIN, D. e cols. *Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose*. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo, 51(4): 131-135, 1996.
9. NATAL, S. *Abandono do tratamento da tuberculose. Aspectos do tratamento mal conduzido*. Dissertação Mestrado Saúde Coletiva Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 1993, 140 pg.
10. SERRANO e cols. *Causas de reingresso de pacientes hospitalizados em el Instituto Tisiologico de Punilla*. Rev. Argentina de Tuberculosis XXXIV(1-2): 15-20, 1970.
11. TEIXEIRA, G.M. *Pontos polêmicos em tuberculose: elogio de uma parceria*. Bol. Pneum. Sanit. 5(1): 3-5, 1997.

Margareth Dayse M. Monteiro
Infectologista HD/HU/UFAL



Tomar essa Montanha de Remédios?



É esta uma das primeiras perguntas que os pacientes de AIDS fazem ao médico quando são prescritas pela primeira vez as medicações anti-retrovirais. E como é difícil responder a esta pergunta. Porém, naquele momento, tem que ser passado todo o otimismo que ele precisa, mostrar a importância de cada droga, do uso correto e que em pouco tempo ele vai notar como a medicação ajudou em seu restabelecimento. Mas deve ser mostrado que a sua vida tem que sofrer algumas mudanças em função das medicações, pois o remédio tal só deve ser tomado longe das refeições, dissolvido em líquido, outro tem que ser conservado na geladeira, não deve tomar qualquer medicação sem antes consultar seu médico.

Deve o paciente ser também

informado sobre os efeitos colaterais de cada droga que irá fazer uso, pois uma provoca anemia, outra diarreia, outra náuseas, vômitos, dores nas pernas, dor de cabeça, tontura etc. Deve-se conhecer toda a rotina do paciente, como seu horário de trabalho, horário de suas refeições, que horas ele vai dormir, que horas acorda, se as pessoas de casa conhecem sobre a sua soropositividade.

Todas estas considerações devem ser avaliadas para que, naquele momento, se decida qual o melhor esquema para o paciente e procurar mostrar que, com o tempo, ele irá se adaptar aquelas situações.

A cada consulta o paciente deve ser indagado sobre sua medicação, como ele está fazendo uso, quantas vezes ele deixou de tomá-la ou se está

seguindo-a corretamente.

A adesão do paciente é fundamental para o sucesso a longo prazo da terapia anti-retroviral. A não adesão ao tratamento é uma das principais barreiras encontradas no dia a dia do acompanhamento dos pacientes de HIV/AIDS.

A questão da adesão não é específica para o HIV. A maioria de nós já experimentou a dificuldade de tomar um antibiótico no horário correto. As terapias anti-HIV são complexas e incluem grande variedade e quantidade de comprimidos. Exigir que o paciente siga à risca essa rotina de medicação é pedir muito.

Margareth Chesney mostrou na última conferência de Genebra a frequência e as causas das falhas na adesão. O número de pacientes que não usaram corretamente a medicação nos últimos quinze dias foi alto e provavelmente subestimado (estima-se que atinja 50%).

Frequência de doses não tomadas:

Ontem – 11%

Antes de ontem – 14%

Dois últimos dias – 18%

Últimos 15 dias – 36%

Mais de 15 dias – 21%

Aproximadamente 10% deles deixaram de tomar pelo menos uma dose diariamente.

Os motivos para o não uso da

droga são:

Esquecimento - 40%

Muito ocupado - 22%

Dormiu - 37%

Muito doente - 13%

Longe de casa - 34%

Efeitos colaterais - 10%

Mudança de rotina - 27%

Deprimido - 9%

Obs.: Alguns pacientes apresentam mais de um motivo para o não uso da droga.

Os fatores correlacionados com a não adesão ao tratamento foram: alcoolismo, depressão, ansiedade e pessimismo sobre a doença.

Para aumentar a adesão são recomendados:

atenção a esses fatores, procedimentos como programação clara da prescrição, acesso a esclarecimentos, vinculação do horário da medicação a horários específicos

(programas de tv, por exemplo) e planejamento de mudança de rotina.

Tomar medicação de AIDS pós-exposição não é fácil

Pesquisas do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) mostram que cerca de um terço dos profissionais de saúde que se submetem a profilaxia pós-exposição

de HIV não completam o tratamento. “Embora a profilaxia pós-exposição possa reduzir as chances de infecção em profissionais de saúde, essas drogas podem causar efeitos colaterais e não são 100% eficazes”. Porém, isto não justifica o não uso delas nestas situações.

O estudo mostra que 3/4 dos profissionais que pararam o tratamento o fizeram devido aos efeitos colaterais. Os efeitos colaterais explicam porque apenas 58 dos 114 profissionais de saúde do estudo expostos ao HIV optaram pela profilaxia pós-exposição.

Os resultados do estudo reforçam

“A não adesão ao tratamento é uma das principais barreiras encontradas no dia a dia do acompanhamento aos pacientes de HIV/AIDS”

a necessidade de prevenir as exposições. A pesquisa do CDC apresentada na 12ª Conferência sobre AIDS em Genebra, Suíça, mostrou que pelo menos 50% das exposições ocupacionais em um grupo de 100 profissionais podiam ser prevenidas usando práticas de trabalho adequadas, como manuseio e descarte apropriados de agulhas e seu não reempacamento.

Referências Bibliográficas

AIDS Alerta. *Tratamento após exposição não é fácil de engolir*. Vol. 1 N° 5. Ed. Briston Maia Myers Squibb-Brasil. 1998.

CHESNEY, Margareth. *New Antiretroviral Therapies: Adherence Challenges and Strategies*. Presentation adapted from HIV. Newsline, 1998; 3 (3): 65-66.

12ª Conferência mundial de AIDS em Genebra. Anais. Julho de 1998.

Renee Oliveira do Nascimento

Infectologista HD/HU/UFAL



O Controle de Infecção Hospitalar no Hospital Dia



A idéia central que norteia o funcionamento dos Hospitais Dia é a execução do tratamento teoricamente hospitalar sem a necessidade do internamento. Procura-se fugir do padrão médico-paciente. Encampa-se o conceito paciente-equipe, uma vez que o mesmo é atendido pelo médico, recebe os cuidados de enfermagem, realiza procedimentos e exames laboratoriais, é acompanhado pela psicologia e pelo Serviço Social, além de poder fazer tratamento odontológico durante todo o período de tratamento.

A implantação desse modelo assistencial, de certo modo, veio contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar, ao manter o paciente no ambiente nosocomial apenas durante o dia, mantendo-o

afastado da microbiota hospitalar no período noturno. Por outro lado, internações curtas dificultam a identificação de infecções hospitalares, particularmente nas internações intercaladas ou ocasionais que ocorrem em dias não específicos e não sequenciado e têm um potencial muito maior em dificultar o trabalho da equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar-SCIH.

É importante enfatizar que, de modo algum, o paciente pertencente ao Hospital Dia encontra-se livre de desenvolver quadros de infecção hospitalar com menor potencial de risco.

O estudo das infecções hospitalares nos Hospitais Dia ainda é pouco aprofundado. A viabilização da identificação dessas infecções

mostra-se como sendo de difícil realização. Os protocolos utilizados na vigilância das infecções em pacientes com internação convencional (busca ativa), não são úteis em sua totalidade para os pacientes do Hospital Dia, devido a sua atenção estar centrada no acompanhamento direto pelo SCIH, do quadro clínico do paciente, dados do prontuário, uso de antibióticos, informações da equipe de saúde, entre outros. O conjunto dessas informações são úteis na elaboração e na confirmação da hipótese da existência de determinada infecção hospitalar. Essas informações dificilmente seriam viabilizadas com a metodologia de trabalho desenvolvida pelo Hospital Dia.

As patologias atendidas pelo Hospital Dia são a AIDS, Hepatite B e C, infecções pelo HTLV, outras doenças infecciosas e a tuberculose, doença de grande interesse para o

dos (como na AIDS) é ainda mais difícil diferenciar as infecções

“A tuberculose no ambiente hospitalar é uma patologia com risco de dupla disseminação: para os profissionais (risco ocupacional) e para os outros pacientes internados (infecção hospitalar)”

hospitalares das reativações de agentes infecciosos latentes.

A necessidade de internações freqüentes desses pacientes, quando em fases mais críticas dessa doença, também dificultam essa identificação. O que levaria os pacientes de AIDS a desenvolver infecções hospitalares, possivelmente se relaciona à deficiência na função humoral (anticorpos) apresentada pelos

“Nos pacientes imunocomprometidos é mais difícil diferenciar as infecções hospitalares das reativações de agentes infecciosos latentes”

mesmos, favorecendo o aumento das infecções bacterianas. “Infecções da corrente sanguínea (36.6%), Infecções do trato urinário (30.5%), pneumonias (18%), partes moles

controle de infecção hospitalar, pelo risco ocupacional.

Nos pacientes imunocomprometi-

(5.2%)⁽¹⁾. As bactérias Gram-negativas como *Pseudomonas aeruginosa*, *E. coli* e *salmonella sp.*,

são os agentes implicados com maior freqüência nas infecções hospitalares

nos pacientes com HIV/AIDS, além do *S. aureus*.

A tuberculose no ambiente hospitalar é uma patologia com risco de dupla disseminação: a) para os profissionais (risco ocupacional); b) para os outros pacientes internados (in-

fecção hospitalar). Esse duplo risco de disseminação torna imperativo, no caso da tuberculose, a aplicação de normas para o controle do contágio, como o isolamento respiratório, o início precoce do tratamento, além da vacinação de BCG para os profissionais. A parceria do Hospital Dia e SCIH na implantação dessas normas é de fundamental importância no seu controle.

O trabalho de controle de Infecção hospitalar no Hospital Dia encontra-se por ser aperfeiçoado. A implementação de rotinas que aumentem a sensibilidade na identificação de casos de infecção do setor é primordial para elaboração de um programa que vise a implantação de práticas que evitem o aparecimento de novas infecções hospitalares, sendo esse o objetivo principal dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar ●

Referências Bibliográficas

- (1) - PETROSILO N., PULGESE G., GIRARDI E. et al. *Nosocomial Infections in HIV Infected Patients*. AIDS, 13(5): 599-605, 1999.

Maria de Fátima Lima Ferreira

Odontologia HD/HU/UFAL
Mestra em Patologia Oral



Controle de Infecção na Prática Odontológica



Introdução

A pesar do desenvolvimento tecnológico e do grande número de cirurgões dentistas no Brasil, a saúde bucal no país tem se caracterizado por um quadro de alto índice de prevalência de cárie dental, doenças periodontal, mesmo que as práticas preventivas tenham aumentado e o modelo assistencial curativo esteja sendo menos priorizado, o decorrer da epidemia do HIV/AIDS tem suscitado entre os dentistas atenção pela repercussão bucal das doenças sistêmicas, particularmente as doenças infecto-contagiosas.

Entre as doenças de reconhecida transmissão ocupacional na prática odontológica, destacam-se a Hepatite B como a de maior risco de

contaminação, o herpes, como a de maior frequência e a AIDS, que é a que mais amedronta e mobiliza os profissionais para a adoção das medidas universais de Biossegurança.

Isto se deve aos aspectos psicossociais e emocionais associados a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Sendo a cavidade oral um importante local tanto para o diagnóstico quanto para o prognóstico das infecções pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), na ausência de uma profilaxia antimicrobiana, quase todos os pacientes com AIDS desenvolverão uma lesão oral durante o curso clínico da doença, como a Candidíase Oral e Leucoplasia Pilosa, que são as mais comuns.

O cirurgião-dentista, como profissional de saúde e integrante de

equipes multidisciplinares, deve saber reconhecer alterações locais e/ou sistêmicas em pacientes portadores do HIV/AIDS, em pacientes portadores do vírus da

são considerados potencialmente infectantes, devido não poderem ser identificados, mesmo com uma história médica bem acurada, pois pode-se omitir dados por problemas

“Entre as doenças de reconhecida transmissão ocupacional na prática odontológica, destaca-se a hepatite como a de maior risco de contaminação; o Herpes, como a de maior frequência e a AIDS, a que mais amedronta”

Hepatite B (VHB ou HBV), pois o sangue é a fonte principal da infecção ocupacional. No entanto, a presença do VHB na saliva e no fluido gengival, não deve ser desprezado o vírus do Herpes Simples (VHS ou HSV) que apresentam dois sorotipos: o tipo 1 (VHS) agente etiológico das infecções bucais; e o tipo 2 (VHS) agente etiológico das infecções genitais. Atualmente, sabe-se que, tanto o tipo 1 como o tipo 2, podem provocar infecções em ambas as localizações. Também, outras manifestações bucais podem ser classificadas e diagnosticadas pelos dentistas e a equipe multidisciplinar, como as infecções fúngicas, infecções bacterianas, infecções virais, cânceres (Carcinomas, Linfomas, Sarcomas de Kaposi), além de outras manifestações como as úlceras atípicas, hiperpigmentação melânica, gripe, tuberculose etc.

As doenças infecto-contagiosas são passíveis de se contrair no exercício das atividades ou funções odontológicas, pois todos os pacientes

psicossociais e emocionais ligados as doenças, logo o profissional da saúde e os componentes da equipe odontológica estão sob riscos constantes de adquirir doenças durante o exercício de suas funções e, sendo assim, é responsabilidade do cirurgião-dentista a orientação da equipe e a manutenção do controle de infecção durante a prática odontológica.

Controle de infecção

Os componentes da equipe odontológica estão sob risco constante de adquirir doenças no exercício de suas atividades e, sendo de sua responsabilidade a orientação da equipe e a manutenção do controle de infecção na prática odontológica, este visa impedir a penetração de microorganismos em locais onde eles não existam previamente e evitar a contaminação de áreas já comprometidas, garantindo segurança aos pacientes e à equipe.

De tal forma que os conhecimentos sobre a infecção pelo HIV/AIDS tornaram-se exigências importantes para os profissionais responsáveis pelos cuidados com a saúde oral, devendo sempre fazer uma boa anamnese, exame clínico, diagnóstico diferencial e observar as queixas do paciente, pois muitas vezes os problemas e os achados bucais são

os primeiros sinais ou sintomas de infecção pelo HIV/AIDS.

Frequentemente, as lesões bucais associadas com a infecção pelo HIV/AIDS, interferem com o bem-estar do indivíduo e a persistência ou o reaparecimento de doenças na boca pode refletir resistência terapêutica ou a progressão de doenças generalizadas, lembrando também que juntamente com o HIV, muitos outros microorganismos podem representar perigo de infecção, como o vírus da Hepatite, e o vírus do Herpes.

O principal modo de transmissão do HIV/AIDS é a relação sexual anal e/ou vaginal e o uso da mesma agulha e “equipamento” por viciados em drogas, a transfusão de sangue e derivados, entre outras formas de atividades sexual, como sexo oral, podem ser possíveis vias de transmissão.

A transmissão de microorganismos pode ocorrer das seguintes formas:

- Contato direto com lesões infectadas;
- Transmissão indireta através de objeto contaminado;
- Respingo de sangue, saliva ou secreções diretamente sobre a pele ou mucosa;
- Inalação de microorganismos em suspensão devido aos aerossóis produzidos pelo uso de equipamentos rotatórios e sônicos e pela tosse, espirro e fala;

Todos os pacientes devem ser considerados potencialmente infectantes pelo fato de não poderem ser identificados, mesmo com um bom levantamento da história médica e a

realização de criterioso exame físico e de testes laboratoriais. Portanto deverá ser feito controle de infecção em todos pacientes examinados. O controle da infecção na prática odontológica deve obedecer a princípios básicos como:

- Os profissionais devem tomar medidas para proteger a saúde da equipe;
- Os profissionais devem evitar contato direto com matéria orgânica;
- Os profissionais devem limitar a propagação de microorganismos;
- Os profissionais devem tornar seguro o uso de artigos, peças anatômicas e superfícies.

Medidas para a proteção da equipe de saúde

Hepatite, HIV/AIDS, difteria, rubéola, sarampo, influenza (gripe), caxumba (parotidite) e tuberculose, são doenças passíveis de serem contraídas pelos integrantes da equipe odontológica na sua prática profissional. Entre estas, a Hepatite B, frequentemente associada ao Câncer Hepático, merece destaque especial, por ser a doença ocupacional infecciosa mais frequente em equipes odontológicas. E duas medidas são relevantes para a proteção desses profissionais: as imunizações e a adoção das normas de controle de infecção.

Imunizações

Reduzem o risco de infecção e, por conseguinte, protegem, não apenas a saúde dos componentes da equipe, como a de seus pacientes e familiares.

Os serviços de saúde pública dispõem de vacinas contra a difteria, rubéola e sarampo. Todos os componentes da equipe odontológica

que não tenham contraído essas doenças ou tenham sido imunizados contra elas devem ser vacinados, antes de entrar na prática clínica.

Recomenda-se aos profissionais que exerçam atividades em hospitais e instituições onde haja permanência de pacientes com tuberculose ou HIV/AIDS, a vacinação contra a tuberculose (BCG). A imunização deve ser prescrita a todos os não-reatores (nódulos com diâmetro menor que 5mm) e aos reatores fracos (nódulos com diâmetro entre 5 e 9mm) ao teste tuberculínico (PPD), incluídos todos os novos profissionais incorporados aos serviços com essas características.

As precauções incluem:

- O uso de barreiras ou equipamentos de proteção individual, luvas, máscaras, óculos, aventais e gorro;
- A prevenção da exposição ao sangue e aos fluidos orgânicos, com especial ênfase à prevenção de acidentes perfuro-cortantes, bem como a lavagem das mãos;
- O manejo adequado dos acidentes de trabalho que envolvam a exposição ao sangue e fluidos orgânicos, e o manejo adequado de procedimentos de descontaminação e do destino;
- De dejetos e resíduos nos serviços de saúde.
- Lavar as mãos frequentemente é o procedimento mais eficiente para proteger a saúde dos profissionais e controlar infecções. A pele é povoada por microorganismos e a flora habitante é classificada em:
 - Transitória: Presente na superfície da pele, facilmente removível com adequada lavagem das mãos. Trata-se de uma flora patogênica composta por bactérias GRAM (-) e Estafilococos.

Residente: Presente nas camadas mais internas da pele e derme, exigindo uso de escovação associada a substâncias químicas para remoção. Esta flora é considerada patogênica apenas quando em contato com solução de continuidade em procedimentos cirúrgicos, nos pacientes imunodeficientes, composta por bactérias GRAM (+).

As mãos devem ser lavadas

- Inicialmente ao atendimento de cada paciente a ao calçar luvas;
- Imediatamente após a remoção das luvas;
- Quando as mãos forem contaminadas em caso de acidentes.

A lavagem prévia a procedimentos de rotina (não cirúrgicos) deve ser feita da seguinte forma:

- Retire anéis, relógios e pulseiras;
- Enxague as mãos e a metade dos antebraços por, no mínimo, 10 segundos. O sabão deve ser líquido e hipoalergênico;
- Enxague em abundante água corrente;
- Seque, de preferência, em toalha de papel;
- Feche a torneira com acionador de pedal ou, se não disponível, com toalha de papel ou ajuda de um auxiliar. Nunca toque na torneira após ter lavadas as mãos.

Na lavagem de mãos, previamente à realização de procedimentos cirúrgicos, os passos são os seguintes:

- Retirar anéis, relógios e pulseiras;
- Use sabão antisséptico e escova;
- Escove na ordem: unhas, dedos,

palmas e dorsos das mãos e antebraços, até os cotovelos;

- Enxague em abundante água corrente;

- Seque com compressas estéreis;

- Passe um antisséptico a base de iodo e deixe secar;

- Calce as luvas assepticamente.

Uso de barreiras protetoras

- Luvas : deve ser usado um par de luvas exclusivo para cada paciente, descartando-o após o uso, as luvas devem ser usadas para prevenir contato da pele das mãos e antebraços com sangue, secreções ou mucosas durante a prestação de cuidados e manipulação de instrumentos e superfícies.

Existem no comércio diversos tipos de luvas, dependendo da finalidade à qual se destinam:

Luvas descartáveis de vinil ou látex - para procedimentos. As de vinil não oferecem boa adaptação e servem para realização de procedimentos como: exame clínico, remoção de suturas e como sobreluva. As de látex oferecem boa adaptação e são usadas em procedimentos clínicos de dentisteria, prótese, periodontia etc.

Luvas cirúrgicas estéreis - com látex de melhor qualidade e que oferecem melhor adaptabilidade. Seu uso é para procedimentos cirúrgicos.

Luvas para limpeza em geral - são grossas e de borracha, utilizadas para serviço de limpeza e descontaminação

de instrumentos, equipamentos e superfícies. São reutilizáveis se não estiverem furadas. Deverão ser descontaminadas após o uso.

Lembretes técnicos sobre o uso de luvas

· Enquanto estiver de luvas, não manipule objetos fora do campo de trabalho (canetas, telefones, fichas de pacientes, maçanetas);

· Retire as luvas imediatamente após o término do tratamento do paciente;

· Não toque na parte externa das luvas ao removê-las;

· Lave as mãos assim que retira-las;

· As luvas não protegem de perfurações de agulhas, mas está comprovado que elas podem diminuir a penetração de sangue em até 50% de seu volume.

· O uso de dois pares de luvas é formalmente indicado em procedimentos cirúrgicos de longa duração ou com sangramento profuso, conferindo proteção adicional contra a contaminação.

Máscaras

O uso adequado de máscara facial deve:

· Prover conforto e boa adaptação,

· Não tocar lábios e narinas,

· Não irritar a pele,

· Permitir respiração normal,

· Não embaraçar o protetor ocular,

· Não permanecer pendurada no pescoço,

· Descartá-la após o uso.

Protetores oculares

Têm a finalidade de proteger a mucosa ocular de contaminantes acidentes ocupacionais.

Os protetores oculares mais indicados possuem vedação periférica e melhor adaptação ao rosto e, após o uso, deverão ser descontaminados.

Avental

O avental deve ser usado sempre. Não use as roupas comuns durante o atendimento, pois elas ficarão contaminadas e servirão como fonte de infecção por diversos agentes para o profissional, demais membros da equipe, seus familiares e as pessoas que convivem com eles ou com você.

Gorro

Proporciona uma barreira efetiva contra gotículas de saliva, aerossóis e sangue contaminados que podem ser lançados da boca do paciente para os cabelos do profissional e auxiliares.

Broca odontológica

As brocas odontológicas também devem ser esterilizadas entre um paciente e outro. Algumas podem ser autoclavadas após lubrificadas com óleo apropriado. Se a broca não puder ser esterilizada, ela deverá ser lavada com água e colocada no glutaraldeído e deixada por 10 minutos, antes de ser enxaguada em água.

Referências Bibliográficas

FATHING, Charles, F. Et Al. *Atlas Colorido de AIDS e da Doença do HIV*. 2º ED. Ed. Artes Médicas. 1989
Hepatite, AIDS, Herpes, na prática Odontológica. Manual do Ministério da Saúde. 1996

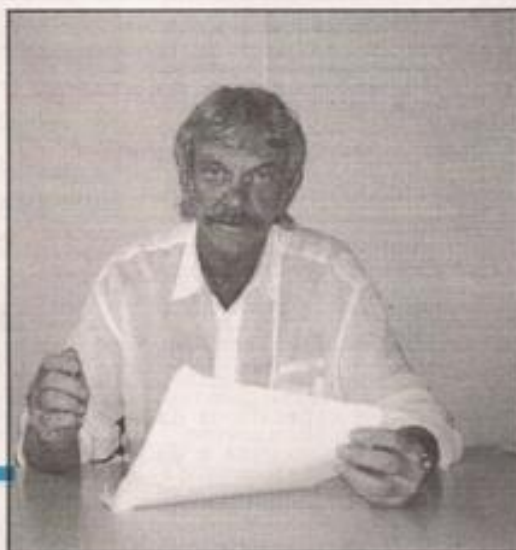
Profilaxia de Infecções Oportunistas em pacientes de HIV/AIDS. Casa da AIDS 1999 / 2000 ED. Revinter Marle a Sande & Paul a Volberding. Tratamento Clínico da AIDS 3º. Ed. Revinter LTDA. 1995

SILVERMAN, So. *Atlas Colorido das Manifestações Bucais da AIDS*. Ed. Santoss. Junho 1989

WILLIAN, G. *Manual de Terapêutica de HIV*. Ed. Artmed. 1999

Geraldo Pedro Linn

Psicanalista do Círculo Psicanalítico do RS
Prof. Visitante HD/HU/UFAL



"O analista deve movimentar-se e não pretender à fixidez. Movimento é criação"
(Carlos Vieira)

Tratandos e Tratados: Psicanálise e Psicossomática



Introdução

Tomando como ponto de partida a articulação entre a Psicanálise e a Medicina Psicossomática, será abordado a dinâmica de um Psicanalista em um hospital de ensino. Descrevemos a repercussão da relação deste com o profissional de saúde e deste com seus pacientes.

O referencial teórico alicerça-se no conceito da Medicina Psicossomática aos clássicos conhecimentos sistematizados por Alexander, Kubler Ross, Winnicot, Balint e, entre nós, Danilo Perestrelo, Júlio de Melo Filho, para citar apenas alguns.

Assistimos nas últimas décadas transformações radicais na Medicina, tanto no que se refere a compreensão e apreensão de conhecimentos, como

na forma de sua intervenção. Daí que passou a voltar-se para outras áreas do conhecimento, como a Sociologia, Antropologia e Bioética, tanto que nos foi acervado na conclusão deste trabalho.

Métodos

A presente observação foi realizada no Hospital Dia – Setor de doenças infecto-contagiosas, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas, no período de maio a dezembro de 1998.

A população alvo do módulo é composta de profissionais de Saúde, Psicólogo, Médico, Assistente Social e Enfermeira.

O referencial utilizado está fundamentado nos conceitos clássicos da ciência da Psicanálise e da Medicina Psicossomática, por se

articularem na sua práxis e na sua história.

Renovar a análise desta articulação, sobremaneira no processo de releitura, permite-nos vislumbrar novo "continuum" dos encontros da Medicina Ortodoxa com a Psicanálise.

O programa que desenvolvemos junto ao grupo citado operacionaliza-se através de encontros semanais, no ambiente hospitalar. Os textos, com conteúdos específicos da Medicina Psicossomática e da Psicanálise, são sempre apresentados dinamicamente, isto é, na forma de laboratório, prática (apresentação de casos clínicos) e ativa (livre associação ideativa).

As intervenções são sempre no intuito de ratificar, classificar e esclarecer os conteúdos apresentados e colocados para discussão.

Estimula-se a reflexão, a busca, através da livre expressão de

"As intervenções são sempre no intuito de ratificar, classificar e esclarecer os conteúdos apresentados e colocados para discussão"

sentimentos, opiniões e críticas em torno dos seguintes temas:

- A interdependência da Medicina com outras especialidades e profissões;
- A identidade do profissional da saúde, suas crises e conflitos quando no exercício profissional;
- O estado de erosão da segurança profissional, bioética, pessoal, afetiva e cognitiva.
- Stress decorrente do exercício

profissional com a mobilização de sentimentos tais como desinteresse, insegurança, embotamento emocional na relação com pacientes crônicos, terminais e os chamados "pacientes difíceis";

- As dificuldades em se lidar do teoricamente dicotomizado SOMA e PSIQUE.

Discussão

Nos anos 80, a Medicina Psicossomática passa a estruturar-se, no complexo inter-jogo dos fatores psicológicos, sociais e políticos em todas as doenças físicas.

Estudos recentes nos apontam as possibilidades de alterações imunológicas estarem associadas a desordens depressivas, assim como, o aumento da morbidade e da mortalidade.

Os efeitos do stress e da depressão no sistema imune incluem uma complexa interação entre o sistema neuroendócrino e os neurotransmissores, que podem ser diretamente afetados pelo tempo e pela severidade da depressão. As alterações imunológicas relacionadas têm sido vistas como uma ponte entre a depressão e o stress, aumentando o risco para o surgimento de doenças relacionadas com o Sistema Imunológico como o câncer, as infecções, incluindo-se a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS.

Neste trabalho objetivamos o CONJUNTO.

Enquanto um pode ter maior experiência, o outro muitas idéias

"Os efeitos do stress e da depressão no sistema imune incluem uma complexa interação entre o sistema neuro-endócrino e os neuro-transmissores"

novas para acrescentar. Nosso principal objetivo é ser, antes de tudo, um APRENDIZ, onde valorizamos a criatividade, o improvisado, desde que isto não venha colocar em prejuízo a finalidade última que é o paciente. É como aprendizes que buscamos autores como Franz Alexander, considerado o primeiro teórico americano em Medicina Psicossomática dos anos 30 e 40 e que aplicou o método psicanalítico nas pesquisas e tratamentos de pacientes com doenças físicas e de etiologias desconhecidas.

Vimos que, embora a meta inicial do Movimento Psicossomático americano fosse o de humanizar a prática médica, através da consideração do inter-jogo entre fatores emocionais e processos corporais, sem interesse, rapidamente se dirigiu para um grupo de doenças crônicas de etiologia incerta - asma brônquica, úlcera péptica, artrite reumatóide, hipertensão arterial essencial, dermatites, diabetes e que são até hoje consideradas como doenças psicossomáticas propriamente ditas.

A escola Francesa de Pierre Marty, se refere à idéia de que a dificuldade na expressão das emoções predispõe o homem a doenças físicas. Diz ele: "A inaptidão para o fantasiar, uma pobreza associativa, pouco

imaginativa e restrita à realidade, bem como a manifestação de distúrbios específicos nas funções simbólicas e afetivas, apresentando um estilo de comunicação inexpressiva, tenderão a resultar nas clássicas doenças psicossomáticas." Para Marty, há nestes pacientes uma regressão do Ego a níveis defensivos mais arcaicos de desenvolvimento e que apresentam o que denominou "Pensamento Operatório" = pensamento racional e concreto.

Estes mesmos distúrbios foram também estudados por Nemich e Sifneos, em 1970. Introduziram o termo Alexitimia para designá-los.

"Valorizamos a criatividade, o improviso, desde que isso não venha colocar em prejuízo a finalidade última que é o paciente"

Traduzindo diretamente do Grego: a = falta, negação; sem Lexis = palavra e Tumus = sem afeto. Alexitimia, seria então, a pessoa que não tem palavras para as emoções. Não consegue distinguir um afeto de outro. Falta-lhe imaginação, intuição e fantasia.

Repassamos Joyce Mc Dougall e outros, que vêm os fenômenos assim manifestados, a partir do ponto de vista psicanalítico, como sendo um grupo de defesas desenvolvimentais estreitamente aliado à negação e à cisão. Esses pacientes se agrupam no que chamou de Somatizantes Joyce, que no início considerava o sistema psicossomático desprovido de um significado simbólico, passou a considerar o funcionamento

somático como forma de comunicação, isto é, o paciente que fala através do corpo, de seus sintomas.

Passeamos pelos textos de Winnicott, principalmente pelo seu artigo "Desenvolvimento emocional primitivo" (1945), onde tratou da integração no desenvolvimento humano MENTE – CORPO, entre partes do corpo, entre o Eu e o ambiente. A expressão – "Os limites do psique – soma" criada por ele supõe os limites do psiquismo e do soma.

Na área da Pediatria, seu interesse pela Psicossomática se revela principalmente nos trabalhos: "Apetite e Perturbação Emocional" de 1936, "Ansiedade associada à Insegurança", publicado em 1952 e a "Tolerância do Sintoma na Pediatria" (1953).

Sua grande contribuição no terreno da psicossomática, entretanto, é "A Enfermidade Psicossomática em seus Aspectos Positivos e Negativos" de 1964. Refere Winnicott que o processo da personalização se faz no indivíduo por volta de um ano de idade. Descreve o processo simultâneo da mente inscrever-se no corpo, ao contrário da despersonalização ocorrida nas Psicoses, onde o Sujeito percebe seu corpo como não lhe pertencendo. É aí que encontramos a nítida perturbação do Self, de suas fronteiras, da parceria psicossomática.

A visão de Winnicott da parceria

psicossomática vai desde os estados dissociados não relacionados a uma patologia somática e que passa pelos distúrbios funcionais do SELF, até as dissociações que geram as doenças psicossomáticas propriamente, como a Anorexia Nervosa, que ele tanto estudou, escreveu e relatou nos seus últimos anos de vida.

Descreveu com propriedade a diferença entre Sintoma Psicossomático (coçar-se compulsivamente, provocando lesões na pele) e Doenças Psicossomáticas propriamente ditas (referindo-se a hipertensão arterial, doenças coronarianas, etc.).

Resultados

A experiência no desenvolvimento deste módulo, apesar de recente, tem-se revelado profícua e desafiante. Estimulado, o grupo tem dado mais expressão aos seus sentimentos, opiniões, críticas e ao livre trânsito da fala e da escuta.

Valoriza suas reações transferenciais e contra-transferenciais; observa a leitura flutuante dos diferentes tipos de pessoas, principalmente nos soropositivos.

Enfim, oportuniza à equipe médica reconhecer-se mais capaz no lidar com as dificuldades e

"O grupo tem dado mais expressão aos seus sentimentos, opiniões, críticas e ao livre trânsito da fala e da escuta"

diferenças no manejo com o paciente, tornando-o mais seguro e confiante. Observamos também o esboçar de sentimentos, ditos

mais positivos, de uma postura Psicossomática dessa equipe probanda, em substituição à desesperança, dependência, culpa, distanciamento e revolta, resultando em um processo de resgate da auto-imagem profissional e pessoal

mais satisfatória.

Conclusão

A presença de um profissional com formação em Psicanálise demonstra, nesta observação, a importância do "animateur" (grupo

Balint) na equipe multiprofissional, objetivando, através da mobilização intensa da dinâmica da equipe de profissionais da saúde e sua repercussão para o bem estar de ambos, tanto o que trata, como daquele que é tratado

Referências Bibliográficas

- ACIOLY, Álvaro. *Impacto da Civilização da Saúde Mental*. Rev. Bras. Med. Psicossomática 1 (4) 1997.
- ALEXANDER, F. *Medicina Psicossomática, Princípios e Aplicações*. pg. 21, Artes Médicas, Porto Alegre, 1989.
- CAMPOS, Francisco I. *A Medicina e a Política*. Rev. de Patologia Tropical. 25 (2): 175, Julho a Dezembro de 1996.
- FADDEN, M. A. J. Mac. *Breve Histórico sobre a Contribuição da Psicanálise para a Medicina Psicossomática*. Jornal Paulistano de Psicossomática, 16 de Janeiro, Fevereiro e Março de 1998.
- FILHO, Júlio de Melo. *Winnicott em Trânsito, limites da Psique-soma*. Rev. Bras. de MI (3), Julho, Agosto, Setembro de 1997.
- GRODDEK, G. W. (1932). *O Livro Disso*. Ed. Perspectiva S.A. Segunda edição, São Paulo, 1988.
- MARTINS, L. A. Nogueira et. al. *O Exercício Atual da Medicina e a Relação Médico-Paciente*. Rev. Bras. Clin. Terap. ; 24 (2) Março, 1998.
- WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1994.

Maria Helena de Araújo
Assistente Social HD/HU/UFAL



Uma Proposta de Interdisciplinaridade no Hospital Dia



Introdução

No trabalho de assistência no Hospital Dia à pessoa vivendo com HIV/AIDS busca-se reconstruir a unidade desse paciente visando a melhor qualidade de vida. Nesse sentido, a equipe definiu como pressuposto teórico-metodológico a perspectiva de interdisciplinaridade como direção da nossa prática. Uma prática ousada que se propõe a romper com o especialismo que fraciona a realidade, transformando-a num "modelo fechado e linear de visão de mundo" (Costa-1998; 129).

Essa fragmentação, própria do positivismo que, ao longo da história investiu no "esmigalhamento do saber", que segundo Japiassu, "faz com que a humanidade perca cada vez sua

ligação com a realidade humana... devemos considerar como alienada e alienante toda ciência que se contenta em dissociar e em desintegrar seu objeto" (Japiassu, 1976; 20).

A vivência tem reafirmado que nenhum profissional, por si só, é capaz de trabalhar com todas as vulnerabilidades que surgem com o processo do adoecer humano. Dessa forma, nos deparamos com o sentimento de impotência frente a complexidade das questões que exigem de nós a busca do saber das diversas áreas do conhecimento.

A perspectiva interdisciplinar surge no universo dos profissionais do H. D. como possibilidade de fortalecimento do nosso desejo de trabalhar no coletivo, pois "é no âmbito da instituição que, enquanto Assistente Social sentimos a verdadeira motivação

para a efetivação de uma praxis na perspectiva da interdisciplinaridade, como possibilidade de efetivamente relacionar teoria e prática no marco da direção teórico-metodológica e filosófica que norteia o projeto profis-

sional de Serviço Social” (Costa, 1998). Neste sentido, para fortalecimento e conquista da adesão da equipe à proposta, nossa primeira preocupação foi construir os alicerces para o fortalecimento de um projeto interdisciplinar na perspectiva de um trabalho coletivo, pois, segundo Mourão, para implantação da prática interdisciplinar “é essencial a seleção de profissionais que estejam identificados politicamente com o projeto assistencial inovador e que possuam flexibilidade e competência para trabalhar com os novos modelos e práticas propostas” (Mourão, 1987: 152).

“A vivência tem reafirmado que nenhum profissional é capaz de trabalhar com todas as vulnerabilidades que surgem no processo do adoecer humano”

Ainda, segundo o autor, “é fundamental criar uma vontade política o mais consensuada possível entre o trabalhador da equipe em torno de um projeto teórico, político e assistencial, que contemple as novas perspectivas e experiências concretas. É fundamental uma estrutura democrática, sem privilégios corporativos, mecanismos de discussão e decisão horizontais que estimulem a negociação constante, o que não significa de forma alguma cair no democratismo e complacência generalizada”. Particularmente, para se trabalhar com pessoas que convivem com HIV/AIDS faz-se necessário tomar como referên-

cia conceito de Saúde Pública, Solidariedade e Assistência como Políticas Públicas, como princípio da nossa prática, ainda porque o que define a existência do Hospital Dia é o paciente de HIV/AIDS e outras doenças infecciosas.

Cabe salientar que o profissional que não se identifique com a proposta de trabalho interdisciplinar, certamente

obstaculariza ou até impede os avanços dessa concepção de trabalho, deixando de contribuir principalmente para que os pacientes, familiares e estudantes, avancem criticamente na perspectiva de romper com a visão de uma prática corporativista e fragmentada. Foi pensando nessa ruptura que a equipe elaborou um plano de trabalho a partir do planejamento construído coletivamente, onde através da troca de saberes e enriquecimento mútuo, definimos como objetivo a ser perseguido proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes de HIV/AIDS. Nessa direção cabe a nós buscarmos formas de enfrentar essa pandemia, na consolidação de uma vida mais digna com trajetória de conquistas e vitórias, superação de preconceitos e discriminação. Ou seja, intervir na ótica da assistência enquanto direito do usuário, garantido constitucionalmente.

Em um trabalho dessa natureza a história de vida desses pacientes de HIV/AIDS é resgatada e partilhada por todos os profissionais que fazem a equipe do H. D. para que suas

ações sejam conduzidas tendo em vista o objetivo proposto no coletivo.

Conclusão

A partir do conhecimento de sua história de vida, busca-se alternativas de superação no sentido de minimizar questões surgidas com o diagnóstico, não se impondo comportamentos preestabelecidos e autoritários, onde o poder dos mais poderosos esteja acima do paciente, sem considerar as questões de cada indivíduo, a sua situação sócio-econômica, o desemprego e as condições subhumanas que a sociedade impõe para a maioria dos nossos usuários.

Assim, tais iniciativas na implementação das ações do Hospital Dia, visando promover atendimento integral, dando mais ênfase as questões de vida dos usuários, com avaliação conjunta das ações relacionadas aos diversos saberes no trabalho interdisciplinar, têm elevado o nível de satisfação dos pacientes, maior resolutividade no tratamento e desen-

“A perspectiva interdisciplinar surge no universo dos profissionais do H. D. como possibilidade de fortalecimento do nosso desejo de trabalhar no coletivo”

volvimento de sentimento de responsabilidade coletiva.

Que a interdisciplinaridade aqui vivenciada deixe como resposta um “não ao especialismo cego”, que não desenvolve a consciência da relatividade em suas áreas de domínio e da importância da

complementariedade. Que desenvolva novas práticas que respeitem as particularidades dos pacientes e dos profissionais envolvidos, sem negligenciar a compreensão do todo. A interdisciplinaridade como uma proposta de condução da prática profissional no sentido de romper com o especialismo presente em

grande parcela dos segmentos científicos - já que o saber, na pós-modernidade, passou a ser uma construção coletiva - exige que a articulação entre as diversas especialidades deve extrapolar a dimensão teórica e engebrar-se na dimensão pragmática do fazer diário, para que possa gerar frutos capazes de determinar no-

vas formas de interação e de saberes que redundem em benefícios para coletividade.

Romper a estrutura de especificidade de cada disciplina proporcionando uma interrelação e integração plena é o caminho para se criar um exercício profissional harmônico, coeso e interdependente

Referências Bibliográficas

ANDRADE, Rosa Maria Calaes de (94/95). *Interdisciplinaridade: um novo paradigma*. Revista Dois Pontos.

COSTA, Maria Betânia Buarque Lins (1998). *Interdisciplinaridade e Serviço Social*. Anais do 9º Congresso Brasileiro de Serviço Social. Goiânia.

JAPIASSU, Hilton (1976). *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Ingo, Rio de Janeiro.

MOURÃO, Eduardo (1997). Revista de Serviço Social e Sociedade, nº 54. *Descentralização, Cidadania, Participação*. Cortez, São Paulo.

“Muito sofrimento em nível familiar, social e sexual, uma verdadeira reviravolta na minha vida. Sinto-me discriminado. Conto agora com a esposa que, mesmo sabendo, se calou e continua do meu lado. Sinto falta dos amigos e família que sumiram”

Depoimento de um paciente portador de HIV/AIDS do Hospital Dia/HU/UFAL

Muito diferente dos seus irmãos, seria possível, em
 qualquer momento da sua vida, abandonar
 qualquer coisa e ir-se embora sem nunca mais voltar.
 Talvez, ao longo da vida, ele tenha feito isso. Talvez, em
 algum momento, ele tenha se separado da família sem nunca mais voltar.

Quando ele se separa, ele se separa para sempre.

Perceber-se interdisciplinar:

"É sentir-se componente de um todo...

Parte de um universo e um universo à parte...

É juntar esforços na construção do mundo.

Reintegrando-se no outro,

para, com ele,

Reintegrar-se no NOVO...

É saber que a liberdade está em afirmar-se,

integrando-se,

Que o crescer histórico consente em ser retardado.

Nunca eternamente impedido...

É conhecer no universo,

'unidade na diversidade'.

E estar consciente de que o evoluir é lei legal...

Pois,

Quando a mente é perturbada,

Produz-se a multiplicidade das coisas;

Quando a mente é tranqüila,

A multiplicidade das coisas desaparece"

(Ivanir Fazenda)

