

# Sumário

## 1ª Parte

Qual o Remédio mais Eficaz Contra a AIDS.....	9
<b>Depoimento de um paciente do HD/HU/UFAL</b>	
O "Padrão-Ouro" de Controle da Infecção pelo HIV no HD/HU/UFAL .....	11
<b>Arthur Maia Paiva</b>	
Diagnóstico da Infecção por HIV através da Saliva.....	15
<b>José Lécio Machado</b>	
O Impacto da Adesão no Tratamento de HIV/AIDS no HD/HU/UFAL .....	22
<b>Mária Helena de Araújo</b>	
Relato de Experiências no Atendimento a Pacientes de HIV/AIDS no Hospital Dia/HU/UFAL .....	24
<b>Márcia Guimarães</b>	
Incidência e Determinação dos Tipos Oncogênicos de HPV nos Pacientes Portadores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).....	28
<b>Manoel Álvaro Lins Neto e Marcelo Nicácio Santa Cruz</b>	
Co-Infecção M. Tuberculosis/HIV no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do Hospital Universitário .....	31
<b>Tereza Paula dos Santos</b>	

## 2ª Parte

Hepatites Virais: Experiência no Ambulatório do HD .....	33
<b>Leila Mª S. Tojal de B. Lima e Andréa M. Agra de Omena</b>	
Incidência de Tuberculose em Pacientes Atendidos no HD/HU/UFAL ....	36
<b>Zeus P. B. Nascimento e Sérgio Silva Pereira</b>	

# ARTIGO

Paciente do HD/HU/UFAL

## Qual o Remédio mais Eficaz Contra a AIDS?

Meses atrás passei pelo período mais difícil da minha vida, havia descoberto que era portador do HIV. Como é natural a qualquer um que passa por tal situação, fiquei desesperado, senti o mundo desabar sob minha cabeça, a vida arruinava. Daí para frente estava fadado a ser discriminado pela sociedade, abandonado por todos e ter a própria morte anunciada. Passei então à experiência de ter meu inferno próprio, em que Deus me castigava por ter transgredido suas leis. Sentença, teria que pagar com a própria vida. Entrei no processo de depressão, sentia o peito dolorido, não iria suportar aquilo sozinho, mas ainda não estava preparado para dividir minha desgraça com alguém.

Confirmada minha condição, fui qual animal em direção ao matadouro contar a triste notícia a meus amigos. Qual seriam as reações? Sentia o medo da rejeição. Para minha surpresa fui envolvi-

do por braços, que me abraçaram como só uma mãe ao filho poderia dar com tanta ternura.

Além de tantos temores, havia mais um terrível que me atormentava: "teria contaminado meu companheiro?" Ele não merecia, tão jovem, tanto que viver. Havíamos começado nosso relacionamento há alguns meses e tudo estava tão bom. Precisava fazer o exame para confirmar, mas como falar tal coisa? Por onde iria começar? Sentia-me impotente e responsável pela situação. Reuni forças mais uma vez e lhe contei. Eu havia me preparado para qualquer coisa, abandono, rejeição, ódio, só pedia a Deus (se é que ainda podia pedir alguma coisa) que o poupasse, pois o meu sentimento de culpa seria imenso. Sua reação foi instantânea, as coisas se misturavam em sua cabeça, aliada ao medo e à insegurança quanto ao futuro. Estávamos vivendo um pesadelo a partir de então. Meu médico havia me encaminhado para o Hospital Dia, a fim de ter acompanhamento. Pedi ao meu companheiro para irmos juntos, que fizesse seu exame. Ao chegarmos fo-

mos recepcionados por pessoas gentis, humanas e que nos acolheram com muito amor. Nos aliviaram de grande parte das tensões e abriram as portas para lhes procurarmos quando precisássemos. Iniciei meu tratamento e meu companheiro fez o exame, que resultou negativo posteriormente.

Retornamos mais tranquilos, e dias após ouviria do meu companheiro o seguinte: "Não importa a sua condição, nem a minha condição, eu vou ficar contigo, esteja também contaminado ou não, pois o amor que sinto por você é maior do que tudo, maior que o vírus, a doença e até maior do que a própria morte". Desabei num choro incontrolável, como poderia existir nesse mundo sentimento tão nobre?

Auxiliado por meus amigos, pelo companheiro e amigos do HD, decidi mudar a minha vida, pois ela deveria continuar, apenas teria que tomar medicações em

# ARTIGO

Paciente do HD/HU/UFAL

## Qual o Remédio mais Eficaz Contra a AIDS?

Meses atrás passei pelo período mais difícil da minha vida, havia descoberto que era portador do HIV. Como é natural a qualquer um que passa por tal situação, fiquei desesperado, senti o mundo desabar sob minha cabeça, a vida arruinava. Daí para frente estava fadado a ser discriminado pela sociedade, abandonado por todos e ter a própria morte anunciada. Passei então à experiência de ter meu inferno próprio, em que Deus me castigava por ter transgredido suas leis. Sentença: teria que pagar com a própria vida. Entrei no processo de depressão, sentia o peito dolorido, não iria suportar aquilo sozinho, mas ainda não estava preparado para dividir minha desgraça com alguém.

Confirmada minha condição, fui qual animal em direção ao matadouro contar a triste notícia a meus amigos. Qual seriam as reações? Sentia o medo da rejeição. Para minha surpresa fui envolvi-

do por braços, que me abraçaram como só uma mãe ao filho poderia dar com tanta ternura.

Além de tantos temores, havia mais um terrível que me atormentava: "teria contaminado meu companheiro?" Ele não merecia, tão jovem, tanto que viver. Havíamos começado nosso relacionamento há alguns meses e tudo estava tão bom. Precisava fazer o exame para confirmar, mas como falar tal coisa? Por onde iria começar? Sentia-me impotente e responsável pela situação. Reuni forças mais uma vez e lhe contei. Eu havia me preparado para qualquer coisa: abandono, rejeição, ódio, só pedia a Deus (se é que ainda podia pedir alguma coisa) que o poupasse, pois o meu sentimento de culpa seria imenso. Sua reação foi instantânea, as coisas se misturavam em sua cabeça, aliada ao medo e à insegurança quanto ao futuro. Estávamos vivendo um pesadelo a partir de então. Meu médico havia me encaminhado para o Hospital Dia, a fim de ter acompanhamento. Pedi ao meu companheiro para irmos juntos, que fizesse seu exame. Ao chegarmos fo-

mos recepcionados por pessoas gentis, humanas e que nos acolheram com muito amor. Nos aliviaram de grande parte das tensões e abriram as portas para lhes procurarmos quando precisássemos. Iniciei meu tratamento e meu companheiro fez o exame, que resultou negativo posteriormente.

Retornamos mais tranquilos, e dias após ouviria do meu companheiro o seguinte: "Não importa a sua condição, nem a minha condição, eu vou ficar contigo, esteja também contaminado ou não, pois o amor que sinto por você é maior do que tudo, maior que o vírus, a doença e até maior do que a própria morte". Desabei num choro incontrolável, como poderia existir nesse mundo sentimento tão nobre?

Auxiliado por meus amigos, pelo companheiro e amigos do HD, decidi mudar a minha vida, pois ela deveria continuar, apenas teria que tomar medicações em

horários regulares e tomar alguns cuidados. Após alguns meses cheguei a zerar a carga viral, coisa que não é fácil, requer disciplina, força de vontade, tomar os remédios no horário certo. Aliada a essa lista, tantos outros que não dependem muitas vezes do paciente, como alimentação adequada, dinheiro para despesas, coisas que nem todos têm num país tão cheio de desigualdade como o nosso, com tanta gente

desempregada ou subempregada. Apesar de todas as coisas enumeradas acima serem importantes, existe uma coisa fundamental para o sucesso do tratamento: estar de bem comigo mesmo e com a vida. Caso não tivesse recebido apoio de tanta gente, não sei se realmente gostaria de continuar vivendo, e foi descobrindo o amor das pessoas que passei a lutar pela vida. Hoje não sou mais o mesmo, não por ser diferente, por ser portador do HIV, mas sim por ser uma pessoa melhor do que eu era.

Se perguntarem se hoje sou feliz, responderei com toda a convicção que sim.

Você que está lendo este texto, a sua contribuição é muito importante. Na primeira oportunidade dê um sorriso, um abraço, uma palavra de carinho, pois o remédio mais eficaz contra a AIDS não tem aqueles nomes complicados (zidovudina, lamivudina ou didanosina). O remédio mais eficaz você pode dar de graça, e ele se chama simplesmente AMOR.

## ARTIGO

Assistente Social do HD/HU/UFAL



Maria Helena Araújo

### O Impacto da Adesão no Tratamento de HIV/AIDS no HD/HU/UFAL

O Hospital Dia – Serviço de Infectologia do Hospital Universitário-Ufal, desde 1998, apresenta uma inovadora modalidade de Proposta Interdisciplinar no Hospital Universitário que prioriza, dentre outros aspectos, a redução de internamentos, a não ocorrência de infecção hospitalar em um paciente já imunodeprimido, a adesão ao tratamento e a permanência do paciente no meio social, familiar e profissional, os quais estão diretamente associados à qualidade da assistência prestada no serviço (1).

Para que se compreenda a operacionalização das ações que resultam nesta qualidade da assistência, portanto, é necessário dar visibilidade ao processo de construção coletiva do trabalho desenvolvido pela equipe.

O Grupo de Adesão, uma das ações implantadas no Hospital Dia – proposta pelo Ministério da Saúde para promover adesão ao tratamento anti-retroviral, através da estratégia de, em grupo, oportunizar ao paciente um espaço para expor seu

posicionamento, emitir opiniões, tirar dúvidas e superar a dificuldade de adesão ao tratamento, possibilitando-o acreditar que as mudanças dependem fundamentalmente de cada um (2) – em nosso serviço representa um fortalecimento das ações que já eram trabalhadas em nível individual pela equipe interdisciplinar, a qual já havia definido no planejamento estratégico, elaborado em janeiro de 1999, que sua principal missão no atendimento a pacientes com HIV/AIDS seria buscar a melhoria da qualidade de vida através da adesão ao tratamento. Assim, o Grupo de Adesão do HD trabalha questões tais como: realidade social; adesão como qualidade de vida, prazer e negociação; efeitos colaterais da medicação, alimentação adequada; solidariedade, disponibilidade para o encontro, tratamento adequado a cada paciente e legislação sobre DST/AIDS.

A participação do Grupo de Adesão, a confiança na assistência clínica e a vontade do paciente de conservar sua saúde formam o tripé de susten-

tação de uma nova e mais ampla forma de lidar com o tratamento da AIDS (2).

O que se construiu socialmente sobre a AIDS é tão marcante que o indivíduo, ao se saber portador do HIV, vê diante de si a morte como perspectiva. A equipe trabalha a partir desta realidade – do que se tem construído diante do diagnóstico – alargando horizontes no sentido de possibilitar a reelaboração de conceitos e projeto de vida, cada um dentro de sua perspectiva de atuação profissional.

Transcreveremos abaixo alguns depoimentos de pacientes em início de tratamento

“ Vou me suicidar! Não suporto mais a rejeição da minha família. Sou completamente isolado. A família rejeita totalmente, provoca, agride... ‘Sem condições de convivência!’”

“– Acreditei que ia morrer, pois tive um irmão que morreu de AIDS e pensei que aconteceria o mesmo comigo. Foi um desespero: dei as minhas roupas, jóias... para mim era o

fim”.

“– Minha namorada me deixou, fiquei desempregado devido à doença, sinto-me discriminado pelos amigos”.

“– A vida acabou para mim. Não trabalho mais. As pessoas ficaram sabendo e veio um medo muito grande”.

Nesse contexto, a equipe teve como instrumento privilegiado de ação o relacionamento entre o paciente e o profissional e a socialização das informações às pessoas que vivem com AIDS.

Nesse processo, o Serviço Social do setor utiliza-se de uma abordagem à história de vida do paciente – é um processo centrado na escuta, incentivo, apoio e clarificação das vivências sócio-emocionais. O estímulo à verbalização e à solidariedade conduz à promoção de experiências positivas e ao estabelecimento de projeto de vida que extrapola a superação da doença e busca qualidade de vida. Busca-se, ainda, minimizar questões surgidas com o diagnóstico, tratamento e convivência com a doença. O olhar é voltado não só para o Direito – que é o atendimento resolutivo, em termos de procedimento concreto – mas para o fortalecimento da família e desmistificação da doença.

O trabalho interdisciplinar é algo complexo. Implica em solidariedade, respeito às diferenças, equidade, reciprocidade, possibilidade de se colo-

car livremente. Precisamos “estar por inteiro” a cada atendimento; reconhecer o que fazemos e a dimensão política e ética que isso significa.

Destacamos depoimentos que demonstram a trajetória de 1 ano de nosso trabalho no sentido de motivar o paciente no processo de superação das limitações reais que a doença impõe.

“– Meu pai é ignorante, mas tem mudado com as informações que tem recebido. O melhor mesmo é que não sou visto mais como um doente. Engordei 15kg e zerei minha carga viral”.

“– Aquele momento de tristeza e escuridão foi para o meu nascimento. Claro que ainda me sinto uma criança nesse novo nascimento, mas já posso me considerar vitorioso”.

“– Cada vez tenho a certeza que esta realidade vai mudar. Me dê um abraço! Quase zerei minha carga viral. Será que o resultado desse exame está certo mesmo?”.

“– Quero procurar viver melhor, me poupar do trabalho, me cuidar mais, para viver melhor. Antes trabalhava muito, queria vencer. Hoje mudou tudo. Quero viver!”.

Com dois anos de trabalho desenvolvido dentro desta concepção, o HD até a primeira quinzena de dezembro de 2000 conta com 104 pacientes em uso de anti-retrovirais, dos quais 20% apresentam-se com carga viral indetectável, apesar de um controle da

carga viral para menos de 5.000-10.000 cópias de RNA-HIV/ml ser considerado satisfatório na maioria dos casos.

Esses resultados representam a coerência da prática desenvolvida com ações concretas que resgatam a qualidade de vida:

“– Estou satisfeito por ter zerado minha carga viral. Isso é incrível! Espero viver muito tempo, para ver as pessoas olharem isso com naturalidade”.

“– Isso aqui é como se fosse minha casa. Já estou mais acostumado, não tenho mais tanto medo que as pessoas descubram”.

Por fim, reafirmo a crença de que o nosso compromisso enquanto Assistente Social neste projeto constituiu-se, fundamentalmente, em um compromisso ético-político com as pessoas que vivem a discriminação, o preconceito, de uma sociedade excludente, desigual, que restringe direitos e limita o acesso aos serviços de saúde, que nega a possibilidade de vida e condena a pessoa que vive com AIDS a um destino fatalista.

O nosso papel profissional é reverter esta situação, através da solidariedade, da afetividade, da esperança, do trabalho coletivo, includente, emancipatório, que resgata no indivíduo o amor pela vida, além do engajamento político na luta e defesa das Políticas Públicas.

## Referências Bibliográficas

1. Nemes MIB. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de São Paulo, Ministério da Saúde, 171 p, 2000.
2. Grupo de Adesão. “Treinamento para Formação de Grupos de Adesão”. Ministério da Saúde, Salvador, 2000.



Psicóloga do HD/HU/UFAL



Márcia Guimarães

## Relato de Experiência no Atendimento a Pacientes de HIV/AIDS no HD/HU/UFAL

### Os estímulos...

- "Eu era um prostituto, recebia qualquer quantia, qualquer dinheiro era bem vindo..." (Sexo masc, 30 anos)*  
*"Antes eu passava a noite toda atrás de homens, eu parecia um animal, veja onde cheguei..." (Sexo masc, 29 anos)*  
*"Gostaria de saber se é só um órgão que faz com que eu tenha desejos sexuais, porque se for, gostaria que fosse arrancado..." (Sexo masc, 30 anos)*  
*"Eu não vou negar, confesso que quando soube que era portador, fiquei desesperado, contaminei propositalmente mais de 20 pessoas".*  
*"Eu sempre pensei em ser uma pessoa reta, um sacerdote consagrada, por que Deus não interferiu..." (Sexo masc, 39 anos)*  
*"As vezes não me sinto normal, é uma tristeza profunda, uma falta de mim mesmo..." (Sexo masc, 34 anos)*

### Algum tempo depois...

- "Eu comecei a lutar, sei que posso ser feliz mesmo com o vírus..." (Sexo masc, 44 anos)*  
*"Hoje estou tentando refazer a minha vida do nada..." (Sexo masc, 29 anos)*  
*"Estou tentando resgatar o que eu tinha de bom e se perdeu..." (Sexo masc, 30 anos)*  
*"Lá em casa não falamos mais em doença e morte, falamos em vida e fazemos planos..." (Sexo masc, 36 anos)*  
*"É uma pena que o medo e a desinformação sobre a doença, ainda dominem determinadas condutas discriminatórias..."*

### Introdução

Este trabalho é o resultado da prática desenvolvida no Hospital – DIA do Hospital Universitário da Universi-

dade Federal de Alagoas.

A partir do conhecimento de sua sorologia positiva para HIV, os indivíduos passam por estágios que envolvem não só os problemas orgânicos,

mas também os psicossociais, sendo este a princípio o de maior prejuízo para essas pessoas, pois enquanto portadores, geralmente não apresentam doença oportunista, mas os problemas

emocionais estão presentes desde o conhecimento do resultado da sorologia.

Diante das dificuldades vivenciadas pelos portadores e aqueles em estado de AIDS, verificamos que a assistência psicológica age como suporte e elemento clarificador na dinâmica intrapsíquica. Estar junto durante todo o processo, bem como atuar como facilitador para reflexões e tomadas de decisões deve fazer parte da dinâmica na relação do profissional da saúde.

Nesta relação é estabelecida uma cumplicidade, uma "escuta, uma familiaridade". Manter a "possibilidade" é muito útil nesse momento em que se descobre que é portador e doente de AIDS, e o psicólogo estando mais qualificado para a "escuta" seletiva é capaz de dinamizar a qualidade de vida dessas pessoas em conjunto com toda a equipe, de saúde.

O portador de HIV e doente de AIDS é um indivíduo como qualquer outro que apresenta além das dificuldades e comprometimentos orgânicos, exacerba alterações psicológicas, de caráter social, provocadas pelo abandono, agressão, rejeição, pela perda dos sonhos e expectativas de vida.

As reações da família são as mais variadas possíveis e nem sempre estas estão bem estruturadas. Observamos dificuldades em aceitar e compreender a doença, tornando-se difícil a reintegração do indivíduo. Algumas famílias demonstram interesse em auxiliar e a recuperar seu ente próximo, mas sempre deixando claro um forte sentimento de reprovação pelo estilo de vida que o indivíduo assumia, dessa forma gerando culpa e punição a essas pessoas.

Ainda com relação à família, frente à questão do cônjuge ou parceiro

sexual do contaminado, observamos "resistência" ao uso do preservativo. Levando-se em conta também essas questões verificamos que o relacionamento conjugal é bastante afetado. Essa dificuldade pode tornar-se caótica quando a contaminação se dá com pessoas do mesmo sexo.

Nesse caso, o atendimento à família torna-se mais complicado e até que toda a situação seja esclarecida e se torne transparente, o que nem sempre ocorre, uma vez que a pessoa prefere que "acreditem" ter adquirido o vírus em relações heterossexuais a reconhecer sua condição perante a mulher de homem que faz sexo também com homem.

### Objetivo

Contribuir para a melhoria do quadro clínico e psicossocial dos portadores de HIV e em quadro de AIDS, do Hospital - Dia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas;

Respaldar novos investimentos profissionais no atendimento às pessoas infectadas pelo HIV e em estado de AIDS;

Oferecer subsídios para a ciência psicológica no trato ao portador de HIV e em quadro de AIDS.

### Metodologia

Desde que foi definida como uma doença fatal e transmissível, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) provocou e ainda provoca importantes transtornos à sociedade e mais contundentemente às pessoas acometidas pelo vírus do HIV e em quadro de AIDS.

A nossa população consiste unicamente das pessoas que procuram o

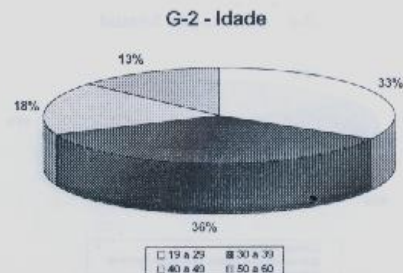
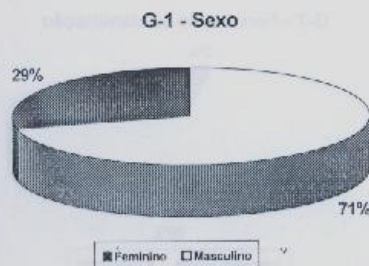
Hospital - Dia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas. Aqui fazem parte de nossa amostra 45 sujeitos, sendo 32 do sexo masculino e 13 do sexo feminino, portadores de HIV/AIDS. São indivíduos de classe baixa e média, com escolaridade que varia do ensino fundamental ao superior.

A primeira etapa do nosso trabalho no Hospital Dia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas, se constitui de uma anamnese, quando realizamos os seguintes apontamentos: idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil, religião, profissão, seguido dos questionamentos sobre quando tomou conhecimento de seu diagnóstico, a(s) forma(s) de contaminação, o conhecimento da família e de outras pessoas, quais tomam reflexos deste fato em sua vida pessoal, afetiva, relações de trabalho e quais os interesses futuros.

Normalmente a anamnese se fecha com uma a duas sessões. Logo após essa dinâmica partimos para procedermos o agendamento para início do tratamento psicoterápico individual e em grupo.

### Resultados

Com relação às características pessoais, observamos no gráfico 01, predominância do sexo masculino, enquanto que o sexo feminino corresponde a minoria de pessoas infectadas e doentes de AIDS. Verificamos que as restrições sociais e religiosas influenciam no comportamento feminino. Com relação ao sexo masculino historicamente sempre houve maior condescendência; hipotetizamos então que a ocorrência do maior número de casos no sexo



masculino esteja ligado às questões socioculturais, as quais influenciam as identidades masculino e feminino.

No gráfico 02, com relação à idade, há um maior número de casos na faixa etária dos 30 anos – 39 anos, onde verificamos faixa de idade produtiva, objetivos de vida definidos, planos e expectativas para o futuro, geralmente vistos como promissor, mas que, após o conhecimento que é portador de HIV/AIDS, tudo fica para trás e já não tem mais a mesma importância.

Com relação ao gráfico 03, verificamos que as pessoas pertencentes a igreja católica lidera, superando as outras religiões. Os da igreja evangélica vêm em segundo plano, mas observamos um aumento pela preferência dessa igreja em virtude das pessoas acreditarem ser essa igreja mais rigorosa com seus fiéis e como é comum as pessoas sentirem-se culpadas, levantamos a hipótese de que a igreja evangélica passa a ser uma forma

para que essas pessoas possam “expiar seus pecados”.

No gráfico 04, estado civil, verificamos que em maior número estão as pessoas solteiras e em seguida vêm as pessoas casadas, em terceiro vêm os amasiados, os viúvos aparecem em último lugar.

No gráfico 05, trabalho, verificamos que a maior parte dos indivíduos tem uma ocupação, seja fixa ou autônomas; a situação financeira para a maioria é difícil, causando então angústias e ansiedades uma vez que além de serem portadores de HIV e em quadro de AIDS, ainda precisam lidar com a falta de uma alimentação adequada. As pessoas desempregadas apresentam estados mais graves, pois dependem exclusivamente dos familiares que os vêm com uma série de restrições, tais como: a forma de comportamento dessas pessoas, que são consideradas culpadas pelo seu sofrimento e ainda o medo que o HIV/AIDS provoca nas pessoas.

No gráfico 06, referente à orientação sexual, observamos maior número de pessoas contaminadas com o HIV/AIDS, no grupo dos heterossexuais, desses 50% são casados e 50% são solteiros. Em seguida vem o grupo dos homens que fazem sexo com homens e por último o grupo dos bissexuais.

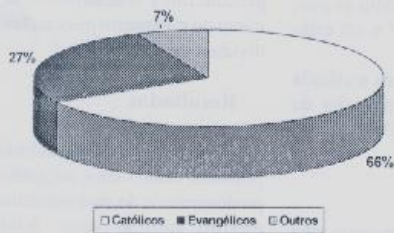
No gráfico 07, verificamos que não foi detectado nenhum caso de contaminação por drogas, um único por transfusão sanguínea e a grande maioria por relação sexual.

Nossa prática tem apontado que essas pessoas mostram curiosidade sobre o HIV/AIDS. Acreditam também que morrerão brevemente e querem saber se há uma medicação que cure definitivamente; isso geralmente acontece logo após o conhecimento de sua sorologia positiva.

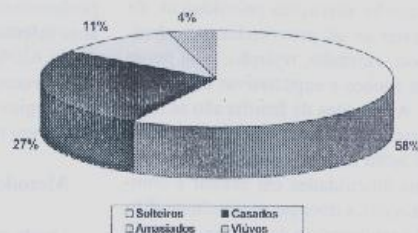
Verificamos também que 70% dos homens que fazem sexo com homens apresentam conflito na área sexual.

Verificamos ainda que as mulhe-

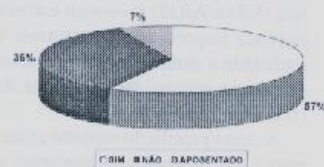
G-3 - Religião



G-4 - Estado Civil



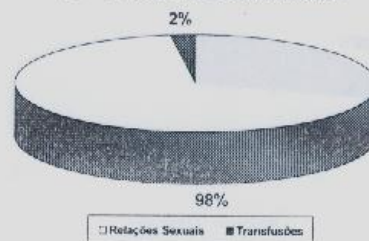
G-5 - Trabalho



G-6 - Orientação Sexual



G-7 - Formas de contaminação



infectado as companheiras.

Conforme análise dos resultados da nossa prática no HD/HU/UFAL, verificamos que após o resultado de sua sorologia positiva, a vida das pessoas

consequências psicológicas são sérias e que, após algum tempo sendo devidamente assistidos, esse quadro tende a mudar, levando essas pessoas a buscarem a superação.

ças aos estudos desenvolvidos e em desenvolvimento, provavelmente será encontrada uma solução para esse problema que atinge milhões de pessoas em todo o mundo.

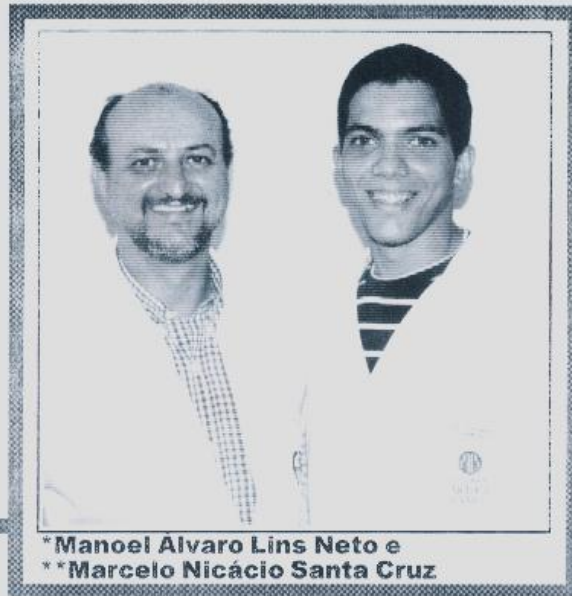
## Referências Bibliográficas

- Acioy, Álvaro, Impeto da civilização na saúde mental. Revista Brasileira médica psicossomática 1C4/1997.
- Buchalla, Cássia Maria et al. Departamento de Epidemiologia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP, Brasil (A. F. R. D. R. N., E. L. C.)
- CAMON, Valdemar A. et al. Psicologia Hospitalar, atuação do psicólogo no contexto hospitalar. São Paulo: Traço, 1984.
- DAVID, Stafford Clark Psicologia e Psiquiatria- 20 ed. São Paulo: globo, 1975.
- GIANOTTI, Arthur. O público e o privado : um olhar na relação do profissional- psicólogo. O jornal Federal. Ano 1990.
- KASTENBAUM, R. e AISENBETG, R. Psicologia da morte. São Paulo pioneira, 1993.
- KLEIN, Melanie et al. Os Progressos da Psicanálise, 20 ed. Rio de Janeiro: Guanahara I Koogan, 1982.
- Kovács, M J Morte e Desenvolvimento Humano. São paulo: casa do Psicólogo, 1991.
- KUBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: martins 1 – antes, 1983.
- LANE, Silvia T. M. e CODO, Wanderley (org.) Psicologia Social : o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- LINN, Geraldo P. Experiência de um psicanalista em um H.U.. Iii: Anais do XIII congresso Brasileiro de Psicanálise, R.S. 1998.
- MAGALHÃES, Belmira, Rita C. et al. Gênero e sexualidade : uma análise do estudante da Universidade Federal de Alagoas, maceió: Edufal, 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico / AIDS. Ano II, nº 3, semana epidemiológica 22 a 34 p. 36/7, jun/ago. 1998.
- PARKER, Richard galvão. Jane. História social da AIDS. Mulheres e AIDS no Brasil. Rio de janeiro: Ed. ABI A/Relume/ Dumará/IMS-UERJ, 1996.
- RISCADO, Jorge Luis de S. AIDS. PREVENÇÃO e Prontidão profissional: um estudo sobre comportamento sexual, conhecimento, representações e prontidão profissional com estudantes da área de saúde da universidade Federal de Alagoas. Disertação de Mestrado em psicologia social, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC, SP. 1928.264 p.
- VERONESI, Ricardo. Doenças Infecciosas e parasitárias. Rio de janeiro: Guanahara koogan, 1991.

## ARTIGO

\* Professor da UFAL

\*\* Doutorando



\* Manoel Alvaro Lins Neto e

\*\* Marcelo Nicácio Santa Cruz

### **Incidência e Determinação dos Tipos Oncogênicos de HPV nos Pacientes Portadores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)**

Atualmente, a infecção genital pelo Papilomavirus humano (HPV) é a doença sexualmente transmissível (DST) viral mais freqüente na população sexualmente ativa. Em 1996, o "Center for Disease Control and Prevention (CDC)" estimava em 500 mil a 1 milhão de casos novos, por ano, de infecção pelo HPV, enquanto mencionava ao mesmo tempo 80 mil casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), 200 a 500 mil casos de herpes, 100 mil casos de sífilis e 800 mil casos de gonorréia. Na ocasião, os índices de HPV eram suplantados apenas por infecção clamidiana (4 milhões) e tricomoníase (3 milhões). (PALEFSKY, 1998, PALEFSKY, HOLLY, RALSTON, 1999).

CRITCHLOW, WHEELER, KOUTSKY, (1998), CRITCHLOW, HAWES KUYPERS, (1998), realizaram estudos empregando o método de hibridização em filtro (FISH) (sensibilidade de 40% e baixa especificidade) constataram a prevalência desta infec-

ção, detectando infecção latente pelo HPV 16 em esfregaços de células cervicais em 17% de uma população normal randomizada e em 29% de gestantes. Questiona-se, porém, a fidedignidade desses resultados, uma vez que o conceito de normalidade foi baseado somente no laudo de citologia negativa, sem avaliação colposcópica ou histológica (ECKERT, WATTS, KOUTSKY, 1998). Mais recentemente, com o desenvolvimento da técnica da reação de polimerase em cadeia (PCR), descobriu-se que infecções pelo HPV podem ser muito mais comuns, atingindo desde portadores assintomáticos até pacientes com câncer invasivo. A prevalência de DNA-HPV em geral, considerando diferentes populações do mundo, tem variado entre 30% e 50%, segundo a técnica de PCR (BRANCA, MIGLIORI, GIULIANI, LEONCINI, 2000).

Nos Estados Unidos e Inglaterra, a incidência de verrugas genitais au-

mentou de 2,5 a 8 vezes durante as duas últimas décadas. Entre os americanos, a incidência de condiloma acuminado aumentou de 13 para 106 casos por 100.000 entre o início dos anos 50 e o final dos anos 70. No Brasil, alguns estudos utilizando a técnica de PCR encontraram diferentes taxas de prevalência em populações variadas. (PALEFSKY, 1998, PALEFSKY, HOLLY, RALSTON, 1999).

Em estudo caso-controle realizado na cidade de São Paulo, observou-se presença de 17% de DNA-HPV no grupo controle.

MELBYE, SMITH, WOHLFART, 1996, pesquisaram a associação entre lesão de colo uterino / lesão anal e presença de HPV por PCR. Concluíram que em 93,3% o exame Papanicolau e o PCR detectaram a presença do vírus e em 49,1% o exame macroscópico era normal com PCR positivo. Em 100% das lesões intraepiteliais positivas tí-

nham PCR positivo, e em 67,4% de pacientes assintomáticos apresentavam HPV positivo.

VAN LANDUYT, MOUGIN, DROBACHEFF, 1993, estudaram a associação entre HPV nas lesões anogenitais dos pacientes com e sem infecção pelo HIV. Verificaram que os pacientes HIV positivos apresentaram uma maior prevalência de HPV com alto grau de oncogenicidade, sugerindo que a imunodepressão facilitaria a infecção pelo HPV e assim contribuiria para o aumento da incidência de câncer anal nesta população.

VAN LANDUYT, MOUGIN, DROBACHEFF, 1993, estudaram a presença de HPV anogenital em pacientes HIV positivos. Esse estudo revelou que 60% da sua amostra estava infectada com HPV, 37% tinham lesão genital e 26% apresentavam lesão anogenital. Os vírus penetram no hospedeiro através de microtraumatismos (fase 0), e, progredem até a camada basal, atravessando a membrana citoplasmática. O

genoma viral é transportado para o núcleo, onde é traduzido e transcrito. O período de incubação varia entre duas semanas a oito meses, e parece estar relacionado com a competência imunológica individual. Três meses após o segmento das primeiras lesões, tem-se início uma resposta imune adquirida que pode conter a infecção (regressão) ou ser insuficiente para eliminá-la (expressão ativa).

As vias de transmissão do HPV são sexual, não-sexual (por fômites) e materno-fetal (gestacional intra e peri-parto). Entre elas, a via mais freqüente é a sexual. Embora não se saiba por quanto tempo o vírus resiste fora do organismo, considera-se que a transmissão por fômites seja viável por um curto período de tempo.

O condiloma acuminado é a lesão perianal mais freqüente nos pacientes HIV positivos. É sabido que existem mais de 80 tipos de HPV, que podem ter maior ou menor poder oncogênico (UMBERTI, FOPPA, ORIGONI,

MAILLARD, 1998). A literatura especializada tem mostrado que os tipos 6 e 11 (não oncogênicos) são os mais comuns nas lesões genitais femininas (SIX, HEARD, BERGERON, 1998). Entretanto, pouco se tem falado sobre os tipos virais das lesões anais. O objetivo do nosso estudo é determinar a prevalência de HPV anal e o seu sub-tipo nos pacientes HIV positivos atendidos no Hospital Dia Infectologia da Universidade Federal de Alagoas.

Estudo caso-série, de seleção consecutiva e prospectiva. Seleção dos pacientes atendidos pelo Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Dia HU/UFAL. O protocolo de avaliação consta de entrevista com o Serviço de Psicologia do HD/HU/UFAL, anamnese, exame proctológico, dois métodos sorológicos para HIV; PCR e Hibridização para HPV. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, tempo de diagnóstico de HIV, lesão macroscópica de condiloma anal, opção sexual e presença de câncer anal.

## Referências Bibliográficas

- 1-Bishop J. W, Emanuel J. M., Disseminated mucosal papilloma/condyloma secondary to human papillomavirus. *Am. J. Surg Pathol.*; 1998 Oct;22(10):1291-5 Nebraska, USA.
- 2-Branca M, Migliore C, Giuliani M, Leoncini L., Squamous intraepithelial lesions (SILs) and HPV associated changes in HIV infected women or at risk of HIV. DIANAIDS Cooperative Study Group. *Eur. J. Gynaecol. Oncol.* 2000;21(2):155-9, Rome, Italy.
- 3-Cheah PL, Looi I.M., Biology and pathological associations of the human papillomaviruses: a review. *Malays J Pathol* 1998 Jun;20(1):1-10, Malaysia.
- 4-Critchlow CW, Wheeler CM, Koutsky LA., Risk of anal carcinoma in situ in relation to human papillomavirus type 16 variants. *Cancer Res.* 1998 Sep 1;58(17):3839-44, Seattle, USA.
- 5-Critchlow C.W, Hawes S.E, Kuypers J. M., Effect of HIV infection on the natural history of anal human papillomavirus infection. *AIDS* 1998 Jul 9;12(10):1177-84 Seattle, USA.
- 6-Crowley-Nowick PA, Ellenberg JH., Cytokine profile in genital tract secretions from female adolescents: impact of human immunodeficiency virus, human papillomavirus, and other sexually transmitted pathogens. *J Infect Dis* 2000 Mar;181(3):939-45.
- 7-Eckert LO, Watts DH, Koutsky LA., A matched prospective study of human immunodeficiency virus serostatus, human papillomavirus DNA, and cervical lesions detected by cytology and colposcopy. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1999;7(3):158-64 Seattle, USA.
- 8-Evans, DV. Anal warts, sexually transmitted diseases, and anorectal conditions associated with human immunodeficiency virus. *Prim Care* 1999 Mar;26(1):81-100 Oregon, USA.
- 9-Goldie SJ, Kuntz KM, Weinstein MC., The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening for anal squamous intraepithelial lesions in homosexual and bisexual HIV-positive men. *JAMA* 1999 May 19;281(19):1822-9, Boston, USA.
- 10-Kuhn L, Sun XW, Wright TC Jr. Human immunodeficiency virus infection and female lower genital tract malignancy. *Curr Opin. Obstet. Gynecol.* 1999 Feb;11(1):35-9 New York, USA.
- 11-Lacey HB, Wilson GE, Tilston P., A study of anal intraepithelial neoplasia in HIV positive homosexual men. *Sex Transm Infect* 1999 Jun;75(3):172-3.

- 12- Liaw KL, Glass AG, Manos MM. Detection of human papillomavirus DNA in cytologically normal women and subsequent cervical squamous intraepithelial lesions. *J Nat Cancer Inst* 1999 Jun 2;91(11):954-60, USA.
- 13- Luque AE, Demeter LM, Reichman RC. Association of human papillomavirus infection and disease with magnitude of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) RNA plasma level among women with HIV-1 infection. *J Infect Dis* 1999 Jun;179(6):1465-9, New York, USA.
- 14- Makris N, Xygakis A, Sakellaropoulos G. Anogenital intraepithelial lesions in HIV positive patients. Report of 3 cases with 3-year follow-up. *Eur J Gynaecol Oncol* 1999;20(4):321-2 Athens, Greece.
- 15- Melbye M, Smith E, Wohlfahrt J. Anal and cervical abnormality in women—prediction by human papillomavirus tests. *Int J Cancer* 1996 Nov 27;68(5):559-64, Copenhagen, Denmark
- 16- Palefsky JM. Human papillomavirus infection and anogenital neoplasia in human immunodeficiency virus-positive men and women. *J Natl. Cancer Inst Monogr*. 1998;(23):15-20 San Francisco, USA.
- 17- Palefsky JM, Holly EA, Ralston ML, Jay N. High incidence of anal high-grade squamous intra-epithelial lesions among HIV-positive and HIV-negative homosexual and bisexual men. *AIDS*, 1998, Mar 26;12(5):495-503 Francisco, USA.
- 18- Palefsky JM. Anal squamous intraepithelial lesions: relation to HIV and human papillomavirus infection. *J Acquir. Immune. Defic. Syndr.* 1999 Aug 1;21 Suppl 1:S42-8 - San Francisco, USA.
- 19- Pera M, Sugranes G, Ordi J, Trias M. Association between human papillomavirus infection, premalignant lesions of anal cancer, and the human immunodeficiency virus: prospective study on subjects with condylomata acuminata. *Med. Clin. (Bare)* 1999 Jun;12;113(1):13-4, Barcelona.
- 20- Poblet F, Alfaro L, Fernandez-Segoviano P, Jimenez-Reyes J. Human papillomavirus-associated penile squamous cell carcinoma in HIV-positive patients. *Am. J. Surg. Pathol.* 1999 Sep;23(9):1119-23 Spain.
- 21- Ryan DP, Compton CC, Mayer RJ. Carcinoma of the anal canal. *N Engl J Med* 2000 Mar 16;342(11):792-800 Boston, USA.
- 22- Six C, Heard I, Bergeron C. Comparative prevalence, incidence and short-term prognosis of cervical squamous intraepithelial lesions amongst HIV-positive and HIV-negative women. *AIDS* 1998 Jun 18;12(9):1047-56, Saint-Maurice, France.
- 23- Torrisi A, Del Mistro A, Onnis GL. Colposcopy, cytology and HPV-DNA testing in HIV-positive and HIV-negative women. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2000;21(2):168-72, Padua, Italy.
- 24- Uberti-Foppa C, Origoni M, Maillard M. Evaluation of the detection of human papillomavirus genotypes in cervical specimens by hybrid capture as screening for precancerous lesions in HIV-positive women. *J Med Virol* 1998 Oct;56(2):133-7 Milan, Italy.
- 25- Van Landuyt H, Mouglin C, Drobacheff C. Anogenital papillomavirus lesions in humans with or without HIV infection. Comparison of colposcopic, histopathological and virological results. 1: *Ann Dermatol Venerol* 1993;120(4):281-6, French.
- 26- Voltz JM, Drobacheff C, Derancourt C. Papillomavirus-induced anogenital lesions in 121 HIV seropositive men. Clinical, histological, viral study, and evolution. *Ann. Dermatol. Venerol.* 1999, May;126(5):424-9, Franch.
- 27- Zielinski GD, Knuistingh Neven A. Condylomata acuminata: a rare symptom of ubiquitous human papilloma virus and not a sign of risk sex behavior. *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 1999 Sep. 18;143(38):1908-13

# ARTIGO

Enfermeira do HD/HU/UFAL



Tereza Paula dos Santos

## Co-infecção M. Tuberculosis/HIV no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no Hospital Universitário

A probabilidade de um indivíduo HIV negativo e infectado por tuberculose vir a adoecer durante toda a sua vida é cerca de 10%, enquanto para o indivíduo HIV positivo a taxa de adoecimento é de 10% a cada ano (SHIMAQ, 1995) revelando assim, a importância entre a associação entre as duas patologias.

A resposta imune protetora do hospedeiro em relação ao M. Tuberculosis depende da capacidade de mobilização de linfócitos T, da categoria CD4, destes reconhecerem os antígenos bacilares e, em interação com os macrófagos, conterem a multiplicação dos bacilos intracelular, com formação de lesão granulomatosa. A infecção

pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) produz uma disfunção progressiva do sistema imune, comprometendo principalmente a imunidade celular mediada pelos linfócitos CD4, tornando estas células incompetentes na defesa contra o germe (VERONESI, 1997).

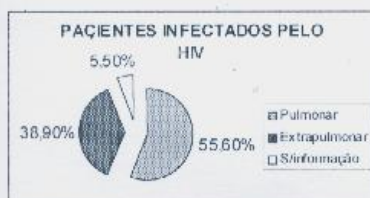
O adoecimento por tuberculose dos indivíduos duplamente infectados, ocorre por reativação de infecções antigas e latentes, ou pela rápida progressão para o adoecimento a partir de infecções recentes.

Um terço da população mundial já entrou em contato com o bacilo de Koch, fazendo aumentar o número de casos de tuberculose nos pacientes

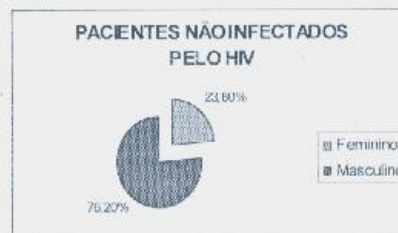
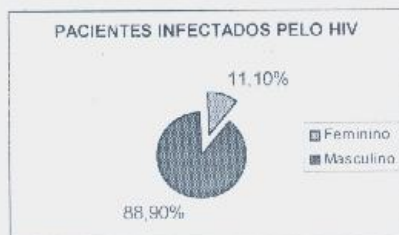
HIV positivos. Em muitos casos, a tuberculose apresenta-se como a primeira manifestação de imunodeficiência; estudos demonstram, que a tuberculose pode também agir como co-fator, acelerando o curso da infecção pelo HIV. (WHALEN et al, 1995).

Em uma avaliação parcial do PCT do Hospital Universitário - UFAL, nos anos de 1996 à 1999, demonstraram que não há uma diferença significativa quanto à forma clínica, sexo e faixa etária, nos pacientes infectados e não infectados pelo HIV. Sendo a principal forma clínica a pulmonar, a predominância do sexo masculino e na faixa etária de 20 à 49 anos. (ver gráficos abaixo).

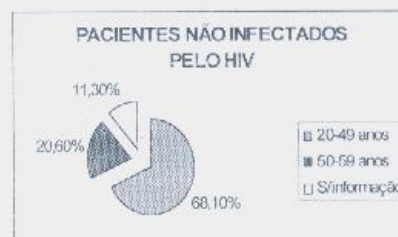
### Forma Clínica



## Sexo



## Faixa Etária



A adesão ao tratamento é um desafio tanto para o paciente como para a equipe de saúde, devido à quantidade de medicação tomada diariamente, interação medicamentosa e reações adversas ocorridas; observamos que a taxa de cura entre os pacientes infectados no período de 1996 à 1999 foi de 55,6%, enquanto o abandono foi de 27,8%.

Desde 1998 iniciamos para todos os pacientes do PCT do HU – UFAL,

um atendimento interdisciplinar, reduzindo a taxa de abandono de 33,3% em 1996 para a ausência de abandono em 1999.

Mas, apesar disto, entre os 368 pacientes atendidos neste período, apenas 6,9% foram testados sorologicamente para o HIV, dentre os testados 4,6% apresentaram positividade. Sendo que 92,3% estão sem informação sobre a realização ou não do teste.

Os profissionais de saúde que trabalham com o PCT e/ou pacientes HIV/AIDS, devem ficar atentos para os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes assistidos, já que estudos feitos demonstram que 50% dos pacientes HIV/AIDS apresentam co-infecção TB/HIV. A detecção precoce da co-infecção é de fundamental importância para implementação de ações de controle para as duas patologias.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional da Tuberculose: Manual de Normas. Brasília, DF, 2000.

VERONESI, Ricardo & FOCACCIA, Roberto. Tratado de Infectologia. Editora Atheneu, São Paulo, 1996, pág. 914-959.

# ARTIGO

**Dra. Leila M<sup>a</sup> S. Tojal de B. Dra. Lima e  
Dra. Andréa M. Agra de Omena**

## **Hepatites Virais: Experiências do Ambulatório do HD**



Com o objetivo de prestar atendimento amplo e prioritário aos pacientes portadores das hepatites causadas por vírus, foi criado, em março de 1999, no Hospital - Dia, o Ambulatório Especializado em Hepatites Virais do Hospital Universitário da UFAL.

A necessidade da implantação desse ambulatório surgiu devido ao grande número de portadores de hepatites virais atendidos no ambulatório de Gastroenterologia Geral e Infectologia do HU. Considerando as características próprias da doença e suas particularidades terapêuticas era imperioso que o seguimento desses pacientes fosse feito de forma diferenciada.

O maior número de casos

atendidos é procedente dos Bancos de Sangue da Capital, graças ao empenho do Dr. Dimas Carnaúba na divulgação do ambulatório especializado junto aos hematerapêutas, que nos encaminham os doadores de sangue com sorologias positivas para hepatite.

Até o momento estão cadastrados no Hospital - Dia 429 pacientes portadores de do vírus da Hepatite B (VHB) e 120 do vírus da Hepatite C (VHC), atendidos por Hepatologistas - Dra. Leila Tojal e Dra. Andréa Agra e Infectologistas - Dr. Dimas Carnaúba, Dra. Margareth Medeiros Monteiro, Dr. Renee Nascimento e Dr. Arthur Maia Paiva. A maioria dos pacientes cadastrados como portadores do vírus da Hepatite B são doadores de sangue assintomáticos encaminhados com anti-HBc total positivo (anticorpo que persiste por toda vida após infecção pelo VHB), porém apresentam

aminotransferases normais e/ou Anti-HBs positivo, que caracteriza o estado de portador assintomático ou fase de convalescença e cura.

Estima-se que cerca de 300 milhões de indivíduos no mundo são portadores do vírus da hepatite B (VHB) (1). O modo habitual de transmissão é por via parenteral - através da transfusão de sangue e derivados, pela inoculação de quantidades mínimas de sangue no curso de atividades cirúrgicas médicas e odontológicas, por meio de instrumentos usados por barbeiros e manicures, agulhas para tatuagem e acupuntura, por via sexual e materno-fetal (2). Em nosso ambulatório os pacientes relataram contaminação por via parenteral ou sexual ou afirmaram desconhecer a forma de contágio.

A hepatite aguda B pode se

apresentar de forma subclínica ou se revelar através de quadro clássico florido - febre, icterícia, colúria, astenia. Muitos dos pacientes sintomáticos nesta fase procuram médicos generalistas ou infectologistas de outras instituições, o que faz com que o número de pacientes em fase aguda que atendemos represente cerca de 10 % do total cadastrado.

Em torno de 1% dos infectados evoluem com necrose extensa das células hepáticas - Hepatite Fulminante (1). Até o momento não registramos nenhum caso com insuficiência hepática aguda viral.

Na história natural da Hepatite B, 5 a 10% se tornam portadores crônicos (3). Nesses 18 meses de funcionamento do ambulatório de Hepatites Virais, foram realizadas 32 biópsias hepáticas em paciente portadores do VHB que apresentavam elevação de aminotransferases e em apenas 18 casos foi diagnosticada hepatite crônica ou cirrose hepática.

Na maioria das vezes os pacientes com hepatite crônica evoluem assintomáticos ou referem sintomas inespecíficos, tais como dor abdominal, digestão lenta, flatulência, anorexia, náuseas e fadiga, dados estes confirmados pela literatura (4).

A segunda infecção mais frequente no ambulatório é pelo vírus da Hepatite C (VHC), que devido ao seu caráter progressivo representa a maioria dos casos de hepatite crônica e cirrose. Aceita-se, hoje, que o VHC se encontra presente em pelo menos 1,5 a 2% da população mundial (5).

A transmissão do VHC ocorre por via parenteral ou de maneira não identificada, adquirida na comunidade, chamada de "forma esporádica" - esta última mais frequentemente observada. A transmissão de mãe para filho é bem menos importante na hepatite C quando comparada a hepatite B. O contágio por via sexual é pouco relevante, enquanto o intra-familiar parece ser dependente da partilha de instrumentos de uso estritamente pessoal como tesoura de unha e lâmina de barbear (6).

Em apenas 5 a 10% dos casos a

infecção pelo VHC manifesta-se sob a forma aguda, traduzida por icterícia e sintomas inespecíficos, tais como mal-estar, astenia, náuseas ou dor no hipocôndrio direito (5,6). Até o momento diagnosticamos apenas um único caso de hepatite aguda viral C - paciente com história de possível contaminação um mês antes do surgimento dos sintomas em tratamento de varizes em MMII, com aminotransferases 60 vezes LSN e RNA-HCV positivo, com elevada carga viral.

Passada a fase aguda da doença, a evolução para cronicidade é predominante. Estima-se que 50 a 90% dos pacientes infectados cronicam, silenciosamente, evoluindo sem qualquer sintoma clínico durante 15 a 25 anos. Após este período, cerca de 30% desenvolvem doença hepática mais grave (6,7). No ambulatório do HD até o momento foram diagnosticados histologicamente 80 casos de infecção crônica pelo VHC, que estão em tratamento anti-viral.

Cerca de 20 a 25% dos pacientes com infecção crônica pelo VHC apresentam nível sérico de aminotransferases normal ou próximo do normal. Essa população em geral é assintomática, com lesões histológicas discretas e bom prognóstico (7). Esta evolução é também observada em nossos pacientes.

No ambulatório seguimos um protocolo para diagnóstico e indicação terapêutica. Solicitamos inicialmente hemograma, coagulograma, bioquímica, dosagem séricas das enzimas hepáticas e marcadores virais - AgHBs, Anti-HBc total, Anti-HBs e Anti-HCV ( não dispomos no HU do AgHBe e anti HBe); ultrassonografia do abdome superior; biópsia hepática percutânea guiada por ultrassonografia - indicada nos casos em que há positividade dos marcadores de infecção viral (AgHBs, Anti HBc, Anti HCV) associado a elevação de enzimas hepáticas e ausência de coagulopatia e ascite.

Foram realizadas até o momento 82 biópsias hepáticas percutâneas guiadas por Ultrassonografia pelo

Dr. Daniel Veras, Dra. Leila Tojal e Dra. Rozangela Wyszomirska. Nos pacientes com coagulopatia está indicada a realização de biópsia hepática guiada por videolaparoscopia ( a aparelhagem está sendo adquirida pelo HU).

Para melhor estadiamento, a detecção do DNA-HBV e RNA-HCV através da técnica do PCR (Reação de Polimerase em Cadeia) quantitativo e qualitativo e a genotipagem do VHC deveriam fazer parte da nossa rotina, porém não dispomos destas técnicas em nosso Estado.

A Portaria n.º 639 de 21 de junho de 2000 do Ministério da Saúde considera como obrigatória a observância do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e solicita, a todos os serviços de saúde envolvidos no tratamento das hepatites virais, a realização do PCR e genotipagem para fins de dispensação dos medicamentos anti-virais. O LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública de Alagoas) vem tentando viabilizar estes exames de extrema importância no diagnóstico e avaliação terapêutica.

Os medicamentos anti-virais utilizados para tratamento das Hepatites B e C são fornecidos pelo Ministério da Saúde, através do Setor de Medicamentos de Alto Custo da Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas, com regularidade.

Para tratamento da Hepatite crônica B nós utilizamos Interferon alfa 5 milhões de unidades diariamente, por 4 meses, ou 10 milhões de unidades, 3 vezes por semana e para Hepatite crônica C o Interferon alfa 3 milhões de unidades, 3 vezes por semana, associado a Ribavirina 1000 mg/dia, por 6 a 12 meses.

A resposta ao Interferon, com desaparecimento do AgHBe e seroconversão para o anti HBe e normalização das transaminases é verificada em cerca de 35 a 40% dos casos. Em menos de 10% pode haver clareamento do AgHBs sérico (8). O índice de recorrência é em torno de 12,5% (1).

Indicamos para a familiares dos pacientes portadores de Hepatite B,

especialmente para os parceiros sexuais, a vacina contra o vírus da hepatite B, pois ela é reconhecidamente inócua, imunogênica e eficaz (9).

Na Hepatite C, o tratamento combinado Interferon e Ribavirina proporciona resposta completa (normalização das transaminases,

negativação do RNA-VHC) em 40% a 60% dos pacientes (10).

Como não dispomos de recursos ideais para avaliação da resposta terapêutica, ainda não obtemos com precisão nossos resultados.

A Direção do Hospital Universitário e do Hospital-Dia vem empre-

gando esforços para a melhoria do Ambulatório de Hepatites Virais, que apesar das dificuldades apresentadas se destaca como serviço de referência em nosso Estado, tornando possível o seguimento e tratamento dos pacientes que nos procuram.

### Referências Bibliográficas

1. SILVA AO, MELO C & cols. Hepatite Viral B. In: Silva AO & Albuquerque LC. *Doenças do Fígado*. Revinter, Rio de Janeiro, 2000.
2. CARRILHO FJ & SILVA LC. Epidemiologia. In: Silva LC. *Hepatites Agudas e Crônicas*. Sarvier, São Paulo, 1995.
3. GOMEZ EL C. Diagnóstico Sorológico das Hepatites Virais. In: Castro LP, Savassi-Rocha & cols. *Tópicos em Gastroenterologia - Fígado e Vias Biliares*. MEDSI, Rio de Janeiro, 1999.
4. SILVA AO, SANTOS TE & cols. Hepatite Viral Crônica. In: Dani, R. *Gastroenterologia Essencial*. Guanabara Koogon, Rio de Janeiro, 1998.
5. SILVA AO. Variantes e Formas Evolutivas Diversas da Hepatite C. In: Silva AO & cols. *Tratamento da Hepatite C e de suas formas evolutivas - Breviário*. Pizarro Farmacêutica, São Paulo, 2000.
6. PARANÁ R & LYRA LG. Hepatite Crônica pelo vírus C. In: Parise ED & Porta G. *Manual de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Hepáticas*. São Paulo, 1999.
7. SILVA AO, SANTOS TE & cols. Aspectos Evolutivos Bioquímicos e Histológicos da Hepatite Crônica C. In: Silva AO & cols. *Tratamento da Hepatite C e suas formas evolutivas - Breviário*. Pizarro Farmacêutica, São Paulo, 2000.
8. SILVA LC & PARISE ER. Hepatite Crônica pelo Vírus B. In: Parise ED & Porta G. *Manual de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Hepáticas*. São Paulo, 1999.
9. PITELLA AM, MENDES CGP & cols. Hepatites Crônicas Virais. In: Mattos AA & Dantas W. *Compêndio de Hepatologia*. Fundo Editorial BYK, São Paulo, 1995.
10. SILVA AO, SANTOS TE & cols. Tratamento da Hepatite Crônica C. In: Silva AO & cols. *Tratamento da Hepatite C e suas formas evolutivas - Breviário*. Pizarro Farmacêutica, São Paulo, 2000.

# ARTIGO

Acadêmicos de Medicina

**Zeus P. B. Nascimento**  
**Sérgio Silva Pereira**

## **\* Incidência de Tuberculose em Pacientes Atendidos no HD/HU/UFAL**

### **Introdução**

A tuberculose é uma doença endêmica em nosso meio, causada pelo *Mycobacterium sp.*, onde a principal via de infecção é a inalação de gotículas de escarro ou de secreção emitidas por pacientes bacilíferos durante a conversação, tosse ou espirro.

A existência desta doença data de 700 a.C, onde foi identificado a presença de bacilos álcool-ácido resistentes(BAAR) em uma múmia no Peru. Alguns dos fatores que propiciam e aumentam sua incidência, são: grandes concentrações populacionais, inclusive se estas forem compostas por pessoas com baixa renda e baixo nível educacional; locais onde há epidemia de HIV; países que não oferecem infra-estrutura de saúde pública; dentre outros fatores. Vários trabalhos, em diversas partes do mundo, têm rela-

cionado o aumento dos casos de tuberculose em associação com o HIV, tornando-se a principal causa mortis dos soropositivos.

O risco de infecção por tuberculose no Brasil foi estimado em 0,8%, em 1985. Este risco é maior que o encontrado nos países desenvolvidos que é igual ou inferior a 0,1%.

### **Objetivos**

- Verificar a incidência de pacientes com baciloscopia positiva para BAAR.
- Distribuição de pacientes quanto ao sexo.
- Relação de pacientes HIV positivos e tuberculosos
- Avaliar a distribuição de casos por sexo

### **Metodologia**

As amostras de secreção pulmonar(escarro) foram coletadas, de pacientes atendidos no Hospital Dia/HU-UFAL, em tubos próprios para coleta, que logo após foram hermeticamente fechados e enviados ao Laboratório de Microbiologia para análise. No laboratório foram feitos esfregaços com as amostras, estes foram corados pelo método de Ziehl-Nielsen, específicos para pesquisa de BAAR e observados ao microscópio óptico. Os exames considerados positivos para tuberculose foram aqueles onde se encontraram BAAR à microscopia.

### **Resultados**

Dos 62 pacientes estudados no período de setembro de 99 à Setembro de 2000 verificamos uma predominância do sexo feminino em relação ao sexo masculino no nú-

\* Trabalho apresentado no \*\* Congresso Brasileiro de Tisiologia, em outubro de 2000, no Rio Grande do Sul

nero total de indivíduos analisados. Obtivemos uma positividade de 12% para BAAR, tuberculose (gráfico 1), sendo que 58% destes casos pertenciam ao sexo feminino (gráfico 2). Os pacientes tuberculosos os que estavam co-

infectados pelo vírus HIV corresponderam a 19,9%.

#### Conclusão

Pelos números encontrados até o momento, verificamos uma alta incidência de tuberculose na popula-

ção estudada, já que se trata de um Serviço de Referência, com predominância do sexo feminino. A baciloscopia é uma exame que além de barato é fundamental para o diagnóstico e acompanhamento da evolução da tuberculose.

### Incidência de Tuberculose em Pacientes Atendidos no HD/HU/UFAL

