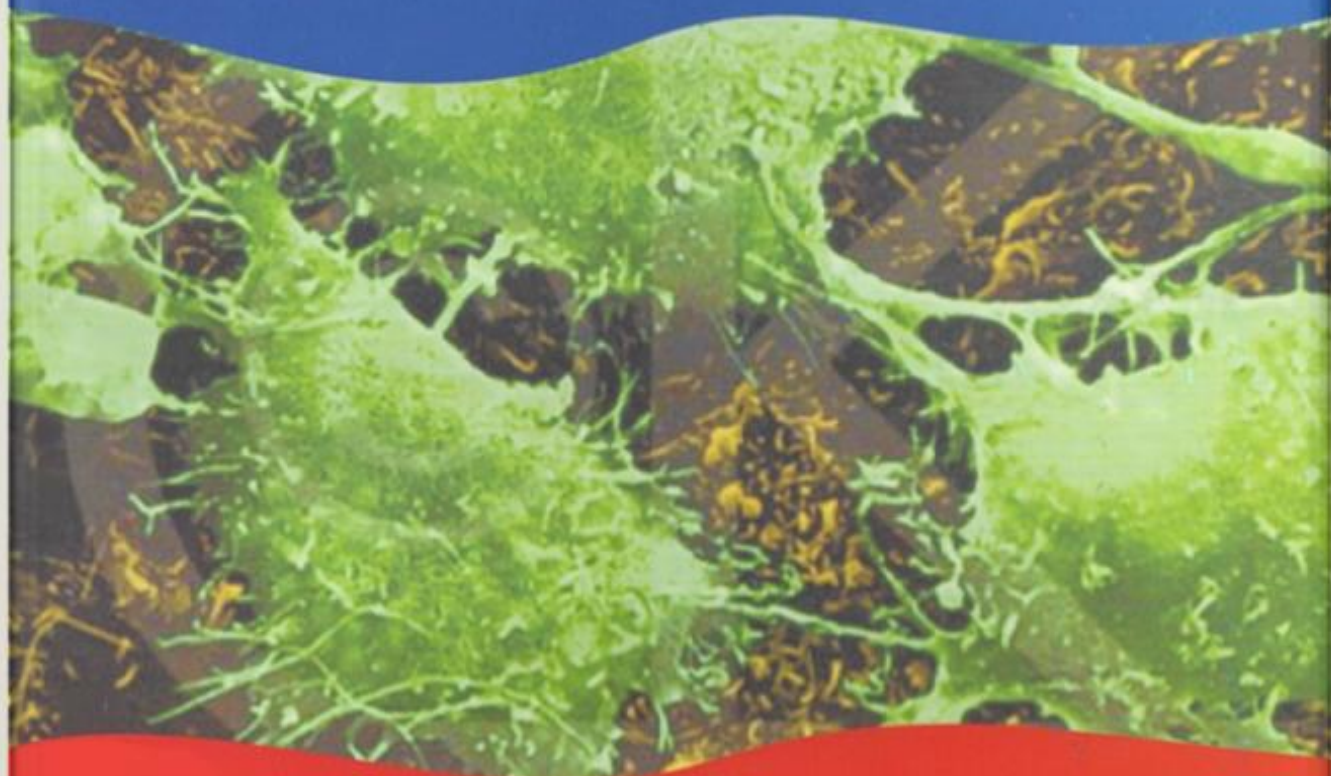


10 EDIÇÃO ESPECIAL
Anos de Hospital



HOSPITAL DIA/HU/UFAL



caderno
Hospital Dia

Maceió
Dezembro/2008

APRESENTAÇÃO

Este terceiro número do Caderno Hospital Dia, tem significado especial para a Universidade Federal de Alagoas – retoma a publicação interrompida há alguns anos, comemora os dez anos de criação do Serviço de Referência, fortalece o serviço de assistência do HUPAA.

Mais do que o registro e disseminação dos aspectos relevantes no diagnóstico e tratamento dos portadores de HIV/AIDS acompanhados pelo Serviço de Referência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas, esta publicação traz consigo importantes elementos para análise, reflexão e crítica sobre o estado da arte e da técnica no Hospital Dia. Traz também sentimentos – de vitória, de orgulho, de consciência de nossas grandezas e nossos limites enquanto coletivo institucional com desafios sociais imensos.

Comemorar os 10 anos de criação do Hospital Dia, com esta publicação, é para a UFAL motivo de alegria porque é necessário brindar com nossos profissionais técnicos, docentes, estudantes e pacientes cada pequeno passo de nossas grandes conquistas. Cumprimentamos cada um daqueles que construíram estes primeiros dez anos de uma história de qualidade enquanto serviço público e que por isso mesmo desejamos cada vez mais científica, humana e solidária.

Sílvia Regina Cardeal
Pró Reitora de Recursos Humanos da UFAL

FICHA TÉCNICA

Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HU
Hospital Dia – HD

Reitora

Ana Dayse Dória

Vice-Reitor

Eurico de Barros Lobo Filho

Diretor do Hospital Universitário

Paulo Luiz Teixeira

Coordenador do Hospital Dia

Arthur Maia Paiva

Pró Reitora - PROGEP

Sílvia Regina Cardeal

Capa

Aurélio Novais

Impressão

Gráfica - Q Gráfica

Tiragem

500 exemplares

Endereço HD/HU/UFAL

Campus A.C. Simões

Av Lourival de Melo Mota, s/n

Tabuleiro do Martins

Maceió-AL

CEP: 57.000-000

Fone: (82) 3322-2344.

Ramais 2060/2061/2062/2063

EDITORIAL

Após um longo período da última publicação do Caderno Hospital Dia, quase oito anos, alegra-nos saber que, apesar de todos os limites vivenciados e enfrentados, desafiando-nos cotidianamente, trabalhamos de forma incansável acreditando na construção do coletivo no sentido de manter a qualidade da assistência prestada.

Comemorando os dez anos de implantação do Hospital Dia, durante este período presenciamos a construção e implantação do Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), com a integração de diversas novas especialidades à equipe inicial: obstetra, ginecologista, nutricionista e pediatra.

A interface relacionada a co-infecções de caráter crônico foi otimizada através da criação do ambulatório de co-infecções Tuberculose/HIV e HIV/Hepatites virais B e C (hoje, SAE de Hepatites Virais).

Mais que ampliação e nascimento de um serviço de referência, nossa marca tem sido a qualidade da assistência, que se transforma em dignidade ao usuário, permitindo-lhe ter domínio sobre sua vida.

Aqui estamos diante de um conjunto de textos que se refere a diversos aspectos vinculados ao HIV/AIDS e co-infecções. São textos que extrapolam o plano acadêmico e trazem vivências do cotidiano do nosso serviço.

Seguindo o formato do número anterior, os artigos foram organizados em: 1) pesquisas e experiências vivenciadas especificamente relacionadas à infecção pelo HIV e 2) outros agravos de ganho cunho social, como as hepatites virais e a tuberculose, doenças crônicas que podem estar associadas ao HIV e fazem parte do novo cenário de desafios da resposta nacional à epidemia de AIDS durante a segunda década de acesso universal ao tratamento anti-retroviral.

Equipe HD

SUMÁRIO

PRIMEIRA PARTE

A VIDA
M.A.F. de Lima

Uma breve história da epidemia de AIDS em 10 anos de assistência no HUPAA.
Arthur Maia Paiva

Assistência Social e sua contribuição no tratamento e na qualidade de vida dos pacientes com HIV/AIDS do HUPAA/UFAL
Maria Helena Araújo, Líviane Lemos Araújo, Maria Sirleide

Sarcoma de Kaposi Mucocutâneo como manifestação inicial de AIDS.
Sônia Maria Soares Ferreira, Felipe Anderson Souza Santos, Ítalo Jorge de Albuquerque Amorim, Érica Natalia Lourenço Souza, Arthur Maia Paiva, Eduardo Baulm Campagnoli

Grupo Psicoterapêutico em HIV/AIDS.
Márcia Guimarães

Cuidados nutricionais em HIV positivo e SIDA.
Denise Pereira Verçosa

SEGUNDA PARTE

A Importância do Aconselhamento na co-infecção tuberculose/HIV
Maria Helena de Araújo

Programa de Controle da Tuberculose (PCT) : Um desafio diário.
Tereza Paula do Santos Peixoto.

Pacientes com tuberculose Pulmonar diagnosticado no HUPAA com baciloscopia de escarro não realizada.
Tereza Cristina Santos, Arthur Maia Paiva

Valor preditivo de marcadores séricos de fibrose hepática em pacientes portadores de hepatite viral crônica C
Leila Mª Soares Tojal de Barros Lima, João Roberto Maciel Martins, Celina Maria Costa Lacet, Maria do Carmo Lins Vasconcelos Balwani

Análise do perfil clínico epidemiológico de pacientes com Sarcoma de Kaposi e HIV.
Raquel Patriota Costa, Paula Leão Maia Brandão, Sheila Cavalcante Pereira Araújo

A VIDA¹

Fragmentos de uma história de vida¹

Vida, apenas momentos; às vezes alegres, bonitos, concretos; outros tristes, amargos, decepcionantes, abstratos... assim começa a minha história.

Em meados de 1999 fui convidado por um grupo de amigos, todos homossexuais, para fazer o teste de HIV/AIDS no CTA do HUPAA. Ouvimos as explicações, o porquê e a importância dessa atitude pela assistente Iolanda e recebemos um número através do qual saberíamos o resultado. Foram meses de sofrimento, angústia, ansiedade e principalmente medo. No dia 13 de março de 2000, após repetir exames, sentamos a aconselhadora e eu; e ao conversarmos o resultado foi positivo. O mundo para mim desabou, mas a atitude daquela profissional me fez lutar e ver que vale a pena viver. Fui ajudado e acompanhado por esse anjo que preocupado com a minha recuperação me encaminhou para o Hospital Dia.

E agora ? Minha família ? Meus amigos ? Meus filhos ? (tenho um casal de 27 e 23 anos). Moro no interior, numa cidade com 6.000 habitantes

A primeira pessoa a quem contei foi a minha mãe e a meu parceiro-amigo-irmão que seguiu a barra e me deu toda a força e é graças a ele e aos anti-retrovirais que estou contando essa história.

Na minha cidade não escondi, mas também não saio falando. Minha família e meus amigos próximos sabem. Não sou discriminado, mas percebo nos olhos das pessoas, sei que rola o preconceito. Chegando ao Hospital Dia fui aconselhado a fazer os primeiros procedimentos: exames de CD4 e carga viral.

Comecei a tomar a medicação em 31 de maio de 2000. As reações eram violentas : vômitos, dor de cabeça, tonturas, mal humor etc, mas consegui. Nunca mudei de esquema graças a Deus, e a cada três meses quando volto ao médico sempre recebo os parabéns pois sei a importância da adesão.

Que equipe maravilhosa tem o Hospital Dia: atendentes, enfermeiros, psicólogo, dentista e até o pessoal da limpeza; lá é minha segunda casa. Não avinagre suas horas mediante a sustentação de clima pessimista ! Faça sol interiormente e, quando se decidir pelo bem, não recue, não se arrependa e não reclame. Não exija satisfação dos outros. Melhore-se primeiro e aprenda a decidir e agir com Jesus em qualquer circunstância.

Será que tentamos aproveitar cada momento, cada minuto e porque não dizer cada segundo ? Às vezes tudo passa tão rápido que nem percebemos...O sol já se pôs e logo despontará outra vez no horizonte com seus raios cor de ouro iluminando a terra com sua magia, seu apogeu, todo senhor de si. Nós, espectadores, eternos ou efêmeros (quem sabe é Deus) nem nos damos conta desse maravilhoso espetáculo da natureza. "Terra, um dia comerás meus olhos ! Mas quem precisa de olhos para sonhar ? A gente sonha de olhos fechados".

As pessoas com HIV/aids são iguais às outras, são cidadãos com direitos e obrigações e devem ser respeitadas como tal. Se quisermos progredir na vida, não devemos repetir a história, mas fazer uma história nova. Apesar do HIV, jamais devemos deixar de SONHAR, VIVER e AMAR.

M. A. F. de Lima

UMA BREVE HISTÓRIA DA EPIDEMIA DE AIDS EM 10 ANOS DE ASSISTÊNCIA NO HUPAA

¹Arthur Maia Paiva
¹Especialista em Medicina Tropical e Coordenador do Hospital Dia/HU/UFAL

INTRODUÇÃO

Sob a ameaça inicial à própria subsistência da espécie humana, a mobilização mundial e o envolvimento dos diversos governos, com a aplicação maciça de recursos na área, fizeram com que em nenhuma outra doença que tivesse assolado à humanidade fossem observados tantos progressos científicos em tão curto espaço de tempo, isto desde a descrição dos primeiros casos, o conhecimento de seus modos de transmissão, a elaboração de testes para o diagnóstico, a descoberta dos anti-retrovirais – que levaram a uma drástica mudança no comportamento da doença, que passou de uma doença sempre fatal a uma infecção de comportamento crônico e plenamente controlável, com redução de sua morbi-mortalidade, da ocorrência de complicações oportunistas e no número de internações hospitalares, levando a uma verdadeira “desospitalização” da epidemia – à disponibilização de exames (CD4 e carga viral) para acompanhamento da resposta ao tratamento, elaboração de testes para avaliar a resistência aos anti-retrovirais (genotipagem) e, finalmente, as pesquisas para descoberta de uma vacina realmente eficaz.

Apesar dos avanços científicos, no entanto, desde cedo percebeu-se que a adesão do paciente seria essencial para o sucesso da terapia anti-retroviral – e isto trouxe à tónica a necessidade de se encarar a doença e o doente sob uma nova óptica, trabalhando-se os diversos fatores que pudessem levar o paciente à adesão ao tratamento, a qual está diretamente associada à qualidade da assistência prestada ¹.

Os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Serviços de Atendimento Domiciliar Terapêutico (SADT) e Hospitais Dia (HD) são alternativas assistenciais criadas no Brasil frente à expansão da epidemia de AIDS, diante de uma demanda crescente por leitos para internação hospitalar, decorrente das complicações oportunistas durante a evolução natural da doença.

O Hospital Dia – Infectologia foi fundado em maio de 1998 e representou o primeiro grande passo para a criação de um serviço de referência para AIDS no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA). Sendo um setor intermediário entre o internamento convencional e o ambulatório, onde o paciente permanece internado durante o dia, retornando ao lar ao final do turno para dar continuidade ao tratamento em casa, apresenta como vantagens: a redução de custos, manutenção do vínculo do paciente com a família e o lar durante o tratamento, ausência de infecção hospitalar e a qualidade do atendimento (por equipe interdisciplinar especializada), liberando leitos convencionais e reduzindo o tempo de permanência do paciente no internamento convencional (pois, à medida que o paciente melhora, muitas vezes é transferido para conclusão do tratamento em regime de hospital dia).

Com a integração do odontólogo, nutricionista, obstetra, ginecologista e pediatra à equipe mínima inicial, que também assistia o ambulatório de HIV/AIDS, surgiu o SAE (Serviço Ambulatorial Especializado) em HIV/AIDS do Hospital Universitário.

O HUPAA é, portanto, a única referência para AIDS em Alagoas a oferecer, em um mesmo serviço, as modalidades assistenciais: CTA, Hospital Dia, SAE e internamento convencional (Enfermaria), além de Maternidade e UTI. Além disso, conta com as diversas especialidades de apoio, laboratório próprio e exames de maior complexidade como, por exemplo, tomografia computadorizada.

OBJETIVOS

Descrever aspectos relevantes relacionados ao diagnóstico e tratamento das pessoas com HIV/AIDS acompanhadas no serviço de referência do HUPAA ao longo de seus 10 anos de existência, utilizando indicadores quantitativos para avaliação de resultados obtidos.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo transversal retrospectivo através de revisão de prontuários de pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV/AIDS inscritos no serviço no período de 11 de maio de 1998 a 11 de outubro de 2008.

Foram analisados: número de casos novos e acumulados, distribuição quanto ao sexo e faixa etária, contagem de células TCD4 no diagnóstico, contagem de células TCD4 no acompanhamento, sobrevida, percentual de troca de esquema anti-retroviral por falência e percentual de pacientes com carga viral indetectável, sendo que para as últimas três variáveis foram considerados apenas aqueles com indicação de tratamento anti-retroviral. Foram excluídos pacientes acompanhados na rede privada.

O cálculo da sobrevida após 1 ano utilizou o número de pacientes com diagnóstico de AIDS no período de 2004 a outubro de 2007 que permaneciam vivos após 12 meses do diagnóstico. Para o cálculo da sobrevida em cinco anos dos que sobreviviam após o primeiro ano do diagnóstico de AIDS, utilizou-se o total de pacientes com AIDS no período de 2000 a 2004 vivos após 12 meses e que assim permaneciam após cinco anos.

Para cálculo do percentual de pacientes com carga viral indetectável, foram considerados todos aqueles com indicação para tratamento anti-retroviral, considerando-se com carga viral indetectável os que apresentassem menos de 50 cópias/ml (método b-DNA) no último exame até julho de 2008, sendo excluídos os menores de treze anos.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

DIAGNÓSTICO

Iniciamos com 19 pacientes provenientes do ambulatório geral do Hospital Universitário e, ao longo destes 10 anos, houve um aumento importante do número de casos acumulados, atualmente com mais de trezentos pacientes (Gráfico 1).

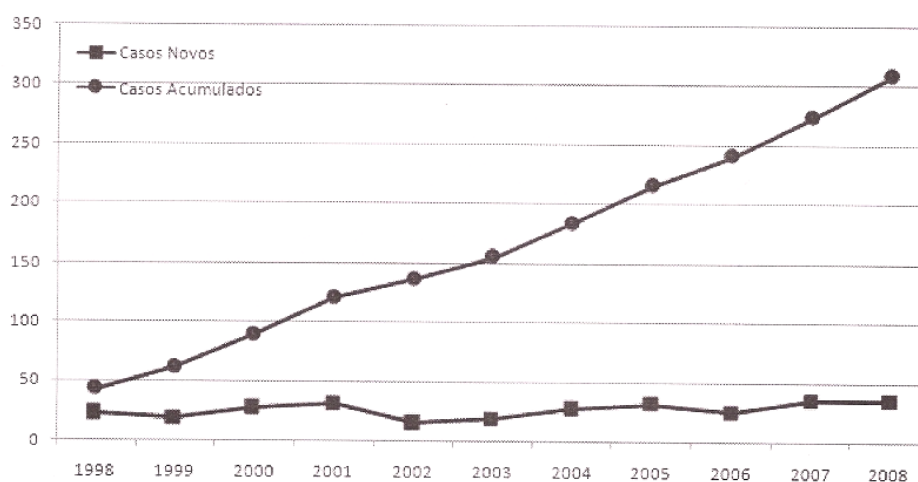


Gráfico 1 – Casos de infecção pelo HIV/AIDS no HUPAA: 11 de maio de 1998 a 11 de outubro de 2008.

No Brasil, a proporção de casos entre homens e mulheres, que no início da epidemia era de 26 homens para cada mulher, em 1998 passou para cerca de 2:1 e, atualmente, esta relação é de 1,5 casos em homens para cada mulher². Entre nossos pacientes já se observa a relação de 1:1 desde 2007 (70 casos novos, sendo 35 em 2007, com um homem a mais que as mulheres, e 35 casos novos de janeiro a início de outubro de 2008, com uma mulher a mais que os homens) e

a tendência é a inversão desta relação durante a próxima década (Gráfico 2). Como, além de casos notificados, aqui são incluídos aqueles que se infectaram em um momento mais recente, estando ainda assintomáticos e com contagem de linfócitos TCD4 mais elevada, os resultados aproximam-se mais do modo como vem se dando a transmissão do vírus em período mais atual.

Analisando o prontuário do Serviço Social do Hospital Dia de 79 mulheres diagnosticadas no período de 2000 a 2007, a faixa etária mais acometida, com 70% dos casos, foi dos 20 aos 39 anos de idade. Pouco mais de 50% eram dependentes financeiramente da família; 11,39% eram analfabetas, 11,39% eram alfabetizadas e 56% tinham o primeiro grau incompleto, ou seja, 78,47% tinham menos de oito anos de estudo. Apenas 33,91% não tinham filhos. Quanto à circunstância do diagnóstico, 25,31% receberam o diagnóstico porque já estavam sintomáticas para AIDS, 25% porque seu parceiro havia falecido ou recebido o diagnóstico de AIDS, 36,7% durante o pré-natal ou parto, duas porque filhos receberam diagnóstico de AIDS e 11,46% em outras circunstâncias ³.

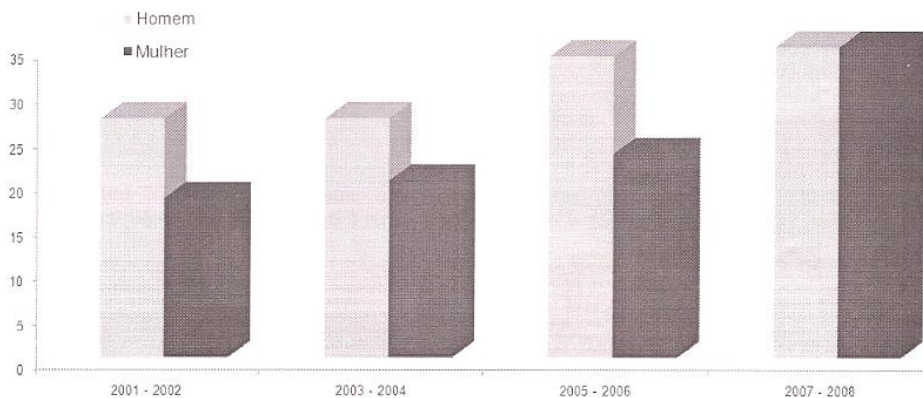


Gráfico 2 – Distribuição de casos novos de infecção pelo HIV segundo sexo, no período de janeiro de 2001 a 11 de outubro de 2008 - HUPAA

Um dos resultados desta feminização é o risco de um número cada vez maior de gestantes com HIV. Uma pesquisa demonstrou que o pré-natal passou a ser uma porta de entrada importante das mulheres no sistema; por outro lado, para os homens esta porta de entrada ainda não está muito bem definida e, com frequência, quando querem saber seu diagnóstico procuram doar sangue ⁴.

Apesar da AIDS ser frequentemente associada como uma doença que acomete indivíduos jovens, os idosos passaram a ser mais acometidos. O aumento da sobrevida aliado à mudança do comportamento sexual dos idosos, ao acesso a medicamentos para a disfunção erétil e à resistência em usar preservativo tem conferido um novo perfil epidemiológico da AIDS em idosos nos últimos anos ⁵. O crescimento é constatado não só pela elevação das taxas de incidência em todas as regiões, mas também pelo aumento de casos novos em idosos registrados em cada ano ². A AIDS em idosos tende a complicar-se do ponto de vista do diagnóstico, uma vez que durante o envelhecimento há sobreposição de doenças crônico-degenerativas e as manifestações clínicas de apresentação costumam diferir daquelas habitualmente observadas em indivíduos mais jovens, levando a um diagnóstico geralmente tardio e a uma mortalidade mais elevada, chegando a 37% de óbitos no mesmo ano do diagnóstico; por outro lado, os profissionais de saúde também ainda não estão adaptados à consideração de AIDS como um diagnóstico possível em pacientes idosos, o que também tem contribuído para o diagnóstico tardio nesta população, que apresenta uma evolução mais rápida da doença ^{6,7,8}.

No período de 1998 a 2001 não havíamos observado nenhum caso novo no HUPAA em idosos. No período de 2002 a 2004 os idosos passaram a responder por 6,3% dos casos novos. A via de transmissão foi a sexual em 100% dos casos; 100% apresentavam renda até 1 salário

mínimo; 100% eram desinformados sobre a doença. A contagem de células CD4 no momento do diagnóstico variou de 25 a 382 células/mm³ e apenas 1 paciente apresentava CD4 > 350 células/mm³; 50% já se apresentavam com condições clínicas definidoras de AIDS e 50% eram mulheres. Ou seja, em geral o diagnóstico era tardio, apresentavam vida sexualmente ativa, não usam preservativos e as tendências de pauperização e feminização já se faziam notar (9).

Nenhuma criança com diagnóstico de AIDS havia tido sua mãe anteriormente acompanhada no Hospital Universitário. São três crianças atualmente inscritas; as demais (1 caso de transmissão por hemotransusão, 1 caso por transmissão vertical e 1 caso por transmissão sexual) já atingiram a idade adulta.

E em que situação costumam se encontrar nossos pacientes no momento do diagnóstico, já que a infecção demora cinco a dez anos para apresentar sintomas e o diagnóstico em uma fase tardia guarda relação direta com o risco de óbito? O paciente com menos de 350 células CD4 por ml de sangue já é considerado em fase de AIDS (o normal é acima de 500 células/mm³) e aqueles com menos de 200 células por mm³ apresentam o maior risco de desenvolver as complicações mais graves e evoluírem para o óbito.

Quarenta por cento dos pacientes diagnosticados até outubro de 2004 já se apresentavam com menos de 350 células e, mais grave ainda, 30% com menos de 200 células CD4/mm³ (Gráfico 3).

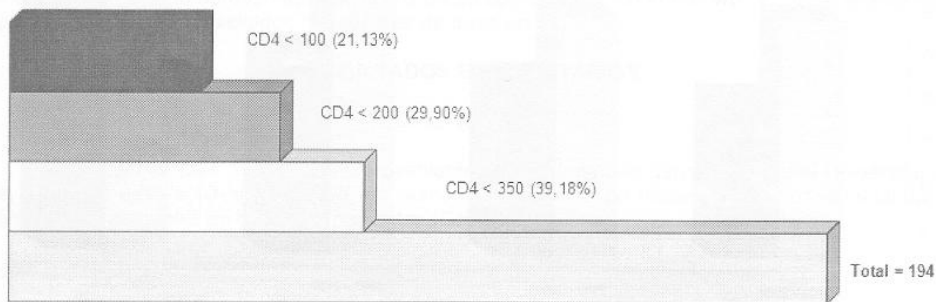


Gráfico 3 - Contagem de células CD4/mm³ no diagnóstico em pacientes do HUPAA: dados até outubro de 2004.

Quando comparamos este período com o de 2005 a início de outubro de 2008, observamos que a situação não melhorou. Pelo contrário, a maioria (55%) dos casos novos apresentava-se com menos de 350 células CD4/mm³ no momento do diagnóstico (Gráfico 4). Se considerarmos que quase trinta por cento dos pacientes de 2005 a 2008 com mais de 350 células/mm³ eram gestantes assintomáticas, ou seja, foram diagnosticadas no pré-natal/parto, a situação de diagnóstico tardio para os demais pacientes torna-se ainda mais preocupante (Gráfico 4).

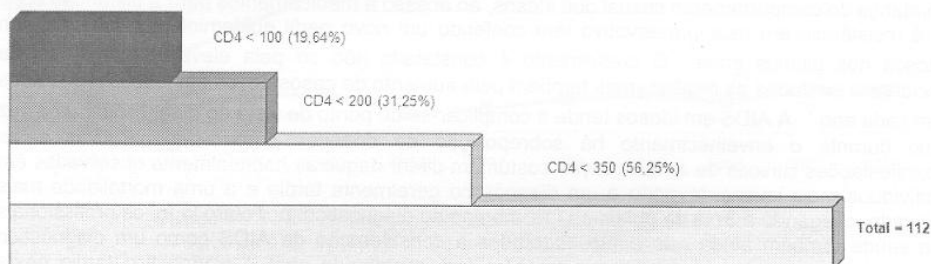


Gráfico 4 - Contagem de células CD4/mm³ no diagnóstico em pacientes do HUPAA - 2005 a outubro de 2008.

Como seria de se esperar, a maioria dos pacientes com menos de 350 células/mm³ já se apresentavam com manifestações de AIDS (Figura 2). No Brasil, de modo geral, ainda é

significativo o percentual de diagnóstico em fase tardia da infecção, representando um dos atuais desafios na resposta à epidemia.

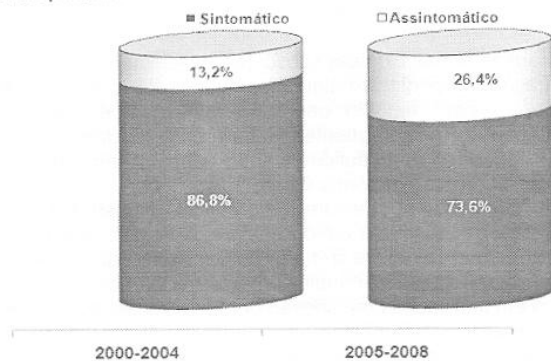


Gráfico 5 - Pacientes com menos de 350 céls CD4 no diagnóstico

TRATAMENTO

Qual o impacto da terapia anti-retroviral nesses pacientes? Como passou a ser a evolução daqueles que têm acesso à terapia anti-retroviral e se mantêm aderentes ao tratamento?

Reconstituição imunológica

No final de 2004, realizamos uma avaliação dos pacientes em terapia, e observamos que, no geral, havia uma melhora importante em sua contagem de células CD4 (Gráfico 6). Em geral após obtenção de supressão viral completa, ocorrem aumentos de CD4 em média de 100-200 células/mm³ no primeiro ano; os aumentos subseqüentes são mais graduais, mas geralmente mantidos¹⁰. Mas no geral, observamos que a maioria apresenta um ganho significativo na contagem de linfócitos CD4, com vários deles normalizando sua contagem ou, pelo menos, alcançando níveis de linfócitos TCD4 considerados "seguros". E este ganho não é um ganho apenas numérico, quantitativo, mas significa um ganho imunológico real, qualitativo, diretamente relacionado à resposta dos CD4, levando a um declínio impressionante em virtualmente todas as complicações associadas ao HIV e ao controle de diversas infecções oportunistas crônicas previamente intratáveis. Foi isto que fez com que a doença passasse a ter um comportamento crônico, com a possibilidade de um controle a longo prazo, observando-se uma redução significativa da mortalidade por AIDS nas diversas partes do país, uma redução significativa na demanda por cuidados médicos – uma verdadeira "desospitalização" da epidemia - com redução de internações hospitalares, seja em hospitais convencionais seja em hospitais dia.

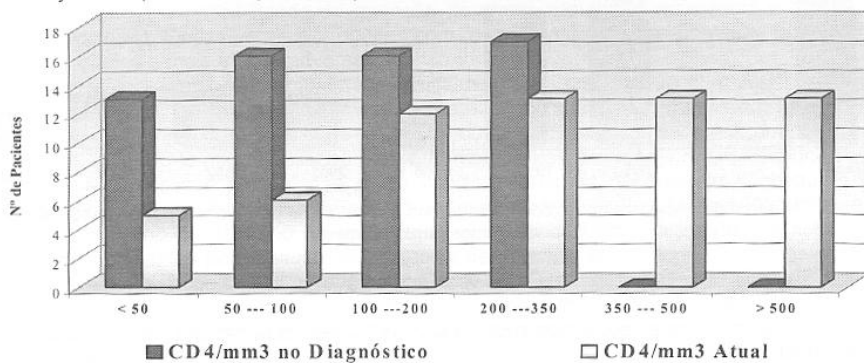


Gráfico 6 – Distribuição de pacientes com < 350 linfócitos CD4/mm³ no diagnóstico e sua evolução temporal no período de 2000 a 2004.
Falha terapêutica

Embora as causas farmacológicas (absorção deficiente da droga, eliminação acelerada da medicação, penetração deficiente em alguns santuários de replicação viral e interações com outros medicamentos) também tenham papel na falha terapêutica, a baixa aderência ao tratamento é uma das causas mais freqüentes, dada a complexidade da posologia e a gama de efeitos colaterais dos esquemas terapêuticos, sendo especialmente difícil convencer pacientes assintomáticos a utilizar medicação de forma ótima ¹¹.

A supressão viral parcial, por mecanismo de pressão seletiva, favorece a emergência de cepas resistentes do vírus, que resultará em declínio na contagem de células CD4, progressão da enfermidade e, em última análise, levará à morte do paciente. Para evitar o desenvolvimento de resistência, os esquemas precisam ser muito potentes e parece ser necessária uma adesão quase perfeita. Mesmo em indivíduos com adesão de 92-100% ocorre uma proporção de 23% das mutações de resistência aos medicamentos observadas ¹². Apenas naqueles que conseguem a supressão viral máxima não costumam ocorrer novas mutações de resistência ¹³. No entanto, mais de 95% das doses de anti-retrovirais prescritas devem ser corretamente tomadas para que haja uma chance de 81% do paciente obter níveis indetectáveis do vírus ¹⁴.

Entre nossos pacientes, pouco mais de 5% dos inscritos-ano em uso de anti-retroviral trocavam seu esquema por falência, nos últimos anos da década passada, quando a terapia dupla ainda era utilizada com freqüência. Com a utilização cada vez mais ampla da terapia combinada ("coquetel"), disponibilização de drogas com melhor perfil de toxicidade e maior comodidade posológica, recomendações de esquemas preferenciais e o enfoque sempre crescente na adesão ao tratamento observados durante a presente década, houve uma redução no percentual de pacientes que anualmente trocavam seu esquema por falência para cerca de 2%, com tendência a uma queda ainda maior a partir de 2004 ¹⁵ (Gráfico 7).

No Brasil, atualmente a proporção de troca de esquema anti-retroviral decorrente de falência por resistência às drogas situa-se em 15,1% dos pacientes inscritos-ano para uso de anti-retroviral (Gráfico 7).

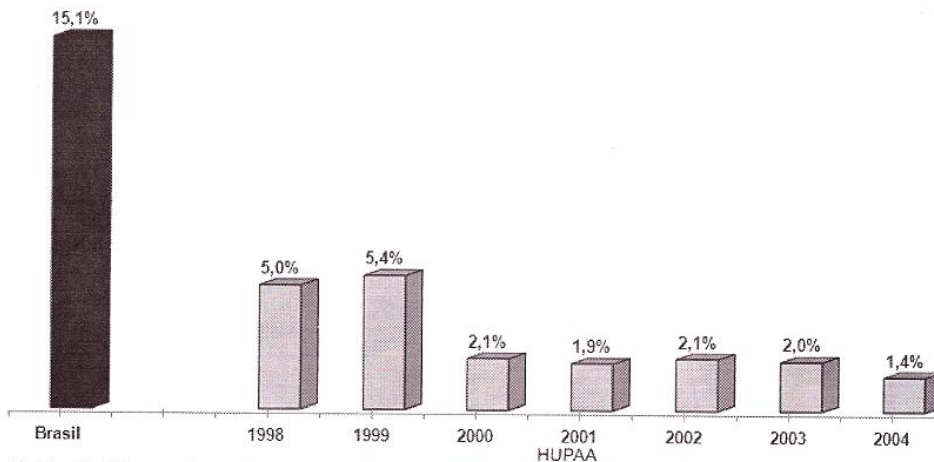


Gráfico 7 - Número de pacientes com troca de esquema anti-retroviral por falência por cada 100 pacientes-ano inscritos para tratamento.

Carga viral indetectável

O que acontece se pudermos suprimir o vírus? Quais os benefícios de se suprimir o vírus a níveis indetectáveis?

Em um estudo avaliando pacientes durante um longo período de tempo, por mais de 72 meses ¹⁶, foi observada a frequência com que tiveram carga viral detectável. Os pacientes que estiveram com o vírus detectável durante todo o tempo apresentaram as mais baixas taxas de sobrevida; no entanto, ao se conseguir suprimir o vírus a níveis indetectáveis, mesmo que por períodos mais curtos de tempo, o risco de óbito vai diminuindo, até o ponto em que o vírus é totalmente suprimido, e o paciente apresenta as mais baixas taxas de mortalidade. Portanto, ao se alcançar carga viral indetectável, é possível interromper os óbitos, evitar neoplasias e infecções oportunistas, mas também evitar que o vírus se torne resistente às medicações anti-retrovirais, pois, ao suprimirmos o vírus a níveis indetectáveis, não há evolução viral, não são observadas novas mutações levando à resistência aos anti-retrovirais ¹³.

No entanto, obter supressão viral máxima não significa apenas obter o melhor do controle viral ou do aumento de sobrevida. Ao conseguimos suprimir o vírus a níveis indetectáveis, melhoramos o desfecho do paciente não apenas em termos de extensão da vida, mas também em termos de qualidade. No estudo TORO ¹⁷, incluindo vários pacientes bastante doentes e vários pacientes com um sem-número de vírus resistentes, observando-se os pacientes que são capazes de suprimir o vírus para abaixo de 400 cópias/ml – hoje utilizamos testes com limite de detecção de 50 cópias por ml – se comparados com aqueles que não conseguem suprimir a carga viral a níveis indetectáveis, ao se observar como eles se sentiam, verificou-se que havia uma melhora na qualidade de vida depois de atingirem carga viral indetectável. Não apenas fisicamente - ficavam mais fortes, menos sujeitos a desenvolver infecções - mas também mentalmente. Observou-se que uma carga viral indetectável, com a melhora no quadro geral, traz novos benefícios para o paciente. O paciente passa a se sentir melhor, menos deprimido e recupera a disposição, recupera a própria vida. Obtenção de carga viral indetectável deveria ser realmente um objetivo a ser almejado para todo paciente.

Em julho de 2008, 54,49% (91/157) dos pacientes em uso de anti-retroviral no HUPAA apresentavam-se com carga viral indetectável (<50 cópias/ml, método b-DNA); considerando-se apenas os que haviam realizado pelo menos a primeira carga viral de controle, este percentual eleva-se para 57,96% (91/157) dos pacientes em tratamento. A ampliação do uso da terapia combinada, disponibilização de novas drogas com posologia mais cômoda e melhor perfil de toxicidade, indicação de esquemas preferenciais e o enfoque crescente na adesão do paciente ao tratamento, durante a presente década, têm permitido um controle cada vez melhor da infecção pelo HIV.

Sobrevida

Nós sabemos que o maior problema no tratamento da AIDS é a dificuldade em aderir completamente ao tratamento. As medicações geralmente ainda causam muitas reações, obrigando inclusive e com frequência à sua troca; o paciente tem que usar os remédios de forma continuada, indefinidamente, e isso requer uma disciplina muito grande, pois não só as doses mas os horários corretos da medicação também são muito importantes. O próprio uso prolongado de certos anti-retrovirais pode levar a complicações a médio e longo prazo que vão interferir na adesão; e ainda há a possibilidade de mutação do vírus, adquirindo resistência e obrigando à troca da medicação, muitas vezes por opções com maior número de comprimidos, maior número de tomadas diárias e mais efeitos adversos.

Mas é inegável o aumento da sobrevida das pessoas vivendo com AIDS a partir da terapia anti-retroviral. No Brasil, a sobrevida média, inicialmente de 4,5 meses em pacientes em fase de AIDS, aumentou para 58 meses (18). Por outro lado, estes estudos utilizam para cálculo da sobrevida média o tempo necessário para que metade das pessoas tenham morrido. Como a mortalidade entre nossos pacientes é muito baixa, levaríamos décadas para chegar a esse resultado, não sendo este desenho de estudo adequado para calcular a sobrevida entre nossos pacientes. Outro tipo de desenho de estudo que pode ser utilizado para avaliar a sobrevida é saber quantos pacientes permanecem vivos depois de determinado período de tempo – após um ano, por exemplo; ou após quatro anos; ou após cinco anos.

Entre pacientes com diagnóstico de AIDS no período de 2003 a início de outubro de 2008, cerca de 97% permaneciam vivos após 1 ano e, destes, cerca de 94% deverão permanecer vivos após 5 anos (Gráfico 8).

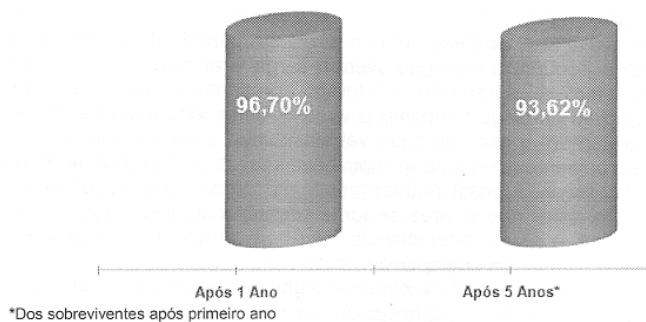


Gráfico 8 - Sobrevida de pacientes com AIDS no HUPAA

Prevenção da transmissão vertical

Um dos aspectos mais perversos da epidemia é esta capacidade de o vírus “saltar” diretamente de uma geração à (geração) seguinte.

No entanto, um dos maiores avanços – talvez o mais importante – na terapia anti-retroviral foi a descoberta de que o uso do AZT e do tratamento anti-retroviral poderia evitar a transmissão materno-infantil do vírus¹⁹. Dentre as 46 gestantes submetidas ao protocolo ACTG 076 no HUPAA, que preconiza o uso de AZT na gestação, durante o parto e, ao recém-nascido, sob a forma de xarope por seis semanas, evitando-se também o aleitamento materno, em nenhum dos recém-nascidos expostos ao vírus houve o diagnóstico de infecção pelo HIV, ou seja, o HUPAA apresenta uma taxa zero de transmissão vertical do vírus.

DESAFIOS EMERGENTES

Podemos considerar como desafios emergentes durante a segunda década de acesso universal aos anti-retrovirais, após a consolidação da resposta nacional à epidemia: toxicidade do tratamento (efeitos metabólicos e anatômicos); convívio ao longo do tempo com co-morbididades (neoplasias, diabetes, hepatopatia crônica; co-infecções HIV-Hepatite B, HIV-Hepatite C e HIV-Tuberculose, além do perfil crônico-degenerativo da doença.

As atuais propostas de resposta a estes desafios incluem: ampliar acesso ao teste rápido diagnóstico anti-HIV; expandir DOTS para redução da taxa de óbito e abandono na co-infecção HIV/Tuberculose; fortalecimento da rede de atenção às co-infecções, incluindo a integração entre os programas; implantação de um programa comum entre AIDS e tuberculose, entre outras.

Desde 1999 o ambulatório de hepatites virais (atual SAE de Hepatites Virais) e sua equipe de hepatologistas passou a trabalhar de forma integrada e no mesmo ambulatório com a equipe do SAE de HIV/AIDS, inclusive com internação em regime de Hospital Dia para realização de biópsia hepática em portadores de hepatite crônica B e C, otimizando a interface na assistência aos co-infectados por HIV/HCV e HIV/HBV.

O teste rápido diagnóstico anti-HIV passa agora a ser realizado rotineiramente em pacientes do HUPAA com tuberculose, gestantes no terceiro trimestre da gestação ou em trabalho de parto, pacientes manifestações clínicas associadas a condições definidoras de AIDS e em alguns em situações especiais, como caminhoneiros e reeducandos. Além disso, em breve a equipe de dermatologistas deste hospital, juntamente com o Programa de DST/AIDS, deverá estar implantando o tratamento reparativo da lipoatrofia facial através da aplicação de metacrilato.

Até 1998, o HUPAA historicamente apresentava taxas de abandono de tratamento por tuberculose superiores a 30%. Com a implantação, naquele ano, de visita domiciliar aos faltosos e triagem e acompanhamento dos pacientes com tuberculose em maior risco de abandono de tratamento pela equipe interdisciplinar do Hospital Dia, a taxa de abandono por tuberculose foi reduzida a zero, mantendo-se assim durante todo o ano de 1999²⁰. A partir de 2000, a ausência de veículo inviabilizou a manutenção das visitas domiciliares. No entanto, estas visitas não eram

realizadas para pacientes com HIV/AIDS co-infectados. No XLII Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, em março de 2006, foram apresentados os resultados do acompanhamento de 30 pacientes com co-infecção HIV/TB acompanhados até 2005, mantendo-se taxa zero de abandono por tuberculose nesta população ²¹. Atualmente, com mais de 40 pacientes com co-infecção HIV/TB já acompanhados no SAE do HUPAA e mantendo aquela taxa de abandono sob total controle, apresenta-se este acompanhamento por equipe interdisciplinar como mais uma alternativa de resposta ao enfrentamento da co-infecção HIV/TB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O HUPAA apresenta uma baixa mortalidade por AIDS, traduzida pelo elevado percentual de sobrevida entre seus pacientes, a maioria conseguindo suprimir o vírus a níveis indetectáveis, um percentual muito pequeno de troca de esquema anti-retroviral por falência decorrente de resistência às medicações e 100% de prevenção da transmissão vertical do vírus nas gestantes e parturientes assistidas, resultados diretamente dependentes da adesão à terapia anti-retroviral.

Estes resultados diferenciados podem, pelo menos em parte, ser explicados pela estrutura e condições de trabalho oferecidas, se nos reportamos às conclusões do mais importante estudo sobre aderência ao tratamento anti-retroviral realizado no país, envolvendo 27 serviços de saúde que atendiam pacientes com AIDS, diferentes no que se refere a estrutura física, organizacional e gerencial e abrangendo um universo de 8.580 usuários ¹. Ao analisar as características de estrutura e processo destes serviços de saúde, o estudo concluiu que unidades de saúde classificadas como de alta complexidade assistencial, ou seja, com serviço especializado em HIV/AIDS e com mais de três modalidades assistenciais, entre Serviço Ambulatorial Especializado, CTA, Hospital Dia, Enfermaria e Atendimento Domiciliar Terapêutico (esta última não existente em Alagoas), apresentam um risco quatro vezes menor para não-aderência ao tratamento anti-retroviral entre seus pacientes do que o agregado de unidades com baixa complexidade ¹. Atualmente em Alagoas o HUPAA seria o único serviço que atenderia a estes critérios para alta complexidade assistencial.

O modelo de assistência interdisciplinar seria o segundo diferencial para os resultados alcançados no HUPAA, já que a proposta inicial do Ministério da Saúde de assistência multiprofissional, adotada na maioria dos serviços para AIDS no país, não representa em si a garantia de uma assistência interdisciplinar e, na prática, o trabalho assistencial multiprofissional tem se mostrado resultando de um somatório das ações atribuídas a diferentes profissionais, sem que haja uma integração orgânica entre elas, ficando a efetividade potencialmente alcançável comprometida no processo de trabalho ¹.

Por fim, o Planejamento Estratégico Setorial, realizado no serviço desde 1998 – concebido como um instrumento para transformação e não apenas com a finalidade de organização de processos – deve também ser levando em conta, no contexto dos resultados apresentados.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Nemes M I B e cols. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo. Ministério da Saúde, 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico. Ano IV – nº 1, 2007.
3. Paiva A M e col. Características de mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS em um Hospital Universitário. VII Congresso da Sociedade Brasileira de DST/ III Congresso Brasileiro de AIDS. Goiânia, 07 a 10 de setembro de 2008.
4. Onde realizou o teste anti-HIV? Pesquisa IBOPE, 2003.
5. Santos N J S e cols. A AIDS no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas de vigilância epidemiológica. Rev Bras Epidemiol 5(3): 1415-790, 2002.
6. Gorzoni M L e cols. Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) em idosos. Gerontologia 1(1): 27-8, 1993.

7. Chiao E Y e cols. AIDS and the elderly. *Clin Infect Dis* 28(4): 740-5, 1999.
8. Rossim I R e cols. Perfil clínico-epidemiológico de indivíduos idosos com AIDS atendidos em um Hospital Universitário de Ribeirão Preto, Brasil. *JBA* 2(3): 13-18, 2001.
9. Paiva A M e cols. HIV/AIDS em idosos no Hospital Universitário-UFAL. V Congresso da Sociedade Brasileira de DST – I Congresso Brasileiro de AIDS. Recife, agosto de 2004.
10. Bartlett J G e cols. Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV 2005-2006. Johns Hopkins University, 2005.
11. Diaz R S. Orientações para o manuseio de testes de resistência anti-retroviral no paciente infectado pelo HIV, 2006.
12. Bangsberg D R e cols. High levels of adherence do not prevent accumulation of HIV drug resistance mutations. *AIDS* 17(13): 1925-32, 2003.
13. Kieffer T L e cols. HIV-1 drug resistance at the limit of detection: production without evolution in treated adults with undetectable HIV loads. *The Journal of Infectious Diseases* 189 (8): 1452-65, 2004.
14. Paterson D e cols. How much adherence is enough? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMSCaps. In 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 199 Abstracts. Chicago, 1999.
15. Freitas C C e cols. Causas de mudança de esquema anti-retroviral no Hospital Universitário de Alagoas. XIV Congresso Brasileiro de Infectologia, Belo Horizonte, novembro de 2005.
16. Lohse N e cols. Virological control during the first 6-8 months after initiating highly active antiretroviral therapy as a predictor for outcome in HIV-infected patients: A Danish, population-based, 6-years follow-up study. *CID* 42:136- 44, 2006.
17. Cohen C I e cols. Health-related quality of life with Enfuvirtide (ENF; T-20) in combination with an optimized background regimen. *JAIDS* 37(1): 1140-46, 2004.
18. Sobrevida
19. Sperling R A e cols. Maternal viral load, Zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mothers to infant. *N Engl J Med* 355: 1621-9, 1996.
20. Paiva A M e cols. Impacto das ações implantadas no Programa de Controle da Tuberculose do Hospital Universitário-UFAL sobre as taxas de abandono de tratamento. *Bol. Pneum. Sanitária* 7(1): 43-50, 1999.
21. Araújo M H. Adesão ao tratamento de tuberculose em paciente co-infectado pelo HIV no Hospital Dia/HU/UFAL. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 39 (supl I): 13, 2006.

ASSISTÊNCIA SOCIAL E SUA CONTRIBUIÇÃO NO TRATAMENTO E NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM HIV/AIDS DO HOSPITAL DIA/HU/UFAL

¹Maria Helena de Araújo

²Liviane Lemos Araújo

²Maria Sirleide S. Nunes

¹Especialista em Serviço Social da Saúde do Hospital Dia/HU/UFAL
²Graduanda em Serviço Social – CSSA/UFAL

INTRODUÇÃO

A Assistência Social se constituiu em uma política pública a partir da constituição de 1998 e se ocupa do provimento de atenções para enfrentar as fragilidades de determinados seguimentos sociais, superar exclusões sociais e defender e vigiar os direitos mínimos de cidadania e dignidade. E, se vitoriosa, ela produz sujeitos livres e críticos. Dentro desta, o Serviço Social desenvolve ações assistências e educativas que têm o objetivo de desencadear um processo reflexivo nos usuários e familiares.

Segundo Demo (2000)¹, a Assistência Social cumpre o papel de direito à sobrevivência, ou seja, o direito à vida, fazendo com que na sociedade os excluídos vivam dignamente. Porém o Assistente Social vai além desta posição buscando em sua prática edificar o ser humano para que este se insira em uma realidade conquistando seus direitos; assim ele compreende a singularidade das pessoas, sendo estas sujeitos participativos dotados de direitos, deveres e capazes de autonomia para a sua emancipação humana e social.

Dentre os direitos dos soropositivos destacamos: direitos cíveis (indenização no caso de contaminação por transfusão sanguínea, direito da portadora do HIV a engravidar)²; direito previdenciário (auxílio doença, aposentadoria por invalidez, saque do FGTS e PIS/PASEP); direito trabalhista (é vedado à empresa requerer teste anti-HIV admissional, demissional e periódico; vedada dispensa arbitrária e demissão por discriminação)³ sigilo profissional, transporte e medicação gratuita, entre outros (BRASIL, 1993)⁴. No que diz respeito à medicação gratuita, a lei Nº 9.313 de 13 de novembro de 1996 dispõe sobre a distribuição de medicamento para os portadores de HIV e doentes de AIDS (BRASIL, 1998)⁵. Este tratamento se constitui na terapia anti-retroviral, proporcionando uma redução no número de óbitos, de complicações e internações por AIDS, confirmando assim a melhora na qualidade de vida dos pacientes soropositivos.

Esta redução é consequência da adesão à terapia anti-retroviral – associada a qualidade da assistência prestada⁶.

Face ao crescimento desta epidemia, surgiram os Hospitais Dia como uma alternativa assistencial, com o objetivo de reduzir os custos, manter o paciente em seu meio social e familiar e evitar a ocorrência de infecção hospitalar em um paciente já imunodeprimido, prestando-se essa assistência com qualidade.

Inserido neste contexto, o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social norteia-se na garantia do direito do usuário e na construção de sua cidadania, considerando-se como saúde o acesso à assistência, à saúde humanizada, transporte, alimentação, trabalho e meios de moradia.

OBJETIVOS

Avaliar a contribuição da Assistência Social no tratamento e na qualidade de vida dos usuários com HIV/AIDS do Hospital Dia/HU/UFAL.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram pesquisados e analisados os dados referentes a: número e percentual de usuários encaminhados para benefícios (PIS/PASEP, FGTS, Carteira de passe livre Municipal/ Intermunicipal, benefício, aposentadoria); número e percentual de pacientes que, mesmo dentro dos critérios para Assistência Social, tiveram sua solicitação indeferida; pontos de estrangulamento a serem corrigidos; impactos causados na vida e no tratamento do paciente.

Os dados foram obtidos através de entrevistas com os pacientes e aplicação de questionários com questões abertas e fechadas.

Como instrumento de avaliação dos critérios utilizados na concessão de benefícios/ aposentadorias, utilizou-se a Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa da Resolução INSS/DC Nº 089, de 5 de abril de 2002⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente a AIDS era tida como uma doença que evoluía para graves complicações oportunistas e o óbito. Ela teve sua evolução natural drasticamente modificada com o advento dos anti-retrovirais e isto permitiu que pacientes sintomáticos, inclusive em fase avançada, tivessem a possibilidade de recuperação imune, com a redução na ocorrência de complicações e internações pela doença e reintegração em sua vida social e produtiva.

A partir de então, até como um avanço na luta pela desestigmatização da doença, o paciente com HIV/AIDS passou a ter uma avaliação mais criteriosa em relação à concessão de benefícios e aposentadorias.

Recentemente, o Ministério da Saúde, publicou uma Portaria com o intuito de uniformizar os critérios que serviriam de diretrizes para a avaliação destes pacientes pelos peritos do INSS⁷.

Em vários outros aspectos a legislação também avançou com a criação de leis específicas aos pacientes com HIV/AIDS necessárias para fazerem valer os direitos desta população, face ao preconceito, medo e estigmas ligados à doença. Mesmo assim, os constantes limites impostos pela AIDS, questões sociais e seus desdobramentos, a pobreza presente na fome, a baixa escolaridade, tornam cada vez mais inviável o acesso ao mundo do trabalho, ou seja há exclusão em todos os níveis, colocando para a Assistente Social a importância da universalização de políticas públicas competentes.

A necessidade de adesão do paciente ao tratamento levou à sua abordagem sob uma ótica mais ampla, ou seja, dentro de um modelo de assistência interdisciplinar, onde diversas disciplinas e especialidades se complementam. Desta forma surgiram às equipes multidisciplinares e a conclusão de que a adesão do paciente ao tratamento está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada (Nemes, 2000)⁶.

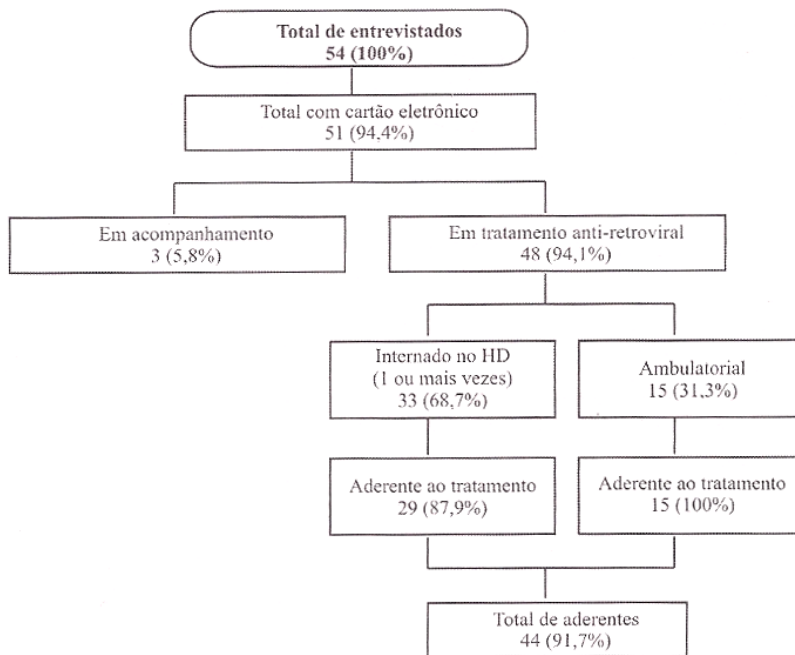
Inserido neste contexto, o trabalho desenvolvido pelo serviço social norteia-se na garantia do direito do usuário e na construção de sua cidadania, considerando-se como saúde o acesso à assistência, à saúde humanizada, transporte, alimentação, trabalho e meios de moradia.

Apesar dos progressos obtidos pela ciência e nas políticas em nosso meio, o avanço da epidemia tem se acompanhado de um número crescente de pacientes diagnosticados tardiamente, tendo em vista que já se apresentam bastante imunodeprimidos e com graves complicações da doença, denotando tanto a dificuldade de acesso à assistência como uma falha da rede em investigar o diagnóstico mais precocemente.

SITUAÇÃO QUANTO À CONCESSÃO DE CARTÃO ELETRÔNICO

Dos 54 pacientes entrevistados, 51 (94,4%) foram encaminhados para concessão de cartão eletrônico, sendo que 3 (5,8%) se encontram em consulta ambulatorial, sem medicação, e 48 (49,1%) estão em terapia anti-retroviral, conforme **Esquema I**. Porém, destes 48 pacientes, 33 (68,7%) internaram-se no Hospital Dia uma ou mais vezes e 15 (31,3%) permaneceram apenas em consulta ambulatorial. Dos que passaram por internação, 29 (87,9%) são aderentes ao tratamento, ou seja, fazem seu tratamento conforme a orientação médica, bem como os 15 (100%) que fazem acompanhamento exclusivamente ambulatorial (Esquema 1).

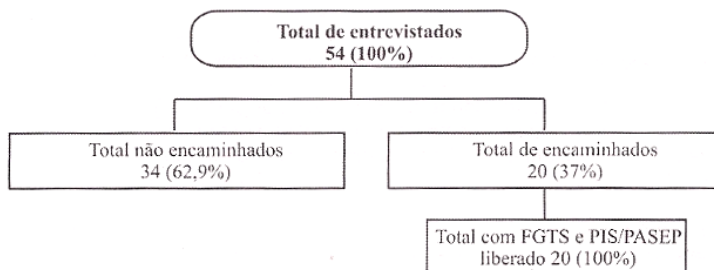
Observa-se que 44 (91,7%) dos 54 (100%) pacientes entrevistados são aderentes ao tratamento, sendo importante a concessão do cartão eletrônico para viabilização do acesso ao serviço de saúde e concretização do tratamento, favorecendo-lhes assim a oportunidade de se reintegrarem à sociedade e terem melhor qualidade de vida.



Esquema 1 – Situação quanto à concessão de cartão eletrônico, para viabilização de acompanhamento/tratamento x situação de aderência.

SITUAÇÃO QUANTO À LIBERAÇÃO DE FGTS E PIS/PASEP

Dos 54 pacientes entrevistados, 34 (62,9%) não foram encaminhados por não estarem inseridos no mercado formal. Por outro lado, 20 pacientes (37%) foram encaminhados e receberam seu FGTS e PIS/PASEP (Esquema 2). No total, 100% dos pacientes encaminhados, receberam o benefício.



Esquema 2 – Situação quanto à liberação de FGTS e PIS/PASEP

Apesar do direito, foram vivenciados pelos pacientes os seguintes entraves:

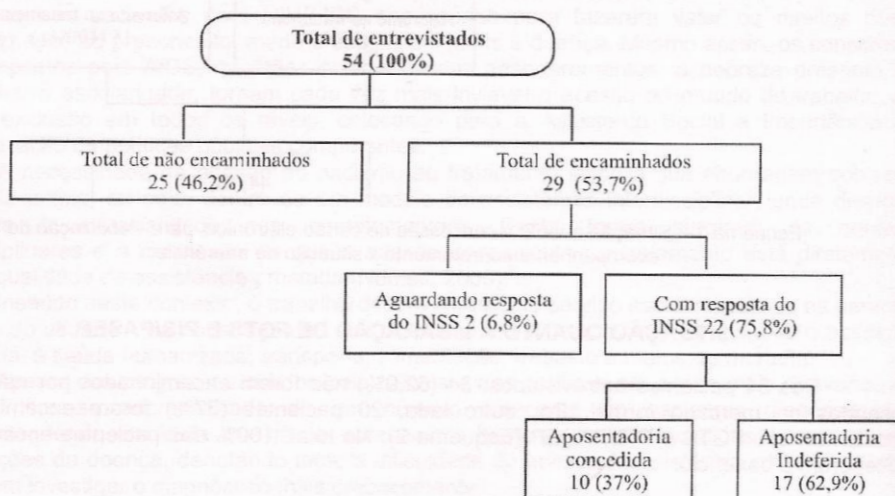
- exigência de que o paciente explicitasse o diagnóstico, diante dos demais clientes presentes;
- exigência de documentação extra desnecessária;
- desconhecimento, pelos funcionários, dos procedimentos para liberação do benefício;

- questionamento, em público, da veracidade do diagnóstico, apesar do atestado médico;
- desgaste pela longa permanência na fila do banco.

Apesar de 100% dos pacientes terem obtido o benefício a que faziam jus, o despreparo de funcionários das agências bancárias bem como a falta de um atendimento especial a estes usuários – levando a constrangimentos e repercussões em seu estado emocional e de saúde – obrigaram a uma nova intervenção do Serviço Social do Hospital Dia para a garantia do referido direito.

SITUAÇÃO QUANTO A CONCESSÃO OU INDEFERIMENTO DE BENEFÍCIO/APOSENTADORIA

Dos 54 pacientes entrevistados, 29 (53,7%) foram encaminhados para benefícios/aposentadorias, sendo que 2 (6,8%) destes ainda aguardam o resultado da perícia médica, tendo sido excluídos da análise final, restando 27 pacientes encaminhados, perfazendo 50% dos entrevistados. Destes 27 pacientes, 10 (45,5%) receberam a aposentadoria e 17 (54,5%) tiveram a aposentadoria indeferida (Esquema 3 e Quadro 1).



Esquema 3 – Situação quanto à concessão ou indeferimento de benefício

Transcreveremos abaixo alguns depoimentos dos pacientes entrevistados, que servem de subsídio para análise do indeferimento do benefício/aposentadoria:

“... para tirar a aposentadoria foi difícil porque foi negada duas vezes ...”

“... você não tem direito, mesmo com AIDS e fazendo hemodiálise; seu marido pode trabalhar...”

“... a médica perguntou se eu estava sabendo que, quando eu morresse, aquela aposentadoria não ficava pra ninguém e que eu nem deveria dar entrada, mas já que eu estava ali... Como já disse: se agente está doente, até piora com a humilhação que se passa ao escutar aquelas palavras ...”

O Quadro 1 apresenta a situação dos pacientes (12) que tiveram indeferimento do benefício/aposentadoria quanto às complicações clínicas que apresentavam à época da realização de sua perícia médica, sua contagem de células CD4, Carga Viral, outras patologias associadas e profissões a serem consideradas na conclusão pericial.

Quadro 1 – Pacientes com indeferimento de benefício/aposentadoria complicações apresentadas no período da perícia, CD4, Carga Viral, Outras Condições Associadas e Profissão.

Nº	COMPLICAÇÕES	CD4/m ³	CARGA VIRAL	OUTRAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS	PROFISSÃO
1	Diarréia 1 mês; Febre 38°C por tempo 1 mês; Perda de peso > 10%	136	36.000	*****	Cozinheiro
2	Tuberculose pulmonar	141	130.000	Bronquectasia + DPOC com dispnéa aos mínimos esforços	Motorista
3	PPC; Diarréia 1 mês; Astenia 1 mês; Perda de peso > 10%	265	180.000	Insuficiência renal crônica em hemodiálise	Comerciário
4	*****	197	1.000.000	*****	
5	Tuberculose extra-pulmonar; Febre 38°C 1 mês; Perda de peso >10%	72	20.000	Toxoplasmose ocular	Motorista
6	Diarréia 1 mês; Esofagite fúngica; Perda peso > 10%	50	230.000	Fistula anal	Cuidador de Idosos
7	Sarcoma de Kaposi; Diarréia 1 mês	122	580.000	*****	
8	-----	30	14.000	Gestante	
9	Astenia 1 mês; Dermatite persistente	28	36.000	Gastrite + vomito	
10	Sarcoma de Kaposi; Candidíase.	46	120.000	*****	
11	Leucomielencefalopatia multifocal progressiva	58	370.000	Epilepsia secundária	Motorista
12	Diarréia 1 mês	126	97.000	Hérnia de disco e fistula anal	Pedreiro

O Quadro 2 apresenta as condutas na avaliação pericial em casos de infecção pelo HIV, segundo a Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa para fins de benefícios previdenciários em HIV/AIDS (Resolução INSS/DC Nº 089, de 05 de abril de 2002) ⁷.

Observamos que 09 (75%) dos 12 pacientes com benefício indeferido apresentavam infecção crônica sintomática (Ver Complicações em Quando I). Pela Norma Técnica, a conclusão pericial deveria ser pela incapacidade laborativa dos pacientes (Ver Quadro 2).

Observamos também que, na conclusão pela incapacidade limite indefinido (Ver Quadro II), também deveria ser levado em consideração o tipo de trabalho executado pelo paciente. No entanto, 07 (77,7%) dos 09 pacientes apresentavam-se com complicações e/ou seqüelas incompatíveis com a execução de seu trabalho (Ver Quadro 1), estando todos os 07 pacientes na categoria de infecção crônica sintomática.

Quadro 2 – Conduas na avaliação pericial em casos de infecção pelo HIV

SITUAÇÃO CLÍNICA	CONCLUSÃO	COMENTÁRIOS
INFECCÃO AGUDA	INCAPAZ DCI de 30 a 60 dias, com provável DCB no limite.	Presença de sinais e sintomas clínicos transitórios característicos da fase aguda da infecção pelo HIV. Surgem poucos dias ou semanas após o contato infectante e apresentam duração média de 2 a 3 semanas.
INFECCÃO CRÔNICA ASSINTOMÁTICA	CAPAZ Indeferimento.	Evidência laboratorial de infecção pregressa pelo HIV, sem sinais ou sintomas relacionados com a doença.
INFECCÃO CRÔNICA SINTOMÁTICA	INCAPAZ DCI de 90 a 120 dias.	O conceito de infecção crônica sintomática deve contemplar não somente as alterações específicas relacionadas ao quadro de imunodeficiência induzida pelo HIV e os processos oportunistas a ela relacionados, mas também as alterações incapacitantes, relacionadas com o diagnóstico e o tratamento da entidade nosológica HIV/AIDS e suas complicações (ex.: efeitos colaterais graves dos medicamentos, depressão e outros distúrbios psicomocionais relacionados ao diagnóstico e tratamento). A presença de lesões incapacitantes de natureza permanente, ocasionadas por complicações ou seqüelas das complicações oportunistas ou pelo tratamento são critérios para concessão de limite indefinido.
	INCAPAZ Limite Indefinido.	O uso dos anti-retrovirais tem permitido a reversão clínica e laboratorial de casos anteriormente considerados terminais. Portanto, essas condições não são mais necessariamente indicativas de L.I. (há situações em que, mesmo com achados laboratoriais bem alterados, o paciente está tão bem clinicamente, que nem o auxílio doença estaria indicado). Neste sentido, é importantíssimo que a perícia médica estabeleça estreita integração com os profissionais médicos vinculados aos Programas Municipais de DST/AIDS, com vistas a obter, com a maior consistência possível, informações sobre a evolução e o prognóstico de cada caso, para que se possa decidir com segurança e embasamento técnico. A análise isolada dos exames laboratoriais específicos (contagem de células T-CD4+ e carga viral), embora não seja um fator determinante direto para a decisão quanto à capacidade laborativa do segurado, deve ser utilizada como <u>parâmetro complementar</u> na avaliação geral do caso, juntamente com outras informações clínicas obtidas junto ao laudo enviado pelo médico assistente e exame pericial. Tudo vai depender da condição clínica, dos efeitos colaterais dos anti-retrovirais, da existência ou não de seqüelas graves e/ou incapacitantes e do tipo de trabalho executado pelo segurado.

Fonte: www.aids.gov.br

CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos conseguimos identificar os pontos de estrangulamento a serem corrigidos, que foram: péssimo atendimento nas instituições a que foram devidamente encaminhados para acesso a seus direitos; falta de profissionalismo; morosidade na concessão do benefício; indeferimento de benefícios que estavam dentro dos critérios e normas técnicas; deslocamentos repetidos e desnecessários pelo usuário às referidas instituições e seus transtornos conseqüentes, com a inevitável repercussão em seu estado de saúde.

Os resultados demonstram que o atendimento na maioria das instituições públicas é disponibilizado de forma desumana e desrespeitosa, agravado pela falta de consistência nos critérios utilizados para concessão de benefício/aposentadoria.

Portanto, seriam necessárias novas intervenções pelo Serviço Social junto às instituições, com o objetivo de assegurar efetivamente o que já está definido na legislação vigente: visita às referidas instituições para exigir atendimento humanizado e para questionar os indeferimentos que teriam sido encaminhados dentro dos critérios exigidos por lei.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. DEMO, P. Educação pelo avesso: assistência como Direito e como problema. São Paulo: Cortez, 2000.
2. Código Civil Brasileiro,
3. Ministério do Trabalho. Portaria N° 869, de 11 de agosto de 1992.
4. BRASIL. Lei Orgânica dos Assistentes Sociais, Brasília, 1993.
5. Diário Oficial da União. Lei Federal N° 9313 de 13 de novembro de 1996.
6. NEMES, M. I. B. e Cols. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo. Ministério da Saúde. 171 p, 2000.
7. BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Resolução INSS/DC N° 089, de 05 de abril de 2002. Brasília, 2002.

SARCOMA DE KAPOSI MUCOCUTÂNEO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DA AIDS.

¹Sonia Maria Soares Ferreira

²Felipe Anderson Sousa dos Santos

²Italo Jorge de Albuquerque Amorim

²Erika Natália Lourenço Souza

³Arthur Maia Paiva

⁴Eduardo Bauml Campagnoli

¹Cirurgiã-Dentista – estomalogista do Hospital Dia/HU/UFAL - Orientadora

²Acadêmicos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas.

³Especialista em Medicina Tropical do Hospital Dia/HU/UFAL

⁴Patologista Bucal do curso de Odontologia / CESMAC

INTRODUÇÃO

O sarcoma de Kaposi (SK) foi descrito primariamente por Moritz Kaposi, em 1872. É a neoplasia maligna mais comum associada a aids, apresentando-se sob sua forma mais agressiva, também chamada de epidêmica².

O sarcoma de Kaposi (SK) caracteriza-se por tumores elevados de coloração avermelhada, rosada, purpúrea e acastanhada. O local mais comum de acometimento inicial é a pele, podendo este distribuir-se para cabeça, pescoço, tronco e trato gastrointestinal, variando em número, desde lesões isoladas a centenas de lesões disseminadas. A apresentação bucal pode envolver gengiva, língua, e interferir na deglutição e fonação, resultando na perda de dentes ou obstrução das vias aéreas superiores^{2,7}.

O presente artigo tem por objetivos: relatar um caso de sarcoma de Kaposi associado a infecção pelo HIV; bem como, alertar os profissionais sobre esta patologia, e destacar a importância da integração do cirurgião-dentista dentro da equipe multidisciplinar envolvida no atendimento desses pacientes.

RELATO DE CASO

Paciente T. M. N. masculino, de 27 anos de idade, leucoderma, procurou o Hospital Dia / Hospital Universitário Professor Alberto Antunes em Maceió – AL em março de 2007 com relato de febre vespertina com evolução de dois meses, adenopatia inguinal, sudorese noturna, grande perda de peso e diarreia persistente, e duas lesões violáceas em membros superiores (Figura 01-A). Como a história sugeria infecção pelo HIV o paciente foi testado e confirmada a infecção. O paciente iniciou terapia antiretroviral com Zidovudina, Lamivudina e Lopinavir/Ritonavir por ser considerado sintomático; posteriormente, em junho de 2007 realizou a contagem de células CD4 e carga viral que demonstraram CD4 igual a 273 células/ml e carga viral < 191 cópias/ml (b-DNA).

A biópsia da pele confirmou sarcoma de Kaposi cutâneo. Cerca de três meses após o diagnóstico inicial o paciente evoluiu com edema de face e tumoração em boca com relato médico de exarcebação de tamanho e número das lesões de SK, piora do edema facial e presença de linfadenopatia submandibular. Foi solicitado então, parecer da estomatologia.

Ao exame extra-bucal foram observadas múltiplas lesões violáceas em face e pescoço (Figura 01-B). Ao exame intra-bucal verificou-se aumento de volume em palato, nódulo-vegetante, de coloração violácea, firme à palpação, e superfície irregular do lado direito (Figura 01-C), além de uma mancha também violácea em gengiva, envolvendo a região de pré-molares e molares superior, e uma mácula avermelhada em região de forame palatino maior do mesmo lado. Como havia resultado histopatológico de biópsia cutânea (Figura 03-A e B), o diagnóstico clínico para as lesões bucais foi de sarcoma de Kaposi. O paciente iniciou tratamento com vincristina e um ano após necessitou realizar extração de um pré-molar; o tecido gengival hiperplasiado da área foi removido e encaminhado para o histopatológico, confirmando SK, agora com características de lesão em regressão (Figura 03-C). Uma outra contagem de células CD4 foi feita em abril de 2008, demonstrando 505 células/ml e carga viral menor que 50 cópias/ml. Hoje o paciente encontra-se bem, em acompanhamento por um especialista em medicina tropical e uma estomatologista

(Figura 02), no ambulatório do Hospital Dia, e no setor de oncologia do Hospital Universitário.

DISCUSSÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida oficialmente como doença em 1981, pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) em função de uma explosão de casos inexplicados de sarcoma de Kaposi e de pneumonia por *Pneumocystis carinii* em homossexuais masculinos ocorridos em diversas cidades dos Estados Unidos¹⁴. O sarcoma de Kaposi foi, portanto, uma das primeiras doenças oportunistas reconhecida na infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e ainda é a neoplasia maligna mais comumente associada a aids². Tido como um neoplasma vascular incomum, o sarcoma de Kaposi foi descrito primariamente por Moritz Kaposi, em 1872. Antes do aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, este tumor era raro, mas a partir da década de 80, tornou-se cada vez mais freqüente concomitante ao surgimento de indivíduos infectados pelo HIV, no qual está fortemente associado¹⁰.

Tem sido sugerido um agente etiológico infeccioso para o sarcoma de Kaposi, baseado na epidemiologia de suas formas encontradas. O vírus herpes humano 8 (HHV-8) é atualmente reconhecido como um co-fator infeccioso na patogênese do sarcoma de Kaposi, embora não se saiba claramente o modo pelo qual o HHV-8 causa esta lesão. Provavelmente ocorre em conjunto com outros fatores incluindo-se citocinas, proteínas anti-apoptoses e receptores celulares de superfície^{5,10}.

As manifestações bucais em indivíduos soropositivos homossexuais são diferentes daquelas encontradas em indivíduos soropositivos usuários de drogas endovenosas, e que características como idade, raça, experiência com fumo, foram importantes para essas diferenças⁶.

O sarcoma de Kaposi, associados a pacientes com aids, apresenta-se como tumores, freqüentemente, elevados e de coloração avermelhada, rosadas, purpúreas e acastanhadas. O local mais comum de acometimento inicial é a pele, podendo este distribuir-se para cabeça, pescoço, tronco e trato gastrointestinal (40% dos pacientes⁷), variando em número, desde lesões isoladas a centenas de lesões disseminadas². Em confirmação a literatura^{2,7}, o caso relatado apresentou duas lesões em membros superiores, que após três meses do diagnóstico inicial sofreram exacerbação de tamanho e aumento numérico; foram também observados lesões violáceas em face e pescoço, com edema e infiltração.

A apresentação bucal do SK pode envolver gengiva e língua e interferir na deglutição e fonação, resultando na perda de dentes ou obstrução das vias aéreas superiores, principalmente quando está associada ao comprometimento de estruturas como: amígdala, faringe e traquéia. Com a evolução da doença as lesões se tornam maiores e podem ulcerar. São muito vasculares e sangram com facilidade quando traumatizadas. Pode haver envolvimento de linfonodos, em aproximadamente 50% dos casos, no qual apresentam-se endurecidos, parenquimatosos, móveis, de localização mais freqüente nas regiões inguinal e cervical^{2,11}. Ao exame intra-bucal, a apresentação clínica das lesões do caso aqui relatado são semelhantes aquelas descritas na literatura^{2,7,10}.

O sarcoma de Kaposi possui como características histopatológicas três estágios de desenvolvimento: 1. Mancha (macular); 2. De Placa; 3. Nodular. O estágio macular é caracterizado pela proliferação de vasos minúsculos, resultando em uma rede vascular irregular denteada que circunda os vasos pré existentes. Já o estágio de placa, mostra uma proliferação adicional destes canais vasculares com desenvolvimento de um significativo componente celular fusiforme. No estágio nodular, as células fusiformes aumentam, para formar massa nodular semelhante a tumor. Diversos eritrócitos extravasados e espaços vasculares semelhantes a fenda podem ser observados¹⁰.

A sobrevida dos pacientes com sarcoma de Kaposi associado a aids sem infecção oportunista, avaliada por SAFAI et al, 1990, foi de vinte e oito (28) meses a partir do diagnóstico, para 80% dos pacientes, comparada com 20% de sobrevida no mesmo período para pacientes com infecção oportunista associada.

O diagnóstico diferencial do sarcoma de Kaposi/aids inclui, entre outras, angiomatose bacilar, linfoma cutâneo, hemangioma hemociderótico, linfangioendotelioma benigno, acroangiodermatite, angiosarcoma cutâneo, hemangioendotelioma de células fusiformes,

angioliipoma, histiocitoma fibroso aneurismático².

O tratamento das lesões do sarcoma de Kaposi depende da doença estar localizada ou disseminada. A doença localizada pode ser tratada com radioterapia, sendo utilizada com cautela em lesões orais por ter como efeito adverso mucosite incomum, ou quimioterapia intralesional. A quimioterapia sistêmica, especialmente com vimblastina, pode ser necessária para a doença disseminada¹⁰. No caso apresentado foi utilizada quimioterapia a base de vincristina.

O sarcoma de Kaposi segundo a classificação dos problemas bucais relacionados com a infecção pelo HIV da EC-CLEARINGHOUSE, é uma lesão fortemente associada à infecção pelo HIV. Antes do início da terapia antiretroviral combinada a prevalência de sarcoma de Kaposi era muito alta¹.

Vários estudos tem reportado que após a introdução da terapia antiretroviral combinada houve uma redução na prevalência das lesões bucais da infecção pelo HIV^{1,3,4,6,12}, especialmente candidíase pseudomembranosa, queilite angular e sarcoma de Kaposi¹, que hoje apresenta uma incidência aproximada de 10 % em relação aos números obtidos em 1994^{1,9}.

No Brasil o acesso a esses anti-retrovirais é gratuito, permitindo assim que todos, independente de sua classe social, sejam beneficiados com o tratamento e tenham uma melhora na qualidade de vida.

Atualmente é infreqüente diagnosticar sarcoma de Kaposi mesmo em centros de referência, e quando o diagnóstico é feito precocemente o início da terapia antiretroviral é suficiente para curar a neoplasia. No entanto, quando o paciente procura o serviço em estágios mais avançados da doença o desafio da cura é maior¹.

CONCLUSÃO

Este relato se justifica devido a apresentação clínica num estágio mais avançado da doença, e mostra que o diagnóstico preciso e tratamento adequado podem devolver a vida com qualidade para estes pacientes. Para o cirurgião-dentista torna-se relevante, pois evidencia a necessidade da interdisciplinaridade para o diagnóstico, tratamento e seguimento do caso.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ferreira SMS, Noce C, Júnior AS, Gonçalves L, Torres S, Meeks V, Luiz R, Dias E. Prevalence of oral manifestations of HIV infection in Rio de Janeiro, Brazil from 1988 to 2004. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(10), 2007.
2. Fonseca B, Bollela VR, Neto RJP. Sarcoma de Kaposi e síndrome da imunodeficiência adquirida: características desta associação, incluindo novos conceitos sobre patogênese e tratamento. *Medicina, Ribeirão Preto*, 32: 26-39, 1999.
3. Greenspanm D, Canchola AJ, MacPhail LA, CHEIKH B., GREENSPAN JS. Effect of highly active antiretroviral therapy on frequency of oral warts. *Lancet* 357: 1411-1412, 2001.
4. Greenwood I, Zakrzewska JM, Robinson PG. Changes in the prevalence of Hiv-associated mucosal disease at a dedicated clinic over 7 years. *Oral Disease* 8:90-94, 2002.
5. Kennedy MM, Biddolph S, Lucas SB, Howells DD, Piction S, Mcgee JO, O'Leary JJ. CD40 upregulation is independent of HHV-8 in the pathogenesis of Kaposi's Sarcoma. *Mol Pathol*, 52(1):32-6, 1999.
6. Kerdpon D, Pongsiriwet S, Pangsomboon K et al. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients. *Oral Diseases* 10: 138-144, 2004.
7. Krown, S.E. Clinical Characteristics of Kaposi Sarcoma – 07/2003. Disponível em: <http://hivinsite.ucsf.edu/Insite?page+kb-06-02-03>. Acesso em abril de 2008.
8. Lamster IB, Begg MD, Mitchell-Lewis D, Fine JB, Grbic JT, Todak GG, El-Sadr W, Gorman JM, Zambon JJ, Phelan JA. Oral manifestations of HIV infection in homosexual men and intravenous drug users. *Oral Surg*, 78(2):163-223, 1994.
9. Mocroft A, Kirk O, Clumeck N. The Changing Pattern of Kaposi Sarcoma in Patients with HIV, 1994-2003. *American Cancer Society* 2004.
10. Neville BW. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2nd edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro- RJ, 2004.

11. Prabhu SR. Medicina Oral. Em: Logan RM, Wilson DF, Moore SR (ed) Síndrome da Imunodeficiência adquirida, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro-RJ, p.196, 2007.
12. Ramirez-Amador V, Esqueivel-Pedraza L, Sierra MJ, Anaya-Saa VG, Gonzáles-Ramirez I. Ponce-de-Leons. The changing clinical spectrum of human immunodeficiency virus (HIV) – related oral lesion in 1000 consecutive patients. A 12- years study in a referral Center in Mexico. Medicine 82:39-50, 2003.
13. Safai B et al. The koerner phenomenon in AIDS-related Kaposi's Sarcoma. J. Am. Acad. Dermatol 22: 125-126, 1990.
14. Souza LB, Pereira PL, Medeiros AMC, Araújo Jr RF, Mesquita OJX. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. Pesq Odont Bras, 14(1): 79-85, 2000.



Figura 01: *Imagens clínicas quando o paciente procurou tratamento. Imagem (A) exibe lesões violáceas em membro superior. Em (B) múltiplas lesões violáceas em face e pescoço sugestivas de Sarcoma de Kaposi. Em (C) observa-se aumento de volume em palato, lesões de coloração violácea e superfície irregular e presença de ulceração.*

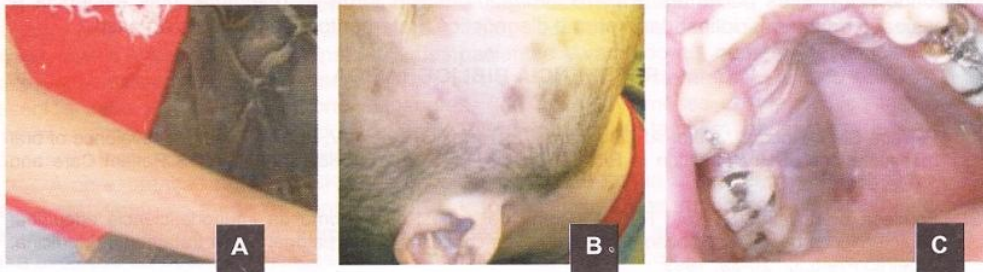


Figura 02: *Imagens clínicas após 1 ano e 5 meses de tratamento. Nas imagens (A), (B) e (C) verifica-se regressão das lesões em pele e mucosa bucal, com melhora do quadro clínico do paciente.*

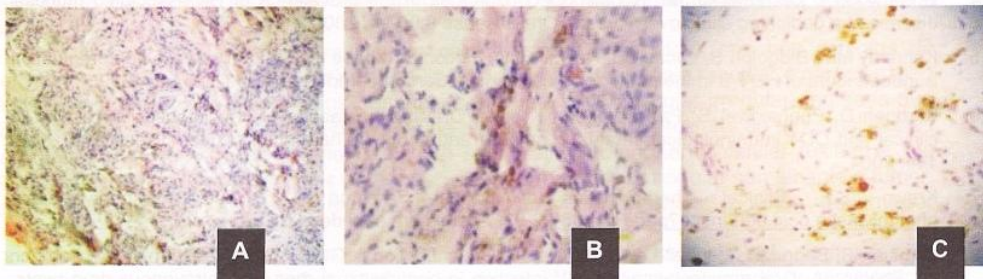


Figura 03: *Imagens histopatológicas. Na imagem (A) nota-se proliferação intensa de células fusiformes (HE, 40X) e em (B) espaços vasculares semelhantes a fenda, com área de deposição de hemossiderina (HE, 400X). A imagem (C) mostra áreas de deposição de hemossiderina e pequenos espaços vasculares, com baixa proliferação de células fusiformes, demonstrando desse modo regressão da lesão (HE, 100X).*

GRUPOS PSICOTERAPEUTICOS EM HIV/AIDS

Márcia Guimarães
Psicóloga do HD/HU/UFAL

INTRODUÇÃO

Trabalho desenvolvido no Hospital Dia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas. A resposta à epidemia de AIDS levou a implantação de novas ações na assistência ao paciente, pela complexidade na abordagem ao portador de HIV/AIDS. No Brasil CTAs (Centro de Testagem e Aconselhamento), Hospitais Dias e SAEs (serviço Ambulatoriais Especializados) e ADTs (Atendimento Domiciliar Terapêutico) são exemplos de alternativas assistenciais implantados como parte da resposta nacional a epidemia. Na presente década, pela ênfase cada vez maior na adesão ao tratamento, foram implantados os grupos de adesão nos diversos serviços que atendem pacientes com HIV/AIDS, nos quais um facilitador, juntamente com os pacientes que compõem aquele grupo, discutem assuntos pertinentes a adesão ao tratamento e se ajudam mutuamente na busca de alternativa para um objetivo comum..

Há seis anos iniciamos o trabalho de criação de grupos psicoterapêuticos, uma nova ação na assistência aos pacientes, no qual o profissional psicólogo, passa a trabalhar, em grupos, questões relacionadas ao processo saúde-doença pertinente a área psicossocial, complementando as ações trabalhadas individualmente nos serviços.

OBJETIVO

Relatar a implantação e características dos grupos psicoterapêuticos, implantados no Hospital Dia/HU/UFAL, e propostas para novos grupos.

METODOLOGIA

Relato de experiências, procurando observar características comuns e particulares a cada um dos 3 grupos psicoterapêuticos trabalhados, pela composição diferente dos mesmos, analisando questões produzidas apenas quando oportunizada a troca de experiência entre pacientes.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Foram criados 3 grupos psicoterapêuticos, com o número de participantes variando entre 5 e 7 pacientes(Tabela 1).

Um grupo foi composto de homens, o outro de mulheres e um terceiro misto. As reuniões eram realizadas quinzenalmente, no Hospital Dia, tinha duração de 2 horas , os pacientes aderiam ao grupo espontaneamente, observando-se como critério de inclusão, nos dois primeiros grupos, a questão gênero (tabela 1).

No início das atividades de cada dia, era realizadas técnicas de dinâmica de grupo, com a finalidade de integrar os participantes. Inicialmente houve uma maior participação da psicóloga para favorecer a interação entre os participantes, porém a medida que era dada a continuidade as sessões, naturalmente estas interações se davam com mais facilidade.

Observamos que no grupo 1, as pessoas recebiam apoio de seus companheiros, e que os homens solteiros procuravam manter segredos quanto sua condição de pessoas portadoras de HIV/AIDS de seus familiares (pais, mães e irmãos).

No grupo dois, das mulheres, havia preocupação em não transmitir o vírus aos companheiros, mas não recebiam o apoio que gostariam, havia também receio em serem abandonados.

Verificou-se no grupo 3, no início maior timidez, talvez pelo fato de o grupo ser misto, em seguida a esse momento o grupo começou a reagir diferentemente dos outros, havendo demonstrações de interesse homem / mulher e algumas mulheres foram correspondidas.

Geralmente os temas mais comuns eram: trabalho, relacionamento e sexualidade, todos estreitamente relacionados ao processo saúde-doença. Havia momento de descontração, de enfrentamento das dificuldades e formação de vínculos e de superação. Nos grupos não se falavam em mortes mas sim no desejo de viver.

GRUPOS	Nº PACIENTES	MASCULINO	FEMININO
GRUPO 1	6	6	0
GRUPO 2	5	0	5
GRUPO 3	7	3	4

Tabela 1 - Composição dos grupos psicoterapêuticos, quanto ao número e gênero.

Outro aspecto verificado, comum a todos os grupos, foi o uso de preservativo, na maioria das vezes pelos pacientes, comportamento esse que sempre foi reforçado durante todos os encontros, mas os pacientes relatavam algumas vezes, que se relacionavam sem o preservativo, mesmo sendo orientados sob a importância do uso, não esclareciam o porque, uma vez ou outra isso ocorria.

No geral, os grupos passaram a demonstrar aceitação da sua condição de pessoas vivendo com HIV/AIDS, apresentavam-se mais descontraídos, abertos a novas relações, as palavras medo, culpa, foram deixados de lado, viver, lutar e superar essas palavras sim, passaram a ser ouvidas constantemente nos grupos psicoterapêuticos.

A importância do conhecimento e a utilização da psicóloga do grupo decorrem justamente do fato que todo indivíduo passa a maior parte do tempo de sua vida convivendo e integrando com grupos distintos (referência 1).

"Essa modalidade psicoterápica se utiliza de fundamentos da psicanálise e seu objetivo é conduzir o indivíduo a obtenção de INSIGHT com fins de mudanças, podendo tirar também, outros benefícios, como a manutenção de um estado de equilíbrio continuado; melhor adaptação nas inter-relações humanas em geral; aprendizagem emocional, uma vez que o indivíduo compartilhar os conflitos grupais" (referência 2)

A formação do grupo psicoterapêutico vai além de uma simples soma de indivíduos com problemas exclusivamente pessoais. E a reunião de todos os componentes mais o psicólogo para uma tarefa comum, quando a formação de um campo dinâmico, onde se cruzam necessidades, desejos, ataques, medos, culpas, defesas, papéis, identificações, movimentos resistências, transparências e contra transferências, etc. (referência3)

CONCLUSÃO

No Planejamento Estratégico do Setor de Hospital Dia para 2008 / 2009, está previsto a criação de mais um grupo psicoterapêutico para mães e/ou cuidados de crianças com AIDS que interferem nos cuidados a criança com HIV/AIDS.

Entre as diversas ações na assistência aos pacientes com HIV/AIDS, a implantação de grupos psicoterapêuticos permite abordar questões relacionadas aos pacientes com HIV/AIDS, através de oportunização de espaço para interação em grupos de pacientes, tendo como facilitador o psicólogo da equipe, complementando dessa forma as demais do serviço contribuindo para aumentar a efetividade das intervenções propostas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 - Riviere, E P. O Processo Grupal. São Paulo: Martins
- 2 - Zimerman, D. Fundamentos básicos dos grupos terapias. Porto Alegre: Artes 3 Médicas, 1993.
- 3 - Bion. W.R. Experiências com grupos. 2. ed. São Paulo: Imago, 1975.

CUIDADOS NUTRICIONAIS EM HIV+ E SIDA

Denize Pereira Verçosa
Nutricionista do HD/HU/UFAL

IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO

O bom estado nutricional aumenta a habilidade do organismo de lutar contra infecções oportunistas. Portanto logo após a confirmação do diagnóstico, deve ser iniciada a orientação nutricional e um plano alimentar equilibrado, que forneça todos os nutrientes essenciais para a manutenção ou melhora no estado nutricional do indivíduo, prevenindo a desnutrição protéico-calórica e deficiência de vitaminas e minerais que agravariam ainda mais o estado de imunodeficiência.

O aconselhamento deve ser individualizado, respeitando as condições laboratoriais, fisiológicas e financeira de cada um. Pois o melhor é fazer pequenas, mas, importantes modificações nos hábitos alimentares e mantê-las para sempre, contribuindo assim para a melhora de seu equilíbrio nutricional e de sua saúde.

SINTOMAS QUE ALTERAM O ESTADO NUTRICIONAL:

- Efeitos colaterais dos medicamentos.
- Tabus e erros alimentares;
- Paladar alterado pelo uso de medicamentos;
- Infecções na boca e no esôfago;
- Anemia;
- Perda de apetite;
- Náuseas e vômitos;
- Diarréia;
- Dispnéia (respiração ofegante);
- Depressão e ansiedade;
- Fatores econômicos;

CONTROLE ALIMENTAR

- Segurança do alimento que irá consumir (saber se está livre de contaminação bacteriana);
 - Procurar fazer as refeições em intervalos regulares durante o dia;
 - Evitar excluir refeições, mesmo que esta seja apenas um lanche;
 - Manter horários regulares para as refeições;
 - Fazer as refeições à mesa, sentado confortavelmente e em ambiente tranquilo;
 - Variar as refeições utilizando alimentos de todos os grupos alimentares:
1. Proteínas (leites e derivados, feijões, soja, carnes, ovos, etc.) Importantes para o crescimento, regeneração de tecidos e manutenção da massa muscular.
 2. Carboidratos (massas, pães, batata, arroz, cereais, raízes). Servem para fornecer energia ao organismo.
 3. Frutas, verduras e legumes (frescos ou como sucos): Servem para fornecer vitaminas e minerais essenciais ao equilíbrio do organismo.
 4. Gorduras e Açúcares (manteiga, margarina, óleos, açúcar, mel, geléia, etc.): São consumidos junto com alimentos dos outros grupos e são fontes de calorias, prevenindo a perda de peso. → Devem-se evitar os excessos.

5. Água: Serve para hidratar o organismo. Normalmente deve ser ingerido de 1,5 a 2 litros por dia e de preferência nos intervalos das refeições, mesmo sem sentir sede.

OBS.: Em situações de diarreia, vômitos e suor excessivo, essa quantidade deve ser aumentada para 2 a 3 litros por dia.

- A pirâmide alimentar pode ser um bom guia para ajudar na escolha de uma alimentação saudável, dando exemplo de como montar as refeições:

- Grupo dos pães, cereais, arroz e massas (6 a 9 porções p/ dia)
- Grupo dos vegetais (4 a 5 porções p/ dia)
- Grupo das frutas (3 a 5 porções p/ dia)
- Grupo do leite e derivados (2 a 3 porções p/ dia)
- Grupo das carnes, ovos, feijões (1 a 2 porções p/ dia)
- Gorduras, óleos e açúcares (usar com moderação)



SUGESTÕES PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO PARA O TRATAMENTO DE SINTOMAS

Náuseas e vômitos:

- Refeições pequenas e freqüentes ao longo do dia.
- Evitar alimentos gordurosos e líquidos durante as refeições.
- Evitar bebidas alcoólicas, cafeína ou condimentos muito fortes.
- Usar alimentos em temperatura ambiente.
- Evite sentir o cheiro do alimento quando está sendo preparado.
- Evite deitar após se alimentar.

Feridas na boca e na garganta:

- Usar alimentos macios e úmidos.
- Evitar alimentos condimentados ou muito ácidos.
- Utilizar pouco sal no alimento.
- Evitar alimentos temperaturas muito quentes ou muito geladas.

- Usar alimentos mais nutritivos.

Xerostomia (boca seca):

- Usar alimentos úmidos, com molho ou com caldos.
- Ingerir mais líquidos durante e nos intervalos das refeições.
- Utilizar gotas de limão ou balas azedas.

Dificuldade com a respiração:

- Usar alimentos que facilitem o processo de mastigar e engolir.
- Dar preferência a alimentos mais nutritivos.
- Comer sentado, devagar, em pequenas quantidades e em intervalos frequentes.

Diarréia:

- Aumentar a ingestão de líquidos (água ou soro caseiro) para não desidratar.
- Evite alimentos ricos em fibras (verduras de folhas, mamão, melancia, ameixa, laranjas, abacaxi, uvas, manga, abacate, coco, amendoim, castanhas, abacate, feijões, cereais integrais, etc.)
- Substituir o leite de vaca pelo leite desnatado ou de soja.
- Evitar gorduras, frituras.
- Consuma alimentos como maçã sem casca, banana, goiaba, água de coco, sucos de caju, de carambola, de limão, maisena, mucilon de arroz, creme de arroz, batatinha, cenoura cozida, etc.

Constipação (intestino preso)

- Aumentar a ingestão de líquidos.
- Aumentar a quantidade de alimentos ricos em fibras.
- Fazer caminhada diária, se possível.

Falta de apetite

- Tente alimentos líquidos como vitaminas, sucos acrescidos com leite, iogurte, leite com suplemento (sustagen, sustain, nutren).
- Sirva-se de sopas bem atraentes e apetitosas.
- Tente alimentos diferentes para estimular o apetite.
- Nunca fique muito tempo sem se alimentar. Procure comer sempre um pouco em cada refeição.

Alteração de paladar

- Utilize alimentos em temperatura ambiente.
- Enxágüe a boca antes de se alimentar.
- Utilize temperos de sabor forte como as ervas (manjeriço, alecrim, orégano, hortelã, etc.)
- Estimule o paladar com alimentos ácidos (limão, laranja, vinagre, tamarindo, balas azedas ou de hortelã, etc.)
- Prefira talheres de plástico se o de metal interferir no sabor do alimento.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Smils M E e cols. Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença – Vol. II. Ed. Manolig, 9ª edição. São Paulo, 2003.
2. Duarte A C G. Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. Ed Atheneu. São paulo, 2007
3. Escott-Stump S. Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento. 3ª ed. Ed Manolig. São Paulo, 2003

A IMPORTÂNCIA DO ACONSELHAMENTO NA CO-INFECÇÃO TUBERCULOSE/HIV

Maria Helena de Araújo
Especialista em Serviço Social da Saúde do Hospital Dia/HU/UFAL

INTRODUÇÃO

Este texto faz parte de uma construção coletiva, elaborado a partir das experiências vivenciadas pela equipe interdisciplinar que atua no HD (Hospital Dia), do Hospital Universitário da UFAL, onde reconhecemos as possibilidades e os limites de contribuir efetivamente por uma causa que exige amor, dedicação e busca de alternativa para superação das demandas, especificamente falando em aconselhamento Tuberculose/HIV (TB/HIV).

Inicialmente, porque é tão importante solicitar o teste anti-HIV a todos os pacientes com TB? Todos nascem sem o bacilo, porém segundo a Organização Mundial de Saúde pelo menos cerca de 1/3 da humanidade já está infectada, e 10% vão adoecer ao longo da vida. E são os doentes de TB pulmonar que servem de fonte para alimentar esse ciclo de transmissão.

Observando o ambiente sócio-econômico-cultural da maioria da população brasileira, percebem-se fatores que favorecem a infecção e potencializam o adoecimento; toda vez que há empobrecimento, indicado pela queda do PIB (Produto Interno Bruto), é esperado o aumento de casos novos de TB.

Não é sem razão que, mundialmente, 95% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento e 98% das mortes por TB acontecem nesses mesmos países. O fator econômico não é determinante no surgimento da doença, mas contribui para seu crescimento.

Em sua maioria, o nosso paciente de TB vive na pobreza, não concluiu o 1º grau, não tem informação ou possui informações erradas sobre a doença, são casados e mantenedores de famílias numerosas, desempregados ou subempregados vivendo de ajuda, em condições de vulnerabilidade e precariedade, o que resulta em exclusão social; residem na capital, em local sem saneamento básico, em casas de no máximo três cômodos, expostos a fatores de riscos que contribuem para o aumento da infecção e do adoecimento pela tuberculose¹.

Mesmo considerando todos esses fatores, o fator isolado que mais tem contribuído para o aumento do número de casos de tuberculose atualmente é a AIDS, que age aumentando o risco de adoecimento. Enquanto na população em geral o risco do indivíduo infectado com o bacilo da TB se tornar doente é de 10% ao longo da vida, na AIDS esse percentual é de cerca de 10% ao ano. A tuberculose, por sua vez, é a maior causa de mortes entre os pacientes infectados com o HIV.

Houve um momento em que o teste de HIV era solicitado apenas em pacientes que apresentassem evidências clínico-epidemiológicas de risco de infecção pelo HIV: nível de escolaridade, forma clínica de apresentação da tuberculose, história epidemiológica, monilíase oral, cicatriz de herpes-zoster, e outras alterações ao exame físico sugestivas de HIV/AIDS². Porém, com a utilização dos indicadores de rastreamento deixava-se de diagnosticar 30% dos casos de infecção pelo HIV². Por isso, é importante não se perder a oportunidade de solicitar o teste de HIV no momento imediato ao diagnóstico de TB, que acontece em qualquer nível de CD4, pois, muitas vezes, esse paciente está em uma fase mais precoce da infecção pelo HIV, com sua imunidade ainda preservada, hoje devendo ser realizada a solicitação de teste anti-HIV para 100% dos casos de tuberculose.

Na realidade de Alagoas, observam-se muitos casos de diagnóstico tardio em pacientes que passaram pela rede pública de saúde e que já se apresentam com complicações, o que poderia ser evitado caso tivesse sido realizado o teste de HIV no momento do diagnóstico de TB. Hoje no HD/HU/UFAL já é rotina fazer o teste de HIV em pacientes com TB, onde também é feito o aconselhamento no pré-teste, e no momento do resultado (pós-teste), estando sendo implantado o teste rápido diagnóstico anti-HIV.

O PROCESSO DE ESCUTA E ACONSELHAMENTO

O aconselhamento no pré-teste consiste em medidas, atitudes e intervenções que possam contribuir para transformar as conseqüências negativas do diagnóstico³. Ao receber o paciente, faz-se a escuta de sua história de vida procurando identificar as demandas trazidas e o grau de informação sobre a doença, utilizando como instrumento a coleta de dados através de perguntas abertas que favoreçam a apreensão pelo profissional da realidade do paciente. Ao perguntarmos como o paciente se sente após o diagnóstico de tuberculose ou o que sabe sobre a doença, o que mudou na sua vida familiar, social, profissional e sexual, oportuniza-se um momento muito rico que permite ao profissional intervir com segurança.

Escuta e Aconselhamento:

Observar demanda trazida pelo paciente

Grau de informação sobre a doença: Tuberculose

Esclarecer e informar sobre a doença:

- *Forma de transmissão - Tratamento*
- *Risco de resistência às drogas*
- *Acesso ao Serviço*
- *Reações às medicações*
- *Direitos*

A partir do material coletado com a escuta, inicia-se o processo de aconselhamento e passa-se a intervir, informando e esclarecendo sobre a doença, de acordo com a demanda e o grau de informação do paciente. O aconselhamento deve estar presente em todos os momentos, pois diz respeito à relação construída entre profissional de saúde e o usuário, sendo uma dimensão de intervenções fundamental para a qualificação da assistência prestada, independente do resultado dos exames.

Escuta e Aconselhamento

Estabelecimento de relação de confiança entre paciente com tuberculose e equipe

- *Paciente informado sobre sua doença*
- *Redução do "stress"*
- *Sentimento de acolhimento*
- *Segurança na relação com familiares*
- *Garantia do tratamento*
- *Medos trabalhados: Contágio, Exclusão, Complicações e Emprego*

É importante o profissional ter um olhar acolhedor e solidário, pois esse momento exige sensibilidade, delicadeza e gentileza, por tratar-se da intimidade do outro. Por isso, existe a necessidade premente de ampliar o debate sobre a questão do aconselhamento, intervindo na capacitação, visto que o aprimoramento do profissional para lidar com essa realidade é de suma importância.

A possibilidade de um resultado positivo leva a mudanças no cotidiano e perda da qualidade de vida do indivíduo. Daí a importância do aconselhamento e a responsabilidade da comunicação e revelação do exame.

Escuta e Aconselhamento

Observar demanda trazida pelo paciente

Grau de informação sobre a doença:

- HIV

Esclarecer e informar sobre a doença:

- Forma de transmissão
- Tratamento
- Risco de resistência às drogas
- Reações às medicações
- Acesso ao Serviço
- Direitos, Sociais, Previdenciários e Trabalhistas

Abaixo, depoimento de um paciente cujo resultado do exame foi reagente e que não havia sido submetido ao aconselhamento:

"Passei a viver em função de abrir um envelope, danifiquei o apetite, sono, humor, perdi a alegria, a disposição para o convívio social e, conseqüentemente, sobrou o medo do abandono, do preconceito, caso fosse positivo. Fiquei em pânico durante um mês, chorava, chorava, dormia, acordava e chorava muito. Pensava: se for positivo quem vai cuidar de mim? Como vou ficar? Com quem vou dividir? Uma sentença, um convívio contínuo com a morte..."

O processo de reflexão que se dá durante a espera do resultado transforma o indivíduo, transporta-o para um mundo de sobressalto. O acontecimento (a realização do teste) faz vir à tona os medos correlacionados aos comportamentos de risco anteriormente adotados. Nesse contexto, o aconselhamento consiste na soma de várias medidas e em uma postura de solidariedade, colocando-se no lugar do outro, aprendendo com a dor do outro.

Num resultado não reagente, é importante o indivíduo compreender os vários significados³:

- 1° - pode estar infectado e ainda não produziu anticorpos para um resultado positivo, ou seja, está na janela imunológica;
- 2° - não significa imunidade;
- 3° - refletir sobre idéias e valores pessoais, sensibilizar e mostrar os riscos, reforçar as práticas seguras, identificar possíveis limites do uso do preservativo e discutir formas de superá-las.

Por outro lado, em um resultado reagente, o importante é a escuta, no sentido de identificar as demandas trazidas pelo paciente:

"Como é difícil acordar calado se na calada da noite eu me dano. Quero lançar um grito desumano que é uma maneira de ser escutado, esse pileque todo, me atordo, atordoado permaneço, atento na arquibancada, para qualquer momento ver emergir o monstro da lagoa"(Chico Buarque de Holanda, citado textualmente pelo paciente).

"Recebi o resultado de forma cruel. Você está com uma doença grave, que não tem cura e mata. Estava notificado e toda solidariedade do mundo era pouco, por mais que se queira colocar-se no meu lugar não vai entender."

Há demandas que nos sensibilizam e revelam o quanto viver com HIV/AIDS é conflituoso, doloroso e o quanto ela deixa marcas indelévels. É necessário estar preparado para a escuta e a reflexão, com a devida delicadeza que o momento exige. Informar que a AIDS é tratável e controlável, favorecer o encontro do outro consigo mesmo, refletir sobre a possibilidade e a necessidade de buscar a vida e transcender a dor. Há relatos de que ter um teste positivo fez o paciente enriquecer sua vida pessoal. São questões que ficam sendo necessário recompor-se. Cada ser humano é um mundo, onde as reações e os sentimentos são os mais diversos. É um privilégio para o profissional que vivência, participa e compartilha a riqueza diária dessa experiência, descobrir o tesouro guardado dentro da pessoa humana.

Faz-se também necessário informar e esclarecer sobre as formas de transmissão, o risco da resistência às drogas e as reações. Outro fator que faz a diferença é o acolhimento: do serviço, para que e para quem existe o serviço? É importante garantir o acesso fora do agendamento, principalmente nos momentos em que surgem intercorrências, colocando-se à disposição do usuário. Afastar o pensamento da morte, informar sobre os recursos existentes para o tratamento, esclarecer sobre os direitos sociais, previdenciários e trabalhistas, encaminhando para a instituição competente: direito de sacar o FGTS/PIS/PASEP, auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e outros benefícios previstos na LOAS.

É vedada a solicitação do teste sorológico na admissão e/ou demissão de empregados. É vedada a dispensa arbitrária ou discriminatória, cabendo ação trabalhista para reintegração e/ou indenização por danos morais. Outro aspecto abordado é o caráter sigiloso desse resultado, sendo importante repassar o que diz a legislação sobre a questão, evitando-se posturas levianas sobre a vida do outro.

O grande segredo da vida é o mistério de não saber quando, como e em que hora a morte acontecerá. Com o resultado positivo se vive com a morte iminente, morre-se na alma, por tanto não precisa ninguém mais ser duro. A questão não é o vírus, a morte biológica, mas a morte cível, o estigma cultural que exige do indivíduo uma luta permanente, é algo que está além das agressões do vírus. O indivíduo é levado ao confronto, vai se desestruturando. Ao se perceber dentro do processo de exclusão, vai perdendo a esperança. Fica fragilizado, isolado, complexado, paralisado, passa a conviver com o pesadelo. Qualquer situação é fatal, é uma tortura. A dor é permanente, contínua, têm altos e baixos.

Durante o acompanhamento as demandas são intensas. Escutar com o olhar acolhedor, valorizando os sentimentos e os valores culturais são de extrema importância e atitude fundamental no sentido de ampliar as possibilidades de superação do medo, da dor, do desespero. É na fase do aconselhamento que o indivíduo passa a internalizar novas condutas e outros valores necessários para o convívio social dentro dessa nova realidade. Realidade essa que permite perceber claramente a necessidade de repensar condutas, comportamento, sensibiliza-se para buscar seus (suas) parceiros (as) para também realizar o teste, assumir responsabilidade diante do tratamento, a importância do primeiro esquema anti-retroviral, a evolução crônica, a manutenção da capacidade laborativa e o uso de preservativo.

Acompanhamento

Escuta, valorizando sentimentos, valores culturais, crenças

Perspectivas com o tratamento

Instrumentalizá-lo para o exercício da cidadania

Exame dos contatos

- ***Responsabilidade do paciente no tratamento***
- ***Primeiro esquema anti-retroviral***
- ***Evolução crônica***
- ***Capacidade laborativa***
- ***Uso do preservativo***

O PROFISSIONAL E O ACONSELHAMENTO

Diante de tudo isso, é necessário aprimorar o papel dos profissionais que atuam na área do aconselhamento. Os serviços de assistência às pessoas vivendo com HIV/ AIDS precisam desenvolver ações para melhorar e assegurar a qualidade dos resultados e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Do ponto de vista prático, a pretensão é ter como resultado um impacto transformador capaz de reverter ou minimizar os efeitos perversos do preconceito e do estigma.

No aconselhamento, o profissional deve desenvolver uma postura de aprendizagem e não de quem acha que tudo sabe, mais de quem pode compartilhar e construir coletivamente as ações que resgatem a dignidade das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Sabemos que a escolha desse fazer incansável tem haver com o que somos, o que queremos, em que acreditamos, e onde está depositada nossas esperanças.

O que vivenciamos no HD/HU/UFAL nos permite repensar cotidianamente a dinâmica do modelo de assistência, que resultados estão sendo alcançados, quais as nossas frustrações, quais os limites a serem considerados e a quem de fato e verdadeiramente servimos? Nestas duas décadas a área de saúde vem tentando contribuir para minimizar os efeitos perversos da AIDS, mas ainda não é suficiente para conter o avanço da exclusão social.

Para chamar a atenção dos que lutam pela causa, é imperativa a reflexão crítica e o engajamento político, voltados para a conquista de direitos e o resgate da dignidade muitas vezes esquecida ou até mesmo perdida. Nessa peleja, para se alcançar as vitórias, é preciso ousar, desafiar as impossibilidades, articular todos os segmentos da sociedade para fazer emergir uma força gigantesca capaz de transformar o sonho em realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o desafio que se apresenta é o de repensar profundamente a assistência, construindo novas formas de atuação, buscando o aperfeiçoamento e a qualidade do serviço, para atender com eficácia às demandas das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Para concluir, algumas falas que tocam:

“... só lembro que tenho HIV quando vejo a propaganda na TV. Hoje estou muito bem? Voltei a ter planos, sinto-me de volta à sociedade, sai da carência...”

“É fundamental para o sucesso do tratamento está de bem com a vida. Caso não tivesse recebido apoio não sei se gostaria de continuar vivendo. Foi descobrindo o amor das pessoas que passei a lutar pela vida...”

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Paiva A M e cols. Impacto das ações implantadas no Programa de Controle da Tuberculose do Hospital Universitário-UFAL sobre as taxas de abandono de tratamento. Bol. Pneum. Sanitária 7(1): 43-50, 1999.
2. Toledo A S. Indicadores de rastreamento para detecção de infecção pelo HIV entre tuberculosos. Boletim de Pneumologia Sanitária 5(1): 43-49, 1997.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST/HIV – Diretrizes e procedimentos básicos. 2ª edição, 1998.

PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT): UM DESAFIO DIÁRIO

Teresa Paula das Santos Peixoto
Enfermeira Chefe HD/HUPAA/UFAL e especialista em Pneumologia Sanitária

INTRODUÇÃO:

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, milenar, e difícil controle, devido a vários fatores, como sócio-econômicos, a pobreza, a imunopressão pelo HIV e outros, a identificação do bacilo de KOCH (1882) como agente etiológico da tuberculose foi um marco fundamental para o conhecimento da doença.

A infecção é transmitida de uma pessoa para outra por via respiratória, porém a resposta imunológica é capaz de impedir o desenvolvimento da doença na maioria dos indivíduos, o que não acontece com paciente imunodeprimidos pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), onde apresentam uma disfunção progressiva do sistema imune, comprometendo a defesa contra o germe.

O surgimento da AIDS fez com que a tuberculose, doença considerada erradicada por muitos, fosse evidenciada como epidemia que nunca fora, nem mesmo controlada.

METODOLOGIA

Foram utilizados os livros de registros e controle de tratamento dos casos de tuberculose do Hospital Dia/Infectologia (HD) Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – UFAL no período de 2000 à 2007.

OBJETIVO

Avaliar as formas clínicas da tuberculose nos pacientes mono e co-infectados no PCT do Hospital Dia/ Infectologia – HU – UFAL no período de 2000 à 2007.

COMENTÁRIOS

Foram analisados 553 casos de tuberculose de todas as formas do programa de controle da tuberculose- HU – UFAL no período de 2000 à 2007, sendo encontrado 64,6% dos casos em pacientes do sexo masculino, e a maioria no grupo etário compreendido entre 21 – 30 (30%) e 31-40 (20,4%), totalizando 50,4% dos casos (Tabela 1) evidenciando a intervenção direta da tuberculose na camada economicamente ativa da população.

GRUPO ETÁRIO	NÚMERO	%
< 15	34	6,2
15 – 20	65	11,8
21 – 30	166	30
31 – 40	113	20,4
41 – 50	81	14,6
51 +	94	17
TOTAL	553	100

Tabela 1 – Casos de tuberculose por faixa etária

Identificamos ainda, que 43,6% são de tuberculose pulmonares bacilíferos, e 31,6% na forma clínica extra – pulmonares sendo na maioria de localização ganglionar periférica, pleural e óssea, somando 67,5% dos casos

Forma clinica	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total	%
Pulmonar	2	0	1	2	5	2	4	1	17	50
Extra pulmonar	3	1	0	0	6	3	2	2	17	50
Total	5	1	1	2	11	5	6	3	34	100

Tabela 2 – Distribuição da forma clínica pulmonar e extra-pulmonar na co- infecção TB/HIV no período de 2000 a 2007

As co-infecções TB/HIV foram observadas em 6,1% dos casos, onde 50% eram pulmonares e as outras 50% de extra-pulmonares), com maior índice para as ganglionares periféricas e 70,6% dos casos extra-pulmonares (tabela 3), dos pacientes co-infectados.

Localização/ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total	%
Gang. Periférica	2	1	0	0	5	2	1	1	12	70.6
Pleural	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5.9
Miliar	0	0	0	0	1	1	0	0	2	11.7
Óssea	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5.9
Cutânea	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5.9
Total	5	1	1	0	6	3	2	2	20	100

TABELA 3 – DISTRIBUICAO DOS CASOS DE TUBERCULOSE EXTRA PULMONARES POR LOCALIZACAO DOS PACIENTES CO-INFECTADOS NO PERIODO DE 2000 A 2007

LOCALIZACAO ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
Ganglionar periférica	7	9	9	10	8	9	10	3	65	36.9
Gênito-urinária	1	1	0	0	0	0	1	1	4	2.8
Pleural	2	2	3	4	3	2	7	4	27	15.3
Óssea	2	3	2	1	4	9	3	3	27	15.3
Cutânea	0	1	1	0	0	1	1	2	6	3.4
Ocular	0	0	3	4	6	1	1	2	18	10.2
Miliar	0	0	2	2	3	4	1	1	13	7.0
Peritonia	2	0	0	0	3	1	1	0	7	4.0
Outros	0	0	2	1	0	1	3	2	9	5.1
TOTAL	14	16	22	22	27	28	28	18	176	100

TABELA 4 – DISTRIBUICAO DOS CASOS DE TUBERCULOSE EXTRA PULMONARES POR LOCALIZACAO DOS PACIENTES NO PERIODO DE 2000 A 2007

CONCLUSÃO

Desafios diários estão presentes para uma equipe que trabalha com pacientes de tuberculose, mono e co-infectados.

Diagnóstico barato, através da baciloscopia e medicação gratuita na rede pública de saúde. E por que não conseguimos controlar a tuberculose? Que bacilo poderoso é este? Por que não conseguimos vencê-lo?

Mas, apesar de tudo, sabemos que a medida mais eficaz para prevenção da tuberculose, é a busca sistemática de casos, o diagnóstico precoce, a adesão ao tratamento, e com a AIDS tão presente, é preciso garantir, que toda população conheça seu status sorológico para HIV, visando sempre controlar a transmissão da doença na comunidade.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Brasil. Ministério da Saúde, Centro de Referência professor Hélio Fraga. Boletim de Pneumologia Sanitária. Vol. 8 nº 2 – RJ jul/dez – 2000
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional da Tuberculose: Manual de Normas. DF – 2000
3. Veronesi, Ricardo e Focaccia, Roberto. Tratado de Infectologia. Editora Atheneu, São Paulo, 1996.

PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR DIAGNOSTICADOS NO HUPAA COM BACILOSCOPIA DE ESCARRO NÃO REALIZADA

¹Tereza Cristina dos Santos

²Arthur Maia Paiva

¹Acadêmica de Medicina do HUPAA

²Especialista em Medicina Tropical

INTRODUÇÃO

Com o advento da AIDS, é cada vez mais freqüente a ocorrência de pacientes com tuberculose em hospitais. O Programa de Controle da Tuberculose, por sua vez, tem como um de seus indicadores a cobertura da realização de baciloscopia de escarro para pesquisa de BAAR no diagnóstico das formas pulmonares da doença.

De fácil execução, baixo custo e amplamente disponível, o exame permite, além do diagnóstico de certeza de tuberculose, identificar os casos bacilíferos, principal fonte de disseminação da doença.

OBJETIVO

Determinar o percentual de pacientes com a forma pulmonar da doença diagnosticados no HUPAA com baciloscopia de escarro não realizada.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo transversal, utilizando os dados do Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose, no período de janeiro de 2007 a julho de 2008, analisando as variáveis: forma clínica pulmonar, idade e resultado da baciloscopia de escarro para pesquisa de BAAR (primeira e segunda amostras) no diagnóstico (positiva, negativa ou não realizada). Foi realizada revisão de prontuário dos casos com baciloscopia não realizada.

RESULTADOS

Foram diagnosticados 71 casos de tuberculose pulmonar no período, sendo 69 (97,18%) com baciloscopia de escarro (primeira e segunda amostras) realizadas e 2 casos (2,82%) não realizadas, estes últimos ambos em crianças, com 2 anos e 12 anos, respectivamente. O sexo masculino respondeu por 51 (71,83%) do total de casos. A idade dos pacientes variou entre 2 e 80 anos. A maioria dos casos (97,18%) ocorreu em maiores de 20 anos de idade. Em 100% dos maiores de 15 anos foi realizado o exame. A forma bacilífera da doença foi observada em 67,6% dos casos estudados.

DISCUSSÃO

Nos dois casos em que não foi possível a realização do exame de escarro, tratava-se de crianças, com 2 anos e 12 anos de idade, respectivamente, esta última sendo contato de tuberculose, apresentando quadro de dispnéia e queixa de "chiado no peito" (SIC), porém com radiologia de tórax sugestiva; assim, foi estabelecido o diagnóstico de tuberculose em bases epidemiológico clínico- radiológicas e resultado de teste de PPD, com resposta satisfatória ao tratamento específico (criança ainda em tratamento). O diagnóstico da tuberculose em crianças é muito mais difícil que em adultos, devido à inespecificidade do quadro clínico-radiológico e à dificuldade de comprovação bacteriológica. Deste modo, na prática, é baseado na proposta do Ministério da Saúde utilizando tabela de contagem de pontos ("score") que permitiriam chegar ao diagnóstico pela soma de dados positivos e negativos, levando em conta aspectos clínicos, radiológicos, epidemiológicos, laboratoriais e evolutivos de cada caso, individualmente ¹.

Por outro lado, exame de escarro para realização de baciloscopia e cultura, em geral, só é possível a partir dos 5 ou 6 anos, justificando a não realização do exame na criança de 2 anos ².

Os adultos, por sua vez, foram responsáveis por 90,14% dos casos de tuberculose pulmonar (Gráfico 1).

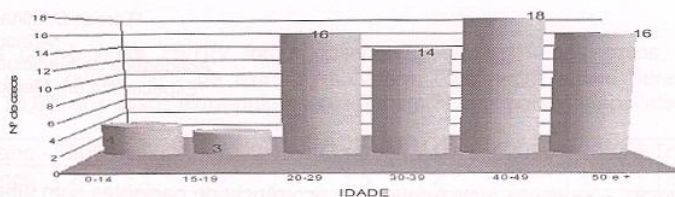


Gráfico 1 – Distribuição do número de casos de tuberculose pulmonar de acordo com faixa etária – janeiro de 2007 a julho a 2008

A baciloscopia de escarro (1ª e 2ª amostras) foi realizada em 97,18% de todos os casos de tuberculose pulmonar (Tabela 1) e em 100% dos maiores de 15 anos. Além de simples, de baixo custo e fácil execução, a baciloscopia permite o diagnóstico de certeza de tuberculose, estando amplamente disponível. Além disso, é positiva na maioria dos casos e permite identificar os pacientes bacilíferos, principais disseminadores da doença, responsáveis por 67,6% dos casos de tuberculose pulmonar diagnosticados no HUPAA (Tabela 1).

FORMA CLÍNICA	Nº	%
Pulmonar escarro positivo	48	67,61
Pulmonar escarro negativo	21	29,57
Pulmonar escarro não realizado	2	2,82
TOTAL	71	100

Tabela 1 – Casos de tuberculose pulmonar de acordo com resultado de baciloscopia de escarro (primeira e segunda amostras) – janeiro de 2007 a julho de 2008

Natal e cols., por sua vez, demonstraram que, em 51,3% dos casos que iniciaram o tratamento para tuberculose pulmonar sem a devida realização das baciloscopias de escarro, fizeram-no desnecessariamente e com o agravante de que um falso diagnóstico retarda o atendimento correto do caso, ou seja, uma investigação mais aprofundada demonstrará outro diagnóstico na maioria destes casos³.

Por fim, a proporção de pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar que realizam a baciloscopia de escarro no diagnóstico é um dos indicadores utilizados para avaliação do Programa de Controle da Tuberculose.

CONCLUSÃO

A baciloscopia de escarro (1ª e 2ª amostras) para pesquisa de BAAR foi realizada em 100% dos maiores de 15 anos de idade com tuberculose pulmonar diagnosticados no HUPAA no período estudado, demonstrando resultado satisfatório deste indicador do Programa de Controle da Tuberculose.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde/Centro de Referência Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da Tuberculose: uma Proposta de Integração Ensino-Serviço. Rio de Janeiro, 2002.
2. Il Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. Jornal Brasileiro de Pneumologia 30 (supl 1), 2004.
3. Natal S e cols. Tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica. Boletim de Pneumologia Sanitária 6 (1): 44-57, 1998.

VALOR PREDITIVO DE MARCADORES SÉRICOS DE FIBROSE HEPÁTICA EM PACIENTES PORTADORES DE HEPATITE CRÔNICA VIRAL C*

¹Leila M^a Soares Tojal de Barros Lima

²João Roberto Maciel Martins

³Celina Maria Costa Lacet

⁴Maria do Carmo Lins Vasconcelos Balwani

¹Mestranda em Clínica Médica da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP; Médica Hepatologista do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas – UFAL

²Professor Doutor das Disciplinas de Endocrinologia e Metabologia e de Biologia Molecular da UNIFESP;

³Professora Doutora Adjunta da Disciplina de Gastroenterologia da Fundação Universitária de Ciências da Saúde de Alagoas Governador Lamenha Filho – UNCISAL;

⁴Mestre em Anatomia Patológica / Chefe do Serviço de Patologia do Hospital Universitário da UFAL;

*Este artigo foi extraído da tese apresentada à UNIFESP para obtenção do título de Mestre em Clínica Médica, 2007.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da hepatite C afeta cerca de 170 milhões de pessoas, aproximadamente 3% da população mundial⁽⁹⁾. Estima-se que 54 a 86% dos pacientes infectados evoluem para a forma crônica, predispondo a complicações como a cirrose, falência hepática e o hepatocarcinoma⁽²²⁾.

A biópsia hepática é considerada o “gold standard” para o diagnóstico da fibrose na hepatite crônica viral C (HCC)⁽¹³⁾. Apesar de ser um procedimento em geral seguro, está sujeito a complicações, apresenta elevado custo e existem 10 a 20% de discrepâncias entre observadores na avaliação da fibrose hepática. Estas dificuldades levaram ao desenvolvimento de métodos não invasivos, reprodutíveis e de elevada acurácia na avaliação da severidade da fibrose hepática⁽²⁸⁾. Alguns marcadores séricos de fibrose se destacam por apresentarem correlação com a histologia hepática e pela facilidade do seu uso clínico – como o índice AST/ALT, a gama-glutamiltransferase (GGT) e a contagem de plaquetas^(6; 25; 4). Recentemente, o índice APRI (obtido através do quociente AST/plaquetas) tem sido aplicado pela sua elevada acurácia como preditor da fibrose hepática nos portadores de HCC⁽²¹⁾. A medida do ácido hialurônico (AH), apesar de não ser um teste bioquímico de rotina, tem se firmado como excelente marcador de fibrose hepática, pela sua elevada sensibilidade e especificidade^(30; 31).

Os marcadores de fibrose têm sido utilizados também na monitorização terapêutica dos pacientes portadores de HCC. Estes pacientes têm apresentado pós-tratamento regressão do grau histológico de fibrose, atribuída à ação antifibrogênica do interferon alfa que atua na limitação da ativação das células estrelares e no aumento da produção de colagenases e metaloproteinases^(2; 16).

O objetivo deste estudo foi avaliar o valor preditivo destes marcadores séricos de fibrose hepática em portadores de hepatite crônica viral C.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo longitudinal observacional em pacientes portadores de Hepatite C com idade entre 18 e 75 anos, de ambos os sexos, prospectivamente selecionados no Ambulatório de Hepatites Virais do HU/UFAL, de junho a dezembro de 2005. A hepatite C foi diagnosticada através por anticorpos anti-HCV Elisa de terceira geração (Abbott Laboratories, IMX®) e confirmada pela detecção do RNA-HCV por PCR (Amplicor, Roche Diagnostic Systems®).

Foram excluídos pacientes com doença hepática descompensada, co-infectados com HBV e HIV e com relato de consumo de etanol superior a 40 gramas diários.

Avaliação histológica

Foi realizada em todos os pacientes biópsia hepática percutânea. Os espécimes foram corados por hematoxilina-eosina; tricrômio de Masson, azul da Prússia (método de Perls) e impregnação das fibras reticulares pela prata (método de Gomory) e avaliados por um único Patologista que não tinha conhecimento prévio sobre os casos. A análise histológica foi baseada nos critérios de Metavir ⁽¹⁾, que consistem na análise do grau de fibrose (F0 a F4) e atividade necro-inflamatória (A0 – A3).

Parâmetros hematológicos e bioquímicos

Amostras sanguíneas foram coletadas com intervalo de até 72 horas antes da realização da biópsia hepática. Dosagens séricas de AST, ALT e GGT foram determinadas por método cinético automatizado. A contagem de plaquetas foi obtida por método automatizado em equipamento Cell-Dyn-Counter®. Calculamos o índice APRI através da seguinte fórmula: valores séricos de AST/(limite superior da normalidade) x 100/contagem de plaquetas(10³/l).

Os níveis séricos do AH foram determinados através de um método ELISA *like* baseado na afinidade do AH por proteínas específicas da cartilagem bovina.

Análise estatística

A correlação entre os dados semiquantitativos foi determinada usando o teste não paramétrico de Spearman. Foram construídas curvas ROC para avaliar o poder discriminativo de cada variável. Adotou-se o nível de significância igual a 0,05 em todas as análises.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas – UFAL e todos os pacientes preencheram termos de consentimento informado antes de serem incluídos no trabalho.

RESULTADOS

As características gerais dos pacientes estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1: Características demográficas e histológicas dos pacientes (N=72)

Parâmetro	Número (N)
Idade (anos)	53 ± 9
Gênero (masculino/feminino)	46/26
Tratados	65
Não tratados	07
Grau de fibrose	
F0/F2	66,7%
F3/F4	33,3%

Para avaliar a capacidade diagnóstica dos marcadores estudados, agrupamos os pacientes de acordo com o estadiamento hepático (tabela 2).

Tabela 2. Marcadores séricos relacionados à fibrose tecidual (N=72)

	Grau de Fibrose		p-valor
	F0/F2	F3/F4	
AST/ALT	0,97±0,64	0,96±0,30	0,39
GGT (U/L) *	74,7±61,9	135,2±83,2	<0,01
Plaquetas (x10 ³ /mm ³)*	218±64	163±76	<0,01
APRI*	0,76±0,76	2,34±2,20	<0,01
AH (ng/ml)*	27,3±12,5	68,9±41,2	<0,01

*p<0,05

A análise do índice AST/ALT relacionado à fibrose tecidual não mostrou diferença significativa entre os grupos de pacientes com fibrose inicial ou avançada ($p > 0,05$). Os demais marcadores séricos de fibrose (GGT, plaquetas, índice APRI e AH) apresentaram associação com o grau histológico de fibrose. Foram construídas curvas ROC e estimadas sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo (VPP) e negativo (VPN) desses marcadores para diversos pontos de corte (Figuras 1 e 2/ tabela 3).

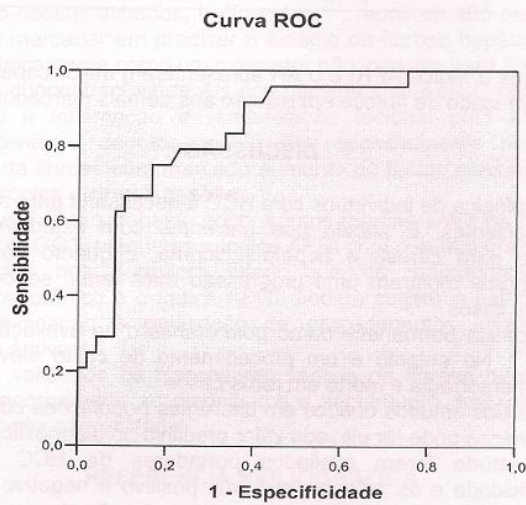


Figura 1. Curva ROC desenvolvida para o parâmetro índice APRI

*Área sob a curva ROC: 0,85

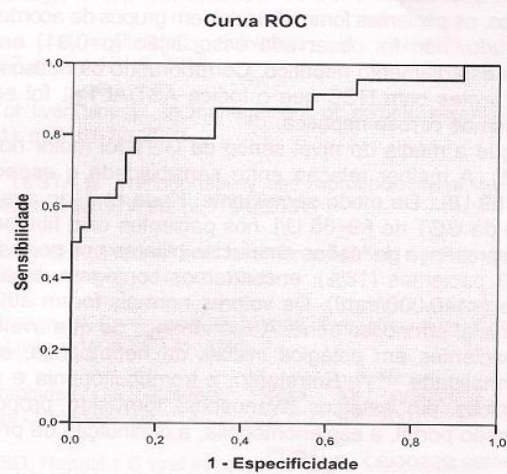


Figura 2. Curva ROC desenvolvida para o parâmetro ácido hialurônico.

*Área sob a curva: ROC 0,86

Tabela 3: Área sob a curva ROC, sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo dos marcadores estudados para diagnóstico de fibrose avançada (F>2).

Marcador	AUC	Sensibilidade (%)	Especificidade(%)	VPP	VNN
GGT \geq 69U/L*	0,75	75	58,3	47	82
Plaquetas \leq 168x10 ³ /mm ³ *	0,77	75	72,9	58	85
APRI \geq 0,84*	0,85	79,2	79,2	63	88
AH \geq 40,1 ng/ml *	0,86	79,2	85,4	73	89

*p<0,05

Verificamos que o índice APRI e o AH apresentaram maior capacidade de discriminar os pacientes com grau avançado de fibrose em relação aos demais marcadores.

DISCUSSÃO

A análise histológica de indivíduos com HCC é necessária para a avaliação prognóstica e terapêutica destes pacientes. É sabido que pacientes com estadiamento avançado podem progredir rapidamente para cirrose e hepatocarcinoma, enquanto pacientes sem fibrose ou apenas com fibrose portal mostram uma progressão mais lenta, sendo desnecessária terapia antiviral na maioria dos casos ⁽¹⁷⁾.

A biópsia hepática permanece como *gold standard* na avaliação da fibrose e atividade histológica na HCC ⁽⁵⁾. No entanto é um procedimento de custo elevado, com complicações ocasionais como dor, hemorragia e morte em raros casos ⁽¹³⁾.

Os resultados dos estudos obtidos em diferentes populações confirmam que a aplicação de marcadores bioquímicos pode ter elevado valor preditivo no diagnóstico da fibrose significativa.

Em nosso estudo foram avaliados portadores de HCC visando estabelecer a sensibilidade, especificidade e os valores preditivos positivo e negativo (VPP e VPN) do índice AST/ALT, GGT, plaquetas, índice APRI e AH na determinação de graus avançados de fibrose hepática.

A análise de parâmetros histológicos dos 72 pacientes revelou que 48 pacientes apresentavam estágios iniciais da hepatopatia crônica, sendo a maior parte das biópsias hepáticas (40,3%) classificadas como grau 2 de fibrose segundo os critérios de METAVIR. Um terço dos pacientes apresentavam estágios mais avançados da doença hepática – graus 3 e 4 e destes encontramos apenas 5 pacientes (6,9%) na fase de cirrose hepática.

Para análise da associação entre os níveis séricos dos marcadores indiretos de fibrose e o estadiamento histológico, os pacientes foram divididos em grupos de acordo com os graus de fibrose.

Em nosso estudo, não foi observada associação (p=0,91) entre os valores do índice AST/ALT e os graus de estadiamento hepático. Corroborando os nossos achados, Reedy et al ⁽¹⁹⁾ observaram em 77 pacientes com HCC que o índice AST/ALT \geq 1 foi encontrado em apenas 10 pacientes dos 23 em fase de cirrose hepática.

Observamos que a média do nível sérico da GGT foi maior nos pacientes com grau de fibrose 3 ou 4 (p<0,01). A melhor relação entre sensibilidade e especificidade ocorreu para o ponto de corte igual a 69 U/L. De modo semelhante, Koda et ⁽⁹⁾ ao avaliarem 360 portadores de HCC obtiveram média da GGT de 69±66 U/L nos pacientes com fibrose F0 a F3. A elevação de gamaGT foi atribuída à presença de lesões em ductos biliares nos portadores de HCC ⁽⁶⁾.

Em apenas 13 pacientes (18%), encontramos contagem de plaquetas abaixo do limite inferior de normalidade (<140.000/mm³). Os valores normais foram atribuídos ao predomínio de pacientes em estágio inicial em nossa série. À semelhança do que avaliamos, em outros estudos com prevalência de pacientes em estágios iniciais da hepatopatia, a contagem de plaquetas estava próxima da normalidade ^(23: 3). Entretanto, a trombocitopenia é uma complicação comum das hepatopatias crônicas em estágios avançados; têm sido propostos como mecanismos causadores da hipertensão portal, a esplenomegalia, a diminuição da produção de trombopoietina e o aumento das plaquetas associado à IgG ⁽⁴⁾.

Na presente investigação verificamos que o índice APRI foi maior nos pacientes com fibrose avançada (F3 e F4) (p<0,001), sendo encontrada elevada sensibilidade e especificidade para graus avançados de fibrose no ponto de corte igual a 0,84. Em estudo semelhante, Parise et

al⁽¹⁴⁾ aplicaram o índice APRI na avaliação de pacientes com HCC e determinaram, através da curva ROC, que a sensibilidade e especificidade deste índice no diagnóstico de fibrose hepática avançada foram de 85% e 66% respectivamente (APRI \geq 0,70); a área sob a curva ROC (AUC) foi 0,82, semelhante ao nosso resultado de 0,85.

Em nossos pacientes obtivemos níveis séricos de AH maiores nos pacientes com fibrose hepática avançada (F3 e F4). A análise dos resultados demonstrou que valores acima do ponto de corte determinado através da curva ROC (40,1 ng/ml) se associaram a graus mais avançados de fibrose hepática ($p < 0,01$), com sensibilidade de 79,2% e especificidade de 85,4 %, VPP de 73% e VPN de 89%. Vários estudos têm usado o AH como preditor de fibrose nos pacientes com HCC^(7: 11; 12; 14; 26). Corroborando nossos achados, Halfon et al⁽⁷⁾, reuniram 405 portadores de HCC para avaliar a acurácia deste marcador em predizer o estágio da fibrose hepática e concluíram que o AH poderia ser usado clinicamente como um marcador não invasivo para fibrose e/ou cirrose.

O aumento das concentrações de AH nos pacientes com HCC pode refletir: estímulo da produção deste devido à inflamação e remodelação tecidual pela ativação dos lipócitos; diminuição do clareamento e degradação do AH, especialmente nas células endoteliais sinusoidais; progressão da fibrose com marcado aumento do tecido conjuntivo no trato portal dos portadores de hepatite crônica e cirrose hepática⁽⁸⁾.

Em conclusão, em nosso trabalho encontramos relação entre os marcadores séricos de fibrose – ácido hialurônico, GGT, plaquetas e índice APRI com o estadiamento histológico (padrão ouro). Nossos resultados nos permitem inferir que os marcadores séricos estudados, especialmente o ácido hialurônico e o índice APRI, podem sugerir o estadiamento hepático nos pacientes com contra-indicação à realização de procedimentos invasivos e contribuir na monitorização da terapia antiviral.

Outros estudos validando os marcadores séricos de fibrose hepática são necessários para que estes sejam incorporados ao diagnóstico e seguimento dos pacientes portadores de hepatopatia crônica de forma padronizada.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. BEDOSSA P. Presentation of a grid for computer analysis for compilation of histopathologic lesions in chronic viral hepatitis C. *Ann Pathol*, v13, n.4, p. 260-5, 1993.
2. BUENO MR, DANEREI A, ARMENDARIZ-BORUNDA J. Cholestasis-induced fibrosis is reduced by interferon alpha-2^a and is associated with elevated liver metalloprotease activity. *J Hepatol*, v. 33, n.6, p. 915-25, 2000.
3. ESMAT G et al. Evaluation of serum biomarkers of fibrosis and injury in Egyptian patients with chronic hepatitis C. *Journal of Hepatology*, v.46, p. 620-7, 2007.
4. FUSEGAWA H et al. Platelet activation in patients with chronic hepatitis C. *Tokai J Exp Clin Med.*, v. 7, n. 4, p.101-6, 2002.
5. GEBO KA et al. Role of liver biopsy in management of chronic hepatitis C: a systematic review. *Hepatology*, v. 36 (5 Suppl 1), p. S161-72, 2002.
6. GIANNINI E; RISSO D; TESTA R. Transportability and reproducibility of the AST/ALT ratio in chronic hepatitis C patients. *Am J Gastroenterol*, v. 96, p. 918-9,2001.
7. HALFON P, et al. Accuracy of hyaluronic acid level for predicting liver fibrosis stages in patients with hepatitis C virus. *Comparative Hepatology*, v. 4, p.6, 2005.
8. ICHIDA T et al. Localization of hyaluronan in human liver sinusoids: a histochemical study using hyaluronan-binding protein. *Liver*, v.16, p.365-71, 1996.
9. KODA et al. FibrolIndex, a practical index for predicting significant fibrosis in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology*, v. 45, n. 2, p. 297-306, 2007.
10. LAUER, GM; WALKER BD. Hepatitis C viral infection. *N Engl J Med*, v. 345 n. 1, p. 41-52, 2001.
11. McHUTCHISON JG, et al. Measurement of serum hyaluronic acid in patients with chronic hepatitis C and its relationship to liver histology. *J Gastroenterol Hepatol*, v.15, n. 8, p. 945-51, 2000.

12. MURAWAKI Y. et al. Diagnostic value of serum type IV collagen test in comparison with platelet count for predicting the fibrotic stage in patients with chronic hepatitis. *J Gastroenterol Hepatol*, v. 16, p. 777-81, 2001.
13. OLGA O; NIKOLAI D. Invasive and non-invasive monitoring of hepatitis C virus induced liver fibrosis: alternatives or complements? *Curr Pharm Biotechnol*, v. 4, 195-209, 2003.
14. PARISE ER et al. Noninvasive serum markers in the diagnosis of structural liver damage in chronic hepatitis C Virus infection. *Liver Int*, v. 26, n.9, p.1095-9.
15. POHL A. et al. Serum aminotransferase levels and platelet counts as predictors of degree of fibrosis in chronic hepatitis C virus infection. *Am J Gastroenterol*, v. 96, n. 11, p. 3142-6, 2001.
16. POL S et al. Reversibility of hepatitis C virus related cirrhosis. *Hum Pathol*. v. 35, n.1, p. 107-12, 2004.
17. POYNARD t. et al. Fibrosis in patients with chronic hepatitis C: detection and significance. *Sem Liver Dis*, v. 20, p.47 – 55, 2000.
18. POYNARD T et al. Biochemical markers of liver fibrosis in patients infected by hepatitis C virus: longitudinal validation in a randomized trial. *J Viral Hepat*. v. 9, n. 2, p. 128-33, 2002.
19. REEDY DW; LOO AT; LEVINE RA. AST/ALT ratio > or = 1 is not diagnostic of cirrhosis in patients with chronic hepatitis C. *Dig Dis Sci.*, v. 43, n. 9, p. 2156-9, 1998.
20. RYDER SD et al. Progression of hepatic fibrosis in patients with hepatitis C: a prospective repeat liver biopsy study. *Gut*, v.53, n. 3, p. 451-5, 2004.
21. SCHIAVON LL et al. Simple blood tests as noninvasive markers of liver fibrosis in hemodialysis patients with chronic hepatitis C virus infection. *Hepatology*,v.46,n.6,p.307-14,2007.
22. SEEF L. Natural history of hepatitis C. *Hepatology*, v. 36, p. 35-46, 2002.
- 23.SERFATY L et al. Factors predictive of the response to interferon in patients with chronic hepatitis C. *J Hepatol*, v.21, p. 12-17, 2004.
24. SERPAGGI J et al. Direct and indirect evidence for the reversibility of cirrhosis. *Hum Pathol*, v.37, n.12, p.1519-26, 2006.
25. SILVA IS et al. Role of gamma-glutamyl transferase activity in patients with chronic hepatitis C virus infection. *J Gastroenterol Hepatol*, v. 19, n. 3, p. 314-8, 2004.
26. TAKAMATSU S et al. Noninvasive determination of liver collagen content in chronic hepatitis. Multivariate regression modeling wuth blood chemical parameters as variables. *J Gastroenterol*, v.32, n. 3, p. 355-60, 1997.
27. TANIGUCHI H, et al..Long-term monitoring of platelet count, as a non-invasive marker of hepatic fibrosis progression and/or regression in patients with chronic hepatitis C after interferon therapy. *J Gastroenterol Hepatol*, v. 21, n. 1, p. 281-7, 2006.
28. UENO T et al. Long-term follow-up of interferon-treated chronic hepatitis C and serum hepatic fibrosis markers. *Hepatogastroenterology*, v. 48, n.40, p.1124-8, 2001.
29. WAI CT et al. A simple noninvasive index can predict both significant fibrosis and cirrhosis in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology*,v.38,n.2,p.512-26, 2003.
30. WONG VS et al. Serum hyaluronic acid is a useful marker of liver fibrosis in chronic hepatitis C virus infection. *Journal of Viral Hepatitis*, v. 5, n.3, p. 187-92, 1998.
- 31.YAMADA et al. Serum hyaluronan as a marker of liver fibrosis in hemophiliacs with hepatitis c virus associated chronic liver disease. *Acta Haematol*, v. 99, n. 4, p. 212-6, 1998.
32. YU ML et al. Simple noninvasive index for predicting long-term outcome of chronic hepatitis C after interferon-based therapy. *Hepatology*, v.44, n.5, p.1086-97, 2006.

ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM SARCOMA DE KAPOSI E HIV

¹Raquel Patriota Cota Bastos

²Paula Leão Maia Brandão²

²Sheila Cavalcante Pereira Araújo

¹Dermatologista e professora assistente da disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas

²Acadêmicas do sexto ano da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas

INTRODUÇÃO

O sarcoma de Kaposi (SK) é a neoplasia mais freqüente no paciente infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Descrita desde 1872, por Moritz Kaposi, somente em 1994 esta malignidade foi associada a um novo herpesvírus então descoberto, o herpesvírus associado ao sarcoma de Kaposi (KSHV) ou herpesvírus humano tipo 8 (HHV-8)^(7,9).

São descritas quatro variantes clínicas do SK: clássico (que acomete anciãos em países mediterrâneos); endêmico (encontrado na África, ocorrendo em crianças e adultos); iatrogênico (associado à imunossupressão) e epidêmico (associado à AIDS)⁽⁷⁾, objeto de estudo desta pesquisa.

O SK é uma neoplasia que pode desenvolver-se em qualquer fase da infecção pelo HIV, independente do grau de imunossupressão e do número de células CD4+. Entretanto, estudos mostraram que uma baixa contagem de células CD4+, no momento do diagnóstico de SIDA, prevê um risco aumentado de desenvolvimento de SK durante os próximos dois anos⁽⁷⁾.

Sua freqüência é maior em homossexuais e bissexuais masculinos, sendo muito menos prevalente em mulheres e crianças⁽⁹⁾. A doença infecciosa associada com maior freqüência é a candidíase oral⁽³⁾.

As manifestações clínicas do SK são variáveis, podendo iniciar-se como lesão pequena e única e disseminar-se em toda a pele, linfonodos, cavidade oral, trato gastrointestinal, pulmões, e com alguns casos relatados no sistema nervoso central e coração⁽⁹⁾.

As lesões cutâneas apresentam-se de forma variada, desde pequenos pontos, pápulas e máculas firmes purpúricas ou amarronzadas até grandes placas violáceas, que podem evoluir para celulite e ulcerações. Geralmente desenvolvem-se com padrão simétrico e bilateral, sendo indolores e não pruriginosas. Pode ocorrer obstrução linfática e linfedema secundários à progressão do envolvimento mucocutâneo e linfático⁽⁹⁾.

Progressivamente o SK associado ao HIV tem se tornado cada vez menos comum, sobretudo após o início da utilização da chamada terapia anti-retroviral altamente ativa (HAART)⁽⁸⁾. Esta é composta por dois inibidores da transcriptase reversa análogos ou não de nucleosídeos associados a um inibidor de protease.

O tratamento utilizado atualmente pela maior parte dos serviços tende a ser individualizado e leva em consideração vários fatores, como gravidade do caso, extensão e localização das lesões, grau de comprometimento imune, efeitos colaterais dos medicamentos, experiência do serviço no tratamento e até questões estéticas⁽⁷⁾. Pacientes com lesões únicas ou em número reduzido na pele, cavidade oral ou até nas articulações podem se beneficiar do uso da radiação em baixas doses, vimblastina intralesional ou crioterapia. A quimioterapia sistêmica fica reservada aos casos onde há maior número de lesões, podendo ser feita em droga única com etoposide, vimblastina, vincristina, doxorubicina, bleomicina ou interferon-alfa. A poliquimioterapia oferece melhores índices para pacientes com doença potencialmente fatal (visceral ou avançada)⁽⁸⁾.

Este artigo se concentra na análise da associação SK/HIV ao descrever variáveis epidemiológicas (sexo, idade, procedência, fatores de risco para a infecção por HIV), apresentação clínica, relação com estado imunológico, outras doenças infecciosas associadas e tratamento utilizado nos pacientes atendidos em um hospital universitário.

MÉTODOS

Estudo baseado na análise de prontuários dos pacientes atendidos no serviço do Hospital Dia, localizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/UFAL, no período de 1998 a 2007.

O critério de inclusão utilizado foi a coexistência diagnóstica de sarcoma de Kaposi e HIV.

Utilizando um protocolo de pesquisa previamente elaborado pelos autores, foram colhidos os dados gerais relativos ao paciente, como idade, sexo, cor, grau de escolaridade e outras informações retiradas da ficha de acompanhamento pertencente ao Serviço Social, enquanto os demais dados referentes aos aspectos clínicos foram extraídos dos prontuários médicos.

As informações colhidas foram armazenadas e tabuladas em planilha do Excel, sendo as variáveis representadas por frequência absoluta (n) e relativa (%).

RESULTADOS

Nossa casuística abrange um grupo de 7 pacientes com coexistência diagnóstica de HIV e Sarcoma de Kaposi confirmado por biópsia, dos quais 5 eram do sexo masculino e 2 do sexo feminino.

No momento do diagnóstico de Sarcoma de Kaposi, a idade média dos pacientes foi de 33,9 anos, variando de 16 a 45.

Dois (2) pacientes procediam do interior do estado de Alagoas, e os demais da capital Maceió. Um (1) paciente constava como casado, enquanto os demais eram solteiros.

Em relação aos possíveis fatores de risco para infecção por HIV, no grupo em estudo, 4 casos tinham relato de homossexualidade (57,1%), 1 caso de bissexualidade (14,3%), 1 caso de heterossexualidade (14,3%) e 1 de transfusão sanguínea (14,3%) (Tabela 1).

Seis (6) casos em estudo apresentaram lesões de SK com acometimento exclusivamente cutâneo-mucoso, sem nenhuma referência a comprometimento visceral. Destes, um (1) apresentava lesões cutâneas associadas a lesão em palato duro, e em um (1) caso foi evidenciado comprometimento cutâneo, de mucosa oral e laríngeo através de videolaringoscopia; um (1) apresentou lesão única localizada em palato duro. Acometimento extra cutâneo-mucoso foi verificado em apenas um (1) caso, no qual constataram-se lesões cutâneas associadas a comprometimento de linfonodos cervicais (Tabela 2).

A maior parte dos pacientes (6/7) apresentou lesões disseminadas, localizadas preferencialmente no tronco e membros superiores e inferiores. Em apenas 1 caso o comprometimento foi localizado, sendo a lesão encontrada exclusivamente no palato duro.

Quanto ao aspecto das lesões, em todos os casos a coloração das mesmas era eitêmato-violácea, sendo que em 2 casos (28,6%) foram encontradas lesões de aspecto macular e pápulo-nodular simultaneamente, em 2 casos (28,6%) as lesões eram exclusivamente de aspecto macular e em 3 casos (42,8%) não havia relato das características de sua superfície nos prontuários médicos (Tabela 3).

A principal co-infecção encontrada foi a candidíase oral, sendo referida em 4 pacientes, entre os quais 1 apresentava simultaneamente comprometimento esofágico. Há 1 relato de neurotoxoplasmose e 1 de pneumonia por *P. carinii*, além de 2 casos de diarreia crônica por *Cryptosporidium* (Tabela 4).

Entre os 7 casos estudados, foi possível analisar a contagem de linfócitos T CD4 (LT CD4) de cinco (5). Destes, quatro (4), ou 80%, apresentavam contagem de LT CD4 < 500/mm³ no momento do diagnóstico de SK. Em todos estes, a regressão (parcial ou total) das lesões de SK ocorreu em consonância com o aumento da contagem de LT CD4.

Em relação ao tratamento, em 4 casos foi utilizada a quimioterapia. Em 1 caso fez-se uso de esquema com Vincristina, e nos restantes esquema alternando Vincristina/Vimblastina. Nos demais casos, lançou-se mão apenas da terapia anti-retroviral altamente ativa (HAART).

A resposta ao tratamento foi variada entre os pacientes. Dos que realizaram quimioterapia, dois (2) apresentaram regressão das lesões, porém com posterior recidiva. Em um (1) caso não há registro de sua evolução, e em um (1) caso houve melhora parcial das lesões, com atenuação de sua tonalidade. Dos três casos que fizeram uso da HAART, um (1) apresentou melhora da tonalidade das lesões e dois (2) evoluíram com regressão completa das mesmas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Semelhante ao relatado em outros estudos ^(1,3,7,9), encontramos maior prevalência da associação SK/HIV em indivíduos do sexo masculino e com atividade bissexual ou homossexual masculina. Estes aspectos epidemiológicos são observados desde o início da epidemia da infecção pelo HIV, na década de 80; nesta época, a evidência de que os infectados apresentavam, pelo menos, 20 mil vezes mais risco de desenvolver SK do que as pessoas não infectadas e que os bi/homossexuais masculinos tinham 10 vezes mais chance de desenvolver SK foi a principal evidência de que a doença era transmitida sexualmente ⁽⁹⁾. Também de acordo com a literatura ⁽³⁾, a idade média dos pacientes ao diagnóstico de SK foi de 33,9 anos. A maior prevalência de pacientes em estado civil solteiro pode ser explicada pelo fato de muitos destes manterem relações homossexuais, não consolidando uniões com registro civil.

O acometimento predominantemente cutâneomucoso, sem acometimento visceral, com lesões de aspecto macular/nodular e a ocorrência de candidíase oral como principal co-infecção, ratificam os resultados encontrados por Birman et al ⁽³⁾.

A relação entre sarcoma de Kaposi e imunodepressão sustenta-se pela evolução mais agressiva da doença nos pacientes HIV positivos e pela observação da regressão das lesões de SK com a retirada da terapêutica imunossupressora, observada em pós-transplantados renais ⁽¹⁾. Nosso estudo confirma esta relação na medida em que revela que em 80% dos pacientes aos quais se teve acesso à contagem de LT CD4 a mesma era inferior a 500/mm³ no momento do diagnóstico de SK e aumentou progressivamente ao longo da terapia anti-retroviral, acompanhada da regressão parcial/total das lesões de SK.

Os inibidores da protease foram introduzidos no tratamento da infecção pelo vírus HIV em 1996. Os novos esquemas representaram uma mudança no prognóstico da doença pela capacidade de reduzir a carga viral a níveis indetectáveis na maioria dos casos e permitir aumento da sobrevida e da qualidade de vida dos pacientes infectados pelo vírus HIV ⁽¹⁾. Em nosso estudo, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os resultados dos pacientes que fizeram uso de quimioterapia ou apenas terapia anti-retroviral, incluindo um inibidor da protease, talvez em virtude do pequeno tamanho da amostra. A literatura defende que a quimioterapia sistêmica deve ficar reservada aos casos onde há maior número de lesões, sendo nos casos de doença visceral ou avançada aplicada a poliquimioterapia ⁽⁶⁾. Fato inegável e unânime na literatura pesquisada é que a terapia anti-retroviral altamente ativa (HAART) vem revolucionando a incidência e a prevalência desta neoplasia, com significativa redução.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1- Avelleira JCR, Jurdi M, Nakamura R, Acevedo AAL, Volta AC, Kac B. Sarcoma de Kaposi associado à Síndrome da imunodeficiência adquirida: regressão das lesões após introdução de esquema contendo inibidor da protease. *Anais Brasileiros de dermatologia*. 2001; 76(4): 451-455.
- 2- Bahia F, Brites C. Human Herpes Vírus 8 e Kaposi's Sarcoma: A Review. *Jornal Brasileiro de Doenças Infecciosas*. 1999; 3(5): 166-175.
- 3- Birman EG, Siveira FRX, Godoy LF, Costa CR. Kaposi's sarcoma in Brazilian AIDS patients: a study of 144 cases. *Pesqui Odontol Bras*. 2000; 14(4): 362-66.
- 4- Cerrí A, Silva CEXR, Pacca FOT. Sarcoma de Kaposi em paciente HIV positivo. *Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica*. 1997; 1(2): 53-56.
- 5- Cerri A, Silva CEXR, Santos MM, Pagotto LEC. Sarcoma de Kaposi e AIDS. *Rev. paul. odontol*. 2000; 22(4):18-22.
- 6- Flaitz CM, Jin YT, Hicks MJ, Nichols CM, Wang YW, Su IJ. Kaposi's sarcoma – associated herpesvirus-like DNA sequences (KSHV/HHV-8) in oral AIDS - Kaposi's sarcoma: a PCR and clinicopathologic study. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod*. 1997; 83(2): 259-264.

7- Fonseca BAL, Bollela VR, Neto RJP. Sarcoma de Kaposi e síndrome da imunodeficiência adquirida: características dessa associação, incluindo novos conceitos sobre patogênese e tratamento. *Medicina, Ribeirão Preto*. 1999; 32: 26-39.

8- Giroto GC, Neto MC, Gomes AP, Moreira NLM, Santos SS, Elian HA, Batista, RS. Atualidades na terapêutica do Sarcoma de Kaposi. *Jornal Brasileiro de Aids*. 2002; 3(3): 35-38.

9- Giroto GC, Neto MC, Gomes AP, Moreira NLM, Santos SS, Elian HA, Batista, RS. Sarcoma de Kaposi: Novas perspectivas. *Jornal Brasileiro de medicina*. 2004; 87(4): 59-68.

10- Leão JC, Hinrichsen SL, Freitas BL, Porter SR. Herpes vírus humano-8 e Sarcoma de Kaposi. *Revista da associação Médica Brasileira*. 1999; 45(1): 55-62.

11- Lupi O, Silva AG, Júnior ACP. Herpes: Clínica, diagnóstico e tratamento. 1ª ed. Editora Medsi. São Paulo, 2000.

12- Spode VL, Schmitt VM. Estudo sobre as possíveis vias de transmissão do Herpesvírus Humano tipo 8. *Acta Bioquímica Latinoamericana*. 2004; 38(4): 523-7.

13- Tato NT, Alves MU. Sarcoma de Kaposi: revisão da literatura com enfoque epidemiológico. *RBO*. 1999; 56(6): 295-297.

Tabela 1 – Fatores de risco para infecção pelo HIV

Risco	Nº de pacientes	%
Homossexualidade	4	57.1
Bissexualidade	1	14.3
Heterossexualidade	1	14.3
Transfusão sanguínea	1	14.3

Tabela 2 – Distribuição das lesões

Localização	Nº de pacientes	%
Exclusivamente na pele	3	42.8
Pele e cavidade oral*	2	28.6
Exclusivamente Cavidade oral	1	14.3
Pele e linfonodos	1	14.3
Pele e vísceras	0	0

*Inclui 1 caso com lesão evidenciada também na laringe

Tabela 3 – Aspecto das lesões

Aspecto da lesão	Nº de pacientes	%
Macular	2	28.6
Pápulo-nodular	0	0
Macular + pápulo-nodular	2	28.6
Indeterminado	3	42.8

Tabela 4 – Principais co-infecções

Co-infecção	Nº casos
Candidíase oral	3
Candidíase oral + esofágica	1
Neurotoxoplasmose	1
Pneumonia por <i>P. carinii</i>	1
Diarréia crônica por <i>Cryptosporidium</i>	2

