



caderno •
Hospital Dia

<http://www.hospitaldia.org>

Experiências de Uma Equipe Interdisciplinar



HOSPITAL DIA/HU/UFAL

Maceió
Dezembro/2010



Tutorial

Experiências de Uma Equipe Interdisciplinar

HOSPITAL DIA

Endereço: Rua Heliópolis, 1000 - Jd. Heliópolis - São Paulo - SP
CEP: 05302-000
Fone: (11) 3002-3100
Site: www.hospitaldia.org.br

Coordenador: Dr. Roberto de Almeida
Diretor: Dr. Roberto de Almeida
Assessor: Dr. Roberto de Almeida

Coordenador de Hospital Dia
Assessor de Hospital Dia
Diretor de Hospital Dia

Experiências de Uma Equipe Interdisciplinar

FICHA TÉCNICA

Universidade Federal de Alagoas
Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA
Hospital Dia – HD

Reitora

Ana Dayse Dória

Vice-Reitor

Eurico de Barros Lobo Filho

Pró-Reitora – PROGEP

Sílvia Regina Carleal

Diretor Geral do Hospital Universitário

Paulo Luiz Teixeira

Diretor Técnico do Hospital Universitário

Alberto Jorge Albuquerque Fontan

Coordenador do Hospital Dia

Arthur Maia Paiva

Capa

Alex Renner Silva Santos

Diagramação

Alex Renner Silva Santos

Impressão

Gráfica – Q Gráfica

Tiragem

500 exemplares

Endereço HD/HU/UFAL

Campus A, C, Simões

Av Lourival de Melo Mota, s/n/

Tabuleiro dos Martins

Maceió – AL

CEP: 57.000-000

Fone: (82): 3202-3761

site: www.hospitaldia.org



HOSPITAL DIA/HU/UFAL

Editorial

■ Este Caderno, já em sua 4ª edição, é produto de uma história de profissionais que, numa perspectiva interdisciplinar, têm vivenciado e exercitado o desejo de ir além, buscando a construção coletiva.

Além de representar a operacionalização de uma das metas do nosso planejamento estratégico, também traz em seu conteúdo artigos que, de forma crítica, avaliam a implantação de outras ações igualmente planejadas.

A história da resposta à epidemia de AIDS vem sendo pautada por desafios e conquistas.

No contexto de questões vivenciadas no fazer diário de nossa prática – nossos medos, cansaço, impossibilidades, barreiras institucionais de ordem conjuntural e a ausência de concurso público, que provocam sobrecarga de trabalho e desmotivação, dificultando-nos focar o pensamento no projeto proposto – outra ação, na qual o Hospital Dia havia sido pioneiro – o “Grupo Balint”, atualmente popularizado como “Cuidando de Quem Cuida da AIDS” – foi retomado após vários anos, através do surgimento de um novo elemento, um profissional de psiquiatria que se envolveu com a proposta.

Isto nos possibilitou descobrir que nossa maturidade, visão de mundo, intenção consciente do projeto e a afetividade desenvolvida durante todos esses anos são fatores que nos mantêm fortalecidos no enfrentamento dos desafios e que, neste caso, culminou no lançamento desta edição do Caderno Hospital Dia.

É igualmente importante registrar que o movimento da interdisciplinaridade no Hospital Dia vem sendo enriquecido pelo engajamento de novos profissionais na equipe, registrando-se ainda o envolvimento por parte de graduandos(as) que concluíram seus estágios curriculares no Hospital Dia e que se “contaminaram” com o fazer diário da nossa proposta, participando inclusive em textos na atual edição.

Esta publicação contém vários artigos originais sobre pesquisas na área, relatos de experiência e questões de ordem prática relacionadas à rotina assistencial.

Esperamos que, através deste novo número do Caderno Hospital Dia, possamos estar superando os limites da mera assistência e, além de contribuir para o enriquecimento do debate sobre a AIDS, estarmos também fomentando a investigação acadêmica em nosso meio.

caderno
Hospital Dia
<http://www.hospitaldia.org>

Experiências de Uma Equipe Interdisciplinar

Maceió, Ano XI, Nº 04, Dezembro de 2010



■ Sumário

03 EDITORIAL

06 AVALIAÇÃO INICIAL DA UTILIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV NO HUPAA

Arthur Maia Paiva / Eliane Maria da Silva Pereira / Maria Helena de Araújo
Vania de Lima Maia Acelino / Tereza Cristina dos Santos

11 IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE ADESÃO DE PACIENTE ÀS MEDIDAS PARA REDUÇÃO DE RISCO DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES

Maria Helena Araújo / Analice Dantas Santos

15 PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA PORTADORES DO VÍRUS DA AIDS

Prof. José Jean de O. Toscano

17 PAPEL DA NUTRIÇÃO NO CONTEXTO DA LIPODISTROFIA

Marihelena A C F Fragoso / S M L Vasconcelos / M J Cabra / L O Santana

19 REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO COM APLICAÇÃO DE METACRILATO NOS PRIMEIROS PACIENTES DO HUPAA SUBMETIDOS AO PROCEDIMENTO

Márcia Guimarães / Maria Helena de Araújo / Arthur Maia Paiva
S A B M Ramos / Marcela S B CANUTO / Denise Margarida Tavares Afonso

21 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS CONVIVENDO COM HIV/AIDS - RESULTADOS PARCIAIS DE UM ESTUDO TRANSVERSAL

Erika Natalia Lourenço Souza / Amanda de Araujo Leite / Amanda Laisa de Oliveira Lima
Jessica Itala Barros Wanderley da Silva / Luiz Motta Accioly Neto
Vivian Wanderley Teixeira de Albuquerque / Sonia Maria Soares Ferreira

29 CAUSAS DE MUDANÇA DE TRATAMENTO EM PACIENTES HIV POSITIVOS, ASSISTIDOS PELO HUPAA-UFAL

Gilberto Alexandre Barbosa Moura / Mônica Meira Leite Rodrigues

32 PROJETO: JOVENS E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

Eliane Maria da Silva Pereira / Maria Helena de Araújo / Arthur Maia Paiva

36 CASO CLÍNICO: UM DIAGNÓSTICO RECENTE DE HIV POSITIVO

Denise Margarida Tavares Afonso / Márcia Guimarães

38 TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO - UMA POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM HIV/AIDS

Edson Gomes Laranjeiras Filho

41 IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO EM PACIENTES SOROPOSITIVOS

Sandra Maria Soares Moura

AVALIAÇÃO INICIAL DA UTILIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV NO HUPAA

¹Arthur Maia Paiva

²Eliane Maria da Silva Pereira

³Maria Helena de Araújo

⁴Vania de Lima Maia Acelino

⁵Tereza Cristina dos Santos

INTRODUÇÃO

Além dos desafios emergentes durante esta segunda década de acesso universal aos antirretrovirais, após a consolidação da resposta nacional à epidemia de AIDS – tais como toxicidade do tratamento (efeitos metabólicos e anatômicos); convívio ao longo do tempo com co-morbidades (neoplasias, diabetes, hepatopatia crônica; co-infecções HIV-Hepatite B, HIV-Hepatite C e HIV-Tuberculose) e perfil crônico-degenerativo da doença –, o Programa Brasileiro de controle da infecção pelo HIV/AIDS depara-se ainda com desafios como a necessidade de ampliar o acesso ao diagnóstico precoce.

Entre os indivíduos maiores de 15 anos diagnosticados entre 2003 e 2006 no Brasil, 43,7% chegaram ao serviço com deficiência imunológica grave ($CD4 < 200$ células/mm³) ou quadro clínico associado à AIDS¹. Dos 43,7% com acompanhamento tardio, 28,7% foram a óbito no início do tratamento¹.

A ausência de acesso oportuno aos serviços de saúde, ou seja, o início de seu seguimento tardiamente, com contagem de células $CD4 < 200$, está relacionado a um aumento dos riscos de agravo e morte do paciente, dos custos do sistema de saúde com o tratamento e das taxas de transmissão da doença.

A incorporação da tecnologia de testes rápidos nos serviços tem sido utilizada como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV no Brasil, para prevenção da transmissão vertical do HIV e a transmissão do vírus em acidentes com material biológico, bem como facilitar o diagnóstico desta infecção em populações vulneráveis e de difícil acesso^{2,3}.

As vantagens do teste rápido são: ser um insumo de fácil manuseio; não exigir infra-estrutura laboratorial; ser realizado por profissional de saúde de nível assistencial, capacitado; e o resultado poder ser obtido em menos de 30 minutos, otimizando, desta forma, a ida do usuário ao serviço de saúde⁴.

Em 2008 foi oficialmente implantado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) o teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais, até então utilizado na instituição apenas em gestantes ou em acidentes ocupacionais.

OBJETIVOS

Avaliar os resultados iniciais obtidos com utilização de testes rápidos para o diagnóstico de infecção pelo HIV após sua implantação no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA).

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão de consolidado de laudos de resultados do teste rápido diagnóstico para HIV realizado no Hospital Universitário-UFAL desde sua implantação em outubro de 2008 a 25 de agosto de 2009 e revisão de prontuários de pacientes com resultado reagente. Os exames foram realizados segundo fluxograma estabelecido pelo Ministério da Saúde e adotado durante o período do estudo, utilizando testes com kits de dois fabricantes diferentes (Rapid Check e Determine), sendo positivo quando ambos resultavam reagentes⁵.

RESULTADOS

Foram realizados 512 exames, tendo como indicações: tuberculose (8,98%), manifestações clínicas presumivelmente relacionadas ao HIV (12,11%), gestantes (52,73%), acidentes biológicos ocupacionais (9,37%), outras situações (16,79%), sendo que nesta última categoria 15,12% (13/86) referiram-se a ansiedade por diagnóstico de soropositividade para o HIV no parceiro. Dos 512 indivíduos submetidos ao teste, 27 (5,27%) apresentaram resultado reagente para HIV e apresentavam idades variando de 18 a 47 anos, com média de 31,8 anos nos homens e 34,8 anos nas mulheres. A proporção de resultados reagentes, de acordo com a indicação para a realização do teste, foi a seguinte: tuberculose 10,87% (5/46), manifestações clínicas presumivelmente relacionadas ao HIV 14,51% (9/62), gestantes 0,74% (2/270), acidentes biológicos ocupacionais 0%, outras indicações 12,79% (11/86), sendo que, quando realizado por causa de diagnóstico de infecção pelo HIV/AIDS no parceiro, 69,23% (9/13) foram reagentes, enquanto 2,74% (2/73) o foram nas demais indicações na categoria outras. A distribuição dos resultados reagentes segundo a indicação para realização do teste foi a seguinte: tuberculose 18,52% (5/27), manifestações clínicas presumivelmente relacionadas ao HIV 33,33% (9/27), gestantes 7,40% (2/27), diagnóstico em parceiro 33,33% (9/27); outras

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

²Graduanda do Curso de Serviço Social da UFAL

³Assistente Social do Hospital Dia/HU/UFAL

⁴Bióloga e Chefe do Laboratório do HUPAA

⁵Graduanda do Curso de Medicina da UFAL

7,40% (2/27). Mediana da contagem de células TCD4/mm³ nos indivíduos com resultado de teste rápido reagente para HIV, segundo indicação para realização do teste: a) tuberculose: 654; b) sintomáticos: 40; c) gestantes: 595; d) parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS: 654.

DISCUSSÃO

Tuberculose. Com exceção da candidíase oral, a tuberculose é a doença oportunista mais frequente em pacientes infectados pelo HIV, sendo também a principal causa associada ao óbito nessa população. Enquanto na população geral o risco de um indivíduo infectado pelo bacilo da tuberculose desenvolver a doença é de 10% ao longo da vida, no indivíduo infectado pelo HIV e sem terapêutica essa probabilidade é de cerca de 10% ao ano^{8-9,11}. Assim, a tuberculose é frequentemente a primeira infecção oportunista a surgir em portadores da infecção pelo HIV, acometendo indivíduos com níveis de linfócitos TCD4 mais altos do que aqueles normalmente observados para outras infecções oportunistas. Desse modo, o diagnóstico de tuberculose pode ser o primeiro indicador de que uma pessoa esteja infectada pelo HIV.

Apesar da recomendação nacional para que o teste anti-HIV deva ser oferecido a todos os pacientes com tuberculose, segundo dados do SINAN-TB o percentual de novos casos de tuberculose que realizavam o teste anti-HIV vinha aumentando a partir de 2001 até chegar em 51% em 2006, ressaltando-se que por volta de 31% dos exames realizados ainda permaneciam com resultado sem informação (ou teste "em andamento")¹. Desse modo, deixava-se de realizar a testagem oportunamente ou saber sobre seu resultado na maioria dos pacientes com tuberculose, mesmo levando-se em consideração o período relativamente longo para acompanhamento de seu tratamento para tuberculose, de no mínimo seis meses. Em Maceió, no período de

2004 a 2006, a cobertura de pacientes com registro de testagem sorológica para detecção de infecção pelo HIV em relação ao número total de casos de tuberculose notificados ao SINAN variou de 17,7% a 27,4%; entre aqueles com resultado conhecido o percentual de pacientes com teste reagente variou de 24,5% a 42,1%⁸, frequência de positividade nitidamente superior à estimada para o Brasil. Uma possível explicação para esta discrepância de valores pode ser um viés de seleção na solicitação de sorologia pelos profissionais de saúde, de modo que o exame só estaria sendo solicitado quando o paciente com tuberculose apresentasse alguma evidência clínica de AIDS ou algum comportamento de risco, superestimando-se assim os valores encontrados⁸. Portanto, a baixa solicitação de sorologia também torna difícil conhecer a real magnitude da co-infecção tuberculose-HIV.

No universo de 512 pacientes submetidos ao teste rápido para HIV durante o período estudado, a tuberculose respondeu por 8,98% das indicações para realização do teste (Gráfico 1); no entanto, foi responsável por 18,52% dos resultados reagentes, ou seja, cerca de um em cada cinco pacientes no HUPAA que realizaram o teste rápido para HIV com resultado reagente era paciente com tuberculose (Gráfico 2). A prevalência de infecção pelo HIV diagnosticada em pacientes de tuberculose através de teste rápido anti-HIV foi de 10,87%, ressaltando-se que não houve perdas no período, ou seja, em 100% dos pacientes que foram diagnosticados para tuberculose foi conhecida sua situação quanto à infecção pelo HIV (Tabela 1); a mediana de contagem de linfócitos TCD4 observada entre os pacientes de tuberculose reagentes ao teste rápido anti-HIV foi de 654 células/mm³. Estes resultados, portanto, provavelmente refletem mais de perto a real frequência da co-infecção entre os pacientes de tuberculose em nosso meio. Para o Brasil, sua frequência real vem sendo estimada entre 8 a 15%^{1,9,10}.

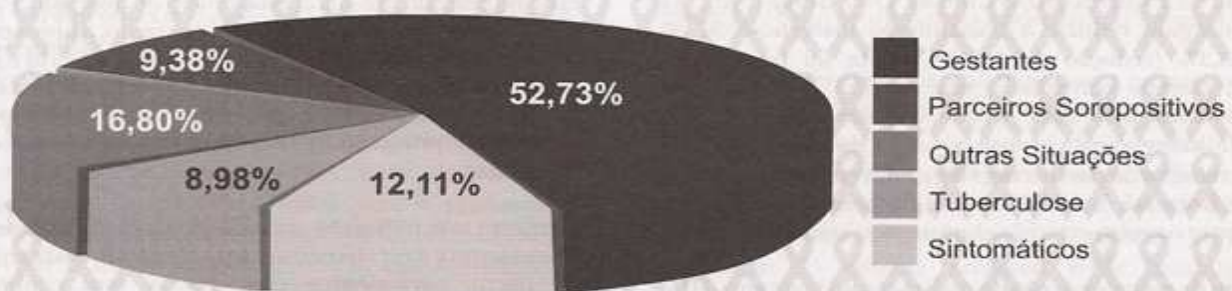


Gráfico 1 – Distribuição de testes realizados segundo indicações (n = 512)

Sintomáticos. A terapia antirretroviral tem proporcionado melhora na morbidade, mortalidade e sobrevida dos que realizam tratamento para o HIV e AIDS. No entanto, este impacto é diferente para aqueles que não iniciam seu seguimento no momento oportuno. Em uma coorte de pessoas diagnosticadas vivas no Brasil, nos anos de 2002 a 2004 e acompanhadas até cinco anos após a data do diagnóstico, ao final do primeiro ano cerca de 85% dos 28.017 pacientes diagnosticados com AIDS continuavam vivos; após cinco anos do diagnóstico, 79% dos pacientes da coorte de 2004 permaneciam vivos¹¹. Em contrapartida, para pacientes que, no

período de 2003 a 2006, iniciaram seu seguimento clínico na rede pública de saúde, esta probabilidade após 12 meses foi de 95,5% e de 90,7% após 4 anos de acompanhamento¹. Para os que iniciaram e se mantiveram em terapia antirretroviral, 97,7% permaneciam vivos após 12 meses e 90,8% após quatro anos de terapia¹.

Por outro lado, a probabilidade de estar vivo 12 meses após o início do seguimento é significativamente menor para os indivíduos que iniciam tardiamente seu acompanhamento, reduzindo-se, inclusive, proporcionalmente à medida em que se

agrava o quadro clínico e imunológico no momento da chegada aos serviços de saúde.

Entre os indivíduos maiores de 15 anos diagnosticados entre 2003 e 2006 no Brasil, 43,7% chegaram ao serviço com comprometimento imunológico grave ($CD4 < 200$ células/mm³). Dos 43,3% com acompanhamento tardio, 28,7% foram a óbito no início do tratamento¹

Manifestações clínicas presumivelmente associadas ao HIV ou a suas coinfeções motivaram a realização do teste no HUPAA em 12,11% das situações (Gráfico 1) e apresentaram elevado percentual de resultados reagentes (14,51%), só superado pelo grupo formado por parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS (69,23% de positividade), o que demonstra o elevado

valor preditivo associado tanto à situação clínica sugestiva como à informação epidemiológica de exposição ao vírus (Tabela 1). No entanto, o grupo de pessoas sintomáticas para HIV foi o único a apresentar uma contagem mediana de células CD4 abaixo do normal, ou seja, menor que 500 células/mm³, chamando a atenção pelos níveis extremamente baixos apresentados (mediana de 40 células/mm³), denotando período demasiadamente longo entre a aquisição do vírus e o diagnóstico da infecção. Mesmo assim, a realização do diagnóstico através de teste rápido pode ter influência no prognóstico e sobrevida destes pacientes pois, ao contrário do que se acreditava no passado, o início mais cedo da terapia antirretroviral nestes pacientes apresenta menor mortalidade, quando comparada à dos que iniciam o tratamento antirretroviral com mais de um mês após terem recebido o diagnóstico^{10,12}.

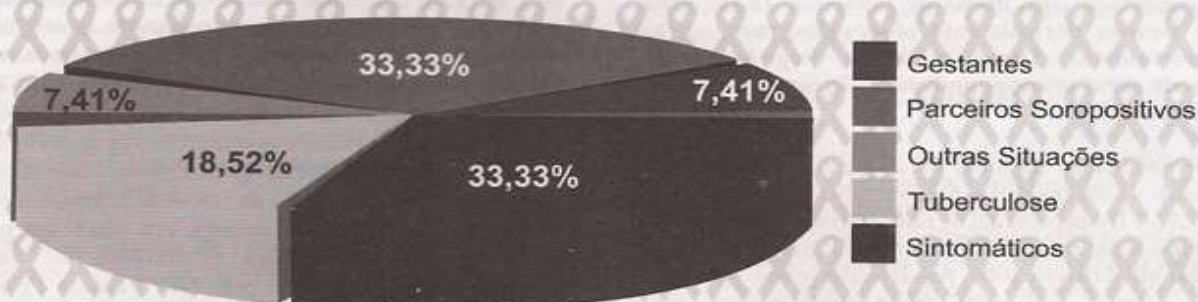


Gráfico 2 - Distribuição de resultados reagentes segundo indicações (n = 27)

Gestantes. Um dos mais relevantes avanços no conhecimento sobre AIDS foi a possibilidade de reduzir a transmissão vertical do HIV com o uso da zidovudina (AZT), demonstrado a partir do Protocolo 076, do *Pediatric AIDS Clinical Trial Group* (PACTG 076), que conseguiu reduzir a transmissão materno-fetal de 25,5% para 8,3% (redução de 70%)¹⁴. Este foi um estudo randomizado, placebo controlado, que avaliou 368 mulheres grávidas infectadas pelo HIV e que utilizou um protocolo constituído de zidovudina via oral a partir da 14ª semana de gestação, no trabalho de parto 2 mg/Kg endovenoso na 1ª hora e 1 mg/Kg por hora até o clampeamento do cordão umbilical, e AZT xarope para o recém-nascido, durante seis semanas.

No Brasil, além da recomendação de realização do teste anti-HIV a todas as gestantes, a droga é disponibilizada pelo Ministério da Saúde em todas as apresentações para todas as gestantes e seus filhos, e novos conhecimentos – tais como o uso combinado de antirretrovirais como sendo a melhor opção para tratamento profilático de gestantes infectadas pelo HIV – foram incluídos nas recomendações vigentes¹⁵.

No entanto, apesar de se observar tendência para diminuição da taxa de transmissão vertical do HIV, esta ainda é a principal via de infecção pelo HIV em crianças, sendo responsável por mais de 90% do total de casos em menores de 13 anos se considerarmos apenas o período de 2005 a junho de 2009¹¹. Em 2008, respondeu por 94% dos casos em menores de 13 anos¹¹. Além disso, enquanto as Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram decréscimo na taxa de incidência no período de 1988 a 2008, as

Regiões Norte e Nordeste, pelo contrário, vêm apresentando crescimento em menores de cinco anos¹¹. Isto ocorre, entre outros motivos, porque a cobertura de realização de testes para o HIV no período pré-natal está aquém do desejado. Para a maioria das gestantes portadoras do HIV, portanto, a única oportunidade de acesso à avaliação sorológica, aconselhamento e profilaxia da transmissão vertical seria na hora do parto, através da realização de teste rápido anti-HIV, que veio preencher esta lacuna entre a assistência pré-natal e o tratamento adequado em unidade hospitalar.

Também tem indicação em toda gestante cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste anti-HIV antes do parto, parturientes e puérperas sem conhecimento do resultado do teste no momento do parto ou em caso de abortamento espontâneo, e apresenta as vantagens de realização do diagnóstico de infecção pelo HIV em uma única consulta, eliminando a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico, possibilita a acolhida imediata no Sistema Único de Saúde das gestantes que vivem com HIV, não demanda uma estrutura laboratorial ou pessoal especializado e o algoritmo preconizado no país permite que o diagnóstico seja realizado sem que haja a necessidade de quaisquer outros exames laboratoriais, além de testes rápidos, para confirmação do diagnóstico¹⁶, deste modo praticamente eliminando a rara possibilidade de um "teste rápido de triagem" falso-positivo impedir a amamentação do recém-nascido pela espera do resultado de teste confirmatório tradicional, que vinha sendo exigido à parturiente nesta situação².

No presente estudo, as gestante responderam pela maioria (52,73%) dos 512 testes realizados (Gráfico 1) e por 7,4% do total de testes rápidos com resultado reagente para HIV (Gráfico 2). A prevalência de mulheres grávidas infectadas pelo HIV no Brasil era de 0,42% em 2004, estimando-se que hoje esteja entre 0,5 e 1%¹¹. A prevalência encontrada de gestantes com infecção pelo HIV foi de 0,74% (2/270), estando de acordo, portanto, com o estimado para a população geral (Tabela 1). A contagem mediana

de células CD4 entre as sororreagentes foi de 595 células/mm³. Este dado corrobora a informação de que o pré-natal e o parto têm se tornado uma importante porta de entrada de mulheres no sistema de saúde para diagnóstico de infecção pelo HIV¹⁶. Até o momento, não se observou confirmação de infecção pelo HIV nas mais de 50 crianças expostas ao HIV cujas mães foram submetidas ao protocolo ACTG 076 no HUPAA.

INDICAÇÃO	QUANTIDADE	REAGENTES	
		NÚMERO	PERCENTUAL
Tuberculose	46	05	10,87
Sintomáticos	62	09	14,52
Gestantes	270	02	0,74
Acidentes	48	-	0,00
Outras situações	73	02	2,74
Parceiros Soropositivos	13	09	69,23
TOTAL	512	27	5,27

Tabela 1 – Proporção de resultados reagentes segundo indicação.

Os *acidentes ocupacionais* com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que, para se obter maior eficácia, as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B, denominadas profilaxias pós-exposição, necessitam ser iniciadas logo após o acidente¹⁷.

Recomenda-se a realização de testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV no paciente-fonte, para definição da conduta a ser adotada em tempo hábil para o profissional acidentado^{9,17}. Outro objetivo da utilização de teste rápido nesta situação é evitar o início ou a manutenção desnecessária do esquema profilático¹⁷.

Os testes podem ser empregados como testes de triagem (quando se realiza apenas um teste) ou conforme algoritmo de diagnóstico do HIV, publicado na portaria n° 151, de 14 de outubro de 2009, onde confirmará o diagnóstico caso o teste inicial seja reagente¹⁷. Caso a triagem ou o resultado da testagem tenha sido reagente, a profilaxia pós-exposição deve ser instituída ou mantida.

Os acidentes biológicos ocupacionais foram responsáveis por 9,37% dos casos em que houve indicação para realização de testes rápidos no HUPAA (Gráfico 1), sendo menos frequente que os demais grupos de situações que motivaram a realização do

exame, como tuberculose, paciente sintomático, gestantes ou situações especiais. Nenhum paciente-fonte testado apresentou resultado reagente para HIV, dispensando-se o uso de medicações nos profissionais acidentados (Tabela 1).

Outras situações especiais que impliquem na necessidade de um resultado imediato do teste incluem situações de stress inaceitável decorrente da espera do resultado dos exames convencionais – como pode ser observado entre parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS – ou grande dificuldade em retornar para conhecimento de seu resultado – como no caso de população do sistema prisional e de caminhoneiros –, populações mais vulneráveis, segmentos populacionais flutuantes ou outras situações especiais definidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida^{9,17}. A categoria outras situações especiais respondeu por 16,79% (93/512) das indicações para realizar o teste rápido (Gráfico 10), com resultado reagente em 12,79% das vezes (Tabela 1), perfazendo 40,74% de todos os testes rápidos realizados com resultado reagente (Gráfico 2). No entanto, observamos que a realização do teste em parceiro de pessoa com HIV/AIDS respondeu por mais de 80% dos resultados reagentes na categoria outras situações especiais, resultando em diagnóstico de infecção pelo HIV em 69,23% dos parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS (Tabela 1), em contraste com 2,74%

nos demais da categoria outras situações especiais (Tabela 1). Parceiro de pessoa com HIV/AIDS e pacientes sintomáticos para infecção pelo HIV foram responsáveis cada um por um terço (33,33%) dos testes rápidos que resultaram reagentes, seguidos pelos pacientes com tuberculose (18,52%) (Gráfico 2). A partir de outubro de 2009, o Ministério da Saúde, a partir da Secretaria de Vigilância em Saúde, passou a especificar de forma individualizada a indicação "parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS", como indicação para realização de teste rápido anti-HIV, através da portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009, que regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais e revoga a Portaria nº. 34/SVS de 28 de julho de 2005³.

CONCLUSÃO

A implantação do teste rápido para diagnóstico de infecção pelo HIV no HUPAA tem permitido seu diagnóstico mais precoce em pacientes com tuberculose, gestantes e parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS, evitando oportunidades "perdidas" para o diagnóstico, além de permitir agilizar o início do tratamento antirretroviral nos indivíduos já sintomáticos para AIDS.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas em HIV/Aids. UNGASS - HIV/Aids. UNGASS - Resposta Brasileira 2005/2007. Relatório de Progresso do País. Programa Nacional de DST e Aids. Brasil 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_ungass_2008_pt.pdf. Acesso em 29 de novembro de 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 34, de 28 de julho de 2005. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 151, de 14 de outubro de 2009. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais e revoga a Portaria nº. 34/SVS de 28 de julho de 2005, publicada no DOU de 29 de julho de 2005. Diário Oficial da União, 16 de outubro de 2009.
4. Okamura M e col. Avaliação da implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Rev Eletrônica Portal 2(2): 41-62, 2008.
5. Antonucci G e col. Risk factors for tuberculosis in HIV-infected persons. A prospective cohort study. The Gruppo Italiano Studio Tubercolosi e AIDS (GISTA). JAMA 274(2): 143-8, 1995.
6. Bouvet E. Issues addressed by tuberculosis in France in 2003. Med Sci (Paris) 19(11): 1146-51, 2003.
7. Daley C L e cols. An outbreak of tuberculosis with accelerated progression among persons infected with the human immunodeficiency virus. An analysis using restriction-fragment-length polymorphisms. N Eng J Med 326(4): 231-5, 1992.
8. Silva H O e col. Coinfecção tuberculose e HIV nas capitais brasileiras: observações a partir dos dados do sistema de informação de agravos de notificação. Revista Brasileira em Promoção da Saúde 22(3): 172-78, 2009.
9. Jamal L F e col. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. Rev Saúde Pública 41(1): 104-110, 2007.
10. Silveira e col. Prevalência e fatores associados à tuberculose em pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana em um centro de referência para tratamento da síndrome de imunodeficiência adquirida na região sul do Rio Grande do Sul. J Bras Pneumol 32(1): 48-55, 2006.
11. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS-DST, Ano IV - nº 1, 2009.
12. Monosuthi W e col. Efavirenz 600 mg/day versus efavirenz 800 mg/day in HIV infected patients with tuberculosis receiving rifampicin. J Acquire Immune Def Syndrom 20(1): 131-32, 2006.
13. evels and 24-week efficacy in HIV-infected patients with tuberculosis receiving highly active antiretroviral.
13. Schiffer JT e cols. Timing of antiretroviral therapy initiation in tuberculosis patients with AIDS. J Acquire Immune Def Syndrom 44(2): 229-34, 2007.
14. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, VanDyke R, Bey M, Shearer W, Jacobson RL, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med 1994; 331: 1173-80.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes - 2010 - versão preliminar, 2010.
16. França-Júnior e col. Acesso ao teste anti-HIV no Brasil 2003: A Pesquisa Nacional MS/IBOPE, 2003. Disponível em: www.aids.gov.br.
17. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008. Suplemento III - Tratamento e Prevenção, 2010.

IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE ADESÃO DE PACIENTE ÀS MEDIDAS PARA REDUÇÃO DE RISCO DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES

¹Maria Helena Araújo
²Analice Dantas Santos

INTRODUÇÃO

O curso da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) sofreu drástica mudança após o advento da terapia antirretroviral altamente potente, levando ao aumento na sobrevida, redução de episódios morbidos, como infecções oportunistas, e conseqüente melhora da qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS^{1,2,3}.

No entanto, com o aumento da sobrevida destes pacientes, outras complicações foram surgindo⁴⁻⁶, sendo a maioria destas devida a causas cardiovasculares⁷⁻¹⁰.

A lipodistrofia associada ao HIV é uma complicação do tratamento antirretroviral que consiste em uma síndrome metabólica e uma síndrome com alterações corporais na distribuição de gordura¹¹⁻¹³. Tais alterações metabólicas corroboram para muitos diagnósticos de hipertensão arterial, aterosclerose e aumento na incidência de infarto do miocárdio entre pacientes portadores da infecção pelo HIV sob terapêutica antirretroviral¹⁰⁻¹⁴. Por outro lado, as alterações corporais associadas à síndrome de redistribuição de gordura tornaram-se extremamente estigmatizantes para os pacientes, paradoxalmente levando a uma queda em sua qualidade de vida¹⁵, apesar do melhor controle de sua infecção pelo HIV, além de poderem interferir na adesão ao tratamento antirretroviral.

As medidas para redução do risco cardiovascular na população de pacientes com HIV/AIDS incluem o controle dos níveis de colesterol e triglicérides, do diabetes mellitus, controle adequado do HIV, abandono do tabagismo, mudança nos hábitos alimentares, com a adoção de uma dieta com baixos teores de açúcar, sódio e gordura e a prática regular de exercícios físicos¹⁶⁻¹⁷. A prática de exercícios ainda é a maneira mais eficaz de se prevenir e combater a lipodistrofia, produzindo ótimo efeito estético e figurando como alternativa acessível aos usuários em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

A maioria de nossos usuários apresenta vários fatores que podem interferir na adesão ao tratamento antirretroviral, tais como: dificuldades para as necessárias mudanças de hábitos alimentares, orientadas pela nutricionista, e à prática regular de atividades físicas, variáveis estas ligadas às suas condições de vida que, por sua vez, estão associadas à tendência da epidemia à pauperização. Diante desta realidade, o serviço de saúde deve buscar e encontrar alternativas para fortalecer o usuário na

adesão às medidas acima mencionadas para redução do risco de complicações cardiovasculares.

Nesta perspectiva, cabe a equipe buscar alternativas para o acolhimento, motivação e a socialização de informações aos usuários para dar continuidade ao seu tratamento.

No Hospital Dia/HUPAA/UFAL (HD), o trabalho com adesão, tanto individual como em grupo, tem se constituído em uma experiência surpreendente, uma vivência que nos envolve e nos absorve no cotidiano de nossa prática. Pode se considerar um espaço privilegiado, espaço que nos transforma: usuários, profissionais, estudantes, enfim todos os que fazem o exercício de resgatar, reconstruir e internalizar novos valores através do acolhimento, da escuta, solidariedade e descobertas para estabelecer uma nova relação com o mundo e pensar novos projetos profissionais e de vida.

Este trabalho com grupos de adesão aos antirretrovirais teve início no HD em meados de 2000, envolvendo a equipe interdisciplinar e usuários. Diferente do proposto pelo Ministério da Saúde, os grupos de adesão do nosso serviço são fechados, tendo em média quinze a vinte participantes, com tempo de duração determinado pelo alcance das metas estabelecidas: diminuição da carga viral a níveis mínimos de detecção e CD4 > 500 cel./ml.

Portanto, nossa metodologia consistiu em fechar cada grupo com os mesmos participantes, até o seu término, com o objetivo de possibilitar uma garantia maior de privacidade, onde os participantes ficassem mais à vontade para falar de suas vivências, experiências e intimidade, com pessoas que já tinham um vínculo estabelecido através da confiança.

O momento proporcionado pelo grupo de adesão através da escuta e falas coletivas era extremamente favorável para se abordar diversas questões, principalmente informações sobre a patologia, formas de tratamento, dificuldades na adesão, situações de risco de abandono ou enfraquecimento da adesão, preconceitos, estigmas e discriminações relacionadas à AIDS, direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, acesso a direitos e serviços de saúde e outros temas escolhidos democraticamente pelo grupo.

Em setembro de 2009, como estratégia da equipe, foi criado o Grupo de Adesão para tratamento da lipodistrofia e redução dos riscos de complicações cardiovasculares.

¹Especialista em Saúde pela UFAL e Assistente Social do Hospital Dia/HU/UFAL

²Mestra em Serviço Social pela UFPE e Assistente Social do Hospital Dia/HU/UFAL

OBJETIVO

Apresentar a experiência de criação do Grupo de Adesão para medidas de redução de risco de complicações cardiovasculares, implantado no Hospital Dia/HU/UFAL e o que representa este Grupo para a melhoria da qualidade de vida de seus participantes.

PERFIL DO GRUPO DE ADESÃO A MEDIDAS PARA REDUÇÃO DE RISCO DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES

Formado em 17 de julho de 2009, o Grupo de Adesão, foi formado por 30 usuários selecionados de acordo com o diagnóstico de síndrome de redistribuição corporal de gordura, sendo 22 do sexo masculino e 8 do sexo feminino, com idades variando de 28 a 58 anos e distribuídas por faixa etária de acordo com o Gráfico 1.



Gráfico 1 - Distribuição dos Usuários por Sexo (Fonte: Grupo de Adesão do HUPAA/UFAL - 2010)

Destaca-se que dentre os 22 usuários do sexo masculino, 72,7% (16) eram casados e apenas 27,3% (6) solteiros; entre o universo feminino observamos que das oito mulheres, 50% (4) destas eram casadas, 25% (2) separadas e 25% (2) viúvas.

Quanto ao grau de instrução, 50% dos participantes possuíam 8 ou mais anos de estudo e 50% o ensino fundamental incompleto (Gráfico 2).

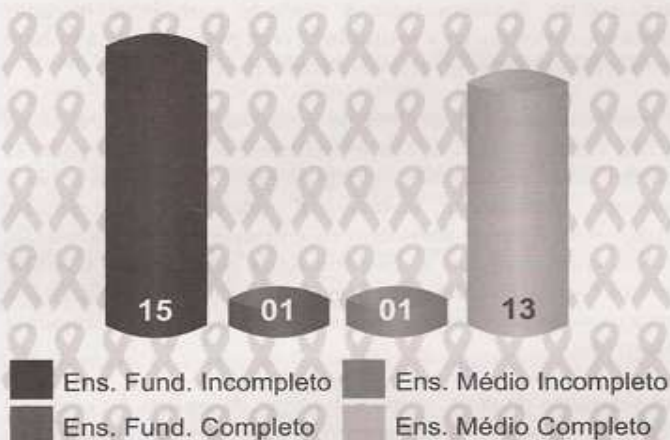


Gráfico 2 - Nível de Escolaridade dos Usuários (Fonte: Grupo de Adesão HUPAA/UFAL - 2010)

Quanto ao vínculo empregatício, notou-se que 20% possuíam vínculo empregatício formal, 13,3% vínculo empregatício informal e 16,7% eram desempregados e 50% estavam aposentados; vale destacar que essas aposentadorias são decorrência da patologia dos mesmos (CD4 < 200 e com infecções oportunistas) na época que deram entrada ao INSS.

O tempo em terapia antirretroviral à época do ingresso no Grupo de Adesão variou de 3 a 16 anos, sendo 20% (6) com 3 a 5 anos, 23,3% (7) de 6 a 10 anos e 56,7% (17) depois de mais de 10 anos em terapia.

Do total de participantes, 80% apresentavam contagem de células CD4 acima de 350/mm³ (Gráfico 3).



Gráfico 3 - Tempo de Terapia Antirretroviral (Fonte: Grupo de Adesão de Lipodistrofia do HUPAA/UFAL - 2010)

A carga viral encontrava-se indetectável (<50 cópias/ml) em 63,3% dos participantes. Entretanto, 02 usuários desenvolveram alterações lipoatróficas sem terem iniciado ainda uso de antirretrovirais por não apresentarem indicação para seu início, e 01 usuário que havia iniciado precocemente terapia antirretroviral na década de 1990, há cerca de 3 três anos suspendeu por conta própria sua terapia antirretroviral, mantendo CD4 em níveis elevados. Três participantes desenvolveram diabetes mellitus na vigência da terapia antirretroviral. Quanto às taxas de colesterol e triglicérides, 56,7% (17) apresentavam colesterol e/ou triglicérides aumentados quando iniciaram no Grupo, 36,6% (11) usuários apresentaram taxas normais e em 6,6% (2) não constava informação sobre essas taxas em seus prontuários.

Entre os usuários participantes do Grupo, 23,3% (7) eram sorodiscordantes de sua ou seu parceiro quanto à infecção pelo HIV e, destes, duas pacientes não faziam uso de preservativos durante relações sexuais, por exigência de seus esposos, embora apresentassem carga viral indetectável.

CARACTERÍSTICAS E AVANÇOS DO GRUPO DE ADESÃO

O Grupo de adesão consiste em ações e medidas necessárias para combater a lipodistrofia e os riscos de complicações cardiovasculares. Tais medidas visam amenizar os efeitos das medicações antirretrovirais e as implicações das mudanças corporais.

A urgência de se implantar ações para atender os novos desafios da epidemia da AIDS nos levou a implantar o grupo de adesão

para lipodistrofia e redução dos riscos cardiovasculares. O grupo deu início às suas atividades em setembro de 2009. Entre as atividades realizadas destacamos:

a) A realização de reuniões quinzenais de caráter educativo, informativo e reflexivo. A escolha dos temas para apresentação/discussão no grupo é realizada democraticamente entre os participantes;

b) Avaliação de riscos cardiovasculares; 100% dos participantes foram avaliados por cardiologistas. Todos fizeram o exame de eletrocardiograma. As taxas de colesterol e triglicérides são avaliadas regularmente pelo médico que acompanha rotineiramente os usuários. Os que têm indicação continuaram acompanhados por cardiologista do serviço.

c) Avaliação nutricional. Todos os usuários fizeram avaliação nutricional e continuaram acompanhados pela nutricionista envolvida com projeto e estagiários do curso de Nutrição da UFAL. Em agosto de 2010 foi realizada uma oficina de culinária, com participação da nutricionista do projeto, professoras e estudantes do curso de nutrição, assistente social e 10 usuários do Grupo de Adesão. A oficina aconteceu no laboratório de nutrição da UFAL. As receitas testadas na oficina foram escolhidas pelos próprios usuários e adaptadas, adequando os valores nutricionais, pela nutricionista responsável pelo projeto. Na oficina foram reforçadas informações sobre alimentação saudável, cuidados com a conservação, manipulação e higienização de alimentos e dicas sobre substituições possíveis para diminuição dos teores de sódio (mistura de ervas, por exemplo, para diminuir a quantidade de sal utilizada no preparo de alimentos), gordura e açúcar.

Esta oficina foi avaliada pelos usuários como bastante positivo, sugerindo inclusive a realização de novas oficinas, com a participação de todos na preparação das receitas.

d) Avaliação física. Todos os participantes foram avaliados pelo mesmo profissional, educador físico e professor do curso de Educação Física da UFAL. Também foi preparado um plano individual de atividades físicas, com o objetivo de melhorar a condição e aparência física; lembramos que todos apresentavam, em grau variado, problemas decorrentes da lipodistrofia.

e) 12 participantes realizaram tratamento reparativo para alterações faciais através de preenchimento com polimetilmetacrilato (PMMA). Os procedimentos foram realizados por médica dermatologista do HUPAA, que também fez a avaliação dos usuários.

A lipodistrofia provoca sérios danos na auto-estima das pessoas acometidas pela síndrome. Numa sociedade que valoriza padrões de beleza onde o corpo magro, perfeito e ágil é visto como único ideal estético, o corpo deformado pela lipodistrofia tem efeitos muitas vezes destrutivos na vida dessas pessoas, levando ao isolamento e exclusão social, a estigmatização, diminuição da capacidade produtiva e abandono do tratamento.

Podemos perceber na fala dos usuários do grupo o impacto dessa condição:

"Ninguém me avisou que a medicação levava a deformação (...) não desejo viver assim (...) de que adianta zerar a carga viral e estar com CD4 bom?"

Ou então: "Prefiro morrer, vivo dentro de casa, quando saio é me escondendo atrás dos cabelos e num monte de roupas, uma em cima da outra..."

Ou ainda a fala da usuária preocupada com a reação do companheiro: "meu marido vai me abandonar... diz que estou parecendo uma mulher grávida, vou deixar de tomar medicação, estou engordando".

A mesma usuária, após iniciar a prática de atividades físicas e o acompanhamento nutricional, relatou no grupo: "... se eu não tivesse perdido peso, meu marido tinha me deixado. Estou feliz perdi 5 quilos".

Outro usuário, após o tratamento facial, descreve a satisfação com a melhoria na imagem corporal: "Agora eu saio e fico me mostrando, quero que todos olhem para mim. Estava com um buraco, cara chupada, agora não..."

Atualmente dos usuários participantes, 80% (24) permanecem com regularidade no grupo, participando das reuniões e atividades propostas, 3,3% (01) abandonou o grupo, não sendo mais aderente às medidas de prevenção de risco cardiovascular propostas, 3,3% (01) é impossibilitado de participar das reuniões e demais atividades por trabalhar no interior do estado, embora continue aderente às medidas propostas; os demais embora aderentes às medidas de prevenção, continuando com prática de atividade física e mudança de hábitos alimentares, não participam das reuniões e atividades do grupo, por ainda desejarem viver no anonimato. Tivemos ainda 6,6% (02) óbitos, 3,3% (01) em decorrência de problemas relacionados à AIDS e outro por causa externa (homicídio).

Foi realizado tratamento reparativo para alterações faciais através de aplicação de metacrilato em 40% (12) dos pacientes. A oportunidade de realizar o preenchimento facial foi percebida pelos usuários como sendo extremamente significativa para resgate da auto-estima e melhoria da sua qualidade de vida.

Todos os usuários participantes do Grupo realizaram avaliação física. Dos participantes, 50% (15) fazem atividade física na academia da UFAL e 13,3% (04) em outras academias. A opção pela academia universitária, espaço frequentado por alunos, professores e usuários de outros serviços de saúde e do HUPAA, é um espaço considerado como fundamental para construção de novas relações de convivência.

CONCLUSÃO

A experiência de Grupo de Adesão enquanto ação em AIDS representa uma das alternativas para trabalhar sua população-alvo, funcionando como fator motivador para mudança de hábitos, permanência nas medidas adotadas para seu tratamento – incluindo medicações, prática de exercícios físicos, hábitos básicos de alimentação saudável –, descoberta da auto-estima, renovação

das relações e vínculos sociais e melhoria significativa na qualidade de vida.

O Grupo de Adesão para Lipodistrofia, é um grupo aberto ao debate dos mais variados temas, solidário, firme nos seus propósitos e incansável na busca de encontrar um sentido para suas vidas com dignidade e liberdade.

Este processo tem possibilitado uma constante reflexão favorecendo a construção de novos conceitos.

Para os profissionais, este espaço reafirma a causa que abraçamos, estabelecendo uma relação de solidariedade com as lutas na conquista de direitos. E para os usuários pode representar a possibilidade de superação dos limites impostos pela AIDS dentro de uma sociedade extremamente conservadora e excludente.

Nesta perspectiva, o trabalho realizado possibilita a adesão, tanto individual como coletivo, bem como o fortalecimento dos usuários para enfrentamento e superação das dificuldades que surgem com o diagnóstico da soropositividade e o tratamento, configurando-se em muitos casos uma melhoria na sua condição de cidadania e participação social.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Teixeira P R e col.. Antiretroviral treatment in resource – poor settings: the Brazilian experience. *AIDS* 18(3): 55-57, 2004.
2. Catz S L e col. Patterns, Correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV Disease. *Health Psychology* 19(2): 124-133, 2000.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico. Ano VI – nº 1, 2009.
4. Viraben R e col. Indinavir-associated lipodystrophy. *AIDS* 16: 37-39, 1988.
5. Carr A e col. Abnormal fat distribution and use of protease inhibitors. *Lancet* 351: 1736, 1988.
6. Kotler D P e col. HIV lipodystrophy etiology and pathogenesis. Body composition and metabolic alterations: etiology and pathogenesis. *AIDS Read* 13: 5-9, 2003
7. Amassari A e col. Relationship between HAART adherence and adipose tissue alterations. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms* 31: 140-4, 2002.
8. Collins E e col. Impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. *AIDS Read* 10: 546-50, 2000.
9. Fernandes A P M e col. Lipodystrophy syndrome associated with antiretroviral therapy in HIV patients: considerations for psychosocial aspects. *Rev Latino-Am Enfermagem* 15(5): 10-1-45, 2007.
10. Henry K e col. Severe premature coronary artery disease with protease inhibitor. *Lancet* 351: 1328, 1998.
11. Rickerts V e col. Incidence of myocardial infarctions in HIV-infected patients between 1983 and 1998: The Frankfurt HIV-cohort study. *Eur J Med Res* 5: 329-33, 2000.
12. Barbaro G e col. HIV-associated coronary arteritis in a patient with fatal myocardial infarction. *N Engl J Med* 344: 1799-800, 2001.
13. Flynn T E e col. Myocardial infarction in HIV-infected men receiving protease inhibitors. *Ann Intern Med* 131-548, 1999.
14. Friedl A C e col. Acceleration of confirmed coronary artery disease among HIV-infected patients on potent antiretroviral therapy. *AIDS* 14: 2790-2, 2000.
15. Fitch K V e col. Effects of a lifestyle modification program in HIV-infected patients with the metabolic syndrome. *AIDS* 20: 1843-50, 2006.
16. Ching Yu Pai e col. Redução de risco cardiovascular em pacientes HIV positivos. *International Journal of Atherosclerosis* 2(4): 279-283, 2007.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008.

PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA PORTADORES DO VÍRUS DA AIDS

¹Prof. José Jean de O. Toscano

INTRODUÇÃO

Apesar das fortes evidências do impacto positivo na saúde em grupos considerados especiais, como ocorre na infecção pelo HIV, costuma ser relativamente difícil encontrar programas de atividades físicas que possam atender essa população.

É em virtude do tratamento e da prevenção das modificações na composição corporal e metabólica que a maioria dos profissionais de Educação Física entra em contato com pessoas HIV-positivo.

Nesse sentido, existem inúmeras modificações fisiológicas e psicológicas que ocorrem durante a evolução da infecção pelo HIV (STRINGER e SATLER, 2001). As modificações no armazenamento e na distribuição do tecido adiposo (lipodistrofia), bem como a perda de massa magra (sarcopenia), são as síndromes mais prevalentes nos indivíduos que são encaminhados para o programa de promoção da atividade física da UFAL.

A literatura já está bem consolidada quanto aos efeitos benéficos que um programa de exercícios físicos (quer seja aeróbico ou de força) pode proporcionar sobre indivíduos HIV-positivos (SOUZA e MARQUES, 2009). Alguns dos efeitos desejáveis desses tipos de treinamento com exercícios incluem os seguintes: a) capacidade aeróbica e estado funcional melhorados; b) aumento de força; c) redução na massa de gordura; d) função/índices imunes aprimorados; e) manutenção ou melhora na massa corporal magra; f) humor aprimorado (redução dos sintomas depressivos); e g) melhora na qualidade de vida relacionada à saúde. (SCHMITZ et al., 2004)

Diante do exposto, a proposta de ofertar um programa de promoção da atividade física aos indivíduos do Hospital DIA da UFAL tem como principal meta melhorar as condições de saúde dos indivíduos com o vírus da AIDS. Esse texto tem como objetivo descrever o processo e o produto resultante da estrutura elaborada para atender esse grupo.

ESTRUTURA DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS DA UFAL

Pelo domínio do conhecimento sobre o movimento humano nas suas dimensões: biodinâmica, comportamental, e sócio cultural, é de competência do Profissional de Educação Física a assistência à saúde do indivíduo no que concerne às suas necessidades na prática de atividades físicas, recreativas e esportivas, adequando-a a condição específica do indivíduo. A estas competências se observa ainda os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no

atendimento individual e coletivo.

Existe evidência convincente com base em estudos existentes de que o treinamento com exercícios aeróbicos e de força são seguros e efetivos para melhorar as condições de saúde sem efeitos deletérios sobre a função imune. (SMITH et al. 2001; ROUBERNOFF e WILSON, 2001).

O atendimento por parte do profissional de Educação Física ao indivíduo portador do vírus da AIDS no contexto multidisciplinar se dá após seu atendimento no Hospital DIA do HUPAA. Nossa presença na referida equipe começou no ano de 2009, onde inicialmente proferimos palestras sobre a importância do exercício físico para promoção da saúde. A ação seguinte foi realizar avaliações físicas no próprio Hospital DIA, a etapa seguinte foi criar um fluxo de encaminhamento para a prescrição de exercícios.

Atualmente a estrutura do programa está estruturada da seguinte forma: com base nos exames clínicos, esses indivíduos são encaminhados para o programa pelo Serviço Social do Hospital DIA, com a documentação clínica em mãos, é agendada a avaliação física e logo em seguida estabelecida a dose (tipo, duração, frequência e intensidade) e acompanhada a resposta (resultado dos indicadores de saúde acompanhados) dos estímulos físicos que devem ser devidamente monitorados.

Para determinar a eficácia de um programa de atividade física, assim como para verificar os efeitos benéficos das intervenções realizadas é preciso estabelecer um padrão de ações que estejam diretamente relacionadas e possam ser sistematicamente acompanhadas, sendo o processo caracterizado pelos componentes da atividade física: tipo, frequência, intensidade e duração dos exercícios e o produto seriam os resultados obtidos com essa intervenção. Dessa forma foi estabelecido o seguinte esquema para verificar o impacto do nosso programa:

1. Avaliação Funcional:

- 1.1. Antropometria (Massa corporal; Estatura; Perímetros)
- 1.2. Composição Corporal (Dobras cutâneas; Bioimpedância)
- 1.3. Comportamental (Nível de atividade física)
- 1.4. Condições de Saúde (Percepção de Saúde; Qualidade de Vida)
- 1.5. Metabólico (Testes sub-máximos do $\dot{V}O_2$)
- 1.6. Neuromusculares (Força; Flexibilidade; Resistência Muscular Localizada)
- 1.7. Fisiológicos (Frequência Cardíaca; Pressão Arterial)

2. Prescrição do programa de exercícios físicos:

- 2.1. Tipos de Atividades/Exercícios Físicos (São ofertadas atividades na sala de musculação e de ginástica). As salas de

musculação e ginástica (climatizadas) ficam nas dependências do curso de Educação Física da UFAL.

2.2. Frequência (As atividades são ofertadas de segunda a quinta-feira com dias específicos para cada modalidade).

2.3. Intensidade (O esforço é controlado através da frequência cardíaca, teste subjetivo de esforço, pressão arterial).

2.4. Duração (Cada sessão dura aproximadamente 50 min.).

3. Orientação/Supervisão do programa prescrito:

3.1 A orientação direta do programa é realizada por acadêmicos do Curso de Educação Física da UFAL sob supervisão de Profissionais de Educação Física.

3.2. Caso não haja interesse ou disponibilidade para frequentar as atividades na referida Universidade, mesmo assim os indivíduos que forem encaminhados pelo HUPAA podem participar do projeto, onde serão realizadas as etapas 1, 2 e 4 ou as etapas 1 e 4.

4. Reavaliação

4.1 Os indicadores de saúde serão reavaliados periodicamente, podendo ser semanal, mensal ou trimestralmente, a depender da variável que esteja sendo acompanhado.

4.2 As reavaliações serão controladas e previamente agendadas por parte da equipe do projeto juntamente com o indivíduo cadastrado.

4.3 Avaliar e reavaliar os praticantes tem um papel fundamental para o reordenamento das atividades e análise do impacto na qualidade de vida relacionada a saúdes desses indivíduos.

Nas etapas 1 e 4 os dados são transformados em informação sobre o progresso do tratamento que são repassados para os participantes do projeto, nas etapas 2 e 3 procura-se oferecer formas de automonitoração da sua prática, principalmente quanto ao controle da intensidade das atividades realizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para se obter maior adesão dos usuários bem como maior segurança na condução dos estímulos a serem aplicados, é preciso que esses indivíduos estejam inseridos em algum programa onde possam ser acompanhados por equipe multiprofissional.

Acreditamos que nossa parceria com o Hospital DIA estabeleceu um importante passo no sentido de poder aumentar a atenção à saúde em um sub-grupo que tantas barreiras tem que transpor para encontrar e ter um atendimento de qualidade.

Assim sendo, o estado HIV-positivo não deve constituir um impedimento para iniciar um programa de exercícios físicos, pelo contrário deve ser a razão para fazê-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Roubertoff R; Wilson I B. Effects of resistance training on self-reported physical conditioning in HIV infection. *Med Sci Sports Exerc.* 33: 1811-1817, 2001

Schimitz H R; Layne J E; Roubertoff R. Exercício e Infecção por HIV. In: ACSM. *Fisiologia do Exercício Clínico*. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2004, p.232-246.

SMITH, B.A.; NEIDIG, J.; NICKEL, J. et al. Aerobic exercise: effects on parameters related to fatigue, dyspnea, weight and body composition in HIV-infected adults. *AIDS.* 15: 693-701, 2001

Souza H F; Marques D C. Benefícios do treinamento aeróbio e/ou resistido em indivíduos HIV+: Uma Revisão Sistemática. *Rev Bras Med Esporte* 15(6): 467-471, 2009.

Stringer W M; Satler F R. Metabolic syndromes associated with HIV infection and therapy. *Phys, Sports Med* 29 (12):19-26, 2001.

PAPEL DA NUTRIÇÃO NO CONTEXTO DA LIPODISTROFIA

¹Marihelena A C F Frago

²S M L Vasconcelos

³M J Cabral

⁴L O Santana

INTRODUÇÃO

Com o surgimento da Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), conhecida como terapia anti-retroviral fortemente ativa, observou-se um profundo impacto no cenário dos pacientes HIV positivos, promovendo uma importante e sustentada melhora na replicação viral¹, elevando a sobrevida e a qualidade de vida destes pacientes².

Segundo Dutra & Libonati, 2008 a introdução da HAART mudou o estado nutricional dos pacientes com HIV. Antes do tratamento anti-retroviral, principalmente com uso de Inibidores de Protease (IP), os déficits de vitaminas e minerais e a má nutrição energético-protéica estavam associados como os maiores problemas nutricionais da época, sendo a má nutrição energético-protéica responsável por 80% da mortalidade dos pacientes com AIDS. Após a HAART surgiram complicações metabólicas e redistribuição de gordura corporal.

No entanto, observou-se que a terapia anti-retroviral é acompanhada de alterações metabólicas como dislipidemia, resistência insulínica, hiperglicemia e redistribuição da gordura corporal, sendo o conjunto destas alterações é conhecido como síndrome lipodistrófica do HIV (SLHIV)³.

As principais manifestações clínicas da lipodistrofia são acúmulos de gordura na região abdominal, alargamento da região posterior do pescoço e, nas mulheres, aumento do volume dos seios. Casos de perda de gordura periférica também são observados, causando enrugamento facial e afinamento dos membros superiores e inferiores, permitindo a visualização dos grupamentos musculares e vasos sanguíneos superficiais⁴.

Embora os mecanismos responsáveis para o desenvolvimento da SLDHIV ainda sejam desconhecidos, provavelmente apresentam etiologia multifatorial, com a contribuição de vários componentes da HAART, de fatores genéticos, além do próprio vírus HIV. Outros fatores também tem sido associados como a duração da HAART, número de células TCD₄⁺ e a co-infecção pelo vírus da hepatite C (HCV)⁵.

Além do comprometimento clínico, as mudanças corporais acarretadas pela SLDHIV apresentam forte impacto psicológico associado, estigmatizando o paciente HIV positivo e caracterizando a síndrome como "a nova cara da AIDS"^{6,7}. Isto

na grande maioria dos casos afeta o bem-estar psicossocial, ocasionando diminuição da auto-estima, percepção negativa de imagem corporal, restrição de contatos sociais, diminuição da aderência às medicações interferindo assim na qualidade de vida destes pacientes^{1,8}.

A intervenção nutricional nos pacientes HIV/AIDS tem sido indicada devido a conseqüências nutricionais provocadas pela evolução da infecção pelo HIV. O papel da alimentação saudável, adequada às necessidades individuais, destaca-se no aumento dos níveis de linfócitos TCD₄⁺, melhora da absorção de vitamina A, ferro, zinco e B₁₂, diminuição das complicações provocadas pela má absorção e perda de massa muscular além de outros sintomas^{10,11}.

A ingestão nutricional é um fator muitas vezes ignorado na progressão da doença pelo HIV, embora a relação entre nutrição e a função imune esteja bem estabelecida¹¹. Portanto o estado nutricional e a ingestão alimentar inadequados desempenham importantes papéis no desenvolvimento da AIDS. A alimentação não só afeta a saúde como um todo, mas também a qualidade de vida e a resposta ao tratamento¹².

Por outro lado, o acúmulo de gordura presente em pacientes HIV positivos em HAART lipodistrofia podem ser considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Não há consenso acerca do melhor tratamento para estas anormalidades anatometaabólicas; porém vários autores sugerem que a prática de atividades físicas regulares e mudanças na alimentação como parte importante deste tratamento.

Estudos epidemiológicos e ensaios em humanos, em animais e *in vitro* mostra associação positiva entre o consumo de vegetais e a redução do risco de doenças crônicas^{13,14}, destacando as doenças cardiovasculares (DCV), as quais podem estar presentes em pacientes HIV positivo devido aos fatores de risco presentes na SLDHIV¹⁵. Salienta-se que estes alimentos vegetais apresentam substâncias que além de suas funções nutritivas desempenham papel metabólico ou fisiológico atuando na prevenção de doenças crônicas, destacando as doenças cardiovasculares¹⁵.

Dentre estes alimentos funcionais podemos citar: peixes de algas marinhas, óleos (de soja, girassol, oliva) como fonte de ácidos graxos essenciais que atuam no controle de processos

¹Mestranda, Universidade Federal de Alagoas

²Doutora em Química e Biotecnologia pela Universidade Federal de Alagoas

³Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas

inflamatórios; fibras presentes em alimentos integrais, leguminosas e verduras crucíferas que atuam na diminuição da absorção de gorduras e açúcares; flavanóides presentes no vinho tinto e suco de uva, ricos em antioxidantes além de alimentos também ricos em antioxidantes como Vitamina A,C,E, beta-caroteno e selênio, presentes em algumas frutas. Hortaliças, ovos e cereais e os probióticos, presentes em leites fermentados e iogurtes que agem na redução da hipercolesterolemia. Entretanto, estudos com pacientes HIV positivos e alimentos funcionais são limitados. Sugere-se dessa forma investigações acerca do uso destas substâncias biotivas no controle das alterações anatômicas e metabólicas presentes em pacientes HIV positivo em HAART¹⁸.

Neste contexto, apesar de não haver consenso sobre o tratamento nutricional melhor empregado, a dietoterapia de pacientes HIV em uso de HAART deve priorizar um maior consumo de alimentos ricos em fibras, vitaminas e minerais como de frutas, hortaliças e alimentos integrais, além da diminuição do consumo de gorduras saturadas e carboidratos simples.

Para isto, devem ser realizadas atividades como palestras, oficinas de alimentos saudáveis e acompanhamento nutricional com prescrições de dietas individualizadas de acordo com o estado nutricional, condição clínica e perfil sócio econômico, além do estímulo à atividade física; todas com objetivo de gradativamente melhorar e ou manter o estado nutricional dos pacientes HIV em HAART.

Assim, o profissional nutricionista é elemento importante deste processo, atuando junto à equipe multiprofissional, e promovendo acima de tudo a reeducação alimentar através de práticas alimentares saudáveis.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Gulick RM, Mellors JW, Havlir D, Eron JJ, Gonzalez C, McMahon D et al. Treatment with indinavir, zidovudine, and lamivudine in adults with human immunodeficiency virus infection and prior antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 1997;337(11):734-9.
- Palella Jr FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1998;338(13):853-60.
- Dutra CDT, Libonati RMF. Aborgagem metabólica e nutricional da lipodistrofia em uso da terapia anti-retroviral. *Rev. Nutr.* 2008; 21(4):439-446.
- Behrens G, Dejam A, Schmidt H, Balks HJ, Brabant G, Stoll M et al. Impaired glucose tolerance, beta cell function and lipid metabolism in HIV patients under treatment with protease inhibitors. *AIDS.* 1999; 13:F63-70.
- Garg A. Lipodystrophies. *American Journal of Medicine.* 2000; 108:143-152.
- Conover WJ. *Practical Nonparametric Statistics.* New York: Texas Tech University; 1980.
- Koutkia P, Grinspoon S. HIV - Associated Lipodystrophy: Pathogenesis, Prognosis, Treatment, and Controversis. *Annu. Rev. Méd.* 2004; 55: 303-317.
- Chesney MA. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2000; 30 Suppl2:S171-6.3
- Shevitz AH, Knox TA. Nutrition in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2001; 32 (12): 1769-75.
- Oliveira OMV, Medeiros RS, Nascimento MAB, Boni MS. Perfil nutricional e fatores de risco para obesidade central de pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Com Ciências Saúde.* 2008;19(4):305-314.
- Kim JH, Spiegelman D, Rimm E, Gorbach SL. The correlats of dietary intake among HIV-positive adults. *Am. J. Clin. Nutr.* 2001;74:852-61.
- Polacow VO, Scagliusi FB, Furtado LSM, Carré ML, Pereira GM, Avileis CG, Guidin D, Souza SB, Marucci MFN. Alterações do estado nutricional e dietoterapia na infecção por HIV. *Rev Bras Nutr Clinica.* 2004; 19(2):79-85.
- Anderson, J.W., Deakins, D.A., Floore, T.L., Smith, B.M. & Whitis, S.E. 1990. Dietary fiber and coronary heart disease. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 29: 95-147.
- Craig, W.J. 1997. Phytochemicals: guardians of our health. *Journal of the American Dietetic Association*, 97: S199-S204.
- Craig, W.J. 1997. Phytochemicals: guardians of our health. *Journal of the American Dietetic Association*, 97: S199-S204.
- German, J.B. & Watkins, S.M. 2004. *Metabolic assessment - a key to nutritional strategies for health.* *Trends in Food Science & Technology*, 15: 541-549.
- Arabbi, P.R. *Alimentos Funcionais/Aspectos gerais.* Monografia. Fac. Saúde Pública. 1999.

REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO COM APLICAÇÃO DE METACRILATO NOS PRIMEIROS PACIENTES DO HUPAA SUBMETIDOS AO PROCEDIMENTO

¹Márcia Guimarães

²Maria Helena de Araújo

³Arthur Maia Paiva

⁴S A B M Ramos

⁵Marcela S B CANUTO

⁶Denise Margarida Tavares Afonso

INTRODUÇÃO

Apesar do aumento na sobrevida, redução de episódios mórbidos, como infecções oportunistas, e consequente melhora da qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS, paradoxalmente há uma queda na qualidade de vida dos mesmos quando surgem as alterações decorrentes da lipodistrofia, inclusive podendo comprometer a adesão ao tratamento, pois alguns pacientes deixam de tomar sua medicação antirretroviral a fim de evitar os efeitos negativos psicossociais da perda de gordura, e isto o põe em risco de desenvolver complicações oportunistas e evoluir para o óbito^{1,2,3,4,5,6}.

O Brasil é o único país que disponibiliza, através do sistema público de saúde, os procedimentos reparativos da área de cirurgia plástica para tratamento das alterações decorrentes da lipodistrofia, entre os quais a aplicação de metacrilato, atualmente também realizada no Brasil por dermatologistas⁷.

OBJETIVO

Avaliar repercussões do tratamento reparativo para lipoatrofia facial nos primeiros pacientes do Hospital Universitário submetidos ao procedimento com aplicação de polimetilmetacrilato.

MATERIAL E MÉTODOS

Entrevistas aos pacientes submetidos ao procedimento durante o treinamento para implantação do tratamento com metacrilato no HUPAA pelo Ministério da Saúde. As entrevistas, do tipo semiestruturada, foram realizadas individualmente pela psicóloga do Hospital Dia em dois momentos diferentes, ou seja, antes e depois da aplicação do metacrilato, através de perguntas abertas sobre repercussões na vida pessoal do paciente associadas ao surgimento das alterações na redistribuição corporal de gordura, perguntas sobre resultado esperado com a realização do procedimento de aplicação do metacrilato e, após terem sido submetidos ao procedimento, perguntas sobre o resultado.

Através de revisão de prontuários, foram obtidas informações

sobre última contagem de células TCD4 realizada, tempo de conhecimento do diagnóstico de infecção pelo HIV/AIDS, número de esquemas antirretrovirais já utilizados pelo paciente e história de utilização do análogo de nucleosídeo inibidor de transcriptase reversa estavudina.

Todos os procedimentos foram realizados após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

RESULTADOS

Foram entrevistados oito pacientes. Eles tinham idade compreendida entre 32 a 57 anos (média de 40,25 anos), e exerciam profissões diferentes. Dos oito participantes da pesquisa, sete eram do sexo masculino e sete eram solteiros.

Os participantes tinham entre 8-12 anos de diagnóstico pelo HIV, com uma média de 10,12 anos do diagnóstico, sendo que 62,5% estavam em uso do segundo ou terceiro esquema antirretroviral, 25% no quarto esquema e 12,5% no quinto esquema de tratamento. Apresentavam última contagem de células TCD4 realizada variando de 178 a 1129 células/mm³ (média de 627,7células/mm³; mediana 535células/mm³). Do total de pacientes entrevistados, 87,5% (7/8) apresentavam histórico de exposição à estavudina e 100% percebiam outras alterações lipodistróficas em outras áreas do corpo, além da lipoatrofia facial.

Ao serem interrogados sobre repercussões das alterações associadas à síndrome de redistribuição de gordura, 100% referiam sentimentos de tristeza e baixa estima, 100% temiam diagnóstico revelado através das alterações e 100% referiam algum grau de restrição na vida social após alterações corporais.

Percebemos que, ainda que as perguntas fossem relacionadas à mudança facial, os participantes respondiam relacionando-as ao corpo no geral. Baseado nas respostas dos participantes antes do procedimento cirúrgico, foi possível visualizar quatro questões que consideramos pertinentes colocar nesse artigo:

¹Psicóloga do Hospital Dia/HU/UFAL

²Assistente Social do Hospital Dia/HU/UFAL

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

⁴Médica residente do HUPAA-UFAL

⁵Graduanda em Psicologia - ICHIC/UFAL

1 – Apresentaram baixa auto-estima:

- *"Me sinto triste. Quem eu era antes? Quem eu sou hoje...? Todos olham pra mim com pena. Tinha um corpo forte e depois começou a mudar, secando tudo, o semblante decaindo."*

- *"Todos os dias quando acordo olho no espelho e me sinto mal. Fico sempre triste... Minha aparência hoje é de velho."*

- *"Sinto-me péssimo, como se tivesse envelhecendo. Sinto vergonha de tirar a roupa na frente de alguém."*

2 – Evitavam contato familiar e social:

- *"A gente fica abatido, não consegue ficar alegre. Não posso sair com qualquer roupa. Antes gostava de ir à praia. Atualmente só saio de casa para ir ao médico e ir à igreja."*

- *"Chorava muito, tristeza, depressão, vergonha de ficar na frente da companheira. Tudo desmoronava. Aquele corpão acabou..."*

3 – Receavam a estigmatização do vírus pelo aspecto físico:

- *"Isso causa muita tristeza. As pessoas sempre relatam uma diferença na aparência e isso me preocupa. Tenho muito medo que liguem à questão HIV."*

- *"... percebo meu rosto magro, um "buraco"... me sinto muito mal pelo que as pessoas falam: fico dizendo que estou fazendo regime... às vezes digo que estou com diabetes..."*

4 – relatavam pensamentos suicidas:

- *"Tomara que acabe logo isso... já comprei até veneno pra tomar."*

As falas demonstram as complexidades e as diferentes demissões dos fatores relacionados à lipodistrofia. A baixa auto-estima; o evitar contato com pessoas tanto com mais íntimos quanto com os demais; o medo que alguém possa olhá-los e relacioná-los ao HIV e pensamentos suicidas apresentados por esses sujeitos demonstram quão difícil pode ser o viver e o conviver com o HIV. A lipodistrofia aparece como um "porém" dentro do tratamento para o vírus. O próprio tratamento, que possibilita ao sujeito HIV positivo viver por mais tempo, também pode ser a causa de danos severos para si.

Quanto ao resultado esperado com a realização do procedimento, observamos que 100% esperavam se sentir melhor emocionalmente, seja pela melhora na auto-estima ou no medo da estigmatização.

Ao serem entrevistados após a realização do procedimento de aplicação do metacrilato, apresentaram as seguintes falas:

- *"Não saía de frente ao espelho de tão maravilhada"*

- *"Acho que as pessoas não vão mais ter tanto medo de mim";*

- *"Mudou tudo, estou alegíssimo";*

- *"Melhorou minha auto-estima, me deu mais alegria";*

- *"Gostei muito, fiquei parecido com foto de quando era mais jovem";*

- *"Ficou ótimo depois do tratamento; estava péssimo, uma má impressão danada";*

- *"Coisa muito boa; as pessoas me elogiaram bastante".*

CONCLUSÃO

Os resultados proporcionados pelo tratamento reparativo para lipodistrofia com aplicação de metacrilato transcendem o aspecto estético, pelas profundas repercussões sociais e psicoemocionais associadas à síndrome de redistribuição de gordura apresentadas pelos pacientes.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Viraben R e col. Indinavir-associated lipodystrophy. AIDS 16: 37-39, 1988.
2. Carr A e col. Abnormal fat distribution and use of protease inhibitors. Lancet 351: 1736, 1988.
3. Kotler D P e col. HIV lipodystrophy etiology and pathogenesis. Body composition and metabolic alterations: etiology and pathogenesis. AIDS Read 13: 5-9, 2003.
4. Amassari A e col. Relationship between HAART adherence and adipose tissue alterations. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms 31: 140-4, 2002.
5. Collins E e col. Impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. AIDS Read 10: 546-50, 2000.
6. Fernandes A P M e col. Lipodystrophy syndrome associated with antiretroviral therapy in HIV patients: considerations for psychosocial aspects. Rev Latino-Am Enfermagem 15(5): 1041-45, 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta SASSVS No 01, de 20 de janeiro de 2009.

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS CONVIVENDO COM HIV/AIDS - RESULTADOS PARCIAIS DE UM ESTUDO TRANSVERSAL

¹Erika Natalia Lourenço Souza

¹Amanda de Araujo Leite

²Amanda Laisa de Oliveira Lima

³Jessica Itala Barros Wanderley da Silva

⁴Luiz Motta Accioly Neto

⁵Vivian Wanderley Teixeira de Albuquerque

⁶Sonia Maria Soares Ferreira

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mera ausência de doença não caracteriza o estado de saúde, mais sim o completo estado de bem-estar físico, mental e social. A mesma também define qualidade de vida como sendo "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"^{1,2}. Outra importante definição é a da qualidade de vida relacionada à saúde bucal que diz ser "uma construção multidimensional que reflete (entre outras coisas) o conforto das pessoas, ao comer, ao dormir, ao estabelecer interação social, na sua auto-estima e na sua satisfação com relação a sua saúde bucal"³. De acordo com as definições que foram apresentadas de saúde, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde bucal, pode-se observar que as três abrangem as várias dimensões da vida, por isso tem havido grande interesse pelo desenvolvimento e utilização de instrumentos de mensuração das mesmas, com o objetivo de avaliar os impactos das doenças na vida das pessoas.

A aids é uma doença crônica que demanda longos períodos de cuidados apresentando importantes particularidades, pois os indivíduos que convivem com o HIV se deparam com uma doença séria, estigmatizada e potencialmente ameaçadora, o que pode ser extremamente estressante e difícil para o mesmo⁴. Com base nas características da doença e dos aspectos psicossociais que envolvem o indivíduo portador do HIV, a mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde bucal é um elemento fundamental na construção do bem-estar desses indivíduos, já que além das manifestações que ocorrem na cavidade bucal decorrentes da infecção, os portadores de HIV/aids ainda lidam com a cárie e a doença periodontal que podem levar a dor, problemas estéticos e funcionais, gerando impacto nas várias dimensões da vida⁵.

A medição do impacto da saúde bucal pode suscitar o estabelecimento de prioridades de atendimento e contribuir para a formulação de programas de atenção odontológica direcionada para as condições mais impactantes observadas. Outro importante benefício que pode ser colhido dessa pesquisa é o fato que os resultados podem chamar a atenção para a importância da saúde bucal, como parte indissociável da saúde geral.

Este trabalho, portanto pretende avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de indivíduos convivendo com HIV/aids em acompanhamento no hospital dia/HUPAA/UFAL e averiguar se dados relacionados ao perfil dos pacientes, acessibilidade aos cuidados de saúde; a história da doença atual e se as possíveis barreiras de acesso ao tratamento odontológico podem estar associadas com este impacto. Bem como, observar a sua percepção sobre a sua saúde bucal. De posse deste conhecimento, o profissional de odontologia pode planejar melhor as atividades de saúde para estes pacientes.

METODOLOGIA

Este estudo transversal descritivo está sendo realizado no Hospital Dia do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA/UFAL). A amostra descrita foi composta por 50 indivíduos convivendo com HIV/aids, de ambos os sexos, que buscaram atendimento médico no referido hospital. Esta amostra foi coletada em atividades de sala de espera realizada no período de um mês; os participantes foram recrutados entre aqueles que aguardavam a consulta com o médico ou a assistente social.

A amostragem aconteceu por entrevistar todas as pessoas que aceitassem participar em dias diferentes de atendimento para garantir as mesmas chances para todos de participação.

¹ Graduandas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas

² Graduandos do Centro Universitário CESMAC

³ Estomatologista do Hospital dia/HUPAA/UFAL, Doutora em Ciências – UFRJ

⁴ Professora de Estomatologia e Cirurgia do Centro Universitário CESMAC

Os critérios de inclusão para o estudo foram: ser paciente do hospital Dia HUPAA/UFAL; ter idade igual ou superior a 18 anos de idade; ter aceitado participar do estudo e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da amostra aqueles pacientes cujo estado físico e a severidade da doença impossibilitasse-o de submeter à entrevista. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da UFAL (nº. 011837/2010-13).

Os participantes foram convidados a responder ao questionário com o total de 52 perguntas, sendo 20 destas formuladas com o objetivo de traçar o perfil sócio-demográfico, 12 englobavam a percepção da saúde bucal dos indivíduos, 14 foram referentes ao instrumento Oral Impact Profile (OHIP-14) e as 6 últimas tratavam de investigar as possíveis barreiras de acesso ao tratamento odontológico. Foi escolhida uma versão do OHIP-14 traduzida, validada e já adaptada culturalmente à língua portuguesa que foi desenvolvida através dos estudos de Oliveira & Nadanovsky (2005)⁶.

OHIP-14 é composto por 14 questões, que avaliam sete dimensões (limitação funcional, dor, desconforto psicológico, inaptidão física, inaptidão psicológica, inaptidão social e incapacitação). Os entrevistados foram solicitados a indicarem, em uma escala de cinco pontos de Likert, a frequência na qual eles experimentavam contatos com cada problema dentro de um período de referência, no caso deste estudo foi utilizado o de 6 meses. As categorias de resposta para a escala de cinco pontos foram: nunca (0), raramente (1), Às vezes (2), repetidamente (3) e sempre (4). Para evitar que os indivíduos só lembrassem-se da primeira e da última opção de resposta, essas foram mostradas em cartões respostas.

Os dados das variáveis dos questionários foram armazenados em um banco de dados do Excel e analisados através do software

Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows, versão 15.

Foi realizada a distribuição de frequência de todas as variáveis do estudo; teste Qui-Quadrado foi utilizado para comparação entre proporções, com grupos de variáveis categóricas.

Para calcular o OHIP-14 de cada indivíduo foi utilizado o método aditivo, variando, assim de 0 a 56, sendo as pontuações mais altas correspondendo a uma qualidade de vida relacionada à saúde bucal mais pobre.

Foram utilizados os testes não paramétricos para comparações do OHIP-14 entre grupos de variáveis categóricas. Quando se tratava de dois grupos, foi utilizado o teste Mann-Whitney e para mais de dois grupos foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. Para todos os testes foi utilizado o nível de significância de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo teve o propósito de avaliar o impacto que a saúde bucal tem na qualidade de vida dos indivíduos com HIV/aids em um centro de atendimento especializado de Maceió: o Hospital Dia/HUPAA/UFAL levando em conta os fatores sócio-demográficos, a história da doença atual, o acesso aos serviços de saúde, a percepção que eles têm da sua saúde bucal e as possíveis barreiras ao acesso odontológico enfrentadas por essa clientela. Aqui estão descritos os resultados parciais de cerca de metade da amostra calculada.

O perfil da amostra foi composto, na maioria, por indivíduos do sexo feminino, com média de idade de 40 anos, predominantemente vivendo em grandes centros urbanos, com pouca escolaridade e sem ocupação, semelhante aos achados no estudo de Yengopal & Naidoo, (2007)⁷ (Tabela 1).

IDENTIFICAÇÃO, ESCOLARIDADE E PERFIL FINANCEIRO

SEXO			LOCALIDADE		
MASCULINO	30	60%	CAPITAL	41	82%
FEMININO	20	40%	INTERIOR	09	18%
ESCOLARIDADE					
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO				23	46%
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO				04	08%
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO				09	18%
ENSINO MÉDIO COMPLETO				08	16%
CURSO PROFISSIONALIZANTE				01	02%
ENSINO SUPERIOR COMPLETO				01	02%

TEMPO DE ESCOLA			SITUAÇÃO PROFISSIONAL		
NUNCA FREQUENTOU	04	08%	ATIVO	05	10%
< 5 ANOS	16	32%	ESTAGIÁRIO	01	02%
ENTRE 5 E 9 ANOS	12	24%	APOSENTADO	09	18%
ENTRE 9 E 12 ANOS	13	26%	PENSIONISTA	18	36%
IGUAL OU > 12 ANOS	05	10%	DESEMPREGADO	14	28%
RENDA FAMILIAR			OUTRAS	03	06%
UM SALÁRIO	31	62%	CARTEIRA ASSINADA		
DOIS SALÁRIOS	09	18%	SIM	04	08%
> DE DOIS SALÁRIOS	09	18%	NÃO	46	92%

Tabela 1: Distribuição dos indivíduos segundo as variáveis de identificação, escolaridade e perfil financeiro.

Os dados com relação à acessibilidade dos sujeitos da pesquisa aos serviços de saúde podem ser observados na tabela 2. Nesta pode ser destacado que não ter dificuldades para obter tratamento odontológico foi um relato de 58% dos sujeitos, sendo que 68% tem tratamento através do Sistema Único de

Saúde. Interessante também foi que 86% relataram não terem encontrado dificuldade de receber tratamento odontológico por serem soropositivos. A maioria (60%) da população do estudo chegou ao Hospital Dia indicados por outros profissionais de saúde, excluindo-se o CD.

ACESSIBILIDADE					
TRAT. MÉDICO E ODONTOLÓGICO			CONSEGUIU TRAT. ODONTOLÓGICO		
SIM	46	92%	SIM	29	58%
NÃO	04	08%	NÃO	21	42%
COMO					
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				34	68%
ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL				-	-
NO TRABALHO				-	-
CONVÊNIO PRIVADO				04	08%
ENTIDADES DE CLASSE				01	02%
OUTROS				-	-
DIFICULDADE EM OBTER ATENDIMENTO POR SER SORPOSITIVO					
SIM				07	14%
NÃO				43	86%

DISTÂNCIA DA RESIDÊNCIA P/ O POSTO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO		
< DE 100 METROS	10	20%
< DE 200 METROS	14	28%
APROXIMADAMENTE 500 METROS	11	22%
APROXIMADAMENTE 1 KILÔMETRO	01	02%
> DE 1 KILÔMETRO	07	14%
> DE 2 KILÔMETROS	05	10%
DISTÂNCIA MAIOR	02	04%
COMO CHEGOU AO HOSPITAL DIA		
INDICADO PELO CD DO POSTO DE SAÚDE	03	06%
DEMANDA ESPONTÂNEA	09	18%
INDICAÇÃO DE AMIGOS	08	16%
OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE	30	60%
DISTÂNCIA DA RESIDÊNCIA PARA O HOSPITAL DIA		
MENOS DE 200m	01	02%
APROXIMADAMENTE 1km	04	08%
MAIS DE 1km	01	02%
MAIS DE 2KM	12	24%
DISTÂNCIA MAIOR	32	64%

Tabela 2: Distribuição da população do estudo segundo as variáveis referentes à acessibilidade.

A maioria dos entrevistados (38%) tinham sido diagnosticados com HIV há mais de 5 anos. Grande parte da amostra (78%) fazia uso da TARAA. A média da contagem de CD4 encontrada nessa população foi de 492 células/mm³, a contagem mais baixa apresentada foi de 9 células/mm³ e a mais alta de 1200 células/mm³. A média da carga viral foi de 33.304 cópias, sendo a menor contagem 50 cópias que foi apresentada pela maioria dos indivíduos 64% e a maior 293.437 cópias presente em apenas 2% da amostra.

Em relação à investigação sobre a acessibilidade desse grupo de pacientes aos serviços de saúde e a história da doença atual, os estudos de Gift, Atchison e Drury (1998)⁸, consideram que a predisposição dos indivíduos ao acesso a serviços de saúde está associada à percepção que estes possuem da sua condição bucal e da situação clínica presente. E essa afirmativa se torna relevante para os resultados encontrados nesse estudo, onde predominantemente os pacientes estavam em tratamento

médico ou/e odontológico no Hospital Dia com a maioria apresentando-se com a doença sob controle com carga viral indetectável, menos de 50 cópias e relatando considerar a sua saúde bucal boa.

Os resultados com relação às questões que investigavam a percepção do indivíduo sobre a sua saúde bucal podem ser observados na tabela 3. A saúde bucal foi considerada boa para 42% dos indivíduos; a maioria (56%) escovava os dentes 3 vezes ao dia e usavam o fio dental. Ter recebido Instrução de higiene bucal foi relatado por 72% dos sujeitos, sendo que 42% receberam essa instrução antes do diagnóstico de HIV. A maioria (78%) relata melhora no cuidado com a saúde após a infecção pelo HIV; Os 13 indivíduos (26%) que tinham experimentado sintomas, afirmam que estes pioraram depois do diagnóstico de HIV. A maioria (76%) nunca observou a presença de feridas na sua boca durante sua história natural da infecção pelo HIV e 72% não acham que a quantidade de cárie tenha aumentado após o diagnóstico de HIV (Tabela 3).

As doenças bucais são frequentes na história da infecção pelo HIV. Além das mais prevalentes na população como a cárie e a doença periodontal⁵; xerostomia⁹ e hipossalivação¹⁰ são relatos comuns.

No entanto, no presente estudo a maioria dos pacientes (56%)

relatou nunca ter experimentado sensação de boca seca; não perceberam (72%) que a quantidade de cárie tenha aumentado depois do diagnóstico de HIV. No estudo de Coates *et al.* (1996)¹¹ cerca de 18% dos indivíduos soropositivos da amostra afirmavam ter doença gengival, nesse estudo, foi encontrada a proporção de 28%.

PERCEPÇÃO					
SANGRAMENTO GENGIVAL			MAU HÁLITO		
SIM	14	28%	SIM	18	36%
NÃO	36	72%	NÃO	32	64%
DENTES MOLES			FERIDAS NA BOCA		
SIM	07	14%	SIM	12	24%
NÃO	43	86%	NÃO	38	76%
BOCA SECA					
SEMPRE			06	12%	
FREQUENTEMENTE (3/+ VEZES POR SEMANA)			02	04%	
ALGUMAS VEZES (1 A 2 VEZES POR SEMANA)			10	20%	
RARAMENTE (1 VEZ POR SEMANA)			04	08%	
NUNCA			28	56%	
SINTOMAS PIORARAM DEPOIS DE SABER QUE ESTAVA COM HIV/AIDS					
SIM			13	26%	
NÃO			35	70%	
NUNCA EXPERIMENTOU			02	04%	
PERCEBEU QUE A QTD. DE CÁRIE AUMENTOU QUANDO SOUBE DO HIV					
SIM			14	28%	
NÃO			36	72%	
COMO VOCÊ CUIDA DA SUA HIGIENE BUCAL					
ESCOVA 3 VEZES AO DIA E USA FIO DENTAL			28	56%	
ESCOVA 2 VEZES AO DIA E USA FIO DENTAL			16	32%	
ESCOVA 1 VEZ AO DIA E NÃO USA F. DENTAL			04	08%	
PASSA MUITO TEMPO SEM ESCOVAR			-	-	
NÃO ESCOVA			02	04%	

COMO VOCÊ CONSIDERA A SUA SAÚDE BUCAL		
EXCELENTE	05	10%
BOA	21	42%
REGULAR	13	26%
RUIM	05	10%
PÉSSIMA	06	12%
JÁ RECEBEU INSTRUÇÃO SOBRE HIG. BUCAL		
SIM	36	72%
NÃO	14	28%
ANTES OU DEPOIS DO DIAGNÓSTICO		
ANTES	21	42%
DEPOIS	15	30%
NUNCA	14	28%
TEM MAIS CUIDADOS COM A SAÚDE AGORA DO QUE ANTES		
SIM	39	78%
NÃO	11	22%

Tabela 3. Distribuição das variáveis relacionadas à percepção da saúde bucal pelos indivíduos do estudo.

A maior parte da população desse estudo relatou cuidados com a higiene bucal satisfatórios, escovando os dentes 3 vezes ao dia e fazendo uso do fio dental, bem como, já havia recebido instruções a cerca da forma correta de execução da mesma, antes mesmo do diagnóstico. A maioria considerou a sua saúde bucal boa. E relataram também possuírem mais cuidados com a saúde agora do que antes da doença. Esses resultados diferem daqueles obtidos por Santo et al., (2010)¹⁸, com indivíduos Portugueses HIV positivos que apresentavam higiene bucal deficiente e com sérias desordens dentárias.

Neste presente estudo o valor médio do OHIP-14 total foi de $12,94 \pm 11,71$, sendo achado o valor mínimo de 0 ($n= 3$, 6%) e valor máximo de 42 ($n= 1$, 2%). A média do OHIP-14 encontrado na população desse estudo revelou que no geral, esses pacientes têm uma percepção regular sobre os impactos das doenças bucais na sua QV. Podem-se explicar esses resultados com base na observação de Allen (2003), que pessoas com condições crônicas, muitas vezes percebem a sua QV melhor do que indivíduos saudáveis.

A maioria dos participantes (94%) do estudo experimentou pelo menos um impacto na sua saúde bucal, que afetaram o seu bem-estar ao menos uma vez nos últimos 6 meses.

Na dimensão limitação funcional, que trata da dificuldade da pronúncia das palavras e da piora do paladar, foi observado uma média de $1,58 \pm 2,1$ e 50% dos indivíduos pesquisados apresentava impacto nessa dimensão.

Dos indivíduos pesquisados, 68% apresentaram impacto na dimensão dor, que avalia a experiência de dor nos dentes ou na boca e do desconforto de comer algum alimento ($2,36 \pm 2,46$).

Na dimensão desconforto psicológico 70% dos indivíduos ficaram preocupados e/ou estressados devido a problemas com os dentes, dentadura ou na sua boca ($2,32 \pm 2,29$). Inaptidão física, dimensão que investiga prejuízos na alimentação e se o indivíduo já teve até mesmo que parar refeições devido a problemas nos dentes, dentadura ou na boca, mostrou uma média de impacto de $1,74 \pm 2,3$ e 58% da população do estudo tendo passado por esse impacto.

Inaptidão psicológica foi à dimensão mais impactante (2.74 ± 2.3), com 72% dos indivíduos afirmando que tiveram dificuldades para relaxar e/ou já se sentiram envergonhados devido a problemas com os seus dentes, sua dentadura ou boca.

Na inaptidão social 40% da população relataram terem ficado irritados com outras pessoas e/ou terem tido dificuldades pra realizarem as suas atividades diárias devido a problemas com os seus dentes, sua dentadura ou boca (1.14 ± 1.75).

A dimensão da incapacitação que investiga se o indivíduo percebeu que a vida dele no geral ficou pior e/ou se ele já ficou totalmente incapaz de desempenhar alguma tarefa, devido a problemas nos dentes, boca ou dentadura, foi a dimensão menos impactante (1.34 ± 2.2), apresentando 36% dos indivíduos tendo passado por essa experiência.

Para investigar se existia associação entre as características de gênero, idade, escolaridade, perfil financeiro, acessibilidade aos cuidados de saúde e a história da doença atual com o OHIP-14 foram realizados os testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Houve uma associação estatisticamente

significante entre as seguintes variáveis:

- **Tempo de estudo.** Quanto maior o tempo de permanência na escola, maiores foram os valores do OHIP-14 encontrados para esses indivíduos (Kruskal-Wallis $p < 0,005$).

- **Dificuldade de ter atendimento odontológico por serem soropositivos.** Quem passou por essa experiência obteve valores maiores do OHIP-14 (Teste Mann-Whitney ($p < 0,05$)).

- **Sintomas pioraram depois do diagnóstico de HIV.** Os indivíduos que afirmaram terem tido pelo menos um dos sintomas da presença de sangramento gengival, mau hálito, dentes moles e boca seca e disseram que pioraram depois da doença, apresentaram valores mais altos de OHIP-14 (Mann-Whitney $p < 0,05$).

- **Como considera a sua saúde bucal.** Os indivíduos que consideraram a sua saúde bucal excelente tinham o valor de OHIP-14 mais baixo e conseqüentemente, os que consideraram a sua saúde bucal péssima tinham os valores mais altos de OHIP-14 (Tabela 4).

COMO CONSIDERA SUA SAÚDE BUCAL	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA OHIP-14	DESVIO PADRÃO
EXCELENTE	05	-	16	5,8	6,3
BOA	21	-	28	8,5	7,5
REGULAR	13	-	36	13,5	13,1
RUIM	05	08	33	21	10,2
PÉSSIMA	06	06	42	26,7	12,9

Tabela 4. OHIP-14 associado com a variável "como considera a sua saúde bucal". (Teste Kruskal-Wallis ($p < 0,05$))

- **Já recebeu instrução de higiene oral.** Aqueles que nunca tinham recebido instruções de higiene oral tiveram valores de OHIP-14 mais altos (teste de Mann-Whitney $p < 0,05$).

- **Medo de ir ao CD.** Os indivíduos que relataram terem medo de ir ao CD apresentavam o OHIP-14 com valores mais altos (teste de Mann-Whitney $p < 0,05$).

- **Recusa de atendimento odontológico por ser soropositivo.** Aqueles que relataram que tiveram o seu atendimento odontológico recusado apresentaram o OHIP-14 com valores mais altos (teste de Mann-Whitney $p < 0,05$).

As possíveis barreiras enfrentadas pela população que poderiam dificultar o acesso ao tratamento odontológico foram: ansiedade

ao ir ao CD (62%); medo (34%); trauma (20%); medo da anestesia (42%). Dos sujeitos pesquisados, 16% já tiveram o seu tratamento odontológico recusado por serem soropositivos.

CONCLUSÃO

O perfil da população estudada foi composto pela maioria dos indivíduos, pertencentes ao sexo feminino, com média de idade de 40 anos, predominantemente vivendo em grandes centros urbanos, com pouca escolaridade e sem ocupação;

A maioria dos pacientes percebe possuir boa saúde bucal e tem uma moderada percepção sobre os impactos que as doenças bucais possuem na sua qualidade de vida;

Os indivíduos com menos estudo, perceberam menos os impactos das doenças bucais na sua qualidade de vida;

Pacientes que nunca receberam instruções de higiene bucal; com maior dificuldade em obter atendimento odontológico; que tinham medo de ir ao dentista percebem significativamente maior impacto das doenças bucais na sua qualidade de vida;

Percepção de piora dos sintomas bucais após o diagnóstico de HIV acarretou nesses indivíduos uma maior percepção dos impactos das doenças bucais na sua qualidade de vida; A recusa de atendimento odontológico devido à soropositividade ocasionou maior percepção do impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos pacientes. A dimensão na qual os indivíduos desse estudo perceberam maior impacto foi a da inaptidão psicológica. E a menos impactante foi a da incapacitação.

Os achados desse estudo apontam para a importância não apenas de caracterizar a percepção destes pacientes sobre como a saúde bucal interfere na sua qualidade de vida, mas também em como as atividades de promoção de saúde podem ser planejadas para diminuir este impacto.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: World Health Organization; 1946.

2. World Health Organization. WHOQOL – measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization; 1997.

3. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the Surgeon General 2000. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2005.

4. Galvão, M. T. G. (2002). Aplicação do instrumento HAT – QOL para análise da qualidade de vida de mulheres c/ infecção pelo HIV, ou com AIDS e sua correlação com as variáveis sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas. Dissertação não-publicada, Centro de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

5. Buczynski, Ana Karla; Castro, Glória Fernanda; Souza, Ivete Pomarico Ribeiro de. Título: O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. Ciênc. Saúde Coletiva; 13(6): 1797-1805 nov-dez. 2008.

6. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. Community Dent Oral Epidemiol. 2005.

7. Yengopal V, Naidoo S. Do oral lesions associated with HIV affect quality of life?. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008; 106(1): 66-73.

8. Gift H C, Atchison K A, Dayton C M. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. Soc Sci Med. 1997; 44(5): 601-608.

9. Johnson N.W, Glick M, Mbuguye T.N.L. Oral Health and General. Adv Dent Res 19:118-121, April, 2006.

10. Petersen PE. Policy for prevention of oral manifestations in HIV/AIDS: the approach of the WHO Global Oral Health Program. Adv Dent Res. 2006. 19: 17-20.

11. Coates E, Slade GD, Goss AN, Gorkic E. Oral conditions and their social impact among HIV dental patients. Aust Dent J 1996; 41:33-6.

12. Santo AE, Tagliaferro EPS, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Pereira AC. Dental status of Portuguese HIV+ patients and related variables: a multivariate analysis. Oral Diseases. 2010; 16:176-184.

CAUSAS DE MUDANÇA DE TRATAMENTO EM PACIENTES HIV POSITIVOS, ASSISTIDOS PELO HUPAA-UFAL

Gilberto Alexandre Barbosa Moura¹
Mônica Meira Leite Rodrigues²

RESUMO

A AIDS é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo pelo HIV. A intolerância, os efeitos adversos decorrentes do uso e a falência terapêutica, constituem os principais determinantes para troca de esquema. Este estudo tem como objetivo avaliar as causas de mudanças de tratamento em pacientes HIV positivos, assistidos pelo HUPAA. Foi realizado um estudo transversal descritivo retrospectivo, onde foram revisados 70 prontuários de pacientes que fizeram uso de antirretrovirais no período de 2005 a 2009 e apresentaram observação de mudança na planilha de dispensação da farmácia ambulatorial do HUPAA. Houve 104 mudanças de tratamento antirretroviral, sendo a ocorrência de efeitos adversos 59,6% (62/104) a principal razão para a troca, seguida por falência terapêutica 25,0% (26/104) e outras causas corresponderam a 15,4% (16/104). Conhecer os principais intercorrentes que possam tornar necessária a mudança do esquema terapêutico poderá respaldar a opção de troca e a escolha de um esquema mais adequado, no intuito, de garantir o sucesso terapêutico, culminando, numa melhora da qualidade de vida dos pacientes em uso da terapia antirretroviral.

Palavras-chaves: antirretroviral; HIV/AIDS; tratamento.

INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/AIDS configura um dos mais sérios problemas contemporâneos de saúde pública, apresentando alto grau de morbimortalidade e constituindo-se em um desafio em termos de controle e tratamento (PAIVA, 2007).

A intolerância aos antirretrovirais é um determinante para troca de esquema, e é considerada quando o paciente mostra impossibilidade absoluta de uso do medicamento, apresentando efeitos indesejados incompatíveis com a qualidade de vida (MONFORTE, 2005).

Alguns outros obstáculos são frequentemente responsáveis pela diminuição da resposta sustentada ao tratamento: a condição clínica do paciente, a de piora imunológica, ou ainda, o aumento da carga viral, que em conjunto ou individualmente são responsáveis pela determinação da falha terapêutica do esquema antirretroviral (BROGLY, 2005). Além disto, a falha terapêutica, também pode estar relacionada com a adesão ao tratamento e essa possibilidade sempre deve ser investigada.

Para a realidade do Brasil, é importante conhecer os vários fatores que podem impedir, dificultar ou mesmo provocar a utilização inadequada desses medicamentos e as consequências que esse fato acarreta aos indivíduos para os quais a terapêutica foi indicada.

A epidemia de HIV/AIDS configura um dos mais sérios problemas contemporâneos de saúde pública, apresentando alto grau de morbimortalidade e constituindo-se em um desafio em termos de controle e tratamento.

O presente estudo pretendeu avaliar os determinantes da troca de tratamento em pacientes com HIV, assistidos pelo Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA, no período de 2005 a 2009, o que é de fundamental importância para se prever possíveis falhas terapêuticas antes que ela ocorra, contribuindo, assim, para escolha de um esquema terapêutico mais adequado.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal descritivo retrospectivo, onde foram avaliadas as planilhas de dispensação de medicamentos antirretrovirais utilizados pela farmácia HUPAA, no período de 2005 a 2009 e revisão dos prontuários de pacientes em tratamento com antirretrovirais no mesmo período.

A amostra avaliada foi retirada de uma população constituída de 762 pacientes inscritos/anos na farmácia ambulatorial no período estudado. Foram revisados os prontuários daqueles que tinham observação de mudança na planilha de dispensação deste serviço, somando 71 prontuários.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, em 20/08/2010.



Gráfico 1: Proporção de causas de mudanças de esquemas antirretrovirais no período de 2005 a 2009

¹Graduando de Farmácia da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas

² Profª de Imunologia Clínica da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 71 prontuários revisados foi excluído 01 prontuário pertencente a um paciente da rede privada, constituindo um n de 70 prontuários.

Observou-se uma frequência média anual de troca da terapia antirretroviral de 13,6%. Araujo Filho et al. (2009), em estudo realizado na Bahia, Brasil, onde avaliaram 104 pacientes, revelou uma prevalência de 18,67%, estes resultados demonstram que as mudanças de esquemas em pessoas tratadas com a terapia antirretroviral estão se integrando como parte da rotina de acompanhamento deste pacientes (DAVIDSON et al., 2010).

Houve 104 mudanças de esquemas terapêuticos no período estudado, sendo que 59,6% (62/104) mudaram por efeitos adversos, 25,0% (26/104) por falência terapêutica e 15,4% (16/104) por outras causas, como mostra a figura 1. A figura 2 expressa o percentual de trocas e respectivas causas de acordo

com o número de pacientes inscritos/ano. Ao observar a evolução temporal das causas de mudanças de esquemas antirretrovirais nos anos de 2005 a 2009 (graf. 1) verificou-se que apesar do ano de 2005 apresentar um padrão de troca de esquemas em que as mudanças por efeitos adversos foram inusitadamente menos frequente em relação aos outros anos do estudo, houve uma tendência a uma menor frequência de mudança do esquema por reações indesejáveis, provavelmente pela utilização de drogas que, além de serem eficientes no controle da replicação viral, apresentam um perfil de tolerabilidade melhor em relação a drogas mais antigas. Além disso, existe a preocupação da indústria farmacêutica em produzir antirretrovirais com posologia mais cômoda e menor número de tomadas diárias, facilitando a adesão do paciente à terapêutica.

Observou-se que o percentual de troca por falência terapêutica tende a se manter baixo ao longo dos anos, com média de 3,4% (fig. 2).

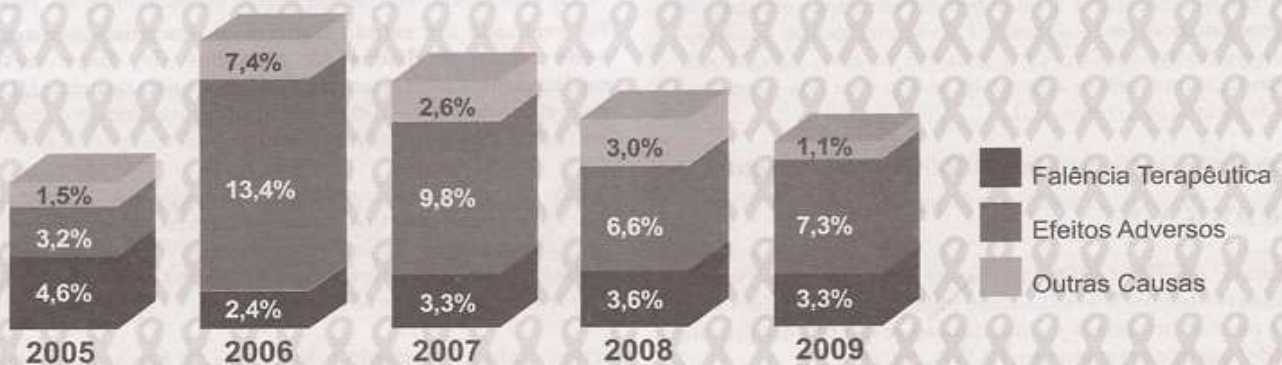


Gráfico 2: Percentual de troca de esquema antirretroviral de acordo com a causa de mudança, em relação ao número de inscritos, e sua evolução temporal no período de 2005 a 2009.

Como os diversos serviços que tratam de AIDS no território nacional têm igual acesso às drogas ARV disponibilizadas pelo MS (BRASIL, 1996), características da população assistida - tal como associação ao uso de drogas ilícitas injetáveis, por exemplo - e principalmente fatores associados ao serviço - como modalidades assistenciais oferecidas ou ações implantadas visando maior adesão do paciente ao tratamento - podem justificar os diferentes resultados alcançados nas diversas localidades do país (NEMES, 2000). Verificou-se, ainda, que os percentuais de troca por falência encontrados neste estudo, podem ser considerados significativamente mais baixos que a média nacional, que é de 15,1% de trocas por pacientes inscritos para tratamento antirretroviral por ano (HALLAL, 2008).

CONCLUSÃO

A principal causa de mudança de tratamento para o HIV/AIDS foi os efeitos adversos. A taxa de troca de esquema decorrente de resistência às drogas foi cerca de 4-5 vezes menor que a média nacional, mantendo-se em níveis baixos ao longo do período estudado. Estes dados poderão ser úteis para uma avaliação mais cuidadosa dos riscos e benefícios da terapia, tanto no início, como durante o tratamento. Conhecer os principais intercorrentes que possam tornar necessária a mudança do esquema terapêutico poderá respaldar a opção de troca e a escolha de um esquema mais adequado, no intuito, de garantir o sucesso terapêutico, culminando, numa melhora da qualidade de vida dos pacientes em uso da terapia antirretroviral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 9331, de 13 de novembro de 1996. Define os serviços para portadores e doentes de AIDS e distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 nov. 1996.

BROGLY, S P. W. et al. Antiretroviral treatment in pediatric HIV infection in the United States: from clinical trials to clinical practice **JAMA**, v. 293, p. 2213-2220, 2005.

DAVIDSON, A. H.; BEARDSSELLA, B.; SMITHA, S.; MANDALIA, A. M.; BOWERB, B.; GAZZARDA, M.; NELSON, A.; STEBBINGB, J. The frequency and reasons for antiretroviral switching with specific antiretroviral associations: The SWITCH study. **Elsevier Antiviral Research**. n. 86, p. 227-229, 2010.

HALLAL R. **Oficina do ministério da saúde para discussão do consenso 2008**. Salvador, BA, 2008.

MONFORTE, A. D.; COZZI-LEPRI, A.; PHILLIPS, A.; DE LUCA, A.; MURRI, R.; MUSSINI, C.; GROSSI, P.; GALLI, A.; ZAULI, T.; MONTRONI, M.; TUNDO, P. Interruption of highly active antiretroviral therapy in HIV clinical practice: results from the Italian cohort antiretroviral-naïve patients. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 38, p. 407-16, 2005.

NEMES, M. I. B. et al. **Aderência ao Tratamento por antirretroviral em serviços públicos do estado de São Paulo**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2000. 171 p.

PAIVA, R. M. C.; BARROS, A. A. P.; COELHO, M. C. M.; PAIVA, R. N. C.; QUEIROGA, T. N. Tratamento com antirretrovirais em pacientes soropositivos: Medidas de conscientização. In: IV ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFCG, 2007, Campina Grande. **Anais...** Paraíba: UFCG, 2007.

PROJETO: JOVENS E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

¹Eliane Maria da Silva Pereira

²Maria Helena de Araújo

³Arthur Maia Paiva

INTRODUÇÃO

A AIDS no Brasil vem perpassando os avanços científicos e ganhando novas configurações; os índices de mortalidade da doença que ocorriam no início da epidemia não mais se verificam nos tempos atuais, devido ao surgimento dos antirretrovirais, o que, por outro lado, pode em alguns casos ter favorecido o relaxamento dos cuidados com a prevenção do HIV.

No Brasil no período de 1980 – 1995 foram registrados no SINAN 110.365 casos de AIDS, entre os quais 5.428 eram do sexo masculino e 2.439 do sexo feminino, com idades entre 13 e 19 anos. O registro de novos casos vem aumentando entre a população jovem; segundo dados do boletim epidemiológico, em 2008 a taxa de incidência de casos notificados entre jovens do sexo masculino era de 2,0 e no sexo feminino 2,8 por 100.000 habitantes e em números absolutos foram registrados a 5.651 e 5.428 casos, respectivamente.

No Estado de Alagoas, também vem aumentando o número de novos os casos de AIDS. O perfil da epidemiologia demonstra que em Alagoas maior incidência de contaminação com HIV se dá nas camadas mais carentes (pauperização), e cada vez mais em jovens e adolescentes (jovialização), os quais muitas vezes estes estão expostos a todo tipo de risco social.

O Estatuto da Criança e Adolescentes, no Art. 2.º, considera criança pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Ao refletirmos sobre este Estatuto, principalmente o Art. 86 onde está escrito que as políticas de atendimento aos direitos das crianças e do adolescente far-se-ão através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da união, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios; e o Art. 90, o qual responsabiliza as instituições de atendimento pela manutenção, planejamento e execução de programas de proteção e sócio-educativos, sentimos na responsabilidade de repensar novas

ações no sentido de afastar esses adolescentes da realidade perversa que os leva à morte trágica quando a AIDS é tratada tardiamente, com perda de sonhos e de esperança.

Historicamente, o Hospital Universitário, através das mais diversas iniciativas, vem respondendo ao apelo social no sentido de dar sua contribuição para reduzir os efeitos perversos do HIV/AIDS e da ausência de informações. Apesar das ações realizadas pelos programas de DST/AIDS, pela comunidade e Estado, ainda são insuficientes para reduzir a cadeia de transmissão.

Ao fazer uma análise dos usuários assistidos no Hospital Dia/HUPAA, observa-se um número significativo de moradores no bairro Clima Bom e suas adjacências. No primeiro atendimento, estes usuários relatam ter pouca ou nenhuma informação sobre HIV/AIDS, além de ser identificado que maioria têm baixa renda familiar, apresentam grau de escolaridade de nível médio incompleto, e relatam pouca ou nenhuma informação sobre HIV/AIDS. Essa realidade nos levou a buscar propostas voltadas para prevenção e controle de casos nesta comunidade.

Diante dos dados acima optamos por desenvolver um projeto piloto nessa área, visando melhorar o nível de conhecimento dos alunos, os quais fazem parte dessa comunidade, oferecendo-lhes informações sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/AIDS, formando multiplicadores no seio da comunidade com grande identificação e penetração no grupo alvo escolhido para intervenção.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, para cada caso diagnosticado há nove casos que ainda não têm conhecimento de sua situação de soropositividade para o HIV. Além disso, a infecção demora cerca de 10 anos para apresentar sintomas e, durante este período, o vírus é transmitido ininterruptamente, fazendo com que o número de pessoas atualmente em tratamento

¹Assistente Social pela UFAL

²Especialista em Saúde pela UFAL e Assistente Social do Hospital Dia/HU/UFAL

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

no Hospital Dia e provenientes daquele bairro representasse apenas a ponta de um "iceberg" da real situação esperada para os próximos anos.

Pelo fato de não haver, na área da unidade assistência, aparente dicotomia entre as ações de prevenção e assistência, estando aquela apenas no plano teórico, a intervenção proposta resultaria em impacto no aumento da efetividade do programa, pois permitiria diagnóstico mais precoce de casos, interrupção da transmissão e, conseqüentemente, redução no número de óbitos por AIDS na população geral

Extrapolando os limites de atuação do Hospital Dia, no período de novembro de 2008 a junho de 2009 o Serviço Social do Hospital Dia/HUPAA, através da Coordenação da Assistente Social e da estagiária do Serviço Social foi montado e executado o **Projeto: Jovens e Prevenção do HIV/AIDS**; tendo como publico alvo os alunos e professores, o objetivo foi Desenvolver um trabalho de educação em saúde na área da prevenção do HIV/AIDS juntos aos adolescentes e jovens estudantes da Escola Prof.^a Benedita de Castro – CBL, contribuindo para intervenção da cadeia de transmissão e/ou para o diagnóstico precoce.

Além de favorecer um espaço de escuta e discussão a respeito da forma de transmissão e prevenção da AIDS, instrumentalizar os jovens favorecendo a conscientização em relação á prevenção para que possam ser capazes de fazer análise de suas atitudes, hábitos sexuais e preconceitos referentes HIV/AIDS, internalizando novos conceitos; aumentar o nível de informações de jovens e adolescentes sobre esta temática; formar agentes multiplicadores das informações acerca da prevenção DST/AIDS na escola e na comunidade.

METODOLOGIA

As ações de intervenção foram desenvolvidas pelos profissionais do Hospital Dia/HUPAA (Assistente Social, Estagiária do Serviço Social e médico tropicalista).

Para efetivação do projeto foram realizadas análises do perfil dos usuários com HIV/AIDS oriundos da comunidade, através dos prontuários do Serviço social do Hospital Dia/HUPAA; visitas á instituição de ensino; pesquisa através da elaboração de questionário e aplicação, de forma individual ou em grupos, a 17 professores e 284 alunos da Escola Professora Benedita de Castro, totalizando 301 pesquisados, visando analisar o grau de

conhecimento dos alunos e dos profissionais da educação sobre DST/AIDS. Houve realização de palestras com apresentação de vídeos e discussão, distribuição de preservativos e afixação de cartazes com informações sobre prevenção.

RESULTADOS

Dos 284 alunos que responderam o questionário, com idades entre 12 e 17 anos (Gráfico 1), 51% eram do sexo feminino (Gráfico 2), e 50% eram católicos, seguidos de 28% evangélicos e 15% relataram não ter religião (Gráfico 3). Quanto à forma de aquisição do HIV, 51% (145/284) referiram ser através de relações sexuais; 17% (48/284) referiram relações sexuais e pelo menos outro modo de transmissão; 3% (9/284) informaram apenas outro modo; 24% (69/284) não sabiam e 5% (13/284) informaram modo errado de transmissão (Gráfico 4). Do total, 17% (48/284) eram bem informados; 54% (154/284) pouco informados e 39% (82/284) foram considerados desinformados (Gráfico 5).



Gráfico 1 - Idade

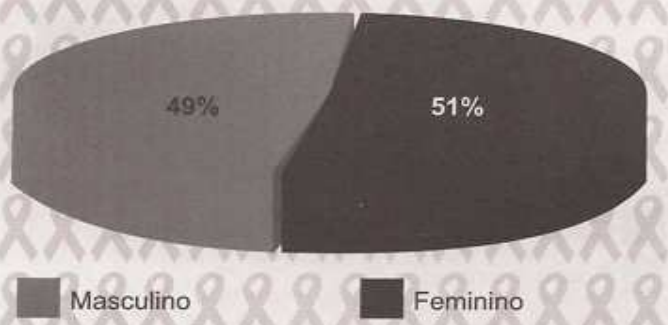


Gráfico 2 - Sexo

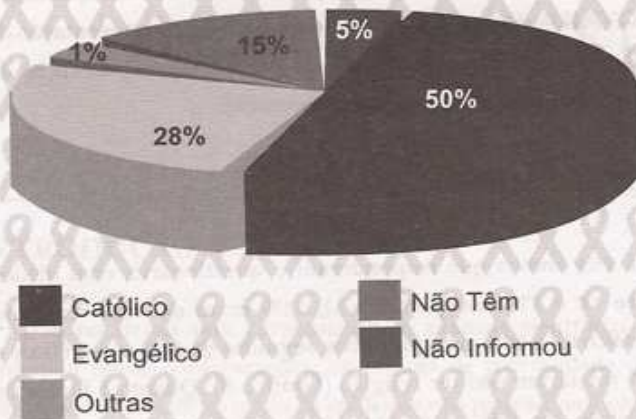


Gráfico 3 - Religião

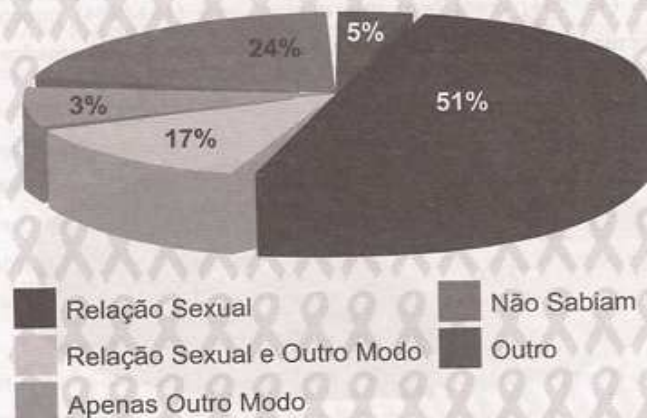


Gráfico 4 - Forma de Contrair HIV



Gráfico 5 - Nível de Informações

Relataram vida sexual ativa 18% (51/284) dos alunos (7% das meninas e 28% dos meninos) (gráficos 6, 7 e 8), iniciada entre os 07 e 15 anos de idade; 25% iniciaram aos 12 anos. Número de parceiros entre meninos: 2 a 5 em 45%; 1 parceiro em 29%; 6 a 10 em 13% e mais de 10 em 13%. Entre meninas: 1 parceiro em 70%; 2 a 5 em 20%; 6 a 10 parceiros em 10% (Gráficos 9 e 10). Destes alunos, 59% relataram usar preservativo, 33% usaram algumas vezes e 8% não usaram (Gráfico 11)

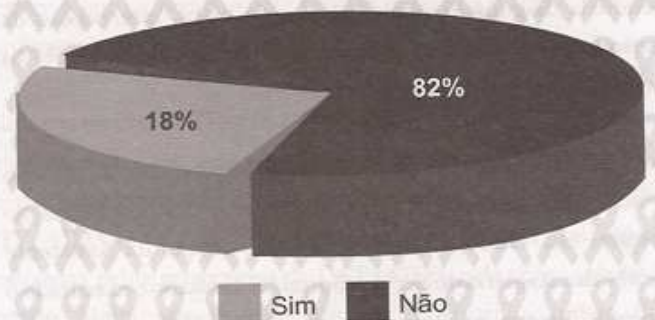


Gráfico 6 - Vida Sexual Ativa



Gráfico 7 - Vida Sexual Ativa (Meninas)

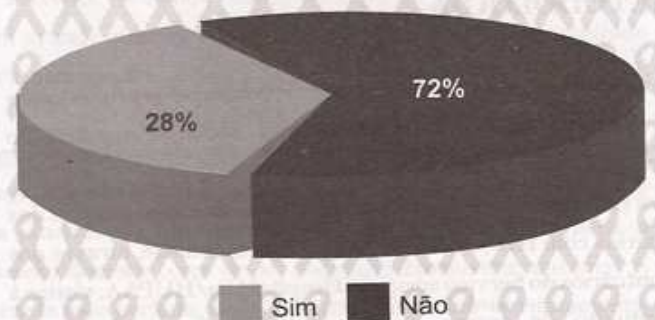


Gráfico 8 - Vida Sexual Ativa (Meninos)



Gráfico 9 - Número de Parceiros (Meninos)



Gráfico 10 - Número de Parceiros (Meninas)



Gráfico 10 - Uso da Camisinha

Dentre 30 professores, 17 responderam o questionário, sendo 9 (52,9%) do sexo feminino; 59% (10/17) tendo entre 30 e 49 anos de idade; 53% eram católicos, 18% evangélicos, 18% sem religião e 12% espíritas; 94% relatavam vida sexual ativa. Entre os do sexo masculino, 75% disseram usar o preservativo e 25% usaram algumas vezes. Entre as mulheres, 44% usaram algumas vezes, 33% não usavam e 22% responderam usar. Apenas 47% do total de professores afirmavam uso regular do preservativo. Além disso, constatou-se que 30% dos professores tinham pouca informação sobre HIV/AIDS.

CONCLUSÃO:

Os jovens iniciam a vida sexual cedo e não têm informações suficientes sobre DST/AIDS ou prevenção de gravidez precoce; na escola os profissionais não são capacitados para abordar a temática, fator que dificulta a transmissão de informações e abordagem de temas importantes para a prevenção das DSTs e da gravidez entre os jovens.

É necessário criação de projetos e efetivação de ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva objetivando reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes à infecção pelo HIV e à gravidez não planejada; o investimento em projetos que garantam formação abrangente de profissionais que venham a atuar com jovens, e que estes possam discutir e informar-se sobre temas como a prevenção de doenças transmissíveis e AIDS, diversidade sexual, preconceitos e gravidez na adolescência. Também é necessário maior investimento em materiais didáticos e insumos (preservativos, anticoncepcionais) e que estes sejam de fácil acesso aos jovens e adolescentes. Tais ações garantiriam um maior número de jovens informados, possibilitando a redução de novos casos de transmissão do HIV/AIDS e de gravidez indesejada.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS - Ano V n° 1 - julho a dezembro de 2007/janeiro a junho de 2008
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente / Ministério da Saúde. - 3. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p. - (Série E. Legislação de Saúde).

CASO CLÍNICO: UM DIAGNÓSTICO RECENTE DE HIV POSITIVO

¹Denise Margarida Tavares Afonso

²Márcia Guimarães

A realização do meu estágio curricular obrigatório, no Hospital Dia – Infectologia, para a conclusão do Curso de Psicologia permitiu-me acompanhar pacientes nas diferentes fases de manifestação do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV. O caso que discutirei nesse estudo é de um atendimento psicológico a um paciente com diagnóstico recente de HIV positivo e, provavelmente, na fase inicial da manifestação viral. A partir desse atendimento, surgiram questões que considere pertinente colocar nessa discussão.

Num certo dia de estágio, instantes depois de chegar à clínica HD, o Serviço Social comunicou-me que havia pessoas na sala de espera que iriam ser atendidos pela primeira vez. Prontifiquei-me a atendê-los. E, um dos pacientes era Fernando (forma como escolhi identificar o sujeito). Apresentei-me como estagiária de Psicologia da clínica e convidei Fernando para me acompanhar à sala de Psicologia. A Irmã, que o acompanhava na sala de espera, perguntou se poderia ir conosco. Com o consentimento de Fernando, seguimos os três para a sala onde o atendimento se realizaria.

Lacrimando, Fernando contou-me sobre a sua história. Apresentou-se como sendo um rapaz de personalidade forte, educado, enfim, como sendo um exemplo na família. O paciente tem dezenove anos, cursa a faculdade de Letras e disse que gostava muito de escrever "... de escrever sobre o que o mundo tem de lindo" (*sic*). Fernando relatou que, no ano passado, se apaixonou por uma menina e que com ela viveu um verdadeiro amor. Tempos depois, a menina partiu para outro Estado e ele não mais a viu. Fernando relatou também que antes de começar o relacionamento com a menina, ele era virgem. E que, com essa menina, foi a sua primeira e última relação sexual.

Sobre como descobriu o diagnóstico, Fernando relatou que sempre quis doar sangue no seu aniversário e, ao completar dezenove anos, ele realizou esse desejo. Tempos depois, o Hospital Escola onde ele fez a doação, o chamou para a coleta de uma nova amostra de sangue. Depois da análise da nova amostra, confirmaram o que já haviam suspeitado: HIV positivo. Segundo ele, o médico que comunicou o resultado tentou amenizar a situação afirmando que teriam que realizar novo teste para só então confirmar, ou não, a sua soropositividade. Mas, a tentativa do médico foi em vão, pois segundo Fernando, para ele "... tudo já tinha mudado" (*sic*).

O atendimento psicológico aconteceu um dia depois de Fernando ter recebido o diagnóstico HIV positivo. Fernando relatou que quando voltou para casa depois de receber o diagnóstico, desesperado, olhou-se no espelho, pegou no cabelo e disse "eu não vou envelhecer, meu tempo agora é menor" (*sic*). Relatou ter muito medo de não ter mais tempo para fazer tudo o que planejou até então. E completou dizendo: "para mim isso está sendo um choque" (*sic*).

Ao analisar o atendimento, dois pontos chamaram a minha atenção na fala de Fernando: o Tempo e a Morte. O tempo que agora, para ele, lhe é pouco e a morte pela AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida). E, é a partir desses dois pontos que conduzirei esse estudo.

Ligado inicialmente a determinados grupos sociais e tido como uma sentença de morte, o HIV/AIDS constitui um marco na história da humanidade e já provocou danos gigantescos a populações do Mundo inteiro. Com o passar dos anos, muitos mitos a cerca do vírus/doença foram quebrados. Hoje, a epidemia não é mais restrita a grupos específicos e apresenta um alcance a nível mundial. E, com o avanço da ciência o HIV/AIDS passou a ser considerada uma doença crônica por haver um tratamento e não a cura. Mas, percebi que, talvez pela sua história e pelos estigmas criados pela sociedade, a revelação do diagnóstico HIV positivo ainda provoca o que Fernando e muitos outros sujeitos denominam de choque.

Quando comecei a escrever sobre o caso, lembrei-me de um fato que despertou a minha atenção quando comecei o estágio no HD. Lembrei-me de que a maioria dos textos da área de Psicologia (e não só), que li sobre o HIV/AIDS tinham, em alguma parte, um título mais ou menos assim: "O impacto do diagnóstico HIV positivo". Inicialmente achei a denominação um pouco violenta. Mas, a fala de Fernando demonstrou que talvez, a palavra "impacto" fosse a que melhor expressa tal acontecimento. O Impacto na sua vida que acarretou, de entre outras questões, o medo de não ter mais tempo para realizar os seus planos e principalmente, segundo Fernando, o medo da morte pela AIDS.

O medo da morte é próprio do ser humano. Segundo a psicóloga Camanzi (s/d) no seu artigo sobre morte, luto e gênero, a morte faz parte da estrutura da vida. Quando somos concebidos e nascemos, já começamos a morrer. A morte está na agenda de

¹Graduanda em Psicologia – UFAL

²Psicóloga do Hospital Dia/HU/UFAL

cada ser vivo. Ainda segundo a autora, a morte sempre foi temida pelo homem e, por mais que a ciência avance, o medo e a negação da morte continuam acontecendo. Mas parece que para Fernando nada disso era significativo e que esse medo só passou a fazer sentido após o diagnóstico HIV positivo. Assim como traz Moreno (2001) ao discutir sobre o impacto do diagnóstico na sua dissertação de Mestrado, é como se a morte só fosse anunciada diante do diagnóstico HIV positivo e que antes disso ele não tivesse uma morte anunciada pelo simples fato de ser um ser vivo.

Mas então existiria alguma diferença? Levando em conta que a morte esteja ligada ao finito físico e social, ela não significaria o fim, independente da forma como ela aconteça? Percebi que uma possível diferença ganhou sentido nas falas de Fernando. Mas parece que a diferença não estaria na morte, mas sim no medo. O medo de morrer pela AIDS demonstra ser muito maior na fala de Fernando. Mas, o que estaria por trás da dita diferença? Vejamos: Martin-Chabot (2010) ao relatar sobre a sua experiência no acompanhamento de mulheres e grávidas HIV positivas, nos faz entender o dilema da revelação do HIV positivo comparando ao anúncio de um câncer. Para a autora, é muito mais "fácil" anunciar um câncer, mesmo sabendo do pesado tratamento para tentar curar-se, do que anunciar o diagnóstico HIV positivo. Assim como a autora, Fernando também faz essa comparação. Fernando relatou que para ele seria muito melhor se tivesse recebido o diagnóstico de um câncer qualquer, pois apesar do câncer também ser uma doença dolorosa, ele não teria vergonha de contar para os outros o seu verdadeiro diagnóstico. Segundo Fernando, a imagem que ele tem de uma pessoa morrendo por causa da AIDS é assustador. Talvez as imagens que vemos na televisão, jornais, revistas etc. de um corpo fraco, muito frágil; o fato de não haver ainda uma cura, adicionados aos estigmas sociais sobre o HIV/AIDS contribuam para tal. E talvez por isso, para Fernando o medo de morrer de AIDS é maior.

Outro ponto que chamou a minha atenção na fala de Fernando foi a questão do Tempo. Segundo Fernando, ele está se sentindo bem fisicamente, mas o fato de imaginar o que o HIV/AIDS irá provocar em seu corpo, gera nele um grande sofrimento psíquico. Fernando teme que, todo o mal que ele prevê acontecer com ele devido ao HIV, aconteça num futuro breve. Ele teme que o tempo que agora ele tem, entre o diagnóstico HIV positivo e a AIDS/Morte seja curta demais ao ponto de não possibilitá-lo, segundo ele, "deixar a sua marca na humanidade" (*sic*). Segundo Moreno (2001) o resultado soropositivo redimensiona o passado e o futuro a partir das possibilidades de interpretação do sujeito no presente. Fernando relatou que a partir de agora não ia deixar mais nada para depois e que iria viver, intensamente, aproveitando assim o pouco tempo que agora lhe resta.

Mesmo demonstrando muitos medos e receios, no final do atendimento percebi que algo tinha mudado no discurso de

Fernando. O rapaz que entrou na sala de Psicologia relatando medos, incertezas e impossibilidades em poder continuar fazendo o que gosta e realizar o que o planeja, na reta final do atendimento relatou que iria aproveitar "o pouco tempo que me resta fazendo sim, as coisas que mais gosto" (*sic*). Nessas "coisas" encontramos, em primeiro lugar, o gosto pela escrita relatado por Fernando. Vi nesse gosto de Fernando pela escrita, uma forma de possibilitar com que ele deixasse, assim como ele já havia relatado, a sua marca na humanidade. E, no final, antes de remarcar o atendimento, pedi que, para o próximo atendimento, ele me trouxesse algo escrito, da sua autoria. Sorrindo, Fernando aceitou a minha proposta e se despediu.

A minha preocupação durante o atendimento, era a possível interferência da presença da irmã. Mas ao mesmo tempo, não conseguia pedir que a irmã de Fernando se ausentasse da sala. Contrário dos outros atendimentos que já realizei e que a presença de um terceiro demonstrava atrapalhar no andamento do atendimento parecia que Fernando se sentia seguro com a presença da irmã.

Posso dizer que, para mim, muitas questões que até o momento só tivera contato através da literatura, ganharam sentido a partir desse primeiro e, até então, único atendimento psicológico realizado com Fernando. Muitas questões poderão surgir ao decorrer dos próximos atendimentos. Mas, nesse primeiro atendimento, ficou claro que, apesar de a reação frente a um resultado HIV positivo assumir formas diferentes, dependendo das características de personalidade de cada sujeito, mais um paciente, o Fernando nesse caso, demonstrou o quão importante pode ser um suporte psicológico aos sujeitos HIV positivo.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. **Camanzi V L F M.** Morte, luto e gênero: a questão de gênero do profissional de saúde e do paciente frente às vivências do luto e da morte. Sociedade de Tanologia de Minas Gerais – SOTAMIG. Minas Gerais, s/d. Disponível em: <http://www.sotamig.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=44> Acesso em: 1 de Novembro de 2010
2. **Martom-Chabot B.** Mulheres HIV-positivas e grávidas: dificuldades dentro do casal. Experiência numa associação parisiense. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Junho 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982010000100009&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 1 de Novembro de 2010
3. **Moreno D M F C.** Saúde Pública e a Psicanálise: a produção de conhecimento no Brasil acerca de AIDS. Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-11082004-123055/>> Acesso em: 1 de Novembro de 2010

TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO - UMA POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM HIV/AIDS

Edson Gomes Laranjeiras Filho*

INTRODUÇÃO

Através da literatura percebe-se que a incidência de doenças infecto contagiosas, em especial HIV/AIDS e DST, está intimamente relacionada, com vários fatores dentre eles destacamos a informação e o conhecimento de ações preventivas e de promoção de saúde, bem como, a implementação de educação permanente por parte dos governos na área da saúde e para seus profissionais.

Esses fatores influenciam na qualidade de vida dos cidadãos e cidadãs; paralelo a esta situação os avanços das tecnologias da informação e comunicação - as chamadas TICS - neste final da primeira década do século XXI, leva a população e os portadores de HIV/AIDS a clamarem por mais informações e conhecimento nesta área. Neste contexto a educação a distância - EAD, torna-se uma possibilidade de levar informações e conhecimentos através do uso das tecnologias da informação e comunicação contribuindo para disseminar o acesso as conceitos sobre prevenção e novos conhecimentos em favor de sua saúde.

TECNOLOGIA E COMUNICAÇÃO

Até a década de 80 - era industrial - durante a transição do regime militar para o civil houveram muitos movimentos sociais; dentre esses movimentos podemos destacar o movimento de Educação Popular e Saúde segundo Fatim, 2000. "O Movimento de Educação Popular e Saúde nasce a partir de vários espaços que aglutinavam pessoas de diferentes áreas, tendo em comum a problemática da saúde.

Organizam-se fóruns de debate sobre a temática da saúde coletiva e nesse processo germinam alguns frutos. Um aspecto que quero aqui desenvolver é a constituição de um espaço de construção de um novo campo de conhecimento e de um outro movimento de gestação de novas experiências.

Observa-se aí a necessidade de uma profunda relação entre educação popular e saúde. É no interior desse compromisso que se situa este artigo, buscando apresentar melhor Educação

Popular e Saúde no interior das experiências de luta que vêm ocorrendo em Santa Catarina e em todo o Brasil."

Nos anos 90, início da era da informação, o fenômeno da globalização trouxe avanços tecnológicos como nunca vistos: telefones celulares, popularização dos computadores pessoais - PC, filmes em vídeo cassete e outros recursos midiáticos que transformaram a nossa sociedade. O advento da internet, em particular a web, os países tiveram que se adaptarem as novas mudanças; além do acesso a informação, a comunicação móvel (popularização dos celulares, smart phones, uso de e-mails, redes sem fio) e a mídia passaram a ter um papel importantíssimo da responsabilidade na disseminação destas informações. Esse salto tecnológico, praticamente tomou a nossa sociedade de surpresa, agravando o desemprego estrutural e a precariedade do trabalho. Se de um lado a globalização facilitou a aquisição de informações e conhecimentos; por outro ter acesso aquelas informações e conhecimentos atualizados era, privilégio de poucas instituições situadas nos grandes centros do saber e a grande parte da população permaneceu as margens desta mudança. Tudo isso tinha e continua tendo reflexo na qualidade de vida da população. Contudo alguns conceitos estavam sendo debatidos pelos movimentos sociais: direitos ao acesso à informação, à educação, acesso à saúde integral, qualidade de vida entre outros. Esta revolução da informação e da comunicação social levou a uma grande parte da sociedade a um novo patamar de consciência em relação aos seus direitos com cidadão.

Com a chegada da era do conhecimento, década atual, ter informações sobre conceitos básicos de prevenção e de promoção a saúde e não disponibilizá-la para a sociedade - apesar de termos uma quantidade nunca vista de recursos de informática e comunicação - torna-se uma contradição. Não basta apenas ter a informação; a informação deve ser efetiva tornando o sujeito do aprendizado um elemento ativo e multiplicador de seus conhecimentos; é necessário divulgar o fazer levando aos indivíduos o conhecimento e conseqüentemente sua mudança de hábitos em prol da qualidade de vida em nossa sociedade.

*Bacharel em Odontologia pela UFAL com especialização em Educação a Distância pela Faculdade do SENAC-PE

*Tutor em Informática da UFAL e um dos Coordenadores de Projeto do Hospital Dia para profissionalização e reinserção social através da informática

SOBRE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA EM SAÚDE

A educação em saúde vem despontando como uma grande possibilidade de levar alguns conceitos da área a uma maior quantidade de pessoas alertando-as sobre seus comportamentos que podem trazer agravos a sua saúde. Concordamos com Curilem apud Kinzie, 2005. "A educação em saúde está se estabelecendo como uma atividade indispensável, colocando conhecimentos e informações à disposição da maior quantidade de pessoas, para poder incidir na diminuição dos danos causados pelos maus hábitos. A transferência de informações e conhecimento deve ser ativa e eficiente. Fala-se de educação para salientar a abrangência que esta atividade deve conseguir: disponibilizar informações relevantes para gerar mudanças no comportamento cotidiano das pessoas".

Algumas características sobre a EAD na área da saúde segundo com Sabbatinni: são flexíveis quanto ao espaço e ao tempo; não exigem os custos nem o tempo gasto com viagens e estadias; não roubam o tempo de atendimento clínico; podem ser seguidos a partir de qualquer lugar do planeta, bastando possuir um computador portátil e acesso à Internet; permitem uma grande individualização do ensino; ao permitir que cada um escolha o que quer aprender, até que nível de profundidade, em quanto tempo, e em que ritmo; permitem também o acesso direto ao instrutor, e a avaliação do aluno à distância.

A EAD é uma modalidade de ensino-aprendizado onde as barreiras físicas e temporais são destituídas através do uso de recursos tecnológicos e de comunicação. Outros termos: *continuing education* (educação continuada), *e-learning* (aprendizagem eletrônica), tele-educação e alguns denominam de ensino a distância.

A Legislação educacional brasileira reza que: "educação a distância é uma forma de ensino que possibilita a auto-aprendizagem, com a mediação de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação." (definição que consta no Decreto n.º 2.494, de 10 de fevereiro de 1998, que regulamenta o art. 80 da LDB lei n.º 9.394/96.).

Segundo PRETTI.2005 "A educação a Distância (...) não deve ser simplesmente confundida com o instrumental, com tecnologias a que recorre. Deve ser compreendida como uma prática educativa situada e mediatizada, uma modalidade de se fazer educação, de se democratizar o conhecimento. É, portanto,

uma alternativa pedagógica que se coloca hoje ao educador que tem uma prática fundamentada em uma racionalidade ética, solidária e comprometida com as mudanças sociais".

Nos tempos atuais, onde a produção de informação e conhecimento é quase geométrica, especialmente, na área da saúde. Para manter a sociedade atualizada com as profundas mudanças requer o planejamento de uma política educacional em saúde que contemple o uso das TICs, pois a demanda é crescente e cada vez mais exigente quando seu direito a qualidade de vida.

Para atualização dos profissionais de saúde, a educação a distância é tão eficaz quanto aos formatos tradicionais a uma das para acompanhar a crescente demanda de informação e conhecimento. Segundo Wutoh 2004. Em sua revisão sobre a educação continuada em medicina mostrou que os programas de educação médica continuada (*continuing medical education-CME*) são igualmente efetivos quando comparados com a educação tradicional... O *e-learning* continuará a evoluir à medida que novas inovações e mais meios interativos de aprendizagem são incorporados.

Ainda segundo David.1999; em seu artigo: O impacto da Educação Médica Continuada formal cita que seus dados mostram alguma evidência de que as sessões do *continuing medical education - CME* interativos melhoram a atividades dos participantes e oferecem a oportunidade de praticar suas habilidades podem produzir mudanças na prática profissional e, por vezes, resultados dos cuidados de saúde.

EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA NA TEMÁTICA HIV/AIDS

Algumas instituições que promovem educação continuada para os profissionais da área da saúde e para pessoas interessadas sobre o tema HIV/AIDS:

O CMEONHIV (<http://www.cmeonhiv.com>) é uma entidade dedicada a prover educação a distância em HIV/AIDS e seu registro é free. Ele oferece aos profissionais apresentações em slides incluindo voz com muitos especialistas em seu campo de desenvolvimento.

A Universidade de Washington (<http://depts.washington.edu/hiv aids>) oferece uma atividade de educação continuada a diversos profissionais de saúde inclusive créditos educacionais; a inscrição é gratuita; há vários conteúdos em HIV/AIDS.

A Sociedade Internacional de AIDS – USA (<http://www.iasusa>)

org/cme) tem como sua atividade principal cursos de HIV/AIDS e estudos de casos à distância. para atualização dos profissionais de saúde. O objetivo dos programas de educação continuada é proporcionar cursos de nível avançado que apresentam informação equilibrada, oportuna, cientificamente rigorosa e clinicamente relevante sobre o HIV e manejo da doença.

O Site MedscapeCME (<http://cme.medscape.com/hiv>) também oferece cursos inclusive com vídeos na temática HIV/AIDS. Seu registro é free.

A Rede Nacional de DST / HIV Centros de Treinamento em Prevenção (NNPTC) é um grupo formado por secretarias de saúde e universidades e se dedica a aprofundar os conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde nas áreas de saúde sexual e reprodutiva. Esta rede fornece aos profissionais de saúde oportunidades educacionais incluindo a aprendizagem experimental com ênfase na prevenção.

No Brasil uma iniciativa de utilização da educação à distância sobre o tema HIV/AIDS pode contribuir para levar informações sobre a prevenção de DST/AIDS para a sociedade.

Sociedade Brasileira de Infectologia –SBI (<http://www.sbinfecto.org.br/pec>) é um espaço destinado a atualização para os médicos infectologistas e para profissionais de saúde. Segundo o site “O PEC foi concebido para oferecer aos membros da SBI contato com os mais recentes avanços e descobertas em termos de diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças infecciosas.”

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo promove cursos à distância <http://ead.saude.prefeitura.sp.gov.br/> para vários profissionais de saúde. Em seu site descreve: “EMS/CEFOR/ETSUS promove institucionalmente o desenvolvimento e a implementação das atividades educativas por meio da parceria estabelecida entre o NEaD – Núcleo de Educação a Distância e os demais setores da SMS.”

A iniciativa de um curso de extensão piloto, via EAD informando sobre DST/AIDS (Doença Sexualmente Transmissíveis), promovido pelo GAPA-SC (Grupo de Apoio e Prevenção a Aids) em Santa Catarina e UNIVALI no período de 2004-2005 chancela a possibilidade do uso da EAD em projetos educacionais em saúde. Souza, 2009, Comentou: “Não é necessário muita argumentação para justificar a importância de cursos de educação para a saúde, especialmente na área de DST/AIDS. Este projeto de cursos de extensão promovidos

pela UNIVALI e GAPA -SC foi particularmente importante por se realizar no litoral Estado de Santa Catarina, onde a doença é particularmente grave, e por utilizar uma metodologia pedagógica contemporânea que utilizou ferramentas de última geração para a educação à distância, disponibilizando informações rápidas e sempre atualizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação à Distância, ou a Educação Continuada, é uma possibilidade no processo de ensino e aprendizado em Educação e Saúde. Atualmente com a presença das tecnologias da informação e comunicação – TICS esta possibilidade poderia ajudar aos profissionais da saúde que lidam com o manejo de DST/AIDS e ajudar a comunidade a entender melhor a patologia e suas conseqüências despertando-os para a utilização das ações preventivas e conseqüentemente sua mudança de hábito.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27834-27841.
2. Curilem, Glória M.S. *Informática em Saúde*. Brasília - DF: Editora Univera - UCB, Editora da Universidade Estadual de Londrina, p. 255. 2008.
3. Davis et al. *Impact of Formal Continuing Medical Education*. The Journal of the American Medical Association, JAMA (1999); 282 (9): 867.
4. Fantin, M. *Educação popular e saúde: conquistas e desafios no contexto brasileiro*. Caderno de Debate Educação Popular e Saúde. p.8. 2000.
5. HIV and AIDS presentations. *CMEONHIV*, 2010. <http://www.cmeonhiv.com/>. Acessado em 01 de dezembro de 2010.
6. Washington University. <http://depts.washington.edu/hiv aids>. Acessado em 01 de dezembro de 2010.
7. Wutoh, R., Boren, S. A. and Balas, E. A. (2004), *eLearning: A review of Internet-based continuing medical education*. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 24: 20-30. doi: 10.1002/chp.1340240105.
8. PRETTI, O. et al. *Educação a Distância: ressignificando práticas*. Brasília: Liber Livro, 2005.
9. Sabbatini, RME. *Educando Médicos pela Internet*. *Jornal Correio Popular*. Campinas - SP, 1999. <http://www.sabbatini.com/renato/correio/cp990827i.htm>.
10. Sociedade Brasileira de Infectologia – SBI <http://www.sbinfecto.org.br/pec>. Acessado em 01 de dezembro de 2010.
11. Souza, M.V. *Um projeto de extensão a distância na universidade brasileira*. Diálogo Virtual com a saúde. 2009. <http://base.d-ph.info/es/fiches/dph/fiche-dph-7836.html>
12. he National Network of STD/HIV Prevention Training Centers (NNPTC). <http://depts.washington.edu/nnptc>. Acessado em 01 de dezembro de 2010.

IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO EM PACIENTES SOROPOSITIVOS

¹Sandra Maria Soares Moura

INTRODUÇÃO

O HIV diminui as células CD4, que são responsáveis pela defesa do nosso organismo, porém isto pode ser restabelecido com a medicação. Com o surgimento da terapia anti-retroviral as infecções pelo HIV foram se tornando menos frequentes e, conseqüentemente, a qualidade de vida desses pacientes foi sendo melhorada.

A prevenção de doenças infecciosas em pessoas vivendo com HIV/AIDS é de grande relevância e quando, associada à terapia anti-retroviral, diminui a mortalidade nesses pacientes.

A vacinação constitui um papel importante na prevenção de doenças infecciosas em pacientes soropositivos, pois pacientes com baixa imunidade estão mais expostos às infecções, o que pode agravar o seu estado geral. Porém, antes de tomar qualquer vacina, o soropositivo deve atentar para algumas recomendações e só tomá-la com orientação médica. Paciente com imunidade muito baixa, por exemplo, não deve receber vacina composta por bactérias vivas ou vírus vivos.

Segundo o Consenso Brasileiro de 2007/2008, quanto à imunização, adolescentes e adultos vivendo com HIV e AIDS que não apresentam alterações imunológicas e sem sinais e sintomas clínicos indicativos de imunodeficiência podem receber todas as vacinas do calendário nacional.

CLASSIFICAÇÃO DAS VACINAS

1. Vacinas vivas atenuadas - Compostas de microrganismos vivos atenuados em laboratório, que devem ser capazes de multiplicarem-se no organismo hospedeiro para que possa ocorrer a estimulação de uma resposta imune. Essa resposta imune ao microorganismo atenuado é idêntica à produzida pela

infecção natural, pois o sistema imune é incapaz de diferenciar entre uma infecção pelo microorganismo vacinal e o microorganismo selvagem. A multiplicação do microorganismo vacinal não costuma ser capaz de causar doença.

De acordo com o Consenso 2007/2008, a administração de vacinas com vírus vivos atenuados em pacientes com imunodeficiência deve ser condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave.

Exemplos de vacinas vivas atenuadas: Sarampo, caxumba, rubéola, pólio - Sabin, febre amarela, varicela, BCG.

As vacinas com agentes vivos ou atenuados devem ser evitadas em pacientes com imunodeficiência clínica e/ou laboratorial grave.

2. Vacinas inativadas - Compostas de microrganismos inativados, o que significa que estes não mais se encontram vivos, logo incapazes de multiplicarem-se. A resposta imune à vacina inativada é principalmente humoral (proteínas plasmáticas, as imunoglobulinas, sintetizadas por linfócitos diferenciados em plasmócitos), com pouca ou nenhuma imunidade celular.

Exemplos de vacinas inativadas: DPT, hepatite A, hepatite B, raiva, pólio-Salk, pneumococo, meningococo, influenza, haemophilus do tipo-b, febre tifóide, cólera.

Segundo o Consenso Brasileiro, não há contra-indicação ao uso de vacinas contendo imunógenos não vivos em pessoas com imunodeficiência celular, porém a resposta imune é menor e está relacionada diretamente ao grau de imunodeficiência. Portanto, é importante que indivíduos com HIV + assintomáticos e com CD4 mais próximo do normal façam a vacinação o mais precocemente possível (Quadro I).

**CONTAGEM DE LINFÓCITOS
TCD4+ EM CÉLULAS/MM3**

> 350 (> 20 %)

200-350 (15 a 19 %)

< 200 (< 15 %)

**RECOMENDAÇÃO PARA O USO DE
VACINAS COM AGENTES VIVOS**

Indicar uso

Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para a tomada de decisão

Não vacinar

Quadro I - Parâmetros imunológicos para tomada de decisão em imunizações com vacinas de bactérias ou vírus vivos em pacientes HIV+ com mais de 13 anos de idade. (Fonte: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002)

ESQUEMA DE VACINAÇÃO PARA ADULTOS E ADOLESCENTE INFECTADOS COM HIV

Imunização com agentes biológicos não vivos:
- dt/DTP

- Influenza
- Pneumococo (Pn 23)
- Haemophilus
- Hepatite A (HA)
- Hepatite B (HB)

AGRAVO	INDICAÇÕES	DOSES
Hepatite A 1,2	Para todos os indivíduos suscetíveis à hepatite A (anti-HAV negativo) portadores de hepatopatia crônica, incluindo portadores crônicos do vírus da hepatite B e/ou C	Vacina contra hepatite A duas doses (0 e 6 meses).
Streptococcus pneumoniae ³	Para indivíduos com contagem de linfócitos T-CD4+ >200 céls/mm ³	Vacina PS 23-valente, 1 dose IM. Repetir a cada cinco anos.
Influenza ¹	Para todos, anualmente, antes do período de influenza	Vacina inativada trivalente contra o vírus influenza: uma dose anual (0,5 ml) IM.

Recomendações para profilaxia da infecção pneumocócica e hepatite

¹ Apesar de existirem dados que confirmam o benefício clínico dessas vacinas em indivíduos infectados pelo HIV, acredita-se que aqueles pacientes que desenvolverem anticorpos terão certo grau de proteção. Alguns autores consideram que a vacinação pode estimular a replicação do HIV, apesar de um estudo observacional de vacinação contra influenza em indivíduos infectados pelo HIV não ter identificado nenhum efeito adverso desta vacina na sobrevivência das pessoas, inclusive com o uso de múltiplas doses (comunicação pessoal, John W. Ward, M.D., CDC). Esta possível replicação induzida pela vacinação deve ser menos relevante na vigência da TARV. Entretanto, devido a esta possibilidade teórica de aumento da carga de HIV circulante após a vacinação, o risco de transmissão durante a gravidez pode estar aumentado e a vacinação deve ser adiada até o início da TARV.

² A vacina contra hepatite B no Brasil é recomendada para recém-nascidos, pessoas menores de 20 anos de idade e para todos os adultos com risco acrescido para hepatite B. Deve-se evitar o uso da vacina conjugada (hepatite A e B) devido à diferença de dose da vacina contra hepatite B.

³ A vacinação pode ser oferecida para pacientes que tenham a contagem de linfócitos T-CD4+ < 200 células/mm³, apesar de a eficácia ser possivelmente menor. A revacinação cinco anos após a primeira dose é considerada opcional, assim como a revacinação em intervalos menores de tempo quando a contagem de linfócitos T-CD4+ no momento da primeira dose for < 200 células/mm³ e depois se elevar acima de 200 células/mm³ devido à TARV. Alguns autores acreditam que a vacinação pode aumentar a replicação do HIV.

	ESQUEMA
Hib	Duas doses com intervalo de dois meses nos menores de 19 anos não vacinados.
VZ*	Não há dados que respaldem seu uso de rotina em adultos e adolescentes HIV+ suscetíveis à varicela. Avaliar risco/benefício individual conforme situação imunológica.
Febre Amarela*	Avaliar risco/benefício individual conforme situação imunológica e epidemiológica da região
DT	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos; gestantes devem seguir o calendário habitual.

Esquema vacinal para adolescentes > 13 anos e adultos infectados com HIV *Contra-indicada em gestantes (Fonte: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002)

É preciso estar atento para uma importante observação: a CARGA VIRAL só deve ser verificada depois de quatro semanas após a imunização.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes – 2007/2008,

2008. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Consenso_adulto_2006_-_final.pdf

2. Wikipédia – Enciclopédia livre. Imunizações. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Imuniza%C3%A7%C3%A3o>

3. Imunização em Imunodeprimidos: as vacinas para pessoas HIV+. Boletim de Atualização da Sociedade Brasileira de Infectologia 1(3), 2006 Disponível em: <http://www.sbinfecto.org.br/anexos/Infecto%20Hoje%2003.pdf>