

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO  
BRASIL



**DST-AIDS**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
**PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS**

ADESÃO AOS ANTI-RETROVIRAIS

MANUAL PARA PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE

2005

**BASE: MANUAL DE ADESÃO PARA PACIENTES HIV+ USUÁRIOS DE  
DROGAS DA OPAS E MANUAL DE ADESÃO DE NY**

**Organização: Helena Maria Medeiros Lima**

**Técnica da UAT – Unidade de Assistência e Tratamento**

**Programa Nacional de DST/Aids**

**Brasília/DF - 2005**

# ÍNDICE

	Pág
<b>Introdução</b>	4
Equipe multiprofissional	5
Questões éticas no atendimento a pacientes HIV+	7
<b>Capítulo I – Adesão</b>	10
Conceitos de adesão	11
Diálogo e negociação	11
Um certo grau de não-adesão é universal	11
Possíveis conseqüências da não-adesão	12
Modelos de adesão	13
Supervisão institucional	14
Aspectos relevantes para se trabalhar adesão	15
Estratégias para facilitação e melhoria da adesão	16
Fatores que prejudicam a adesão	19
Medidas de adesão	20
O papel do aconselhamento	22
<b>Capítulo II – Epidemiologia de Aids no Brasil</b>	31
Recomendações Terapêuticas para início da TARV	33
Co-infecção HIV – Tuberculose	34
Hepatites	35
Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST	39
<b>Capítulo III – Saúde Mental</b>	43
Avaliação e Diagnóstico	45
Transtornos Mentais mais freqüentes	46
Demência devido ao HIV/Aids	47
O papel dos serviços	48
Redução de Danos como estratégia para melhoria da adesão	48
Redução de Danos: breve histórico	53
Impacto econômico da Redução de Danos na epidemia de HIV	54
<b>IV – Bibliografia</b>	55
<b>V – Anexos</b>	
Anexo 1 – Características dos principais distúrbios mentais	62
Anexo 2 – Aids e tuberculose: esquemas terapêuticos	73
Anexo 3 – Interações medicamentosas entre TARV e medicamentos para hepatites	78
Anexo 4 – Recomendações para imunização para pessoas com HIV	81

# INTRODUÇÃO

Este manual é produto de várias contribuições, de diferentes abordagens e perspectivas e tem como objetivo principal apresentar aos profissionais de saúde algumas diretrizes, sugestões e exemplos práticos para se implantar ou implementar trabalhos em **adesão** com pacientes HIV+ ou com Aids.

A adesão é tema complexo e compreende, em nossa concepção, uma série de atitudes, comportamentos e decisões que vão muito além da questão dos comprimidos. Nesta publicação, trabalhamos com o conceito de adesão ampliado, abrangendo a trama de *relações* envolvidas: relação do paciente com sua doença e seu adoecimento, relação médico-paciente, relação médico-equipe, equipe-paciente, paciente-serviço. Há ênfase ao conceito de *cidadania*, entendendo-se a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, garantido em Constituição Federal do Brasil.

Na primeira parte, são apresentados os conceitos de adesão, as traduções do inglês e o conceito adotado no Brasil. Dados epidemiológicos da epidemia de HIV/Aids no Brasil, fundamentação teórica em Redução de Danos, interfaces com a Saúde Mental, temas contemporâneos como Aconselhamento, co-infecções prevalentes (como tuberculose, hepatites, doenças/infecções sexualmente transmissíveis), lipodistrofia, direitos reprodutivos dos pacientes, acompanhamento de pacientes HIV+ em novas estratégias de prevenção (desde imunizações até comportamentos preventivos), e as principais diretrizes sugeridas para encaminhamentos e tratamentos.

A Adesão é considerada *tema transversal*, no Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde do Brasil: tema a ser implementado em todas as ações de saúde, por todos os profissionais envolvidos com o atendimento aos pacientes. Portanto, trabalhos em adesão são entendidos como realizados por *equipes* multiprofissionais, com início na chegada do paciente ao serviço. Também são necessárias mudanças na rotina da equipe, com ênfase às reuniões para discussões de casos clínicos, supervisão institucional, e diversas estratégias para

garantir que o paciente seja de fato atendido em suas múltiplas dimensões existenciais.

É fundamental que se trabalhe com diversas estratégias e técnicas, nos diferentes momentos do atendimento: o diagnóstico, que requer privacidade e sigilo absolutos. A realização de exames, o acompanhamento até o início da Terapia Anti-retroviral; a avaliação criteriosa do melhor esquema possível, no contexto de vida do paciente; e a atualização clínica para eventuais necessidades de mudança de esquema terapêutico. A análise cuidadosa das condições e estilo de vida, os projetos já incorporados, os projetos que precisam ser abandonados...

Cada paciente tem forma própria de reconhecer a própria doença e as intervenções precisam ser contextualizadas. A padronização da conduta tem levado a redução de índices de adesão nos serviços, pois uma estratégia pode ser adequada a um paciente e não a outro, a um profissional e não a outro.

Considera-se imprescindível, na Saúde Pública, uma atitude que garanta as especificidades dos núcleos de saber, e ao mesmo tempo consiga articular cada conhecimento ao outro, frente à realidade e às atualizações da própria epidemia.

Se nas práticas de saúde o compromisso ético é com o da defesa da vida, é importante trabalhar, de modo técnico, especializado e competente, a questão da adesão e os temas correlatos.

### **Equipe multiprofissional**

Quando os serviços de saúde têm condições, precisam contar com diversos profissionais e especialidades: Educadores, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, Psicólogos, Enfermeiros, Médicos, Farmacêuticos, em trabalho integrado, com objetivos e fundamentos teóricos senão comuns, ao menos conhecidos.

Uma equipe integrada não significa uma equipe 'doutrinada', nem homogênea em termos técnicos. Cada profissional tem sua preferência de abordagem, de metodologia, e o que se considera importante para o paciente é que a linha de conduta seja compartilhada – para que o usuário tenha de fato uma atenção integral.

No Brasil, a opção pela atenção integral a todos, sem julgamento moral de suas escolhas de vida, é peça fundamental para o sucesso do Programa Nacional de DST/Aids e a contenção da epidemia.

Nas estratégias contemporâneas avaliadas como eficazes de abordagem e inserção social dos pacientes no serviço público de saúde, está a concepção de *rede*. Em cada região, quais são as instituições *parceiras*, as organizações que interferem de modo prejudicial? Como avaliar e realizar articulações para que as intervenções sejam *eficazes*?

Importante acionar os recursos da própria comunidade, identificar e intensificar os vínculos significativos para os pacientes, *a valorização da palavra do usuário*; tudo isso contribui para se aumentar as possibilidades de sucesso na adesão à terapia anti-retroviral.

Essa idéia de REDE é uma das idéias mais importantes na Redução de Danos: profissionais, familiares, Organizações Não-Governamentais, igrejas, todos os envolvidos na assistência à comunidade precisam estar em contato, apoiando-se mutuamente, criando formas diferenciadas de acesso e comunicação.

Considera-se o mínimo necessário para se para garantir, politicamente, que as ações sejam efetivadas:

- Fornecer tratamento na atenção primária
- Garantir acesso aos medicamentos
- Garantir de vínculo com a comunidade
- Trabalhar educação em saúde junto à população em geral
- Envolver comunidades, famílias e usuários nas práticas
- Formar recursos humanos
- Criar vínculos com outros setores da gestão pública e parcerias privadas
- Estabelecer programas específicos, na perspectiva ampliada de Saúde Pública.

### **Questões Éticas no atendimento a pacientes HIV+**

A normatização das questões éticas, tanto para pesquisa quanto para intervenção, tem como base o princípio da *não-maleficência*, onde condutas do

pesquisador e equipe são reguladas para garantir e assegurar a confidencialidade, o anonimato e a não-retaliação ao paciente em relação a sua participação na pesquisa<sup>1</sup>.

No Brasil, essa regulação é feita por Comitês de Ética institucionais e o Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP – site [www.saude.gov.br/bioetica](http://www.saude.gov.br/bioetica).

As questões éticas não se restringem à realização de pesquisas, mas também às práticas de intervenção: em primeiro lugar, é necessário garantir a **confidencialidade**: o paciente HIV+ não quer ter seus diagnósticos difundidos, uma vez que ainda são estigmatizados. O processo de Revelação Diagnóstica precisa ser cuidadosamente avaliado e estudado pela equipe multiprofissional responsável pelo caso, pois o impacto do diagnóstico pode ser irreversível caso seja manejado de forma inadequada ou imprópria.

Outro aspecto ético a ser considerado é o **respeito às questões culturais**, que contribui para o estabelecimento de relações de confiança entre paciente e profissional de saúde, e auxilia no aumento da auto-estima e valorização do contexto de vida do paciente, sendo determinante para sua adesão ao tratamento.

Finalmente, o **respeito** ao paciente – em todos os níveis e limites, desde o sorológico até o social amplo – e o objetivo de aprimorar práticas, visando à melhoria da adesão, da condição de cidadania e melhor qualidade de vida. O respeito inclui e pressupõe uma *escuta qualificada*, sem julgamentos morais e com objetivos claros de cuidar da saúde do paciente da melhor maneira possível.

### **O paciente HIV+: riscos e vulnerabilidades**

No início da epidemia de aids, o conceito de *risco* permeou as estratégias de prevenção, provocando um equívoco que ainda perdura: que apenas determinados grupos de pessoas estariam suscetíveis à infecção pelo HIV.

---

<sup>1</sup> No Brasil, essa regulação é feita por Comitês de Ética institucionais e o Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP – site [www.saude.gov.br/bioetica](http://www.saude.gov.br/bioetica)

O chamado “efeito-gangorra” não tardou a aparecer: grupos que foram excluídos das estratégias de prevenção passaram a engrossar as estatísticas de incidência. A prevenção passou a trabalhar com o conceito de *comportamento de risco*, e, na década de 90, começou-se a trabalhar a idéia (e o conceito) de *vulnerabilidade*. A vulnerabilidade compreende aspectos individuais, sociais e institucionais (programáticos), e procura contextualizar o paciente e sua doença sem culpabilizá-lo.

Yunes e Szymanski (2001), ao fazerem analisarem os termos *resiliência*, *risco* e *vulnerabilidade*, enfatizam a necessidade de se encarar os riscos psicológicos e sociais como flutuantes na história de vida dos indivíduos, podendo variar de acordo com as circunstâncias da vida, trazendo diferentes conseqüências.

Explicam que o termo *vulnerabilidade* é usado em referência à *predisposições a desordens ou de susceptibilidade* (2001, p.28) e concordam com Lopez (1993), ao observarem que muitas vezes *o conceito de vulnerabilidade é aplicado equivocadamente no lugar de risco*.

O termo *vulnerabilidade* relaciona-se mais explicitamente ao indivíduo e suas suscetibilidades em relação às adversidades da vida, indicando uma predisposição à deterioração em face de situações estressoras - *a vulnerabilidade opera apenas quando o risco está presente; sem risco, vulnerabilidade não tem efeito* (2001, p.28)- ou seja, a exposição às diversas situações de risco promovem o processo de vulnerabilização de crianças e adolescentes, impedindo que na idade adulta reajam satisfatoriamente frente a situações de crise ou adversidade, incorporando mais facilmente a influência negativa do meio.

Os comportamentos mais vulneráveis (comportamento sexual, tráfico, moradia irregular) nem sempre são passíveis de intervenções diretas e imediatas, provocando muitas vezes uma sensação de impotência por parte do profissional de saúde. O trabalho multidisciplinar é fundamental nesse sentido, uma vez que os Assistentes Sociais, por exemplo, podem auxiliar na busca de alternativas para os pacientes em condições existenciais precárias.

Importante a reflexão sobre os conceitos, uma vez que nas estratégias de *Aconselhamento e acolhimento*, a condução que o profissional de saúde dá depende de como ele vê o paciente em seu universo próprio, em sua fragilidade e em suas estratégias de força/ fortalecimento. Se houver ênfase apenas aos limites e problemas, a adesão fica comprometida.

# **CAPÍTULO I - ADESÃO**

## **1. Introdução: o conceito de adesão**

Como diretriz do Programa Nacional de DST/Aids, Adesão é tema transversal – perpassa todas as ações em saúde, e deve ser desempenhada por todos os profissionais de saúde dos serviços de saúde.

Também é diretriz do PN que as ações em DST/Aids fortaleçam as diretrizes do SUS: humanização, integralidade, descentralização. É nessa diretriz que as estratégias estão pautadas.

*A adesão é um processo dinâmico, multifatorial (aspectos comportamentais, psíquicos, sociais), que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre o usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio, e com abordagem que atenda às singularidades sócio-culturais e subjetivas, visando a uma melhor qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids.*

Portanto, a adesão sendo um processo que implica em *vínculos* (desde o vínculo do paciente com a própria condição, até os vínculos sociais) , comportamentos e interações que vão muito além das prescrições e o ‘cumprimento de ordens’ – transcende, e em muito, a questão concreta do uso de medicamentos.

Em relação aos comprimidos propriamente ditos, considera-se o ideal – para redução ou supressão da carga viral – que o paciente tome 100% da medicação de modo correto (como para qualquer outra doença, o ideal é se cumprir a prescrição). Como algum grau de não-adesão é universal, e o cotidiano dinâmico não permite uma padronização de condutas, considera-se que ingestão de 95% ou mais dos medicamentos prescritos como critério para boa adesão aos ARV.

## **Conceitos de adesão**

Segundo Brawley e Culos-Reed (2000), os termos mais utilizados na língua inglesa *adherence* e *compliance* têm significados diferentes: o termo *compliance*, que pode ser traduzido como ‘obediência’, ‘cumprimento de regras’, pressupõe um papel passivo do paciente, e *adherence*, ou aderência/ adesão, como o termo utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas em adotarem ou não certa recomendação, uma ‘concordância autônoma’ (ou *patient empowerment*)<sup>2</sup>.

Ao se dimensionar o paciente como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento, que adere ou não, é defendido por outros autores, como Milstein-Moscati *et al* (2000), Conrad (1985) e Dowell e Hudson (1997).

## **Diálogo e negociação**

No presente manual, será utilizado o termo *adesão*, entendendo-se aí uma relação onde o paciente consegue compreender a própria condição, os aspectos básicos de sua doença e a importância de sua adesão não apenas para melhoria do quadro clínico individual, mas também no contexto da história da doença em questão. O termo ‘adesão’ em Português parece mais adequado ao sentido preferido de ‘concordância autônoma’ ou *empowerment* e vem sendo o mais utilizado.

## **Um certo grau de não-adesão é universal**

Estudos mostram que algum grau de não-adesão ocorre universalmente, tanto em países ricos como em países pobres, ocorrendo mesmo em doenças que envolvem potenciais riscos de vida. Os pacientes têm “momentos de não-adesão”, e a história dos que têm boa adesão é uma história de superação de dificuldades (Brasil, 2000).

A não-adesão tem a ver com a aceitação da doença, contexto sociocultural em que o diagnóstico foi realizado e apresentado. Estudos demonstram que os

---

<sup>2</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aderência ao tratamento por anti-retrovirais*/ Ministério da Saúde, CN DST/Aids, 2000. Série Avaliação, 1.

pacientes entram em *stress pós-traumático*, com os sintomas equivalentes, ao receber o diagnóstico de HIV+ ou AIDS, mesmo com aconselhamento pré e pós-teste (Adão, 2004)

A não-adesão pode se manifestar no simples não-cumprimento das prescrições, com descontinuidade e falhas, ou mesmo interrupção total da ingestão dos medicamentos e prescrições correlatas - ou ainda em ingestões excessivas e conseqüente overdose. O profissional de saúde precisa estar atento para as diversas formas da não-adesão se manifestar e procurar ajudar seu paciente a superar as dificuldades.

### **Possíveis conseqüências da não-adesão**

Importante destacar os prejuízos que a não-adesão provoca, tanto para o paciente, quanto para a história clínica da doença, e para a saúde pública em geral. A baixa adesão é um dos problemas mais graves do sistema de assistência à saúde, transformando o melhor tratamento disponível em ineficaz.

Em pesquisas, adesão é operacionalizada de diferentes maneiras: como *um grau em que o regime seguido é expresso como porcentagem ou razão*, um *fenômeno categorizado* (boa ou má/ baixa adesão) ou como *um escore sintetizando vários comportamentos*.

Ou seja, cada tratamento requer um protocolo particular, que contemple as variáveis envolvidas.

Esse conceito implica em clareza ética e competência do profissional de saúde para avaliar as condições mentais e o contexto de vida do paciente para que ele seja capaz de discernir e participar de seu tratamento de modo mais ativo possível, com o mínimo de interferências em sua rotina ou, em caso de falta completa de rotina, o estabelecimento de parâmetros iniciais para intervenção. A efetividade do tratamento é determinada pela eficácia do medicamento e a extensão da adesão, bem como as características da doença e do doente. É importante considerar, também:

1. Aumento do risco de desenvolver resistência às terapias: em pacientes com HIV/AIDS, a resistência a terapia antiretroviral está relacionada a baixos níveis de adesão (Bangsberg, 2000). Adesão baixa ou parcial, em níveis abaixo de 95%, podem permitir replicação viral, redução da taxa de sobrevivência e mutação de linhagens resistentes de HIV (Paterson, 2000). O mesmo ocorre com a tuberculose, onde baixa adesão é reconhecida como a maior causa de falência terapêutica, recaída e resistência a drogas (Yach, 1988 );
2. Recaídas: a baixa adesão persistente pode piorar o curso da doença e eventualmente fazer o paciente perder a condição de responder ao tratamento (Weiden, 2002);
3. Aumento do risco de efeito-rebote e abstinência: efeitos adversos e danos potenciais podem ocorrer quando a medicação é interrompida abruptamente, de modo parcial ou total. Um bom plano de adesão é fundamental para que diminua a chance do paciente ter experiências adversas decorrentes da interrupção ou descontinuidade (Kaplan, 1997);
4. Aumento do risco de dependência: vários medicamentos produzem dependência severa quando usado de modo inapropriado. Por exemplo, diazepam (Bush, 1984);
5. Aumento do risco de toxicidade: no caso de uso excessivo ou abusivo de medicamentos (um tipo de não-adesão), existe o risco de overdose de drogas com farmacodinâmica acumulativa – pacientes idosos e com distúrbios mentais (esquizofrenia, por exemplo) são especialmente suscetíveis.
6. Aumento da probabilidade de acidentes: muitas medicações precisam ser tomadas e ao mesmo tempo o paciente realizar várias mudanças no estilo de vida, que também evitam acidentes pelo efeito colateral de certos remédios. Por exemplo, remédios que exigem abstinência de álcool (metronidazol) ou precauções para motoristas (sedativos e hipnóides).

## **Modelos de Adesão:**

Na literatura científica são identificados cinco modelos básicos para tentar compreender a relação entre o paciente, sua doença e o tratamento. Cada modelo tem suas limitações, vantagens e desvantagens, e cabe à equipe profissional avaliar se um destes será útil para ajudar ao paciente em seu tratamento. São eles:

### **(1) Perspectiva biomédica**

É a perspectiva predominante nos serviços de saúde e organizações. Sua base é que os pacientes são mais ou menos obedientes em seguir as ordens médicas (Leventhal, 1987). A não-adesão é atribuída a características pessoais do paciente (traços de personalidade, condições sócio-demográficas) e este é visto como alvo para esforços para melhorar a adesão. As inovações tecnológicas, como marcadores de tampas, são utilizadas. Porém, fatores importantes como o ponto-de-vista do paciente sobre seus sintomas e remédios são totalmente ignorados.

Com este modelo, a culpabilização do doente é quase automática: dado o fracasso no tratamento, o paciente é responsabilizado e punido por *desobediência*, sem considerar a relação com o profissional de saúde ou mesmo com o serviço.

### **(2) Perspectiva comportamental**

Tem como base o behaviorismo skinneriano (radical) e enfatiza a importância dos reforços positivos e negativos como um mecanismo de influência no comportamento, com base nos antecedentes e conseqüências (Skinner, 1938). Como forma de modelar o comportamento do paciente, os serviços de saúde teriam mecanismos de controle sobre um comportamento específico.

### **(3) Comunicação**

Essa perspectiva surgiu nos anos 70, com ênfase à melhoria das habilidades dos profissionais de saúde na comunicação com os pacientes, em relações mais horizontais e com desenvolvimento de vínculo e empatia. Entretanto, não se mostrou satisfatória para os médicos, com dados convincentes

de que teria efeitos positivos na adesão; é considerada condição necessária, mas não suficiente, para efetuar mudanças no comportamento.

#### **(4) Cognição**

Inclui vários modelos cognitivos, como a teoria sócio-cognitiva (Bandura, 1977) e a teoria da proteção-motivação (Rogers, 1997), dentre outras. Têm como base a atenção direta no conceito de saúde que o paciente traz e avaliam os fatores que podem ser barreiras ou facilitadores da adesão que não estão traduzidas em habilidades comportamentais.

#### **(5) Auto-regulação**

Essa perspectiva tenta integrar variáveis ambientais e respostas cognitivas dos indivíduos em seus cuidados com saúde num modelo de auto-regulação – cuja essência é o conceito cognitivo que o paciente tem do tratamento ou da doença. Os pacientes criam representações pessoais da doença e do tratamento, e isso os orienta para tomar decisões e agir de determinado modo.

Os profissionais de saúde ainda tendem a culpabilizar o paciente pelo fracasso na adesão ou não-adesão, seguindo o modelo biomédico. Porém, é importante destacar que a questão da adesão é mais complexa do que apenas a ingestão de comprimidos, e várias estratégias têm sido utilizadas para intervenções eficazes: grupos de auto-ajuda, grupos orientados por psicólogos, apoio psicoterapêutico para paciente e familiares, são algumas das medidas para auxiliar os pacientes na compreensão de sua doença, da importância de sua conduta para um bom prognóstico.

#### **Supervisão Institucional**

Em relação aos profissionais de saúde, médicos e não-médicos, começam a se intensificar os trabalhos de supervisão técnica (para discussão das condutas e atualização profissional) e institucional (para discussão das relações profissionais e interinstitucionais). A supervisão requer um profissional mais experiente e capacitado a avaliar as condutas e auxiliar na abordagem dos pacientes.

## **Doenças crônicas**

É importante diferenciar as doenças *crônicas* e *infecciosas* das doenças *não-contagiosas*, para compreender o tipo de cuidado necessário. Doenças crônicas, como aids e tuberculose, têm exigências diferentes de doenças não-contagiosas como hipertensão, diabetes e depressão. O Projeto de Adesão foi adaptado para seguir a definição de doenças crônicas:

*Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, incapacidade leve, causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigindo treinamento especial do paciente para reabilitação, ou um longo período de supervisão, observação ou cuidado (1982).*

Em doenças crônicas, o ato de ingerir o medicamento é entendido como a referência direta e inequívoca à doença e seu caráter crônico, com suas influências na vida e no cotidiano do paciente – e portanto, ocasionalmente deixar essa ingestão (e a lembrança correlata) pode ser importante para garantir a adesão a longo prazo. A taxa média de adesão observada em inúmeros estudos de doenças crônicas tem se situado em torno de 50% para todos os tipos de tratamento (Brasil, 2000).

### **Aspectos relevantes para se trabalhar adesão:**

- ?? Complexidade e duração do tratamento;
- ?? Tipo de enfermidade: a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua doença;
- ?? Co-morbidades conhecidas, medicadas e controladas: em especial as relativas à saúde mental;
- ?? Presença ou ausência de sintomas: sem sintomas, a tendência é de interrupção dos medicamentos;
- ?? Abordagem cuidadosa do profissional de saúde no diagnóstico e prescrição – relação entre profissional e paciente;
- ?? Acesso aos medicamentos: custo, acessibilidade, disponibilidade;

- ?? Dificuldade para compreensão do esquema terapêutico: ingestão de comprimidos – horários, requisitos, relação com alimentação (requisitos de jejum, pós-refeição, jejum prolongado);
- ?? Efeitos colaterais dos medicamentos – em especial as lipodistrofias e demência;
- ?? Condições sócio-demográficas;
- ?? Adesão do paciente *ao serviço de saúde*.

### **Estratégias para facilitação e melhoria da adesão:**

Existem várias estratégias já consagradas na prática, utilizadas ainda de forma pontual, que não exigem incremento de dinheiro, porém mudanças na logística e/ou no fluxo dos serviços – mas sobretudo a mudança de atitude do profissional de saúde, que precisa estar aberto a ouvir. A **escuta** é ferramenta imprescindível para que a adesão seja construída e tenha resultados concretos.

- Incorporar, na rotina da atenção básica, os princípios de humanização e integralidade do SUS
- Trabalhar adesão por **equipe multiprofissional** e não apenas um profissional específico, utilizando diversas modalidades de trabalho, apoio e orientação, com compromisso firmado com o gestor
- Deve ser uma ação desenvolvida por todos os cuidadores da saúde nos diferentes níveis de atenção
- Valorizar e incentivar o direito de decisão do paciente e seu autocuidado
- Incluir a adesão na rotina do serviço: supervisão institucional, reuniões periódicas com discussão de casos clínicos (sugestões de estratégias)
- Acolhimento e aconselhamento em espaços que possibilitem que o usuário seja atendido de maneira digna (todos os profissionais com capacitação mínima, escuta necessária para conduzir o caso da melhor forma)
- Realizar as ações de adesão considerando a diversidade do SUS no Brasil - Rede de referência e contra-referência, respeitando a capacidade e os limites locais

- Na organização do serviço, utilizar diversos instrumentos como controle de retornos, frequência às consultas agendadas e exames, busca de faltosos, controle logístico de medicamentos como parâmetros para avaliação de adesão (na perspectiva de adesão ao tratamento e não apenas aos remédios)
  - Avaliar nível de escolaridade, estilo de vida e fatores sócio-econômicos e culturais como critérios fundamentais para o atendimento e acompanhamento – entendimento que o paciente tem da doença e de seu tratamento
  - Buscar parcerias locais para atendimento a pacientes com necessidades especiais (deficientes visuais, auditivos, outros) e diferentes idiomas (ex: LIBRAS – Linguagem Brasileira de Sinais): OSC, Universidades, etc.
  - Adequar a linguagem, materiais educativos e estratégias de forma que o paciente compreenda sua condição e as etapas de seu tratamento
  - Garantir ao paciente/ usuário as imunizações necessárias, com a devida orientação
  - Descentralizar os serviços (questão do acesso geográfico): capacitação, supervisão, monitoramento, referência e contra-referência – descentralização com qualidade
  - Agilizar a divulgação/ implantação de novos conhecimentos e tecnologias
  - Facilitar o acesso do paciente ao serviço
  - Flexibilização dos agendamentos
  - Diferenciação para atendimento – intervalo entre as consultas no início da terapia e substituição de esquemas terapêuticos
  - Acompanhamento sistemático (adesão ao tratamento) do paciente durante o intervalo entre diagnóstico e início do tratamento
  - Desenvolver ações específicas para os fatores de risco associados: doenças cardiovasculares, tabagismo, etc.
- 

O ideal é que, no mínimo, os seguintes programas existissem nas instituições que tratam de pacientes com HIV:

- Educação aos pares

- Protocolos de atenção psicossocial específicos para farmacêuticos, enfermeiras e outros profissionais não-médicos
- Aconselhamento
- Acompanhamento dos pacientes
- Supervisão institucional
- Supervisão técnica para não-médicos
- Reuniões para discussão de casos clínicos e respectivas condutas

Deve haver cuidado especial para que esses programas sejam *integrados* e não passem a trabalhar de modo isolado. Cada técnica e intervenção tem um limite de efetividade, e em conjunto, há melhoria de todas as ações parciais.

Importante considerar os seguintes fatores para constituição de uma intervenção *eficaz* (em que paciente e profissionais de saúde atingem um grau suficiente de interação onde a medicação e as condutas são negociadas e internalizadas, traduzindo-se em comportamentos seguros:

- (1) Fatores econômicos e sociais – condição de vida do paciente
- (2) Equipe de assistência – capacitação, atualização, integração
- (3) Fatores relativos ao sistema de saúde – atendimento, fluxo, prazos
- (4) Terapias disponíveis – acesso, disponibilidade, limites
- (5) Fatores relativos aos pacientes – individualidades, limites religiosos, étnicos, questões de gênero

### **Fatores que prejudicam a adesão**

1. Intervenção unidimensional: foco na consulta médica, exclusivamente (paradigma médico-centrado)
2. Escolaridade inferior a 4 anos de estudos: a baixa escolaridade interfere tanto na compreensão da história da doença, estratégias de prevenção e a ingestão de medicamentos propriamente dita. Estudos recentes (Nemes, 2004) apontam que a baixa escolaridade reduz em 20% as chances de uma boa adesão.
3. Ausência de renda pessoal ou perda do emprego

4. Início do tratamento mal conduzido pelo profissional de saúde: por exemplo, desqualificação do doente ou da doença, revelação diagnóstica inábil
5. Falta de clareza quanto ao fluxo de atendimento no serviço de saúde: desconhecimento das condições básicas da unidade de atendimento;
6. Falta de disponibilidade de medicamentos na rede de saúde ou falta de condições para aquisição dos remédios
7. Número de comprimidos por dia
8. Falta de apoio psicológico
9. Uso de substâncias psicoativas
10. Distúrbios mentais
11. Deficiência mental
12. Dois ou mais fatores supracitados em associação

### **Medidas de adesão**

Uma avaliação cuidadosa do comportamento de adesão é necessária para um plano de tratamento efetivo e eficiente, e assegurar que mudanças nos resultados possam ser atribuídas ao regime terapêutico recomendado.

Não existe um “padrão ouro” para medir os comportamentos de adesão. O profissional de saúde precisa dispor de várias estratégias para avaliar, uma vez que o relato pessoal tende a ser pouco real e superestimado (DiMatteo, 1982): pacientes que não seguem a medicação corretamente tendem a descrever seu comportamento como correto (Cramer, 1991). As medidas que priorizam a subjetividade tendem a ser menos efetivas do que as medidas mais diretas, referentes a comportamentos que descrevam especificamente as recomendações médicas (por exemplo, sobre a alimentação), por exemplo com aplicação de questionários (Farmer, 1999).

## **Contagem de comprimidos**

A contagem de comprimidos, seja nas consultas, ou ainda o controle pelo monitoramento eletrônico da tampa<sup>3</sup>, e mesmo o controle das planilhas das farmácias onde o remédio é retirado, são métodos limitados que tendem a superestimar a adesão, pois apenas registram que o paciente *pegou* a medicação (Cramer, 1991). Este método, porém, depende de tecnologia e banco de dados de farmácias, o que pode ser inviável.

## **Marcadores biológicos**

As medidas bioquímicas, com marcadores não-tóxicos adicionados aos medicamentos, e sua presença no sangue ou urina pode mostrar ao paciente se a ingestão foi recente e na dose correta. Essa estratégia pode ser influenciada por diversos fatores biológicos individuais, como dieta, absorção, excreção (Vitolins, 2000)

Independentemente da técnica utilizada, é importante que o profissional seja capaz de definir “boa” e “má” adesão e utilizar essa medida junto ao paciente. Alguns estudos utilizam como medida de adesão para terapia antiretroviral a utilização de 95% da medicação prescrita, quando se trata de inibidores de protease (Ingersoll, 2004), porém outros estudos utilizam como parâmetro a ingestão de 80% da medicação nos últimos três dias, ou no último mês.

Na prática, adesão “boa” e “ruim” não existem, porque o fenômeno dose-resposta é um contínuo. Não há um padrão consensual para estas definições, que variam muito entre os estudos. Por isto, é fundamental que as avaliações e comparações entre níveis de adesão sempre considerem o método utilizado e o nível no qual a adesão foi definida. Embora seja difícil construir curvas de dose-resposta nas situações da vida real, onde a dosagem, temporalidade e outras variáveis podem ser diferentes das testadas em ensaios clínicos, são necessárias – em especial para lembrar que existem diferentes níveis de adesão para diferentes terapias, e que isso pode nortear formulação de políticas.

---

<sup>3</sup> MEMS = Medication Event Monitoring System. É feito por um sensor na tampa do medicamento que registra data e hora em que o frasco foi aberto.

Em síntese, as medidas de adesão podem trazer apenas uma *estimativa* do comportamento atual do paciente. Uma medida considerada 'boa' ou abrangente para obter uma aproximação do comportamento de adesão precisa considerar todos os fatores descritos, e as estratégias utilizadas precisam ter referências e parâmetros psicométricos mínimos de validação e confiabilidade (Nunnally, 1994).

### **Impacto da adesão no serviço de saúde**

É preciso ter clareza nas medidas de avaliação e custo-benefício da adesão e não-adesão nos serviços, uma vez que a não-adesão pode ser responsável por um aumento significativo na morbi-mortalidade e para a seleção de linhagens resistentes de microorganismos patogênicos diversos.

Para os profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas, é fundamental que sejam definidos parâmetros objetivos, não apenas um controle dos insumos, de tal modo que se promova melhoria efetiva nos indicadores de saúde pública, com bons resultados.

Alguns pontos importantes quando se discute o serviço de saúde:

- se o serviço proverá o atendimento necessário durante todo o tratamento
- se há política de subsídio para educação do paciente (prevenção secundária), aconselhamento
- compartilhamento de informações e atualizações científicas: entre os profissionais e com os pacientes
- nível de comunicação e articulação política entre os pacientes – a Rede Nacional de Pessoas Soropositivas (RNP)

### **O papel do aconselhamento**

O aconselhamento é entendido como

*processo de escuta ativa individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. (CN DST/Aids - MS, 1997)*

O aconselhamento auxilia o paciente a compreender as várias interfaces entre seus comportamentos e o problema de saúde que está apresentando, e também a reconhecer os recursos que tem para cuidar da sua saúde e evitar novas infecções.

Outro objetivo importante é identificar os *fatores de proteção* que o paciente tem: que crenças, atitudes, conduções, ele tem no dia-a-dia? Estão em consonância com os saberes científicos acerca do tema?

Isso requer que o profissional de saúde admita de fato que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta de ambos, profissional e paciente, e que mesmo as crenças consideradas mais inadequadas sob o ponto de vista médico podem ser importantes meios de acesso e vínculo a esse paciente pelo simples fato de serem ouvidas – e mesmo contestadas.

O processo terapêutico passa a ter dupla-mão:

- ?? por um lado, o profissional com seu saber técnico científico, suas crenças, valores e suas possibilidades e limites em manejar/conduzir cada caso, e
- ?? o paciente com seu saber, crenças, valores e suas possibilidades e limites em adotar medidas preventivas e seguir as prescrições médicas.

### **Objetivos do aconselhamento**

Quando a demanda do paciente<sup>4</sup> é identificada e acolhida, torna-se possível o desenvolvimento de uma relação de confiança e a promoção de apoio emocional.

Dessa forma, o nível de estresse do paciente é reduzido, propiciando as condições para o alcance dos seguintes objetivos:

- ?? trocar informações sobre DST, HIV e aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, identificando as vulnerabilidades e riscos em função da dinâmica de vida do paciente;

---

<sup>4</sup> Demanda, entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos, angústias e outros sentimentos relacionados ao seu problema de saúde,

- ?? realizar avaliação de riscos, permitindo a compreensão/consciência a respeito dos riscos pessoais de infecção para a DST atual e para o HIV, uso de drogas e outros comportamentos que aumentam sua vulnerabilidade;
- ?? identificar os limites e as possibilidades existentes para a adoção de medidas preventivas, estimulando o cuidado de si e dos parceiros;
- ?? promover a adesão ao tratamento; e
- ?? promover a comunicação e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is)

#### *Aconselhamento individual e coletivo*

O aconselhamento pode ser realizado tanto em grupo como individualmente. Na abordagem coletiva, as questões comuns expressas pelos participantes devem nortear o conteúdo a ser trabalhado. Nesse sentido, o profissional responsável deve ter habilidade para identificar e manejar a dinâmica do grupo analisando sua demanda real, e não os mecanismos defensivos individuais, que podem se intensificar no grupo..

Quando as pessoas têm a oportunidade de redimensionar suas dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos, conhecimentos, isso pode provocar alívio do estresse emocional vivenciado pelos pacientes.

A dinâmica grupal também pode favorecer o indivíduo a perceber sua própria demanda, a reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação nos atendimentos individuais subsequentes. Os grupos realizados em sala de espera podem ser um exemplo dessa abordagem, além de otimizarem o tempo que o usuário passa no serviço de saúde.

É importante, entretanto, que o profissional esteja atento para perceber os limites que separam as questões que devem ser abordadas no espaço grupal daquelas pertinentes ao atendimento individual.

#### *Procedimentos básicos do aconselhamento*

- ?? reafirmar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas;

- ?? identificar com clareza a demanda do cliente e que tipos de estratégias defensivas está utilizando (em termos de mecanismos psíquicos);
- ?? prestar apoio emocional ao cliente, analisando as possibilidades de fortalecimento com incentivo à recuperação ou estabelecimento de vínculos;
- ?? facilitar a expressão de sentimentos;
- ?? utilizar linguagem compatível com a cultura;
- ?? trocar informações específicas sobre a(s) DST apresentada(s);
- ?? avaliar com o paciente seu histórico de outras DST e as situações de risco que culminaram nesta DST;
- ?? reforçar a necessidade da adoção de práticas mais seguras para a redução de riscos;
- ?? explicar as complicações decorrentes de não ser feito o tratamento, ou do tratamento ser incompleto ou da automedicação;
- ?? incentivar a possibilidade de retorno ao serviço se não houver melhora ou sempre que apresentar algum sintoma;
- ?? refletir em conjunto sobre o tratamento dos parceiros sexuais;
- ?? trocar informações sobre DST e HIV e aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, com ênfase nas situações de risco do cliente;
- ?? ajudar o paciente a avaliar e perceber seus riscos de infecção pelo HIV e outras DST;
- ?? identificar barreiras para a mudança das situações de risco;
- ?? contribuir para a elaboração de um plano viável de redução de riscos, considerando a realidade do sujeito;
- ?? explicar os benefícios e demonstrar o uso correto do preservativo, facilitando a disponibilização e o acesso como for possível;
- ?? avaliar as dificuldades pessoais quanto ao uso do preservativo e sua superação;
- ?? ajudar o cliente a reconhecer suas responsabilidades e possibilidades em lidar com seu problema;
- ?? lembrar que o consumo de álcool e outras drogas, lícitas ou ilícitas pode alterar a percepção de risco;

- ?? incentivar e promover a estratégia de Redução de Danos, em sentido amplo, como: formação de redes locais, cidadania, análise de situações em suas singularidades culturais e sociais
- ?? incentivar a adoção de práticas seguras em seu cotidiano
- ?? favorecer a desconstrução de estigmas, mitos e preconceitos relacionados às DST e HIV e aids;
- ?? encaminhar o cliente para outros serviços de assistência, incluindo grupos comunitários de apoio, quando necessário;
- ?? enfatizar a relação entre DST e HIV e aids, principalmente o fato de uma DST facilitar a transmissão do HIV, qualquer que seja ela;
- ?? oferecer testagem anti-HIV e aconselhamento pré e pós-teste.

### **Aconselhamento pré-teste anti HIV**

- ?? reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem;
- ?? avaliar com o paciente a realização ou não do teste, prós e contras;
- ?? verificar história anterior de testagem e riscos;
- ?? trocar informações sobre o sistema de teste e o conceito de "janela imunológica";
- ?? trocar com o paciente informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste;
- ?? reforçar para o paciente a diferença entre HIV e aids;
- ?? considerar com o paciente o impacto em sua vida dos possíveis resultados do teste;
- ?? sondar qual o apoio emocional e social disponível ao cliente (família, parceiros, amigos, trabalho e outros);
- ?? considerar com o paciente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste;
- ?? reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras frente ao HIV, também neste período.
- ?? apresentar as diversas modalidades de tratamento disponíveis e os eventuais riscos

### **Aconselhamento pós-teste com resultado negativo**

- ?? informar que um resultado negativo significa que a pessoa não está infectada ou foi infectada tão recentemente que não produziu anticorpos necessários para detecção pelo teste utilizado;
- ?? avaliar a possibilidade do paciente estar em "janela imunológica" e necessitar de um novo teste;
- ?? lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- ?? reforçar as práticas seguras já adotadas ou a serem adotadas pelo cliente frente ao HIV;
- ?? reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas.

**Aconselhamento pós-teste com resultado positivo:**

- ?? permitir o tempo necessário para que o paciente assimile o impacto do diagnóstico e expresse seus sentimentos;
- ?? conversar sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio emocional necessário;
- ?? estar atento para o manejo adequado de sentimentos comuns, tais como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação e outros;
- ?? desmistificar sentimentos que associam HIV/AIDS a culpa, punição, rejeição, degenerescência, morte, e outros;
- ?? retomar que um resultado positivo significa que a pessoa é portadora do vírus, podendo ou não estar com a doença desenvolvida;
- ?? enfatizar que mesmo sendo um portador assintomático pode transmitir o vírus para outros - reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras para a redução de riscos de re-infecção pelo HIV e outras DST;
- ?? reforçar a importância de acompanhamento médico, ressaltando que a infecção é controlável;
- ?? reforçar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo, caso ainda haja dúvidas;
- ?? reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas;
- ?? enfatizar a necessidade do resultado ser comunicado aos parceiros sexuais oferecendo ajuda, caso seja solicitada;
- ?? orientar quanto à necessidade dos parceiros realizarem o teste anti-HIV;

- ?? definir com o paciente os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio;
- ?? em caso de gestante explicar:
  - as formas de transmissão vertical do HIV (da gestante para o feto), que podem ocorrer durante a gestação, parto ou aleitamento e como é possível minimizar estas chances;
  - a transmissão dos anticorpos maternos e o processo de soroconversão no recém-nascido;
  - os riscos da amamentação; e
  - a necessidade de realizar o teste de todos os filhos nascidos após a infecção.

### **Conclusão**

A aids tem uma particularidade em relação a outras doenças crônicas: paralela a sua historia natural/ epidemiológica, tem sua história social. Nesse sentido, profissionais das áreas de Ciências Biológicas precisaram ser instrumentalizados em diversos temas das áreas das Ciências Humanas - como Direitos Humanos, por exemplo - para compreender a gama de repercussões que um diagnóstico de HIV pode ter na vida de um sujeito e desenvolver formas de tratá-lo em que suas singularidades não interfiram de modo prejudicial no processo. Os pacientes são heterogêneos, em seus aspectos psicológico, social e clínico, porém demandam a mesma aflição da morte e aflição diante do tripé 'doença progressiva, degenerativa, fatal' que os diagnosticados no início da epidemia, na década de 80. Mesmo com a terapia antiretroviral, agora o fantasma é outro: a deformidade corporal, a forma de se revelar o diagnóstico ao parceiro, ou à família, as implicações jurídicas e legais da condição sorológica.

Diz-se que o diagnóstico de HIV+ é apenas o início de uma série de novas notícias na vida do sujeito, nem sempre boas, nem sempre catastróficas ou ruins. O fato é que, se a epidemia é fluida e tem características de atingir diversas populações de diversos níveis sócio-culturais e econômicos, o

impacto que o diagnóstico tem ainda não foi completamente assimilado pelos profissionais de saúde – que algumas vezes fazem ‘brincadeira de suspense’ na hora de revelar o resultado de um teste, por exemplo.

No início da epidemia de HIV/Aids, era recorrente a forma polarizada de atendimento: vínculos quase pessoais com os pacientes e familiares em contraste com um distanciamento gélido – sendo uma das bases para essa condução o próprio preconceito, aliado ao medo.

Na década de 80, a curiosidade em relação à forma de contágio do HIV algumas vezes se sobressaía à neutralidade nas consultas, dividindo os pacientes em “coitados/pobrezinhos” (hemofílicos e transfundidos) e “castigados” (homossexuais, usuários de drogas).

Esse julgamento (e subsequente condenação) moral tinha muitas vezes o custo do vínculo com o paciente ou familiares.

Também as questões éticas evoluíram, embora nem sempre sejam integralmente assimiladas. Não se desenvolve mais protocolos de pesquisa sem o consentimento livre e esclarecido dos pacientes acessados, tampouco qualquer projeto é iniciado sem uma avaliação de comitê de ética especializado.

As desigualdades sociais se refletem e se manifestam na relação profissional de saúde-paciente, e destes com o serviço de saúde. Não se pode esquecer que a saúde não é mera ausência de doença, mas um processo de construção de projetos significativos de vida, a pessoa saudável entendida como a pessoa desejante, capaz de trabalhar ou acionar recursos para atingir seus objetivos (Dejours, 1986). Muitos pacientes relatam que começaram a modificar totalmente a vida, para melhor, depois do diagnóstico de HIV+.

Não é simples mudar o comportamento dos profissionais de saúde (como não é simples mudar qualquer comportamento), porque requer por parte do sujeito uma postura menos dogmática e mais científica, mais questionadora e menos radical – e, em Ciência, inevitável dizer de seu caráter inacabado.

A Redução de Danos, estratégia de Saúde Pública reconhecida no Brasil, surge como um contraponto aos radicalismos prescritivos e lança a

possibilidade do paciente ser o protagonista de sua história, sendo uma ferramenta importante no atendimento a pacientes HIV+ e com aids, com ou sem co-infecções. Essa estratégia traz a voz ao paciente, e requer portanto a *escuta* por parte do profissional de saúde – o que não ocorre do dia para a noite, como toda mudança de comportamento. Requer tempo, persistência, objetivos claramente traçados.

---

## **CAPÍTULO II**

### **EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS NO BRASIL**

#### **A Resposta Brasileira à Epidemia**

No Brasil, o Programa Nacional de DST/Aids tem setores de monitoramento e registro dos dados de HIV/Aids desde o início da epidemia, uma vez que é uma doença de notificação compulsória. Os dados de 2004 revelam que a epidemia de aids no Brasil está num processo de estabilização, embora em patamares elevados, tendo sido diagnosticado, em 2003 um total de 32.247 casos novos com uma taxa de 18,2 casos por 100 mil habitantes,. Entre os anos de 1980 e 2004 foram registrados um total de 362.364 casos no País (Brasil, 2004).

A tendência à estabilização da incidência da doença é observada apenas entre os homens, que registrou, em 2003, 22,6 casos por 100 mil homens, menor do que a observada em 1998, de 26,3 por 100 mil. Entretanto, observa-se ainda o crescimento da incidência em mulheres, tendo sido observada a maior taxa de incidência em 2003: 14,0 casos por 100 mil mulheres.

*Pauperização e feminização da epidemia de HIV/Aids no Brasil – a epidemia fluida*

A doença vem atingindo, os indivíduos com menor escolaridade, principalmente as mulheres. Embora as informações sobre raça/cor somente passaram a ser registradas a partir de 2001, é interessante observar que, entre 2001 e 2004, mais de 60% dos casos de aids em homens foram considerados brancos, sofrendo pouca variação no período analisado; já entre as mulheres, observa-se redução na proporção de casos na raça/cor branca, compensada pelo aumento na proporção de casos na parda, de 25%.

Os casos devido à transmissão homo/bissexual mantiveram-se estabilizados em cerca de 26,4%, e aqueles casos devido a transmissão heterossexual continuam com tendência crescente.

Entre indivíduos usuários de cocaína (pelo menos uma vez na vida), observa-se maior atividade sexual, com maior número de parceiros, na vida e no último ano, mas maior frequência de sexo desprotegido.

#### *Co-infecções*

Em atenção aos pacientes com HIV/Aids e co-infecções foram desenvolvidos dois estudos multicêntricos (Brasil, 2000 e 2004) avaliando a adesão destes pacientes às respectivas terapias anti-retrovirais e a adesão aos serviços, porém apenas estudos preliminares conciliam pacientes com aids/tuberculose e usuários de drogas. A co-infecção mais prevalente é a tuberculose.

A mortalidade por aids foi 2% maior em 2003 do que a registrada em 2002, com 11.276 óbitos. A taxa de mortalidade permaneceu estável em 6,4 óbitos por 100 mil habitantes e em 8,8 por 100 mil homens, mas manteve a tendência crescente entre as mulheres e nas regiões Sul, Norte e Nordeste.

No Brasil, os programas de saúde comunitária, projetos de igrejas e Organizações Não-Governamentais estão participando e sendo requisitados a contribuir para o aumento da adesão, melhoria no conhecimento das particularidades culturais dos pacientes, bem como incremento das estratégias de garantia de adesão a despeito dos efeitos colaterais (lipodistrofia, cálculo renal, demência precoce, etc.) – grupos de discussão sobre lipodistrofia, direitos sociais,

grupos de familiares e parceiros, grupos de adolescentes, com orientação de psicólogos em sua maioria.

O Brasil foi o primeiro país a disponibilizar, dentro do Sistema Único de Saúde (e portanto de forma gratuita e universal) a medicação para HIV/Aids<sup>5</sup>. No final da década de 80, disponibilizou o AZT e outras drogas da época – com o advento do HAART, o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde tem um gasto anual de 500 milhões de reais (equivalente a 175 milhões de dólares americanos) para suprir os medicamentos necessários para a terapia disponíveis integralmente para os 180.000 pacientes vivendo com HIV/Aids. Isto representa 2/3 do orçamento total do Programa, e também quase 50% das pessoas do mundo em desenvolvimento que têm acesso gratuito ao tratamento (UNAIDS, 2004).

### **Recomendações Terapêuticas**

A abordagem clínica da infecção pelo HIV e suas complicações é bastante complexa. Com o advento da terapia antiretroviral potente, as manifestações clínicas da infecção pelo HIV tornam-se menos freqüentes e houve melhora substancial no prognóstico e qualidade de vida dos indivíduos infectados (Brasil, 2004).

A assistência vem exigindo:

- atualização constante
- aplicação cotidiana de princípios de cuidado primário, medicina de família e abordagem de doenças crônicas
- conhecimento básico para manejo das complicações associadas à infecção por HIV

A resistência viral, a toxicidade das drogas, a intensidade dos efeitos colaterais e a necessidade de alta adesão ao tratamento permanecem como importantes barreiras ao sucesso prolongado da terapia.

**Objetivo da terapia ARV:** retardar a progressão da imunodeficiência<sup>6</sup> e/ou restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa infectada.

### **Recomendação para início do tratamento com ARV**

O tratamento antiretroviral é recomendado para *todos os pacientes infectados pelo HIV que sejam assintomáticos, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+, e para aqueles assintomáticos com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200/mm<sup>3</sup>.*

Paciente assintomático com contagem de linfócitos T-CD4+ entre 200 e 350/ mm<sup>3</sup>: início da terapia ARV pode ser considerado de acordo com a evolução dos parâmetros imunológicos (contagem de linfócitos T-CD4+) e virológicos (carga viral) e com outras características do paciente (motivação, capacidade de adesão, co-morbidades). Os benefícios parecem ser insuficientes para contrabalançar os possíveis efeitos adversos e o potencial risco de falha terapêutica.

Há divergências quanto a esse aspecto, uma vez que há comprovação de que é possível reconstituição imunológica na maioria dos pacientes que iniciam o tratamento com essa contagem de glóbulos brancos. Os prognósticos clínico e imunológico não são piores quando a terapia é iniciada em fases mais avançadas da imunodeficiência, comparando-se com início em fase mais precoce (linfócitos próximos de 350/mm<sup>3</sup>).

O benefício da terapia ARV já foi demonstrado em pacientes com doença sintomática avançada e naqueles que, apesar de assintomáticos, apresentam contagem de linfócitos abaixo de 200/mm<sup>3</sup>.

---

<sup>5</sup> O acesso universal, público e gratuito à Terapia Anti-retroviral foi estabelecido pela Lei Federal Nº 9313, de 1996. O Consenso Brasileiro para Acesso ao HAART compreende *qualquer pessoa infectada pelo HIV que esteja clinicamente doente ou tenha menos de 200 células de CD4/mm<sup>3</sup> de sangue.*

<sup>6</sup> **Imunodeficiência provocada pelo HIV:** intensa e contínua replicação viral em diversos compartimentos celulares e anatômicos, que resulta na destruição, disfunção de linfócitos T que expressam o antígeno da membrana CD4 (linfócitos TCD4+) e de outras células do sistema imune. Essa depleção progressiva leva à imunodeficiência, que em sua forma mais grave manifesta-se pelo surgimento de infecções oportunistas e neoplasias que caracterizam a síndrome. Assim, a supressão máxima e contínua da replicação viral é desejável para reduzir ou reverter o dano imunológico.

## Quando iniciar o tratamento ARV

Essa é uma das decisões mais importantes no acompanhamento da pessoa com HIV, para evitar transtornos e falhas<sup>7</sup>. A terapia anti-retroviral em indivíduos com infecção estabelecida pelo HIV não é uma emergência e não deve ser iniciada antes que as devidas avaliações clínica e laboratorial sejam realizadas para determinar o grau de imunodeficiência já existente e o risco de progressão.

A falha terapêutica, principalmente por resistência às drogas, é fenômeno esperado e um número crescente de pacientes já se encontra sem opções de medicamentos ARV.

Efeitos colaterais são cada vez mais freqüentes e intensos, e muitas vezes responsáveis pela interrupção parcial ou total do tratamento: neuropatias, hepatotoxicidade, pancreatite, lipodistrofia, diabetes, dislipidemia, osteoporose e acidemia láctica são os problemas mais freqüentes.

Outros fatores, considerando sempre a contagem de linfócitos T-CD4+ como o principal marcador prognóstico, precisam ser considerados no contexto da decisão sobre o início da terapia.: quantificação da carga viral plasmática: não deve, em circunstância alguma, ser verificada antes de quatro semanas após a resolução de qualquer infecção intercorrente ou vacinação; a velocidade de queda da contagem de linfócitos T-CD4+ ; presença de co-morbidades.

Em síntese, o início da terapia deve ser recomendado para pacientes com manifestações clínicas associadas ao HIV, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+ e carga viral plasmática, e para aqueles com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200/mm<sup>3</sup>, independentemente da magnitude da carga viral ou da presença de sintomas.

A quimioprofilaxia para infecções oportunistas, tais como pneumocistose e toxoplasmose, também deve ser indicada sempre que a contagem de linfócitos T-CD4+ estiver próxima ou inferior a 200/ mm<sup>3</sup>.

- 
- a) <sup>7</sup> Falha virológica primária: estima-se que 10 a 20% dos pacientes que iniciam o tratamento não conseguem suprimir a viremia de forma satisfatória após alguns meses de terapia.
  - b) Falha virológica secundária: cerca de 20 a 50% dos pacientes que apresentam boa resposta inicial apresentarão falha virológica após um ano de tratamento.

Em situações especiais, na impossibilidade de realização do exame de contagem de linfócitos T-CD4+, a introdução da terapia ARV e de quimioprofilaxias para infecções oportunistas deve ser considerada mesmo para pacientes assintomáticos, quando o total de linfócitos estiver abaixo de 1000/mm<sup>3</sup> no hemograma, especialmente se a dosagem de hemoglobina estiver abaixo de 13g/dl, pela grande probabilidade de que a contagem de linfócitos estar abaixo de 200 células/ mm<sup>3</sup>.

### **Co-infecção HIV/tuberculose**

Essa forma de co-infecção altera de forma expressiva o comportamento clínico e a história natural de ambas as doenças. Quando ocorre o adocimento pela tuberculose, observa-se queda significativa da contagem de linfócitos T-CD4+ e aumento da replicação do HIV. Portanto, a quimioprofilaxia, o diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais para o controle da TB em pacientes co-infectados.

A *rifampicina* é componente fundamental para o tratamento da TB. Esquemas que incluem esta droga apresentam taxa de sucesso terapêutico de 90% a 95% quando utilizados de modo adequado. Entretanto, a associação da rifampicina com certos Inibidores de Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeo (ITRNN) e/ou Inibidores de Protease (IP) provoca interação farmacológica no sistema microsomal hepático, que pode reduzir os níveis séricos anti-retrovirais e aumentar o risco de falha terapêutica e desenvolvimento de resistência do HIV.

Esquemas alternativos para tratamento de tuberculose sem rifampicina têm eficácia terapêutica reduzida, implicam no uso de drogas menos ativas, freqüentemente são mais complexos, demandam administração injetável e duração mais prolongada do tratamento. Portanto, para que não haja prejuízos, recomenda-se o uso de esquemas antituberculose que incluam rifampicina e esquemas anti-retrovirais que incluam drogas potentes, cujo uso concomitante com rifampicina não tenham seus níveis séricos reduzidos de modo significativo.

**No anexo 2 está a tabela com as combinações indicadas e referências para tratamento de pacientes com aids e tuberculose.**

## **Hepatites**

A co-infecção pelos vírus C (causador da hepatite C) VHC e HIV é relativamente freqüente entre os dependentes e hemofílicos, ocorrendo entre 50% e 75% dos casos (Mello, 2004) .

No Brasil, o Ministério da Saúde criou, em 5 de fevereiro de 2002, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV), que tem como objetivo o aprimoramento do conjunto de ações relacionadas às hepatites (Brasil, 2002). Foram propostos três projetos, que fornecerão dados mais precisos acerca da epidemiologia das hepatites no país:

1. Projeto Sentinela de Gestantes – para 40 000 mulheres em idade fértil. O objetivo é realizar testes para sífilis, HIV, hepatites B e C em maternidades de todo o país.
2. Projeto Sentinela das Forças Armadas – para 8 000 recrutas. Avaliação de jovens entre 17 e 22 anos, para sífilis e, HIV, VHB e VHC.
3. Inquérito Domiciliar Nacional – para 65 000 pessoas entre 5 e 39 anos de idade. Realizadas avaliações das hepatites A, B e C.

## **Hepatite A**

A OMS estima que, anualmente, ocorram 130 casos novos de hepatite A por 100.000 habitantes no Brasil, e o país é considerado área de risco para a doença. As soroprevalências no país são heterogêneas, sendo a média 64,5%, com picos de 92,8% na Região Norte e 55,7% no Sul e Sudeste, atingindo em todos os lugares os grupos sócio-econômicos mais baixos.

### **Prevenção da Hepatite A**

O VHA é relativamente resistente ao calor, éter ou ácido. É inativado por:

- formalina (1:4.000 a 37 graus por 72h)
- microondas
- utilização de cloro (1 ppm por 30 minutos)
- irradiação ultravioleta

Para prevenção, é necessária higiene pessoal rigorosa dos doentes e adequada desinfecção dos banheiros utilizados pelos pacientes e de brinquedos (em creches, por exemplo). Os indivíduos com hepatite não devem preparar alimento para outras pessoas e durante a fase aguda, devem ficar afastados das comunidades.

### **Vacina**

A vacina é altamente imunogênica e segura, e **produz (produzem)** 95% a 100% de soroconversão em indivíduos saudáveis. É capaz de evitar a disseminação da doença durante surtos, protegendo também os contactantes domiciliares. A inoculação é recomendada para pessoas com risco aumentado: viajantes para zonas de média e alta prevalência, crianças de áreas endêmicas, homens que fazem sexo com homens, receptores **de (para)** fatores concentrados de coagulação, pacientes hepatopatas crônicos e usuários de drogas injetáveis. No Brasil estão licenciadas as vacinas HAVRIX (SmithKlineBeecham) e VAQTA (Merck Sharpe & Dohme), apresentadas em concentrações diferentes. A soroconversão das duas vacinas alcança níveis de 100% quando se utiliza o esquema convencional de duas doses.

Também é importante **que se conheça** a possibilidade de combinar a proteção contra VHA e VHB na mesma vacina, que é a TWINRIX (SmithKlineBeecham), em esquema de três doses (0, 1 e 6 meses), indicada para adolescentes e adultos não imunes.

### **Hepatite B**

A OMS estima que cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo já tiveram contato com o vírus da hepatite B (VHB) e que 325 milhões tornaram-se portadores crônicos (CDC, 1991). No Brasil, a estimativa é que pelo menos 15% da população já teve contato com o vírus e que 1% apresenta a doença crônica. A taxa geral de prevalência é de 7,9% de anti-HBc positivo, sendo a maior na região Norte.

## **Prevenção**

Além da vigilância epidemiológica oportuna (precisa) e da testagem de (avaliação em pré-natal para) todas as gestantes, devem ser avaliados os indivíduos que estão em maior risco, e ainda os que apresentam:

- infecção perinatal
- hepatites agudas e crônicas
- portadores assintomáticos do vírus B
- cirróticos
- pacientes com carcinoma hepatocelular

O uso de marcadores biológicos para acompanhamento de portadores de doença crônica pode auxiliar na prevenção de surtos de hepatite B. A identificação das pessoas com infecção crônica em diagnóstico precoce pode reduzir a transmissão continuada da infecção, e o tratamento antiviral diminui o risco de evolução para cirrose e para carcinoma hepatocelular. Pode-se prevenir também a comorbidade com outro agente etiológico (HVA, por exemplo) utilizando-se a vacina contra hepatite A.

A vacinação contra hepatite B de recém-nascidos e menores de 1 ano já foi implantada no Brasil. A redução da transmissão sexual entre populações específicas, com elevado grau de risco – profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, presidiários, homens que fazem sexo com homens – demanda(⌘) campanhas específicas para informação, esclarecimento e adoção de medidas de prevenção. As mulheres grávidas e as que estão amamentando não têm contra-indicações para usar a vacina.

## **Interações Medicamentosas**

O interferon alfa, assim como a ribavirina, pode determinar interações medicamentosas importantes, do ponto de vista clínico. Recomenda-se que durante a utilização dessas drogas para o tratamento da hepatopatia crônica, o médico assistente esteja atento às possíveis interações medicamentosas com outras drogas, mesmo as não relacionadas ao tratamento do HIV/aids e suas doenças oportunistas.

Entre os anti-retrovirais, a didanosina (ddl) e a zidovudina (ZDV) podem apresentar interações farmacológicas com o interferon ou a ribavirina. As repercussões clínicas do uso concomitante dessas drogas ainda não estão bem estabelecidas, não existindo contra-indicação absoluta para tal. É recomendado o uso de outros anti-retrovirais ou, quando isso não for adequado ou possível do ponto de vista do controle terapêutico do HIV, deve-se realizar monitoramento cuidadoso durante o tratamento (p.ex: dosagem semanal ou quinzenal dos níveis de hemoglobina com ZDV e de amilase com ddl). No caso de ocorrência de doenças oportunistas graves, deve-se priorizar o seu tratamento em relação ao tratamento da hepatite.

**No anexo 3, as principais interações medicamentosas entre terapia anti-retroviral e terapia para tratamento das hepatites (tabelas 12 e 13).**

### **Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST<sup>8</sup>**

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), estão entre os mais comuns problemas de saúde pública em todo o mundo. Nos países industrializados ocorre um novo caso de DST em cada 100 pessoas por ano; e nos países do terceiro mundo as DST estão entre as 5 principais causas de procura aos serviços de saúde (OMS-1990).

Nos últimos anos, provavelmente devido à alta transcendência da AIDS, o trabalho com as outras DST, principalmente no que se refere à vigilância epidemiológica, treinamento de profissionais, atualização diagnóstica e terapêutica, disponibilidade e controle de medicamentos e enfoque pela comunicação social, ficou em segundo plano, como se *a aids 'encampasse' as outras DST*.

Considerando-se que a presença de uma úlcera genital aumenta em até 18 vezes o risco de infecção pelo HIV, a prevenção às DST é uma forma de profilaxia

---

<sup>8</sup> A nomenclatura internacional refere-se às Infecções Sexualmente Transmissíveis como sinônimo para as Doenças Sexualmente Transmissíveis.

da Aids – tanto pela questão orgânica, das lacerações inerentes que aumentam a exposição ao vírus, quanto pela questão da exposição ao risco: se alguém foi infectado com uma DST, teve comportamento não-protégido.

De acordo com a literatura internacional, recomenda-se que seja feito um exame clínico minucioso para detecção de outras DST em todos os pacientes recém-diagnosticados como HIV+. Após a primeira consulta, recomenda-se uma reavaliação anual (New York State Department of Health, 2000).

### **Atendimento DST sindrômico: agentes comunitários de saúde**

É cada vez mais freqüente o atendimento realizado por agentes de saúde para diagnóstico e encaminhamento dos casos de DST. No Brasil, o Programa Saúde da Família tem unidades em todo o país, e auxiliam no vínculo entre serviço público de saúde e comunidade. O objetivo do atendimento é tentar prover, em uma única consulta: diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados, utilizando-se de fluxogramas específicos, já desenvolvidos e testados, que são instrumentos que auxiliarão o profissional que realiza o atendimento na tomada de decisões.

Seja qual for o sistema de saúde local, é importante que os profissionais envolvidos sejam capacitados e supervisionados constantemente, para que possam realizar um bom atendimento e aproveitar o espaço institucional para fortalecer (ou iniciar) o vínculo do paciente ao serviço de saúde.

As associações entre diferentes DST são freqüentes. Destaca-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e o aumento do risco de infecção pelo HIV.

O cumprimento de todos os passos da anamnese, do exame físico e a coleta de secreções e material para a realização do diagnóstico etiológico, o oferecimento para realização do diagnóstico sorológico anti-HIV e o aconselhamento devem fazer parte da rotina. No entanto, lembramos que a realização do exame para detecção de anticorpos anti-HIV deve ocorrer se o profissional sentir-se capacitado para realizar o aconselhamento pré e pós-teste.

## **Confiança e julgamento moral**

As DST implicam em práticas de foro íntimo e são decorrentes do exercício da sexualidade. Sendo assim, os profissionais têm a oportunidade de conversar sobre aspectos da intimidade da vida da pessoa em atendimento e, portanto, precisam ter clareza a respeito dos valores do paciente, assim como de seus próprios valores. Se o paciente apresenta uma conduta que o profissional de saúde reprova moralmente, haverá maior chance de realizar um atendimento menos comprometido e cuidadoso. Avaliando as próprias idéias, evita-se que ocorram atitudes de preconceito, juízos de valor e imposição de condutas e, apesar das eventuais diferenças, o diálogo será garantido.

O exame físico e a anamnese do paciente e de seus contatos sexuais devem constituir-se nos principais elementos diagnósticos das DST, tendo em vista a dificuldade de acesso imediato aos exames laboratoriais na maioria das cidades.

É importante frisar que obter informações fidedignas para a realização de uma anamnese consistente e precisa implica na construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo em atendimento.

O profissional de saúde precisa pensar que, no contexto assistencial das DST e do uso de drogas, questões sobre sexualidade, fidelidade, prazer, desprazer, violência, conceito de risco, de doença, de saúde e outros, são apresentados das mais variadas formas, de acordo com a história de cada um dos interlocutores (paciente e profissional), seu meio socioeconômico e sua personalidade. Caso contrário, podem ocorrer problemas como a omissão de informações necessárias para a realização do diagnóstico ou despreocupação quanto à real gravidade da doença ou, por outro lado, superdimensioná-la, causando, desta forma, angústias desnecessárias.

## **Encaminhamentos**

A procura por atendimento às DST em geral ocorre fora do âmbito dos serviços de saúde: farmacêuticos, benzedeiras, todos os profissionais que têm a ver com a saúde informal são requisitados. É fundamental que os profissionais do serviço de saúde tenham conhecimento destas pessoas e procurem uma

articulação, seja oferecendo capacitação técnica, seja orientando para que o atendimento seja integrado, mas não agir com agressividade. As relações de confiança são fundamentais para o encaminhamento adequado.

No atendimento motivado por DST, os profissionais de saúde deverão incluir o exame clínico-genital minucioso que contemple a busca de outras DST, educação para redução de riscos, orientação sobre cuidados higiênicos, oferecimento do teste anti-HIV, aconselhamento, estímulo à adesão ao tratamento, promoção do uso de preservativos, convocação dos parceiros sexuais e a notificação do caso; sempre que possível deverá ser feita a pesquisa e a observação de achados que possam identificar outras doenças, por meio de: inspeção geral, controle de pressão arterial, palpação de mamas, toque retal; a citologia oncológica de colo de útero deverá ser realizada quando houver indicação e por ocasião do retorno da paciente.

## **2. Recomendações para imunização de pessoas infectadas pelo HIV**

O uso de vacinas como forma de prevenção das doenças infecto-contagiosas foi considerado uma das ações mais custo-efetivas em Saúde Pública, no último século. O seu uso sistemático no contexto de uma política de saúde causou significativa redução da mortalidade infantil, e até mesmo a erradicação de certos agravos infecciosos de grande magnitude na maior parte do planeta, tais como a varíola e a poliomielite. Entretanto, a exposição de pacientes com imunodeficiência causada pelo HIV a imunógenos, freqüentemente, promove uma menor resposta vacinal quando comparada à mesma exposição de indivíduos imunocompetentes, e pode até mesmo provocar a ocorrência elevada de graves complicações pós-vacinais, em algumas situações clínicas.

**No Anexo 4 estão sintetizadas as recomendações Gerais para Imunização de pessoas HIV+ do Ministério da Saúde do Brasil –Programa Nacional de DST/Aids, como referência.**

Descrição dos quadros no Anexo 4:

Quadro I: Recomendações Gerais para Imunização com Agentes Biológicos Vivos ou Atenuados
Quadro II: Recomendações Específicas para Imunização com Agentes Biológicos Vivos ou Atenuados: BCG, Febre Amarela, Poliomielite (pólio oral – vacina Sabin), Sarampo e varicela
Quadro III: Parâmetros Imunológicos para Tomada de Decisão em Imunizações com Vacinas com Imunógenos Vivos ou Atenuados para Pacientes Adultos HIV+
Quadro IV.a: Classificação Clínico-Imunológica da Infecção pelo HIV em Crianças Menores de 13 Anos de Idade
Quadro IV.b: Categoria Imunológica da Classificação da Infecção pelo HIV em Crianças Menores de 13 Anos de Idade
Quadro V: Recomendações <u>Gerais</u> para Imunização com Agentes Biológicos Não Vivos
Quadro VI: Recomendações <u>Específicas</u> para Imunização com Agentes Biológicos Não Vivos – DPT/DT, hemófilo ( <i>Haemophilus</i> ) b, Hepatite A, Hepatite B, Influenza, Pneumococo, Raiva, Salk (pólio inativada)
Quadro VII. Calendário de Imunizações para Crianças Infectadas Pelo HIV

## **CAPÍTULO III**

### **SAÚDE MENTAL e HIV/AIDS**

Estima-se que 450 milhões de pessoas tenham transtornos mentais e comportamentais no mundo (OMS, 2001). Considerando a magnitude do problema, sua etiologia multifacetada, o estigma e a discriminação generalizada e o significativo desnível de tratamento que existe em todo o mundo, um enfoque de saúde pública vem a ser o método de resposta mais apropriado.

O relatório do Diretor Geral de Saúde dos EUA sobre saúde mental (DHHS, 1999) descreveu o impacto do estigma nestes termos:

*o estigma carcome a convicção de que os transtornos mentais são condições patológicas válidas e tratáveis. Ele leva as pessoas a evitar a socialização com portadores de transtornos mentais, a não querer trabalhar ao seu lado nem lhes alugar moradias para eles ou morar perto deles.*

O que pode ser feito para se reduzir a carga dos transtornos mentais:

- formular políticas destinadas a melhorar a saúde mental das populações
- assegurar acesso universal a serviços apropriados e econômicos, inclusive serviços de promoção da saúde mental e de prevenção

- garantir a atenção e a proteção adequada dos direitos humanos dos pacientes institucionalizados com transtornos mentais graves
- avaliar e monitorizar a saúde mental das comunidades, inclusive as populações vulneráveis
- promover estilos de vida saudáveis e reduzir os fatores de risco de transtornos mentais e comportamentais
- apoiar uma vida familiar estável, a coesão social e o desenvolvimento humano
- fortalecer a pesquisa sobre as causas dos transtornos mentais e comportamentais, o desenvolvimento de tratamentos eficazes e instrumentos para avaliação dos sistemas de saúde mental.

As políticas de atenção à saúde mental ainda não estão perfeitamente integradas e articuladas aos serviços de atendimento às DST/Aids no Brasil e mesmo em boa parte da América Latina.

É um desafio constante, e objetivo do Programa Nacional de DST/Aids, promover essa atenção integral ao paciente, respeitando os limites éticos, atendendo às suas necessidades mais urgentes, e permitindo que os profissionais de saúde responsáveis pelo seu tratamento considerem sua realidade e seu contexto de vida, e não um ideal de paciente asséptico e passivo.

Pacientes com HIV/Aids em geral apresentam bons padrões de adesão ao HAART quando vinculados a serviços de atenção integral – com melhora em seu estado de saúde e melhora da qualidade e vida como um todo (Clarke *et al*, 2002; Broadhead *et al*, 2002; Agins *et al*, 2001; Martin *et al*, 2001; Knowlton *et al*, 2001).

Portanto, para se oferecer um serviço de excelência ao paciente com HIV é imprescindível a articulação entre os serviços de saúde mental e atenção básica, articulação esta refletida no trabalho multidisciplinar, na discussão supervisionada dos casos e na análise de esquemas terapêuticos realistas e pertinentes ao modo de vida do sujeito.

A estratégia de Redução de Danos compreende uma série de medidas – discutidas e acordadas entre profissional de saúde e paciente - para minimizar os

problemas decorrentes da ingestão de drogas<sup>9</sup> e evitar hepatites, HIV/Aids e outras doenças infecciosas transmissíveis.

No caso de pacientes HIV+, essa estratégia mostra-se especialmente adequada embora exija do profissional de saúde uma mudança radical de paradigma, saindo do posto de “supremo saber” e permitindo que o paciente compreenda sua condição, suas perspectivas e suas possibilidades em termos de esquemas de tratamento. Em especial os pacientes que são usuários de drogas, as características de pouca tolerância à frustração, grande ansiedade e dificuldade em esperar qualquer coisa, a forma freqüentemente compulsiva de agir podem perturbar o profissional de saúde, em caso de não estar preparado para receber esse tipo de pessoa.

Neste capítulo serão apresentadas as referências utilizadas no Brasil<sup>10</sup> para intervenção terapêutica nas co-infecções de Tuberculose e Hepatites, as recomendações para imunização de pacientes HIV+ e uma rápida discussão acerca dos possíveis fluxos e atendimento em saúde pública.

Em relação às chamadas Condições Associadas (CA), um estudo no Brasil demonstrou que as incidências de CA à AIDS/100 casos em adultos (maiores de 12 anos), a nível nacional, de 1980 a maio de 1999, com aumento da incidência de tuberculose entre analfabetos de todas as idades (Guimarães, 2000). Sabe-se que a tuberculose é uma *doença da pobreza*, em princípio, e as estratégias de busca ativa de casos de TB em pacientes HIV+ é protocolada e faz parte do consenso brasileiro.

Alguns critérios de gravidade precisam ser investigados:

- a) Complicações clínicas: esteatose hepática no dependente de álcool, por exemplo
- b) Comorbidades psiquiátricas

---

<sup>9</sup> Como detalhado no capítulo 1, o conceito originou-se com usuários de drogas injetáveis, mas não se restringe a isso.

<sup>10</sup> Que seguem as determinações gerais da Organização Mundial de Saúde.

É fundamental uma boa anamnese, com minucioso levantamento da história clínica, para se determinar a provável natureza dos sintomas e determinar um plano terapêutico adequado para o paciente, em seu contexto social e clínico.

Dentre os transtornos mentais, sobressaíram o *déficit cognitivo* e os *transtornos de ansiedade ou humor*. Portanto, compreender os principais distúrbios mentais é imprescindível para se trabalhar com pacientes com HIV/Aids.

### **Avaliação e Diagnóstico**

A avaliação clínica e o correto diagnóstico dos transtornos mentais e psiquiátricos é um grande desafio à Saúde Mental. Deve-se sempre considerar o comportamento do paciente *dentro do contexto no qual este comportamento ocorre*.

Uma boa anamnese (tabela 2.2) pode decidir um bom prognóstico e condutas adequadas e pertinentes, sem julgamentos morais e se possível na lógica da redução de danos, permitindo compreensão clara dos aspectos psíquicos, sociais e clínicos do caso e dando voz ativa às percepções do paciente acerca de si mesmo e do tratamento oferecido.

Em outros casos, um transtorno psiquiátrico latente emerge tendo como fator desencadeante o diagnóstico de HIV+. Casos de esquizofrenia, transtorno bipolar e outras patologias, com idade de irrupção freqüente entre 20 e 30 anos podem ter início concomitante ou subsequente ao diagnóstico. É imprescindível o acompanhamento psiquiátrico para correta medicação e análise da interação com outros medicamentos da terapia antiretroviral.

### **Transtornos mentais mais freqüentes (11):**

**Os transtornos mentais mais importantes na sociedade ocidental estão detalhados no Anexo 1.**

### **Co-morbidades freqüentes em pacientes HIV+ ou com aids:**

- *insônia- depressão*

---

<sup>11</sup> de acordo com o DSM IV.

- *insônia-ansiedade*

- *insônia e stress pós-traumático*

em pacientes que utilizam bronco-dilatadores. Robbins (2004) assinala que a infecção pelo HIV/Aids parece estar relacionada a um aumento na incidência de transtornos do sono.

A depressão, na cultura ocidental, é muitas vezes adjetivada e confundida com “má vontade”, “falta de amor”, “falta de parceiro”, etc. No senso comum, é classificada como *algo que depende da vontade do sujeito estar ou não estar*. Há pouca divulgação da depressão como doença e passível de atingir a todas as categorias sociais e idades. Os quadros de depressão infantil muitas vezes são ignorados, porém são freqüentes e comuns.

Transtornos depressivos têm prevalência nos Estados Unidos de 10 a 25% nas mulheres e em 5 a 12% nos homens. Aproximadamente 25% terão recorrência de sua sintomatologia e uma prevalência de 6% do transtorno distímico (DSM VI). Em relação aos transtornos do humor bipolar, no subtipo I (quadros apresentando mania + depressão maior), a prevalência é de 0,4 a 1,6%. Em relação ao subtipo II (hipomania + depressão maior) é de aproximadamente 0,5%. No Brasil, um estudo multicêntrico sobre a morbidade psiquiátrica em três áreas urbanas mostra uma prevalência para depressão de 2,8% em Brasília, 1,9% para São Paulo e 10,2% em Porto Alegre. Portanto, os dados epidemiológicos demonstram a importância dos transtornos de humor como um problema de extrema relevância para a Saúde Pública.

Segundo Angelino & Treisman (2001), mesmo pacientes sem histórico familiar ou pessoal da hipomania podem desenvolver uma síndrome maníaca nos estágios mais avançados da infecção pelo HIV. Este quadro é usualmente referido como “Aids-mania” (Whitefield et al, 1992). Um estudo realizado por Lyketsos e colaboradores (1993), tendo como base prontuários médicos do serviço para HIV/Aids da Universidade Johns Hopkins (nos EUA), constatou que 8% dos pacientes com aids apresentavam quadros maníacos, que podem também ser causados por complicações relacionadas ao abuso de substâncias (em especial cocaína e outros estimulantes).

Segundo Boccellari et al (1993), os quadros demenciais e déficits cognitivos são mais freqüentes em pessoas vivendo com HIV/Aids que estejam imunodeprimidas de modo grave. A contagem de células CD4, é parâmetro para se avaliar o risco de um paciente vir a desenvolver demência devido ao HIV/Aids; o quadro demencial é mais freqüente em pacientes com CD4 abaixo de 200. Testes neuropsicológicos específicos podem estabelecer o estágio do quadro demencial de cada paciente, permitindo melhor planejamento das ações e clareando o prognóstico.

#### **Demência devido ao HIV/Aids**

A característica essencial da Demência devido ao HIV/Aids é o fato deste tipo específico de demência ser uma conseqüência direta da infecção pelo HIV. Caracteriza-se por esquecimento, lentificação, problemas de concentração e dificuldade na resolução de problemas. Apatia, retraimento social, às vezes acompanhados por delírios ou alucinações também são comuns, assim como tremor, comprometimento dos movimentos repetidos rápidos, desequilíbrio, ataxia (falta de coordenação motora), hipertonia, hiperreflexia generalizada, problemas nos movimentos oculares de acompanhamento visual. A demência decorrente do HIV pode ser também decorrente de tumores do sistema nervoso central (exemplo, linfoma primário e/ou infecções oportunistas como toxoplasmose, citomegalovírus, criptococose, tuberculose e sífilis). Infecções sistêmicas, como pneumonia por *Pneumocistis carinii* ou neoplasias (sarcoma de Kaposi) também podem estar presentes.

#### **O papel dos serviços**

A saúde coletiva, ou seja, direcionada a toda a população, deve enfatizar o atendimento *universal, humanizado e integrado*. No Brasil, esses princípios fundamentam a política de saúde pública, que é denominada Sistema Único de Saúde. Existe também o sistema de Saúde Suplementar, composto pelos convênios médicos privados. Cada país tem sua política de saúde articulada aos demais setores da estrutura de governo, e é fundamental que todo profissional de saúde compreenda o cenário político de sua atuação, suas diretrizes políticas e abrangência da intervenção.

Portanto, a integração dos serviços de atendimento em HIV/Aids e tratamento para dependência química é imprescindível para que os pacientes HIV/Aids usuários de drogas sejam atendidos de modo digno. Para tanto, deve-se dar atenção especial para a capacitação dos profissionais (prevista em orçamento), a formulação de uma política pública que incorpore as propostas e a definição, na esfera federal, das dotações orçamentárias relativas à Saúde Pública.

### **Redução de Danos como estratégia para melhoria da adesão**

Quando o paciente não pode, não consegue ou não quer parar de usar drogas, muitas vezes o profissional de saúde responsável sente-se frustrado e angustiado, traduzindo esses sentimentos em rejeição, impaciência e até mesmo certa arrogância.

Os pacientes HIV+, em particular os recém-diagnosticados, também têm dificuldades em acessar (e aderir) aos serviços de saúde, e em muitos casos, ao acessar não têm o retorno à altura da complexidade dos seus casos clínicos.

A perspectiva de Redução de Danos, ampliada para além do trabalho inicial que compreendeu a disponibilização de insumos para Usuários de Drogas Injetáveis, é ferramenta útil e importante para acesso aos usuários, vínculo destes com os serviços públicos, e formação de uma rede social capaz de auxiliar para que, de fato, o paciente consiga apropriar-se de sua real condição e desenvolver um plano de tratamento eficaz – auxiliando a si mesmo e permitindo que os indicadores de saúde melhorem.

A possibilidade do paciente negociar sua condição de dependente, seus hábitos ‘profanos’ sem ser julgado e desqualificado moralmente é requisito fundamental para um bom Plano de Tratamento ou Plano de Adesão. Isso requer uma mudança de paradigma, uma vez que o médico não será mais o ‘detentor do supremo saber’ e deverá se abrir para uma escuta qualificada.

É preciso considerar que os pacientes podem ficar frustrados quando suas preferências nas decisões relativas ao tratamento não são sequer consideradas. Por exemplo, pacientes que têm pouco poder de decisão em relação ao tratamento têm mais atitudes negativas em relação à terapia antiretroviral e

apresentam baixos níveis de adesão (Webb, 2001). A adesão melhora quando as necessidades, preocupações e crenças pessoais dos pacientes são consideradas, e quando possível, uma avaliação sobre custos e benefícios do tratamento (Horne, 1999).

A estratégia de Redução de Danos tem como fundamento a valorização da *cidadania* dos usuários: conhecimento de seus direitos e responsabilidades, participação ativa na estruturação de seus caminhos para recuperação e bem-estar. Embora essa estratégia tenha surgido especificamente para redução de HIV/Aids e hepatites entre usuários de drogas injetáveis, sua filosofia vem se aplicando a diversas áreas da Saúde Pública, onde são necessárias intervenções atualizadas, modernas e adequadas à realidade dos serviços e pacientes – e não apenas as idealizadas.

Sugere-se, portanto, ênfase à capacitação dos profissionais de saúde médicos e não-médicos na estratégia de Redução de Danos, onde o paciente tem voz ativa para argumentar sobre a condução de seu tratamento, de modo a garantir a melhor adesão possível dentro de seu regime e condição clínica.

A Redução de Danos precisa ser operacionalizada em interações, para ter a eficácia que pretende. A utilização de recursos da própria comunidade, vínculos significativos para os pacientes, *a valorização da palavra do usuário*, tudo contribui para aumentar as possibilidades de enfrentamento do problema da dependência de drogas, em pacientes HIV+ ou não.

É, portanto, uma abordagem clínico-política, pois não se restringe a uma mudança comportamental. A base da redução de danos é a idéia de *cidadania*, ação pontual no território, com a clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na comunidade, sempre com objetivo de aumento da autonomia dos usuários e familiares.

Outra mudança importante é o apoio das redes da comunidade, na tentativa de trabalhar com as questões de violência relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas usando recursos que sejam comprometidos com a defesa da vida, e não apenas a pura repressão.

A idéia mais importante na Redução de Danos é a idéia de REDE: profissionais, familiares, Organizações Não-Governamentais, igrejas, todos os envolvidos na assistência à comunidade precisam estar em contato, apoiando-se mutuamente, criando formas diferenciadas de acesso e comunicação. Essa rede é uma estrutura capaz de auxiliar na reconstrução de existências, na criação de alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida.

Esse é o compromisso da saúde: dignificar a vida. As políticas de saúde precisam nortear as ações coletivas, articuladas às questões singulares e individuais. O papel político do cidadão é muitas vezes negligenciado e seus direitos e responsabilidades, delegados a outrem.

Na Redução de Danos, o usuário é convidado a assumir o controle de sua situação, recebendo informações sobre suas condições reais, riscos, limites. Toda política precisa contemplar, para garantir que as ações sejam efetivadas:

- Fornecer tratamento na atenção primária
- garantir de acesso a medicamentos
- garantir de vínculo com a comunidade
- fornecer educação em saúde para a população
- envolver comunidades, famílias e usuários nas práticas
- formar recursos humanos
- criar vínculos com outros setores
- monitorar a saúde mental da comunidade
- dar apoio à pesquisa
- estabelecer programas específicos, na perspectiva ampliada de Saúde Pública.

Quando se trata de avaliação de singularidades e escolhas, o profissional de saúde muitas vezes enfrenta um dilema: tem a certeza que sabe o que é melhor para o outro, sem ouvi-lo, sem mesmo saber um pouco melhor que pessoa é aquela.

Muitas vezes, aterrorizam o paciente, afirmando que a interação medicamentosa (com outros medicamentos, com drogas psicotrópicas e mesmo um período de interrupção) o levarão à ruína física imediata. Essa afirmação não

tem sustentação científica; tanto pior, profissionais que fazem chantagens e um verdadeiro terrorismo com o paciente, de modo a “obrigá-lo” a mudar de atitude, de vida, de rotina. A eficácia destas intervenções é baixíssima, e incrementa os dados de não-adesão aos tratamentos.

A abordagem de Redução de Danos oferece um caminho promissor, porque reconhece em cada usuário sua singularidade e traça *com ele* estratégias do dia-a-dia que estão voltadas para a defesa de sua vida.

As dificuldades para o profissional de saúde aplicar a Redução de Danos são várias, e a principal é a abertura não apenas para a escuta do paciente, como também para dúvidas e questionamentos.

O aumento do grau de liberdade do paciente, ou co-responsabilidade, implica em estabelecimento de vínculos de outra ordem de poder, em que não há uma ligação direta entre “ordem” e “obediência”. O paciente é ativo e compreende seus limites; o profissional de saúde é atento e procura interligar seu saber técnico-científico com aquela realidade singular, cultural, econômica.

#### *Estratégias auxiliares*

Todo trabalho educativo requer criatividade e escuta das demandas comunitárias. Muitas vezes, o que foi aprendido em teoria pouco ou nada serve para implementação de programas em determinadas comunidades, se não forem respeitadas suas características culturais e sociais.

Portanto, o primeiro passo para a implementação de qualquer estratégia em rede é o *diagnóstico*: quais as relações de poder locais? Quem manda ‘de fato’ e quem manda ‘de direito’? Quais os códigos de ética peculiares àquela realidade? Em que tempo-hora-local a intervenção será mais eficaz?

É evidente, por muitas pesquisas, que a não-adoção dos comportamentos preventivos e vivência de comportamentos de risco segue, associada aos bolsões de pobreza.

O uso de preservativos ainda é alvo de dúvidas, mistério, insatisfação, e os códigos de fidelidade, confiança e entrega pessoal nas relações íntimas ainda não são domínio público.

Na imensa lacuna entre o que se *diz* e o que se *faz* – até porque dizer que não usa preservativo é visto como sinônimo de insensatez e irracionalidade na sociedade contemporânea – a epidemia avança.

### **A Redução de Danos - breve histórico**

A estratégia de Redução de Danos surgiu em 1926, na Inglaterra, dirigida a usuários de opiáceos, e ressurgiu na Europa, na década de 80, para reduzir a disseminação dos vírus da hepatite e aids (HIV) entre usuários de drogas injetáveis.

O impacto da adoção de estratégias de Redução de Danos entre Usuários de Drogas Injetáveis no Brasil foi a redução da incidência de HIV entre UDI de 40% (década de 80) para menos de 13% (2004). São ao todo 293 projetos em todo o país, os chamados PRD ou Programas de Redução de Danos, em sua maioria coordenados por Organizações Não-Governamentais em parcerias com os governos locais.

O Programa consiste na disponibilização de insumos (o chamado 'kit de Redução de Danos' = seringas descartáveis, swab, copinho e água destilada para diluição da droga, preservativos, folheto com instruções para injeção segura) e trabalho educativo de reinserção social destes usuários nos serviços de saúde existentes.

### **Agente Redutor de Danos**

O trabalho de Redução de Danos compreende a realização do chamado *campo*, a busca dos usuários, e esse trabalho é feito por um agente de saúde especial: o redutor de danos. Em geral, um ex-usuário ou usuário de drogas que conhece a comunidade, os códigos e particularidades, e consegue acessar os usuários e parceiros para que comecem a adotar novos hábitos de uso, sem compartilhamento de seringas e agulhas.

### **Impacto econômico da Redução de Danos**

A prevenção dirigida a UDI por meio de um projeto de Redução de Danos custa em torno de U\$29,00 por ano, enquanto um tratamento para uma pessoa com aids custa cerca de U\$ 4000,00 por ano. As reduções das vulnerabilidades

para comportamentos de risco, uso do preservativo, testagem e vínculo a serviços de saúde demonstram clara e objetivamente sua eficácia.

Os fatores de risco coexistem com fatores específicos de proteção para quaisquer comportamentos. Já se conhece, desde o início da epidemia, que a *informação* é uma condição *necessária, mas não suficiente* para a adoção de comportamentos preventivos.

Segundo Berlinguer (1996), a prevenção compreende

*A recusa a comportamentos de risco e a adoção de comportamentos preventivos.*

Nos casos de comprometimento mental ou cognitivo, é imprescindível a adoção de medidas de cuidados específicos, adaptados às diferentes realidades, com análise dos recursos materiais e pessoais disponíveis para dar seqüência àquele tratamento.

A Redução de Danos pode ser entendida como uma *ponte* entre a *prevenção* em sentido estrito (prevenção primária às hepatites e Aids, prevenção secundária a abuso de substâncias psicoativas) e o *tratamento*. Não há polarização entre RD e abstinência: em alguns casos, a única redução de danos possível é a abstinência total.

A questão mais importante é a atenção que o profissional de saúde dá às representações que os pacientes têm acerca de seus comportamentos de risco, suas estratégias de proteção, procurando comprometer esse paciente com o chamado autocuidado, adotando comportamentos preventivos e não se expondo a riscos.

Em síntese, a Redução de Danos é a estratégia de Saúde Pública que permite a integração entre usuário e serviço, respeitando as questões éticas e os direitos humanos, priorizando a manutenção da vida e permitindo redução de infecções e lesões secundárias, com ênfase à *cidadania* dos usuários, profissionais e equipes envolvidas.

É, portanto, estratégia privilegiada para países onde as condições sociais são pautadas na desigualdade, e cidadãos sejam excluídos de seus direitos e responsabilidades por questões sócio-históricas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano I - nº 1 - 01ª - 26ª de 2004  
semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2004.
1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para Terapia anti-retroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Brawley Ir & Culos-Reed N 2000. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Controlled Clinical Trials* 21:156s-163s [Medline].
3. Conrad P 1985. The meaning of medication: another look at compliance. *Social Science and Medicine* 20 (1):29-37.

4. Dowell J & Hudson H 1997. A qualitative study of medication-taking behavior in primary care. *Family Practice* 14 (5):369-375. [Medline].
5. Milstein-Moscato I, Persano & Castro LLC 2000. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica, pp 171-179. In LCC Castro (org) *Fundamentos de farmacoepidemiologia*. AG Editora, [S.L.].
6. Haynes RB *Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
7. Rand CS Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 1993, 72:68D-74D.
8. *Dictionary of health services management*, 2nd. Ed. Owing Mills, MD, National Health Publishing, 1982.
9. DiMatteo MR, Di Nicola DD. *Achieving patient compliance*. New York, Pergamon, 1982.
10. Cramer, JA, Mattson RH. Monitoring compliance with antiepileptic drug therapy. In: Cramer, JA, Spilker B eds. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. New York, Raven Press, 1991:123-137.
11. Farmer, KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 1999, 21:1074-1090.
12. Vitolins, MZ et al. Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled Clinical Trials*, 2000, 21:188S-194S.
13. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*, 3rd ed. New York. McGraw-Hill, 1994.
14. Webb DG, Horne R, Pinching AJ. Treatment-related empowerment: preliminary evaluation of a new measure in patients with advanced HIV disease. *International Journal of STD & Aids*, 2001, 12:103-107.
15. Horne R. Weinman J. Patient's beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, 47:555-567.

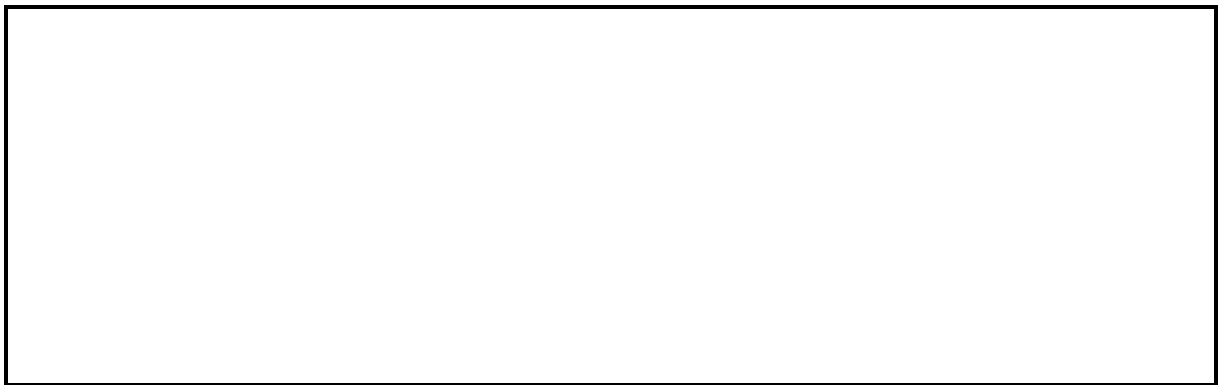
16. Weiden P. Adherence to antipsychotic medication: key facts. *Schizophrenia Home Page*, 2002 ([www.schizophrenia.com/ami/coping/noncompli2.htm](http://www.schizophrenia.com/ami/coping/noncompli2.htm)).
17. Bush PJ, Spector KK, Rabin DI. Use of sedatives and hypnotics prescribed in a family practice. *Southern Medical Journal*, 1984, 77:677-681.
18. Kaplan, EM. Antidepressant noncompliance as a factor in the discontinuation syndrome. *Journal of Clinical Psychiatric*, 1997, 58:31-35.
19. Bangsberg DR et al. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS*, 2000, 14:357-366.
20. Patterson DL et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of International Medicine*, 2000, 133:21-30.
21. Yach D. Tuberculosis in the Western Cape health region of South Africa. *Social Science & Medicine*, 1988, 27:683-689.
22. BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aderência ao tratamento por Anti-retrovirais*. Ministério da Saúde, CN DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
23. Wood, E. et al Elevated rates of antiretroviral treatment discontinuation among HIV-infected injection drug users: implications for drug policy and public health. *International Journal of Drug Policy*, 15 (2004) 133-138.
24. Palepu, A et al Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. In *Addiction*, 99 (2004), 361-368.
25. Lima, HMM. The rejection of health professionals to Harm Reduction in São Paulo, Brazil. Barcelona, XIV International Conference, 2002.
26. Ingersoll, K. The impact of psychiatric symptoms, drug use, and medication regimen on non-adherence to HIV treatment. *Aids Care* (February 2004) vol 16, no. 2, pp 199-211.

28. Clarke, S et al. Assessing limiting factors to the acceptance of antiretroviral therapy in a large cohort of injecting drug users. *British HIV Association HIV Medicine I* (2003) 4, 33-37.
29. Adão, V. *O impacto do diagnóstico HIV+ e Aids: similaridades com stress pós-traumático e propostas de intervenção*. Recife: I Congresso Brasileiro de Aids, 2004.
30. Leventhal, H. Camreon L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 1987, 10:117-138.
31. Skinner, BF. *The behavior of organisms*. New York, Appleton-Century-Crofts, 1938.
32. Bandura AJ, Simon KM. The role of proximal intentions in self-regulation of refractory behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 1977. 1: 177-184.
33. Rogers, R., Prentice-Dunn S. Protection Motivation Theory. In: Gochman G. eds. *Handbook of health behavior research*. Vol 1 *Determinants of Health Behavior: personal and social*. New York, NY, Plenum, 1997.
34. Kessler RC, Nelson CB, Mc Gonagle KA et al (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and services utilization. *American Journal of Orthopsychiatry* 66(1):17-31.
35. Batki SL, Gruber VA, Bradley JM et al 2002. A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed isoniazid for tuberculosis prevention in injection drug users. *Drug Alcohol Depend* 66:283-293.
36. \_\_\_\_\_ & Selwyn PA (org). *Substance Abuse Treatment for Persons with HIV/Aids*. Treatment Improvement Protocol Series (TIPS) # 37. US; Department of Health and Human Services, 2000.
37. BERLINGUER, G.(1996) *A ética na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec
38. American Society of Addiction Medicine (ASAM). *Guidelines for HIV infection and AIDS in Addiction Treatment*. Chevy Chase, MD: ASAM, 1998.
39. Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM IV. São Paulo: Manole, 1999.

40. Robbins, JL, Phillips KD, Dudgeon WD, Hand GA (2004). Physiological and psychological correlates of sleep in HIV infection. *Clin Nurs Res.* 13 (1):33-52.
41. Center for Substance Abuse Treatment. Assessment and Treatment of Patients with Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, # 9. DHHS Pub. No. (SMA) 94-2078. Washington, DC: US Government Printing Office, 1994.
42. Amirkhanian Y et al. (2004) Psychosocial needs, mental health, and HIV transmission risk behavior among people living with HIV/Aids in St. Petersburg, Russia. *AIDS.* 17 (16):2367-74.
43. Angelino AF, Treisman GJ (2001). Management of psychiatric disorders in patients infected with HIV. *Clin Infect Diseases* 33(6):847-56.
44. Whitefield SG, Everett AS, Rein MF (1992). Mania and AIDS. *American Journal of Psychiatry* 149(4):583-4.
45. Lyketsos CG, Hanson AL, Fishmann M et al (1993). Maniac syndrome early and late in the course of HIV. *Am J Psychiatry* 150(2) 326-7.
46. Boccelari AA, Dilley JW, Chambers DB et al (1993). Immune function and neuropsychological performance in HIV-1-infected homosexual men. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome* 6(6):592-601.
47. Organização Mundial da Saúde – CID 10/ Organização Mundial de Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação das Doenças em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.
48. Laranjeira, R. (org) *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento.* São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, 2003.
49. Organização mundial da saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.* Porto Alegre: Artmed, 1993.
50. Mello, CEB, Pires MMA. A co-infecção pelos vírus da Hepatite C (HCV) e da Imunodeficiência Humana (HIV) – Aspectos Clínicos e Terapêuticos. *Moderna Hepatologia* 2004; Ano 30: Edição Especial.

51. Simmonds P, Zhang LQ, Watson HG, Rebus S, Ferguson ED, Balfe P et al. Hepatitis C quantifications and sequencing in blood products, hemophiliacs and drug users. *Lancet* 1990; 336: 1469-72.
52. Ferreira, CT & Silveira, TR. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2004; 7(4):473-87.
53. Brasil, Ministério da Saúde – *Programa Nacional de Hepatites Virais. Avaliação da Assistência as Hepatites Virais no Brasil*. Brasília: 2002, 1-61.
54. Brasil, Ministério da Saúde – *Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais*. Disponível no endereço <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/hepatite.htm>.
55. CDC. Hepatitis B virus: a comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination (ACIP). Management. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1991; 40 (no. RR-13) 1-25.
56. New York State Department of Health (2000) *Promoting GYN care for HIV infected women*. New York: AIDS Institute.
57. Des Jarlais DC, Friedman SR, Perlis T et al (1999). Risk behavior and HIV infection among new injectors users in the era of AIDS in New York City. *Journal of AIDS*, 16:75-83.
58. Rolfs RT, Goldberg M, Sharrar RG (1990). Risk factors for syphilis: cocaine and prostitution. *American Journal of Public Health* 80:853-857.

## **V- ANEXOS**



# ANEXO 1

## CARACTERÍSTICAS DOS PRINCIPAIS DISTÚRBIOS MENTAIS

### ANEXO 1 – CARACTERÍSTICAS DOS PRINCIPAIS DISTÚRBIOS MENTAIS

**1. Distúrbios do sono:** podem ser causados pelo uso de substâncias psicoativas, transtornos psiquiátricos diversos ou pelo próprio processo de adoecimento em decorrência da infecção pelo HIV.

**a) Dissonias**

São grupos de doenças que produzem insônia ou sonolência excessiva (narcolepsia). Estão presentes nos transtornos de humor, esquizofrenia, transtorno bipolar, necessitando ser diagnosticadas e tratadas de modo específico.

A insônia, por exemplo, é um problema comum e está relacionado ao uso de determinadas substâncias psicoativas nos quadros:

- intoxicações do Sistema Nervoso Central causadas por determinados estimulantes, como por exemplo cocaína e anfetaminas
- alterações do Sistema Nervoso Central causadas por substâncias sedativas tais como álcool, benzodiazepínicos ou opióides, como a heroína.

### **Diagnóstico**

O paciente necessita de correto diagnóstico de seu distúrbio, e em seguida, identificar os padrões de sono pré e pós-diagnóstico de HIV/Aids e o impacto da doença na vida do sujeito.

*Tratamento* (Center for Substance Abuse Treatment, 1994).:

- indução orientada ao relaxamento
- uso de psicotrópicos (antidepressivos)
- uso de benzodiazepínicos

### **b) Parassonias**

Distúrbios do sono caracterizados por movimentação e por vezes comportamentos bizarros e fantásticos que ocorrem durante o sono. Os diagnósticos são registros formais – polissonográficos e gravações noturnas – através de câmeras de infravermelho. São eles o sonambulismo, o terror noturno, o bruxismo e a enurese noturna. Neste caso, também é fundamental o diagnóstico para decisão acerca do tratamento e das condutas psicossociais necessárias: muitas vezes, o uso de um aparelho ortodôntico minimiza os danos causados pelo bruxismo – em outros casos, é necessária medicação apropriada para reduzir a agitação motora.

## **2. Distúrbios de Humor**

### **a) Depressão**

A depressão é um transtorno bastante freqüente entre pacientes dependentes, em especial os que estão sob o impacto da infecção pelo HIV (pode ser subsequente ao diagnóstico ou reflexo de uma piora em seu quadro clínico) ou mesmo em

abstinência. Um estudo realizado na Rússia, com 470 pessoas vivendo com HIV/Aids (boa parte com histórico de uso de drogas) constatou que aproximadamente 1/3 dos participantes apresentava quadro depressivo (Amirkhania, 2003). Suas características básicas são:

- perda da motivação
- redução do apetite
- transtornos do sono, da memória, da cognição
- dificuldade em manutenção das tarefas cotidianas
- dificuldade em asseio pessoal
- distúrbios gástricos
- pensamentos repetitivos de morte e perdas
- falta de projetos futuros
- sensação de desagregação e morte
- perda de libido
- pesadelos constantes, terror noturno
- em quadros agudos, alucinações e delírios

A depressão, na cultura ocidental, é muitas vezes adjetivada e confundida com “má vontade”, “falta de amor”, “falta de parceiro”, etc. No senso comum, é classificada como *algo que depende da vontade do sujeito estar ou não estar*. Há pouca divulgação da depressão como doença e passível de atingir a todas as categorias sociais e idades. Os quadros de depressão infantil muitas vezes são ignorados, porém são freqüentes e comuns.

### **Diagnóstico e tratamento**

A depressão deve ser diagnosticada e o quadro clínico orgânico deve ser identificado ou excluído – caso seja identificado, recomenda-se o início de terapia farmacológica com antidepressivos (Center for Substance Abuse Treatment, 1994). Todo processo de medicação deve ter acompanhamento psicológico para o paciente e familiares, seja em grupos, através de pares ou mesmo individual.

### **Diagnóstico diferencial – hipotireoidismo**

No hipotireoidismo, as principais manifestações incluem alteração do estado mental, dificuldade de concentração, letargia e demência. Os pacientes podem

apresentar delírio, depressão e até psicose franca, que aparecem dependendo da gravidade, do não-diagnóstico e da duração do hipotireoidismo. Pode apresentar comportamento bizarro devido às alucinações e idéias paranóides, com queixa de dificuldades de memória, alterações de humor e apatia. O hipotireoidismo congênito ou nos primeiros anos é uma das principais causas de retardo mental. Importante avaliar outros sintomas como perda de cabelo, constipação, fraqueza muscular, ganho de peso, pele seca, intolerância ao frio, dentre outros. O tratamento é hormonal, acompanhado por psicoterapia.

### **b) Ansiedade**

Os transtornos de ansiedade têm como traço comum a necessidade de antecipação do tempo cronológico, com aumento do apetite, preocupações excessivas (o indivíduo considera difícil ou impossível controlar a preocupação), redução de sono, agitação psicomotora, pensamentos seriados e ininterruptos, cansaço, hiperatividade, dificuldade de concentração e atenção, tensão muscular e alteração do sono e libido. Entre os transtornos de ansiedade, encontramos o transtorno do pânico, a ansiedade generalizada, as fobias, o estresse pós-traumático e o transtorno obsessivo-compulsivo. As diversas abordagens para tratamento incluem, necessariamente, psicoterapia (individual e/ou em grupo) e medicação específica (ansiolíticos) para controle e redução da fatigabilidade e prevenir a entrada em quadros de hipomania.

### *Feocromocitoma*

Caracteriza-se por uma hiperfunção da medula adrenal e conseqüente excesso de catecolaminas. O quadro pode ser confundido com transtornos de ansiedade devido aos sintomas resultantes desse alto nível de catecolaminas. Em geral, o paciente apresenta uma crise hipertensiva súbita com taquicardia, mal-estar, sudorese e cefaléia, além de sintomas inespecíficos. A descrição pode ser confundida com ataques de ansiedade ou pânico. A característica importante para o diagnóstico diferencial é a associação destes episódios com o ato de defecação ou outra situação de aumento da pressão intrabdominal. O diagnóstico pode ser

feito através da dosagem de metabólitos das catecolaminas na urina ou por exames de imagem.

### **c) Transtorno Depressivo Maior (TDM) e Distímia**

A característica do Episódio Depressivo Maior é o humor deprimido (ou ainda humor irritável) ou de perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, e sintomas associados, por pelo menos duas semanas. O diagnóstico é feito somente se não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação.

Os sintomas representam uma mudança do funcionamento prévio e são relativamente persistentes, isto é, ocorrem na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias, pelo menos duas semanas.

Os sintomas associados incluem

- perturbação no apetite
- mudança de peso
- perturbação no sono
- agitação psicomotora ou lentificação
- decréscimo de energia
- sentimentos de desvalia ou culpa inadequada ou excessiva
- dificuldade de pensar ou de concentrar-se
- pensamentos recorrentes de morte
- ideação suicida
- tentativas de suicídio

Transtornos depressivos têm prevalência nos Estados Unidos de 10 a 25% nas mulheres e em 5 a 12% nos homens. Aproximadamente 25% terão recorrência de sua sintomatologia e uma prevalência de 6% do transtorno distímico (DSM VI). Em relação aos transtornos do humor bipolar, no subtipo I (quadros apresentando mania + depressão maior), a prevalência é de 0,4 a 1,6%. Em relação ao subtipo II (hipomania + depressão maior) é de aproximadamente 0,5%. No Brasil, um estudo multicêntrico sobre a morbidade psiquiátrica em três áreas urbanas mostram uma prevalência para depressão de 2,8% em Brasília, 1,9% para São Paulo e 10,2% em Porto Alegre. Portanto, os dados epidemiológicos demonstram a importância

dos transtornos de humor como um problema de extrema relevância para a Saúde Pública.

#### **d) Hipomania**

No episódio maníaco, o humor é predominantemente elevado ou expansivo, irritável, e há sintomas da síndrome maníaca. A perturbação é grave o suficiente para causar comprometimento acentuado no funcionamento ou nas atividades sociais habituais ou relacionamentos com os outros, ou para requerer hospitalização e redução de danos a si mesmo ou aos outros.

Sintomas:

- ~~de~~ auto-estima aumentada ou grandiosidade, que pode ser delirante
- ~~de~~ redução da necessidade de sono
- ~~de~~ pressão por falar
- ~~de~~ fuga de idéias
- ~~de~~ crescente envolvimento em atividade dirigida para uma meta
- ~~de~~ agitação psicomotora
- ~~de~~ envolvimento excessivo em atividades agradáveis que têm um alto potencial de conseqüências dolorosas
- ~~de~~ humor exaltado, tido como eufórico, entusiasmo incessante
- ~~de~~ pode ou não ter características psicóticas

#### **e) Transtorno Bipolar**

No Transtorno Bipolar, o paciente intercala episódios de depressão e mania em períodos prolongados, sem conexão com os eventos que estão ocorrendo em sua vida cotidiana, e presença de sinais e sintomas psicóticos, em especial alucinações (cinestésicas, visuais, auditivas) e delírios (de perseguição, de grandeza) que proporcionam grande potencial de auto-destruição. Os medicamentos, condição fundamental para a sobrevivência do paciente, consistem em anti-psicóticos associados a neurolépticos, junto à psicoterapia individual e apoio familiar. A irrupção do transtorno ocorre com maior frequência entre os 22 e 25 anos de idade, porém pode aparecer em qualquer momento da vida.

### **3. Transtornos alimentares**

Caracterizam-se por severas perturbações no comportamento alimentar. A *anorexia nervosa* manifesta-se como uma recusa a manter o peso corporal dentro de uma faixa normal mínima para aquela idade e sexo. A *bulimia* intercala compulsões alimentares seguidas de vômitos e diarréias auto-induzidos, uso de laxantes e outros medicamentos.

Os transtornos alimentares são comuns em pacientes HIV + que estão em tratamento com anti-retrovirais, uma vez que as alterações na forma do corpo decorrentes da lipodistrofia são inconfundíveis e intensas: formação da *giba* na região cervical, acúmulo de gordura na região abdominal e desaparecimento da gordura da face, braços, pernas e glúteos. As pacientes do sexo feminino têm apresentado maior tendência a desenvolver transtornos alimentares pós-diagnóstico de HIV+ e concomitante uso de medicação anti-retroviral

#### **a) Anorexia**

Caracteriza-se pelo emagrecimento voluntário devido a um medo intenso de ganhar peso e uma distorção na percepção da imagem corporal. Os critérios incluem um peso 15% abaixo do normal esperado e pelo menos 3 meses de ausência de menstruação. Muitas alterações endócrinas ocorrem, desde os sexuais (FSH e LH) até mesmo o hormônio de crescimento (GH). O tratamento deve incluir na parte clínica a reidratação e antidepressivos, para permitir a recuperação do peso, e suporte psicológico.

#### **b) Bulimia**

Cerca de 1/3 dos pacientes com bulimia têm uma história de anorexia nervosa. Na bulimia, a pessoa tem aparência 'normal', sem magreza excessiva, uma vez que ao ingerir os alimentos de modo compulsivo consegue reter alguns nutrientes. De qualquer modo, os sinais e sintomas da bulimia incluem a lesão no esmalte interno dos dentes (pelo vômito induzido constante), alterações gástricas e intestinais (constipação na ausência do laxante), alterações da libido e outros. O tratamento inclui medicamentos e psicoterapia.

### **4. Psicoses**

As pessoas com quadros psicóticos apresentam em geral distúrbios afetivos e cognitivos, construindo formas próprias de se relacionar com o mundo, consigo

mesmas e fazendo leituras não-consensuais da dita realidade. Apresentam-se nas formas de delírio e/ou alucinações, aceleração do pensamento, embotamento afetivo e outros sintomas. Os quadros de psicose podem ser induzidos por abuso de substâncias psicoativas ou apenas estarem presentes em estágios avançados do quadro demencial associado ao HIV/Aids. Importante avaliar nos quadros psicóticos os *sintomas positivos* (que apareceram junto com a doença) e *sintomas negativos* (as habilidades e capacidades que desapareceram com a chegada da doença), pois existe uma tendência a se valorizar apenas o que ‘apareceu como novo’ e não dar muita atenção às funções perdidas – e tudo isso precisa ser compreendido em profundidade para se orientar a conduta de tratamento e acompanhamento deste paciente e orientação para seus familiares.

Alguns conceitos básicos:

#### *Alucinações*

São alterações da percepção cinestésica (quaisquer sentidos = visão, audição, paladar, olfato, tato) e a pessoa relata *sentir* alterações corporais como queimaduras, dores, paralisias, espasmos, ouvir vozes, ver figuras, sentir odores e perfumes, e nada disso ser consensual com quem está por perto. A alucinação pode ser seqüela de uso de medicamentos, do abuso de substâncias, porém pode ser apenas parte de um quadro psicótico que emergiu junto com o diagnóstico e/ou manifestação do HIV.

#### *Delírios*

Os delírios são construções cognitivas onde o *tema* não é compartilhado ou consensual em relação às pessoas do entorno do paciente. Os delírios trazem uma ruptura parcial com as noções de temporalidade e espacialidade, que precisa ser compreendida para que se direcione o tratamento da melhor forma. Também pode ser causado por uma seqüela de encefalopatias, infecções, intoxicações, síndrome de abstinência, toxicidade medicamentosa ou distúrbios metabólicos. O quadro de *delirium* é característico dos transtornos de humor mais graves, como distímia, ciclotímia e transtorno bipolar, e também esquizofrenia e transtornos do sono. O papel do profissional de saúde é identificar a construção delirante e *dialogar com ela*, sem querer impor a sua realidade e ‘desmentir’ o paciente. Ele

não crê estar mentindo, mas tem total confiança que sua percepção e seu raciocínio estão intactos. Portanto, há que se dialogar na instância delirante de tal modo a permitir que o paciente compreenda o não-consenso de suas idéias por si mesmo e não por uma imposição.

### **Tratamento**

Os medicamentos anti-psicóticos devem ser administrados junto a neurolépticos, de modo a minimizar os sintomas e efeitos colaterais como tremores nas mãos e agitação motora geral. Em mulheres, o uso de neurolépticos pode induzir a alterações de neuro-hipófise e provocar secreção de leite pelas mamas, sem qualquer relação com gravidez ou pós-parto. O tratamento medicamentoso é indispensável nas psicoses, uma vez que o episódio delirante pode comprometer a integridade do paciente – se o delírio for de perseguição, há risco dele tomar atitudes drásticas, considerando-se em proteção ou com necessidade de se proteger. Se o delírio for de grandeza, existe o risco concreto da ruína absoluta financeira, pois as compras e vendas de grande volume podem levar uma família e/ou uma empresa à bancarrota, sem que o paciente tivesse qualquer intenção de fazer isso.

Para o tratamento clínico, o psiquiatra precisa acompanhar de perto e em articulação com o psicoterapeuta, com reavaliação permanente, utilizando-se a menor quantidade possível de medicamentos.

## **5. Demência**

A demência pode ser definida como uma perda das funções cognitivas e intelectuais, sem perda da consciência, com anormalidades comportamentais e motoras.

Quadro:

- A. Capacidade reduzida para manter atenção a estímulos externos e para mudar adequadamente a atenção para novos estímulos externos
- B. Pensamento desorganizado, indicado por um discurso incoerente, irrelevante, divagante
- C. Pelo menos dois dos seguintes:

- redução do nível de consciência, por exemplo, com dificuldade em se manter alerta
- distúrbios perceptivos: interpretações falsas, ilusões e alucinações
- perturbação do ciclo sono-vigília, com insônia ou sonolência durante o dia
- aumento ou diminuição da capacidade psicomotora
- desorientação espaço-temporal e quanto a si próprio
- comprometimento da memória
- dificuldade para avaliar e julgar

A *Demência relacionada à infecção pelo HIV* (quadro 4.1) pode ser reduzida com a terapia antiretroviral. Também está sendo descrita, como efeito colateral dos medicamentos ARV, a ocorrência de quadros demenciais em torno dos 30 anos de idade.

#### *Diagnóstico*

Tem como base a presença de déficits funcionais significativos, nas seguintes áreas:

- ~~de~~ função cognitiva: distúrbios de memória, atenção, concentração
- ~~de~~ função comportamental: agitação excessiva ou apatia
- ~~de~~ função motora: distúrbios de locomoção, incontinência, catatonia

É necessário realizar um exame neuropsicológico para estabelecer o diagnóstico de quadro demencial. A perda neurocognitiva relacionada ao HIV/Aids em geral evolui de modo gradual, sendo os sintomas principais:

- ~~de~~ perda de memória recente
- ~~de~~ perda da coordenação visual, espacial e coordenação motora fina
- ~~de~~ identidade cognitiva
- ~~de~~ mudanças de humor súbitas

Nos estágios mais avançados do quadro demencial, os danos mais graves são:

- mutismo: o paciente que permanece invariavelmente em silêncio e não reage a estímulos
- agitação, alucinações e paranóia

- problemas neurológicos graves, incontinência urinária e/ou fecal, dificuldade para caminhar e se alimentar.

## **ANEXO 2**

# AIDS E TUBERCULOSE: ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

## ANEXO 2: AIDS E TUBERCULOSE – ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

QUADRO VIII-a: RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA PACIENTES HIV+ COM TUBERCULOSE	
SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Paciente virgem de tratamento para tuberculose e para HIV	Tratar TBC por seis meses com <b>esquema I (E-1)</b> (1) recomendado pelo Ministério da Saúde. Após a estabilidade clínica (2), determinar contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral para avaliar necessidade de TARV(3). Caso indicada TARV, iniciar com um dos seguintes esquemas(4, 5): ?? <b>2 ITRN + EFZ</b> ?? <b>2 ITRN + SQV/RTV</b>

Paciente sob terapia anti-retroviral, virgem de tratamento para tuberculose	Tratar TBC por seis meses com <b>esquema I (E-1)</b> (1) recomendado pelo Ministério da Saúde. Caso necessário, adequar TARV, substituindo drogas incompatíveis com o uso de rifampicina e utilizando um dos seguintes esquemas (4, 5, 6): ?? <b>2 ITRN + EFZ</b> ?? <b>2 ITRN + SQV/RTV</b>
Meningoencefalite tuberculosa	Tratar TBC por nove meses, com <b>esquema II (E-2) (7)</b> recomendado pelo Ministério da Saúde. Iniciar ou substituir a TARV por esquemas compatíveis com uso concomitante de rifampicina(4, 5, 6): ?? <b>2 ITRN + EFZ</b> ?? <b>2 ITRN + SQV/RTV</b>
Retratamento para tuberculose	Tratar TBC por seis meses, com <b>esquema I reforçado – IR (E-1R)</b> (8, 9), recomendado pelo Ministério da Saúde. Iniciar ou substituir a terapia anti-retroviral por esquemas compatíveis com uso concomitante de RMP(4, 5, 6): ?? <b>2 ITRN + EFZ</b> ?? <b>2 ITRN + SQV/RTV</b>
Falência ao tratamento para tuberculose	Tratar TBC por 12 meses, com <b>esquema III (E-3)</b> (9, 10) recomendado pelo Ministério da Saúde. Iniciar ou substituir TARV pelo esquema considerado mais adequado do ponto de vista imunológico e virológico.
Tuberculose multidroga-resistente	Encaminhar aos serviços de referência em tuberculose, para avaliação de especialista e uso de esquemas especiais.

1. Dois meses iniciais com R+H+Z, seguidos de quatro meses com R+H (2RHZ/4RH).
2. A tuberculose freqüentemente promove elevação da carga viral e diminuição da contagem de células T-CD4+ em pacientes HIV+, daí a recomendação de aguardar 30 a 60 dias para a avaliação imunológica e virológica.
3. A terapia anti-retroviral (TARV) está indicada para todos os pacientes sintomáticos em relação ao HIV (ver quadro III) ou que tenham contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200/mm<sup>3</sup>. Para assintomáticos com contagem de linfócitos T-CD4+ entre 200 e 350/mm<sup>3</sup>, considerar início da TARV, ponderando risco de evolução da infecção pelo HIV (particularmente se carga viral acima de 100.000 cópias/ml), risco de toxicidade e capacidade de adesão relacionados a ambos tratamentos. Considerar adiamento do início da TARV em casos de imunodeficiência menos graves. Ver indicações de TARV no quadro I.
4. Não há dados que permitam escolher entre esquemas com ITRNN ou IP. O uso de ritonavir ou de nevirapina associado ao esquema I está associado a risco aumentado de hepatotoxicidade. As transaminases e outras provas de

função hepática do paciente devem ser cuidadosamente monitoradas durante o tratamento e não iniciar o uso de esquema com ritonavir ou nevirapina associado ao esquema I (E-1), caso os níveis basais dessas enzimas hepáticas estejam três vezes acima dos valores de referência. O efavirenz é contra-indicado na gestação podendo ser considerado o uso da nevirapina nessa situação.

5. O esquema de AZT (ou d4T), associado a 3TC e ABC, pode ser utilizado em casos de impossibilidade de uso de EFV e da combinação SQV/RTV, como em casos de toxicidade e hepatopatia grave. No entanto, este esquema é menos potente que aqueles que incluem EFV e SQV/RTV e é mais frequentemente associado à falha terapêutica.
6. Em caso de necessidade absoluta de manutenção de droga anti-retroviral incompatível com uso concomitante de rifampicina, deve-se tratar a TBC durante 12 meses com o esquema recomendado pelo Ministério da Saúde para casos de intolerância ou contra-indicação para uso de rifampicina (dois meses iniciais com H+Z+S+E, seguidos de 10 meses com H+E [2HEZS/10HE]).
7. Dois meses iniciais com R+H+Z, seguidos de sete meses com R+H (2RHZ/7RH). Observar que doses mais elevadas de rifampicina e isoniazida são recomendadas nessa situação.
8. Dois meses iniciais com R+H+Z+E, seguidos de quatro meses com R+H+E (2RHZE/4RHE).
9. Recomenda-se monitorar rigorosamente a adesão (tratamento supervisionado) e coletar material para teste de sensibilidade aos medicamentos antituberculose.
10. Três meses iniciais com S+Et+E+Z, seguidos de nove meses com Et+E (3SEtEZ/9EtE).

<b>QUADRO VIII-b: DOSES DAS DROGAS ANTITUBERCULOSE UTILIZADAS NO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM PACIENTES ADULTOS E ADOLESCENTES COM HIV/AIDS</b>			
<b>MEDICAMENTO</b>	<b>DOSE RECOMENDADA \ (mg/kg/dia)</b>	<b>DOSE MÁXIMA POR PESO DO PACIENTE (mg/dia)</b>	
		<b>&lt; 45 kg</b>	<b>&gt; 45 kg</b>
<i>RIFAMPICINA</i> (1)	10	450	600
ISONIAZIDA(1)	10	300	400
PIRAZINAMIDA (2)	25 – 35	1.500	2.000
ESTREPTOMICINA	20	1.000	1.000
ETAMBUTOL	25	800	1.200
ETIONAMIDA	12	500	750

- (1) Pacientes com meningoencefalite tuberculosa deverão utilizar doses mais elevadas de rifampicina (20mg/kg, com dose máxima de 600mg/dia) e isoniazida (20mg/kg, com dose máxima de 400mg/dia), mesmo com peso corporal abaixo de 45kg.
- (2) Devido ao uso freqüente e concomitante de outras drogas potencialmente hepatotóxicas (ex.: sulfamídicos, imidazólicos, inibidores de protease, etc.), a dose de pirazinamida poderá ser reduzida em pacientes HIV+ até o limite mínimo de 25mg/kg/dia, respeitando-se os limites máximos de dose diária estabelecidos conforme o peso corporal do paciente.
- ?? abreviaturas utilizadas para medicamentos antituberculose: RMP (R) = rifampicina; INH (H) = isoniazida; PZA (Z) = pirazinamida; EMB (E) = etambutol; SM (S) = estreptomicina; ETH (Et) = etionamida

<b>Quadro IX: Quimioprofilaxia para Tuberculose em Pacientes HIV +</b>	
<b>Indicações(1)</b>	<p>Indivíduo sem sinais ou sintomas sugestivos de tuberculose:</p> <p>A. <b>Com radiografia de tórax normal, e:</b> 1) reação ao PPD maior ou igual a 5mm(2); 2) contatos intradomiciliares ou institucionais de tuberculose bacilífera; ou 3) PPD não-reator ou com endureção entre 0-4 mm, com registro documental de ter sido reator ao teste tuberculínico e não submetido a tratamento ou a quimioprofilaxia na ocasião.</p> <p>B. <b>Com radiografia de tórax anormal:</b> presença de</p>

	cicatriz radiológica de TB sem tratamento anterior (afastada possibilidade de TB ativa por meio de exames de escarro e de radiografias anteriores), independentemente do resultado do teste tuberculínico (PPD).
<b>Esquema(3)</b>	<b>Isoniazida</b> , VO, 5-10 mg/kg/dia (dose máxima: 300mg/dia), por seis meses consecutivos.

1. A quimioprofilaxia com isoniazida (INH) reduz o risco de adoecimento a partir da reativação endógena do bacilo, mas não protege contra infecção exógena após a sua suspensão. Portanto, em situações de possível reexposição ao bacilo da tuberculose, o paciente deverá ser reavaliado quanto à necessidade de prolongamento da quimioprofilaxia (caso esteja em uso de INH) ou de instauração de nova quimioprofilaxia (caso esta já tenha sido suspensa).
2. Recomenda-se investigar cuidadosamente tuberculose ativa (pulmonar ou extrapulmonar), antes de se indicar a quimioprofilaxia.
3. Indivíduos HIV + contatos de pacientes bacilíferos com tuberculose resistente devem ser monitorados durante o uso da isoniazida, devido ao maior risco de falha dessa profilaxia. Não está recomendado esquema alternativo de profilaxia com rifampicina + pirazinamida.

Abreviaturas:

ITRN = inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo

AZT = zidovudina; ddl = didanosina; d4T = estavudina; 3TC = lamivudina; ABC = abacavir

ITRNN = inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo

EFV = efavirenz; NVP = nevirapina.

IP = inibidor da protease; r = ritonavir como adjuvante farmacológico; IDV = indinavir;

NFV = nelfinavir; RTV = ritonavir; SQV = saquinavir; APV = amprenavir; LPV = lopinavir

## ANEXO 3

# INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ENTRE ANTI-RETROVIRAIS E MEDICAMENTOS PARA HEPATITES

## ANEXO 3 – INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ENTRE ANTI-RETROVIRAIS E MEDICAMENTOS PARA HEPATITES

Tabela 1

MEDICAMENTO	INTERAÇÃO
<b>GANCICLOVIR</b>	Seus efeitos hematológicos podem ser potencializados pela utilização do interferon
<b>ISONAZIDA</b>	Seus efeitos hepatotóxicos podem ser potencializados pelo interferon e pelos inibidores de protease

<b>OXIMETOLONA</b>	Tem sido associada a importante hepatotoxicidade. <b>Esse efeito pode ser potencializado pelo interferon</b>
<b>PIRAZINAMIDA</b>	Seus efeitos <b>neurotóxicos</b> são potencializados pelo interferon. Também pode causar elevação das enzimas hepáticas celulares.
<b>RIFABUTINA</b>	Seus efeitos hematológicos (neutropenia) podem ser potencializados pelo interferon e ribavirina.
<b>ROFAMPICINA</b>	Seus efeitos hematológicos (trombocitopenia) podem se potencializados pelo interferon e ribavirina.
<b>TALIDOMIDA</b>	Seus efeitos hematológicos podem ser potencializados pela utilização do interferon e ribavirina

**Fonte: Programa Nacional de DST/Aids, 2004.**

**Tabela 2. Medicamentos que devem ser utilizados com cautela quando associados ao interferon e/ou à ribavirina**

<b>MEDICAMENTO</b>	<b>INTERAÇÃO</b>
<b>Alopurinol</b>	Seus efeitos hematológicos (mielosupressão) podem ser potencializados pelo interferon e pela ribavirina
<b>Análogos nucleosídeos</b>	Apresentam toxicidade mitocondrial, incluindo acidose láctica

<b>Cidofovir</b>	Seus efeitos hematológicos (neutropenia) podem ser potencializados pelo interferon e pela ribavirina
<b>Colchicina</b>	Seus efeitos hematológicos (mielosupressão) podem ser potencializados pelo interferon e pela ribavirina
<b>ddl</b>	A ribavirina pode aumentar o risco de efeitos tóxicos mitocontriais e em pacientes fazendo uso de ddl
<b>Efavirenz, nevirapina, delavirdina</b>	Podem causar aumento de enzimas hepáticas. Efavirenz pode provocar alterações psiquiátricas
<b>Primaquina</b>	Seus efeitos hematológicos (hemólise) podem ser potencializados pela ribavirina
<b>Sulfadiazina</b>	Seus efeitos hematológicos (anemia hemolítica e trombocitopenia) podem ser potencializados pelo interferon e ribavirina
<b>Sulfametoxazol- trimetoprima</b>	Os hematológicos dessa combinação de drogas (trombocitopenia e granulocitopenia) podem ser potencializados pelo interferon e pela ribavirina
<b>Teofilina</b>	O interferon diminui a depuração da teofilina
<b>Zidovudina</b>	Seus efeitos hematológicos (anemia e neutropenia) podem ser potencializados pelo interferon e pela ribavirina. A ribavirina pode alterar a fosforilação intracelular da zidovudina.

**Fonte: Programa Nacional de DST/Aids, 2004.**



# **ANEXO 4**

## **RECOMENDAÇÕES PARA IMUNIZAÇÃO DE PESSOAS INFECTADAS PELO HIV**

### **ANEXO 4 - RECOMENDAÇÕES PARA IMUNIZAÇÃO DE PESSOAS INFECTADAS PELO HIV**

<b>Quadro I: Recomendações Gerais para Imunização com Agentes Biológicos Vivos ou Atenuados</b>
---

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evitar o uso de vacinas com agentes biológicos vivos ou atenuados, particularmente em pacientes com imunodeficiência clínica e/ou laboratorial grave. Nesses casos, avaliar o uso de vacinas inativadas, imunização passiva e/ou outras medidas profiláticas.</li></ol> |
|--|

2. Se houver forte indicação para imunização (ex: risco elevado de contágio; viagem para área de risco), deve-se postergar, sempre que possível, a administração da vacina em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência laboratorial grave (baixas contagens de linfócitos T-CD4+), até que um grau satisfatório de reconstrução imune seja obtido com o uso de terapia anti-retroviral combinada, no intuito de melhorar o nível de resposta e reduzir o risco de complicações pós-vacinais.

**Fonte: Programa Nacional de DST/Aids do Brasil, 2004**

<b>Quadro II: Recomendações Específicas para Imunização com Agentes Biológicos Vivos ou Atenuados</b>	
<b>Imunógenos vivos</b>	<b>Conduta</b>
BCG	<p>Recém-nascidos devem ser vacinados imediatamente. Crianças e adultos HIV+ assintomáticos com indicação de BCG fora do calendário vacinal ou por contato com hanseníase devem ser avaliados do ponto de vista imunológico (contagem de linfócitos T-CD4+), para a tomada de decisão (ver Quadros III e IV).</p> <p>Pacientes adultos sintomáticos ou assintomáticos com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> não devem ser vacinados.</p> <p>Crianças sintomáticas ou assintomáticas com contagem de linfócitos &lt; 15% não devem ser vacinadas. A revacinação de crianças aos 7 anos não está indicada.</p>
Febre Amarela	<p>Eficácia e segurança para os pacientes portadores do HIV não estabelecidas. Pode ser recomendada levando-se em consideração a condição imunológica do paciente (contagem de linfócitos T-CD4+) e a situação epidemiológica local (ver Quadro VIII).</p>
Poliomielite (pólio oral - Sabin)	<p>Deve-se dar preferência para vacina inativada (Salk), duas doses com intervalos de 2 meses, iniciando aos 2 meses de idade, com reforço aos 15 meses e entre 4 e 6 anos. Na ausência da Salk, é aceitável o uso da vacina atenuada (Sabin) em crianças assintomáticas com imunodeficiência leve/moderada (ver Quadro IV).</p> <p>Quando houver indicação para vacinar adultos, usar obrigatoriamente a vacina inativada.</p>
Sarampo/S	Não devem ser administradas em crianças HIV+ com

CR	<p>imunodeficiência grave (categorias imunológica 3). (ver Quadro VI).</p> <p>Não vacinar pacientes adultos sintomáticos ou com imunodeficiência grave (ver Quadro III).</p>
Varicela	<p>Pode ser aplicada em crianças HIV+ nas categorias clínico-imunológicas N1 e A1 (ver Quadro VI).</p> <p>Não há dados disponíveis sobre o uso dessa vacina em pacientes adultos HIV+.</p>

Fonte: Programa Nacional de DST/Aids, 2004

<b>Quadro III: Parâmetros Imunológicos para Tomada de Decisão em Imunizações com Vacinas com Imunógenos Vivos ou Atenuados para Pacientes Adultos HIV+</b>	
<b>Linfócitos T-CD4+</b>	<b>Recomendação</b>
Maior ou igual a 350/mm <sup>3</sup> (≥ 20%)	Indicar uso.
Entre 200 e 349/mm <sup>3</sup> (entre 15% e 19%)	Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para a tomada de decisão.
Menor que 200/mm <sup>3</sup> (< 15%)	Não vacinar.

<b>Quadro IV.a: Classificação Clínico-Imunológica da Infecção pelo HIV em Crianças Menores de 13 Anos de Idade</b>				
Alteração Imunológica (ver Quadro VI-b)	N = Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos	A = Sinais e/ou sintomas clínicos leves	B = Sinais e/ou sintomas clínicos moderados	C = Sinais e/ou sintomas clínicos graves
Ausente (1)	N1	A1	B1	C1
Moderada (2)	N2	A2	B2	C2
Grave (3)	N3	A3	B3	C3

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1994.

**Quadro IV.b: Categoria Imunológica da Classificação da Infecção pelo HIV em Crianças Menores de 13 Anos de Idade**

Grau de Alteração Imunológica	Contagem de Linfócitos T-CD4+ conforme Idade		
	< 12 meses	1 a 5 anos	6 a 12 anos
<b>Ausente (1)</b>	> 1500 (≥ 25%)	> 1000 (> 25%)	> 500 (> 25%)
<b>Moderada (2)</b>	750-1499 (15-24%)	500-999 (15-24%)	200-499 (15-24%)
<b>Grave (3)</b>	< 750 (< 15%)	< 500 (<15%)	< 200 (< 15%)

Fonte: Programa Nacional de DST/AIDS do Brasil

**Quadro V: Recomendações Gerais para Imunização com Agentes Biológicos Não Vivos**

1. Em relação a vacinas contendo imunógenos não vivos, não há contra-indicação em pessoas com imunodeficiência celular, embora a maioria delas não tenha tido sua eficácia e segurança extensamente avaliadas em pacientes infectados pelo HIV. É possível que a resposta imune celular e/ou humoral a essas vacinas, geralmente, seja menor do que a observada em indivíduos imunocompetentes – e esteja relacionada diretamente ao grau de imunodeficiência. Dessa maneira, em indivíduos HIV+ assintomáticos com contagem de linfócitos T-CD4+ mais próxima do normal, a imunização com esses antígenos deve ser feita o mais precocemente possível, levando em consideração o risco/benefício e o contexto epidemiológico na decisão médica.
2. Para pacientes adultos sintomáticos ou com imunodeficiência laboratorial grave (contagem de linfócitos T-CD4+ < 200/mm<sup>3</sup> ou < 15%), sendo factível, deve-se postergar a administração da vacina até que grau satisfatório de reconstrução imune seja obtido com o uso de terapia anti-retroviral combinada, no intuito de melhorar o nível de resposta e reduzir o risco de complicações pós-vacinais.

**Quadro VI: Recomendações Específicas para Imunização com Agentes Biológicos Não Vivos**

Imunógenos não vivos (não há risco aumentado em relação a indivíduos sadios e não-infectados pelo HIV. independente do	<i>Conduta</i>
--	----------------

grau de imunodeficiência)	
DPT/DT	Vacinar
Hemófilo b	Vacinar
Hepatite A	Vacinar*
Hepatite B	Vacinar
Influenza	Vacinar
Pneumococo	<p>Vacinar. Em crianças, recomenda-se a vacina conjugada 7-valente a partir de 2 meses e até os 2 anos de idade, segundo o esquema habitual. Crianças maiores de 2 anos devem receber vacina 23-valente.</p> <p>Os adultos devem receber uma dose da vacina 23-valente; considerar a revacinação a intervalos de 5 anos.</p> <p>Revacinação: uma dose de reforço da vacina 23-valente após 3-5 anos (se idade &lt; 10 anos) ou após 5 anos (se idade &gt; 10 anos).</p>
Raiva	<p>Vacinar conforme esquema habitual.</p> <p>Usar preferencialmente as vacinas produzidas em cultura celular para pacientes imunodeprimidos.</p>
Salk (pólio inativada)	Vacinar (pacientes sintomáticos e/ou com imunodeficiência grave e seus contatos).

\*Somente pacientes hepatopatas crono-suceptíveis.

#### Quadro VII. Calendário de Imunizações para Crianças Infectadas Pelo HIV

Idade (meses)	Vacina (n.º da dose)
RN	Hep. B(1), BCGid
1	Hep. B (2)
2	DPT (1), Hib. (1), Pólio (1), VP7 (1)
4	DPT (2), Hib. (2), Pólio (2), VP7 (2)
6	DPT (3), Hib. (3), Hep. B (3), Pólio (3), VP7 (3), Influenza (*)
12	Tríplice Viral, Hib. (3 ou 4), Varicela (1)
15	DTP (4), Hib (4), Pólio (4), VP7 (4) , varicela (2)
24	Pneumocócica (23-valente) (1)
60	Pneumocócica (23-valente) (2)

\* A vacina para influenza deve ser administrada anualmente a partir dos 6 meses de idade.

Hep. B = hepatitis B; Hib. = H. influenzae tipo b, Hep. A = hepatitis A; VP7 = pneumocócica heptavalente.