

PREVENÇÃO DO HIV E ASSISTÊNCIA À PESSOAS PORTADORAS DO HIV E DE AIDS

MANUAL DE ORIENTAÇÃO BÁSICA PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM

PREVENÇÃO DO HIV E ASSISTÊNCIA À PESSOAS PORTADORAS DO HIV E DE AIDS

BREVE REFLEXÃO

AIDS é só uma doença desses nossos días, uma qualquer: não aceito que façam dela sinônimo do último día. Ela nada mais significa senão uma infecção por um virus que causa uma epidemia que vamos vencer com todas as letras do amor:

S-O-L-I-D-A-R-I-E-D-A-D-E

HERBERT DANIEL

"E é verdade que eu descobrira algo de suave e fascinante na sua atrocidade (da Aids). Não deixava de ser uma doença inexorável, mas não era fulminante. Era uma doença de patamares, uma escada muito alta que levava certamente para a morte, mas em que cada degrau representava uma aprendizagem sem par. Era uma doença que dava tempo de morrer e que dava à morte o tempo de viver, o tempo de descobrir, enfim, a vida..."

HERVÉ GUIBERT

ÍNDICE

Breve Reflexão	3
Introdução	9
Conteúdo Programático	10
Unidade 1 - Epidemiologia e transmissão do HIV	11
Unidade 2 - A infecção pelo HIV e doenças oportunistas associadas	15
Unidade 3 - Prevenção da transmissão do HIV em serviços de saúde	
Unidade 4 - O impacto psicossocial da infecção pelo HIV no	
indivíduo e na comunidade	23
Unidade 5 - Capacitação para aconselhamento na realização de testes sorológicos	
do HIV e a clientes portadores do HIV e da AIDS	27
Unidade 6 - Educação como instrumento para evitar a infecção pelo HIV	
Unidade 7 - Cuidados a serem oferecidos a adultos com doenças ocasionadas pelo HIV	27
	3 /
Unidade 8 - O impacto da infecção pelo HIV e das doenças ocasionadas pelo vírus sobre as mulheres	39
Unidade 9 - Cuidados com a criança infectada pelo HIV e com AIDS	43
Unidade 10 - Refletindo sobre a assistência de enfermagem ao cliente terminal	47
Unidade 11 - O papel do enfermeiro na educação da equipe de enfermagem para prestar assistência ao portador do HIV e da AIDS	53
Referências Bibliográficas	211
Anexos	215
Equipe de Trabalho	217

APRESENTAÇÃO

A necessidade de uma segunda tiragem do Manual de Orientação Básica para Equipe de Enfermagem na Prevenção do HIV e Assistência a Pessoas Portadoras do HIV e de Aids reflete a sua adequação aos treinamentos realizados em 26 estados brasileiros, levando às equipes de enfermagem a informação e o estímulo à discussão sobre a realidade da epidemia de aids, cada vez mais presente no cotidiano dos profissionais de saúde do País.

Este Manual tem por objetivo principal instrumentalizar a equipe de enfermagem, capacitando-a a desenvolver, de maneira mais eficiente e humanitária, o seu trabalho de prevenção ao HIV e de assistência a pessoas portadoras de aids.

A equipe de enfermagem é essencial para a conjugação do trabalho multidisciplinar, podendo permanecer até 24 horas do dia ao lado de quem necessite dos seus cuidados, assistindo o paciente com uma proximidade maior e um espírito de solidariedade não apenas necessário, senão fundamental para o processo de recuperação da sua saúde, da sua força de vontade e da sua melhor qualidade de vida.

PEDRO CHEQUER Coordenador Nacional de DST e Aids-MS

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de DST/AIDS, preocupado em imprimir uma política de capacitação para a área de enfermagem, no qual o enfermeiro assumisse efetivamente o papel do responsável por essa tarefa junto a sua equipe, traduziu e adaptou o manual "Prevenção do HIV e Assistência a Pessoas Afetadas pelo Vírus: Módulo de Ensino para Enfermeiros e Obstetras", elaborado pelo Programa Global Contra a AIDS da Organização Mundial de Saúde (OMS/PGA), ano de 1992.

Elaborada esta adaptação, foi promovida uma Oficina de Trabalho, no qual profissionais ligados à área de educação e enfermagem em nível nacional fizeram a revisão e a validação do material instrucional. Após, realizou-se um treinamento-teste e finalmente a revisão final.

Esse Manual é composto de onze Unidades. A Unidade I procura dar uma visão da situação de pandemia de AIDS. A Unidade II mostra como o cliente pode ser atingido clinicamente pelo efeito de infecção. A Unidade III trata da prestação da assistência livre de riscos; a IV, discute o que torna a AIDS uma doença diferente das demais; a V enfatiza a importância do aconselhamento, o significado da aplicação do teste para detecção da infecção; a VI trata da importância da Educação como estratégia de prevenção; as Unidades VII, VIII e IX discutem a assistência ao adulto, às mulheres e às crianças; a Unidade X proporciona uma reflexão sobre o cliente terminal e a Unidade XI procura resgatar o compromisso do enfermeiro na capacitação da equipe de enfermagem.

Essas unidades podem ser aplicadas integralmente para todos os participantes, propiciando o enriquecimento das discussões pela troca de experiência de atuação nos diversos níveis de atenção e nas diversas especialidades.

Outra alternativa é aplicar essas Unidades em etapas, segundo as necessidades e realidade de cada Serviço de Saúde.

Seja qual for a alternativa adotada, é importante que todos os enfermeiros vivenciem a Unidade XI, que não faz parte do material original da OMS, construído para sensibilizar os enfermeiros para uma das suas tarefas, já mencionada no início; a capacitação da equipe de enfermagem.

Esse material tem, portanto, a finalidade de ser referência para treinamento de enfermeiros e da equipe de enfermagem, tendo como diretriz que a mesma não se aproprie só do conteúdo técnico para realizar assistência de enfermagem, mas principalmente da forma de abordar e satisfazer as necessidades do cliente dando-lhe uma vida mais digna.

A duração do curso é de 80 horas, com carga horária diferenciada por Unidade, conforme quadro abaixo, devendo ser oferecido para grupos de 15 a 20 participantes.

CARGA HORÁRIA DO CURSO

UNIDADE	TEORIA	PRÁTICA	TOTAL
Ι	6	2	8
II	6	3	9
III	5	-	5
IV	8	-	8
V	4.30	-	4.30
VI	8	-	8
VII	5	4	9
VIII	4	4	8
IX	4	4	8
X	4	-	4
XI	5.30	-	5.30
AVALIAÇÃO	3	-	3
TOTAL	63	17	80

A prática profissional deve ser realizada nos Centros de Referência e/ou Unidades Especializadas, através de um estágio supervisionado onde se dará o processo de avaliação, devendo os enfermeiros saber o que e porque fazer, durante seu desempenho profissional.

A metodologia utilizada proporciona aos participantes vivenciarem várias estratégias de ensino, dependendo do tema a ser abordado.

Finalmente, considerando a especificidade do tema abordado, é importante que durante o treinamento haja participação de profissionais da área da saúde e que haja flexibilidade para incorporação de novos conhecimentos que estão sendo produzidos sobre o assunto.

Assim, este Manual é apresentado em colecionador com folhas destacáveis, organizadas por assuntos e que permitirá a incorporação de novas informações, propiciando a atualização sempre que necessária.

UNIDADE I - EPIDEMIOLOGIA E TRANSMISSÃO PELO HIV

INTRODUÇÃO

infecção pelo HIV causa uma condição que gera e insegurança. Como sociedade, os enfermeiros tendem a compartilhar os temores e as interpretações, que podem ou não estar equivocadas, dos outros membros que compõem essa sociedade. Por essa razão, é essencial que compreendam e trabalhem claramente seus próprios temores e preocupações e, somente assim, saberão separar os medos infundados dos que realmente mereçam consideração. Os enfermeiros devem compreender o alcance da pandemia da AIDS e a forma pela qual o HIV é transmitido. Esse é o primeiro passo para se tornarem profissionais bem informados e devidamente capacitados para compreender a problemática que envolve a assistência de pessoas infectadas pelo HIV. Frente a essa problemática, o profissional deve assumir postura adequada, de maneira eficiente e eficaz. Deve também assumir seu papel de líder da equipe de enfermagem e articulador, com outros profissionais, da assistência a essa clientela.



Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a aplicar conhecimentos básicos de epidemiologia do HIV e da AIDS, num determinado contexto social e explicitar o processo de transmissão, ressaltando a função que lhe cabe nesse processo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Identificar os principais temores pessoais e coletivos em relação à infecção pelo HIV e da	05'	Instrutor deve colocar no quadro negro ou numa folha de papel o seguinte texto acompanhado das perguntas:
AIDS.		"Muitas pessoas sentem medo quando ouvem a palavra AIDS pela primeira vez. Há muitas opiniões diferentes sobre a natureza da doença, como se propaga, quem a contrai e quantas pessoas falecem em decorrência dela.Vamos começar o nosso estudo de infecção pelo HIV e da AIDS pelo que vocês já sabem e sentem, e pelo que outras pessoas geralmente pensam e sentem em relação à AIDS."
		O que você já ouviu a respeito da infecção pelo HIV e da AIDS? (fazer com que o grupo relate os conhecimentos científicos e populares) O que você sabe sobre a transmissão do HIV? Descreva as diferentes formas pelas quais as pessoas afirmam que a infecção se propaga. Quando você pensa em cuidar de uma pessoa com AIDS, qual a sua reação?
	30'	2. Trabalhar com pequenos grupos para que discutam e respondam a essas perguntas. Solicitar que sintetizem a discussão escrevendo num painel.
	30°	3. Compartilhar os resultados das discussões, solicitando que cada grupo apresente seu trabalho.
Descrever o comportamento do agente etiológico da AIDS e suas características. Identificar questões relacionadas à transmissão.	20'	4. Leitura em grupo do Anexo nº 1. Comparar essas informações, com os quadros apresentados no item anterior.
ишъшъзао.	15'	5. Solicitar a dois participantes do grupo que encenem a seguinte situação: "Uma enfermeira está fazendo compras e encontra uma vizinha que lhe diz que tem medo de beber água em copo de bar porque ouviu dizer que pode transmitir a AIDS. A enfermeira explica à vizinha como a infecção do HIV se propaga. A vizinha continua a citar formas de transmissão inadequadas".
		Solicitar ainda que finalizem da maneira que julgar mais adequada esta dramatização.
	30'	6. Compartilhar a discussão, solicitando que os enfermeiros relatem o que aprenderam com o exercício, enfatizando a importância da abordagem adequada à clientela.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Identificar as inter-relações existentes entre a infecção pelo HIV e outros agentes causadores de DST.	30'	7. Solicitar ao grupo que listem as DST mais comuns que ocorrem na sua comunidade, anotando em um quadro. • Discutir a relação que existe entre essas doenças e a transmissão do HIV, baseado nos dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde ou publicações locais.
Descrever aspectos epidemiológicos locais, nacionais e globais da pandemia da AIDS, enfatizando a importância da vigilância como parte dos esforços para romper a cadeia de transmissão.	60'	8. O instrutor deverá usar referências locais e nacional (Boletim emitido pelo Programa Nacional) para apresentar informações sobre a incidência e prevalência da infecção pelo HIV e da AIDS. Essas informações devem conter minimamente: • Quantas pessoas de sua comunidade estão infectadas pelo HIV (prevalência)? • Como o HIV está sendo transmitido em seu país (incidência)? • Quantos casos de AIDS foram relatados em seu país até o presente momento (prevalência)? 9. Apresentar a ficha de vigilância epidemiológica da AIDS em adulto e criança. Sugere-se para o desenvolvimento das atividades 8 e 9 a presença de um profissional que atue no serviço de vigilância epidemiológica.
	60'	 10. Organizar uma visita dos alunos, divididos em pequenos grupos, a serviços que tenham algum tipo de relação com AIDS (Programa Nacional, COAS, Hospitais, Ambulatórios Especializados, Serviços de Transfusão de Sangue, Serviços de Dados sobre Saúde, etc.), tendo como finalidade obter o maior número de informações possíveis sobre o assunto. Montar um roteiro prévio, conforme sugestão abaixo, segundo o tipo de instituição visitada. Qual o tipo de vigilância de HIV e da AIDS que está sendo feito pelo serviço? Qual o número de casos novos? Qual é o percentual de casos em relação a população total? Quem está realizando testes para detectar o anticorpo do HIV? É oferecida orientação antes e após o teste? Que tipo de treinamento os profissionais tiveram para isso? Onde as pessoas com AIDS podem ser assistidas? Como as pessoas são encaminhadas a esses serviços, que tipo de assistência e/ou orientação recebem?

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
	120'	 Esses serviços atendem também a clientela com DST? Que serviços comunitários estão disponíveis à pessoas infectadas com HIV e com AIDS? A AIDS é uma doença notificável: Quem notifica, e a quem? Existe formulário especial para isso? Quantos testes para detectar o anticorpo do HIV foram realizados em seu serviço no ano passado? Quantos, desse total, foram positivos? E durante esse ano? Quais as principais categorias de transmissão na sua localidade/país (por exemplo, heterossexual, homossexual, usuário de drogas injetáveis, transfusão de sangue)? Como os casos de AIDS e/ou de pessoas que fizeram o teste para detectar o anticorpo do HIV e cujo resultado foi positivo estão distribuídos em termos de faixa etária, sexo, região etc? Como essas informações são coletadas? Acompanhar, se possível, um ou mais grupos durante a visita. Compartilhar a experiência, solicitando que cada grupo descreva as principais informações que conseguiu
		grupo descreva as principais informações que conseguiu coletar. Comparar os resultados da visita com os dados descritos no item 08. Entregar a cada participante o Anexo nº 2.
Descrever o papel do enfermeiro na prevenção e controle da infecção pelo HIV na comunidade.	60'	13. Rever com todo o grupo as principais informações adquiridas durante as atividades desta unidade e solicitar que listem quais seriam as principais atribuições do enfermeiro na prevenção evitando, dessa forma, a propagação do HIV. Guardar este material para uso posterior.

UNIDADE II - A INFECÇÃO PELO HIV E DOENÇAS OPORTUNISTAS ASSOCIADAS

INTRODUÇÃO

sta unidade consolidará o nível de aprendizagem alcançado na Unidade I e terá como finalidade facilitar a compreensão da história natural da infecção, das doenças ocasionadas pelo vírus e das conseqüências clínicas da infecção pelo HIV. Os conhecimentos adquiridos nesta Unidade e na Unidade I, lançarão base para: planejamento, implementação e avaliação das intervenções importantes na área da enfermagem e desenvolvimento de estratégias de educação para a saúde.



Ao concluir esta unidade o aluno identificará os efeitos da infecção pelo HIV sobre o sistema imunológico e suas consequências clínicas, reconhecendo as doenças oportunistas associadas á infecção.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Reconhecer como o HIV afeta o sistema imunológico, suas manifestações clínicas e as doenças oportunistas associadas.	60'	1. Leitura da referência bibliográfica nº 1, páginas 41 a 62.
as uociiças oportuinsias associadas.	120'	2. Discutir o texto. Levar o grupo à construção do conceito de sistema (rede) e principais órgãos envolvidos (medula óssea, timo, linfonodos, baço). Apoiar o grupo na esquematização destacando função dos órgãos e fluxo das células que proporcionam a resposta imune.
		3. Descrever o que o grupo sabe sobre as manifestações clínicas que se associam às alterações do sistema imunológico causadas pelo HIV. Relacionar as principais doenças oportunistas associadas. Recomenda-se trazer um profissional da área para apoiar as atividades 2 e 3.
	30'	4. Trabalhar em 3 grupos, solicitando que cada um analise um caso e decida como deve ser classificado de acordo com os aspectos clínicos referidos no Anexo nº 2.
		CASO A: O Sr. T. decidiu doar sangue no serviço local de hemoterapia. No entanto, após ser submetido a um teste sangüíneo, disseram-lhe que era portador do HIV e que não poderia mais doar sangue. Ele está bastante confuso, pois sente-se bastante saudável. CASO B: A Sra. A. submeteu-se a um teste recentemente e sabe que é portadora do HIV. A sua queixa atual inclui febre, calafrios, sudorese e mialgia. CASO C: O Sr. N. tem uma sorologia positiva para HIV, não está bem e se queixa de diarréia crônica e febre nas últimas sete semanas e de uma tosse persistente. Além disso, há diversas semanas está com aftas.
	30'	5. Compartilhar a discussão, com cada grupo apresentando a solução de cada caso. Reforçar os conceitos de Infecção Aguda, Infecção Assintomática e AIDS, definindo se algum desses casos deve ser notificado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Identificar casos de Infecção Aguda, de Infecção Assintomática e de AIDS.	30'	6. Discutir o Anexo nº 3 em pequenos grupos. Instrutor deve esclarecer dúvidas se necessário.
	30'	7. Aplicar o esquema do Anexo nº 3 nos casos A, B e C, descritos na atividade 4.
	30'	8. Cada grupo apresenta o esquema resultante de seu trabalho.
	30'	9. Após apresentação dos grupos o instrutor promove uma discussão com apreciação crítica dos esquemas apresentados, levantando as facilidades e dificuldades para aplicação do instrumento. Levar o grupo a refletir sobre a sua prática profissional. Ressaltar que, no cotidiano das atividades de enfermagem, geralmente sem que o profissional e/ou equipe perceba, um tipo de sistematização da assistência é utilizado durante uma seqüência de ações. Dessa forma é estabelecido um método informal de trabalho.
	180'	10. Aplicar o esquema do Anexo nº 3 em um serviço de atendimento a portadores do HIV e da AIDS.

UNIDADE III - PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO HIV EM SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

HIV (e outros patógenos transmitidos pelo sangue, como o vírus da hepatite B) pode ser transmitido em unidades de saúde, ambulatórios e hospitais, de um cliente a outro, de um cliente a um profissional de saúde e mais raramente de um profissional de saúde a um cliente. Em cada uma dessas formas de transmissão, o risco depende da prevalência de indivíduos infectados na população, da freqüência de exposição a instrumental contaminado, da natureza dessas exposições, da relativa infectividade do vírus e da concentração do vírus no sangue.

Considerando que não é viável identificar todas as pessoas infectadas pelo HIV, a estratégia para prevenir a transmissão do vírus em unidades de saúde, ambulatórios e hospitais e "perceber a importância de que todas as pessoas são potencialmente passíveis de ser infectadas". O fato de enfocarmos indivíduos sabidamente infectados deriva exclusivamente da necessidade de lhes oferecer, de forma sistematizada, orientação, apoio e tratamento, tornando a assistência mais eficaz

Esta unidade enfatiza a incorporação de precauções universais à prática de enfermagem de acordo com os documentos, sobre o assunto, emitidos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

OBJETIVO GERAL

Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a desenvolver estratégias para evitar a transmissão do HIV em unidades de saúde, ambulatórios e hospitais, participando de atividades de educação para saúde da clientela e facilitando a implementação de precauções universais visando o controle de infecção em todas as áreas da prática da enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Identificar possíveis formas de transmissão do HIV em unidades de saúde, ambulatórios e hospitais. Descrever precauções universais visando o controle da infecção.	60'	Dividir a turma em pequenos grupos e solicitar que identifiquem situações na prática cotidiana em que profissionais de saúde ou pacientes podem ser acidentalmente expostos ao HIV. Anotar em painel, organizando as contribuições segundo duas categorias: riscos para os profissionais e riscos para os clientes. Propondo as medidas preventivas necessárias para evitar a transmissão do HIV.
	60'	2. Compartilhar a discussão, com cada grupo relatando suas conclusões. O instrutor deverá garantir que contenha minimamente:
		Riscos para profissionais da saúde: • ferimentos com instrumentos pérfuro-cortantes contaminados com sangue ou outros fluidos corporais de uma pessoa infectada com HIV; • exposição de feridas abertas à sangue ou outros fluidos corporais de uma pessoa infectada com HIV (se a pele não estiver ferida, o HIV não será transmitido através dela); • respingos de sangue ou fluidos corporais infectados em mucosas sem solução de continuidade.
		Riscos para o cliente: • instrumental contaminado (agulhas, seringas, bisturis e outros instrumentos utilizados em procedimentos invasivos) ou reutilizado sem ter sido adequadamente desinfetado ou esterilizado; • transfusão de sangue infectado pelo HIV; enxertos, transplantes de órgãos ou inoculação de sêmen de um doador infectado com HIV; • contato com sangue ou outros fluídos corporais de um profissional de saúde infectado pelo HIV (por exemplo, uma parteira um cirurgião ou um dentista). O instrutor deve ainda avaliar se todos têm clareza das medidas de precauções relacionadas aos riscos.
	60'	3. Instrutor complementa a discussão sintetizando os conhecimentos sobre vias de transmissão potencial do HIV em unidades de saúde, ambulatórios e hospitais. Utilizar Anexos nº 4, 5 e Referência Bibliográfica nº 2.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Usar os conhecimentos anteriormente adquiridos para evitar exposições ao HIV em unidades de saúde, ambulatórios e hospitais.	30'	4. Trabalhar em 3 grupos, solicitando que cada um indique soluções mais adequadas para cada caso.
umdades de saude, amburatorios e nospitais.		CASO 1: Uma mulher traz seu filho, que está com febre, a um hospital. Quando lhe dão comprimidos em vez de injeção, ela fica zangada, por acreditar que medicação injetável tem ação mais rápida. A enfermeira está preocupada com a equipe de enfermagem por estar aplicando injeções com material esterilizado inadequadamente.
		Como você orientaria a mãe da criança para evitar procedimentos evasivos desnecessários? O que você poderia fazer para evitar que a equipe de enfermagem use seringas e agulhas esterilizadas inadequadamente?
		CASO 2: Você faz parte de um grupo tarefa no hospital, cuja finalidade é desenvolver um plano para ensinar o pessoal a adotar procedimentos para controle das infecções, visando evitar a propagação de agentes patogênicos transmitidos pelo sangue. • Quem deveria passar por esse treinamento? • Que problemas podem surgir no processo de tentar alcançar os objetivos? • Que conteúdo deve conter o plano de ensino?
		CASO 3: Você é membro de uma comissão estabelecida para estudar formas de limitar o número de transfusões desnecessárias. Verificou-se que diversas crianças podem ter sido infectadas pelo HIV por transfusões. O hospital ainda não testa todo o sangue colhido para fins de transfusão. • Que problemas podem surgir no processo de alcançar os objetivos? • Que estratégias devem ser adotadas para solucionar o problema?
	60'	5. Solicitar que os grupos apresentem as propostas de encaminhamentos para cada caso, procurando estabelecer consenso.
	30'	6. Fazer leitura do Capítulo III: Das Responsabilidades, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Referência Bibliográfica nº 3.

UNIDADE IV - O IMPACTO PSICOSSOCIAL DA INFECÇÃO PELO HIV NO INDIVÍDUO E NA COMUNIDADE

INTRODUÇÃO

sta unidade aborda a reação cultural da comunidade em relação à pandemia de AIDS, como os efeitos psicossociais da infecção são influenciados por essa reação e o papel que os enfermeiros podem. Desempenhar no sentido de modificar essa mentalidade, em relação a atitudes sociais e seus efeitos sobre o indivíduo e fortalecer recursos comunitários.

Todas as sociedades afetadas pela pandemia de AIDS reagiram com temores e atitudes discriminatórias de diferentes intensidades em relação às pessoas, efetiva ou potencialmente, infectadas pelo HIV. Isso tem contribuído para intensificar as consequências psicológicas e sociais, frequentemente devastadoras, de um diagnóstico de HIV.

Como membros das sociedades em que vivem, os enfermeiros são influenciados por atitudes socioculturais (mitos, crenças, etc) prevalentes. Isso pode afetar suas atitudes em relação às pessoas que assistem e gerar conflitos com diretrizes profissionais.

Enfermeiros empenhados em mudar atitudes sociais em relação a qualquer aspecto das atividades de assistência e prevenção da AIDS podem entrar em conflito com suas comunidades e políticas adotadas para lidar com a infecção do HIV. Em muitos países, enfermeiros desenvolveram estratégias confirmadamente corretas para fazer frente a essas dificuldades.



Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a identificar fatores psicossociais que afetam pessoas infectadas pelo HIV e o seu papel em relação a atitudes sociais e seus efeitos sobre o indivíduo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Comparar atitudes sociais e crenças em relação à AIDS e a outras doenças.	30'	Trabalhar em pequenos grupos, listar como diferentes membros da comunidade vêem a AIDS e comparar com outra doença que afeta esta comunidade. Anotar num painel, fazendo duas colunas para melhor visualizar o resultado da discussão.
	30'	2. Compartilhar, apresentando diferenças identificadas pelos grupos, procurando salientar porque a AIDS é vista de maneira diferente de muitas outras doenças. Sugerir a leitura da Referência Bibliográfica nº 4.
Discutir atitudes sócio culturais que afetam indivíduos infectados pelo HIV.	30'	 3. Trabalhar em pequenos grupos, analisando uma série de declarações, conforme sugestão abaixo, dizendo se concordam ou não, fazendo a devida justificativa. As pessoas com AIDS são culpadas de ter contraído essa doença. Os enfermeiros deveriam ter a liberdade de recusarem-se a cuidar de um paciente com AIDS. A epidemia de AIDS poderia ser eliminada se as leis contra a prostituição e o homossexualismo fossem mais severas e se os estrangeiros fossem mandados de volta a seu pais. Pessoas com AIDS devem ter os mesmos direitos de outros pacientes. O HIV nada mais é do que uma punição por comportamento imoral. Enfermeiros não devem ter qualquer temor de cuidarem de pessoas com AIDS. Todos os clientes devem ser submetidos ao teste para detectar a presença do anticorpo do HIV, com ou sem o seu consentimento. Pessoas portadoras do HIV que continuam a ter relações sexuais deveriam ser presas. As pessoas que usam camisinha para se proteger do HIV são estimuladas a ter um comportamento imoral.
	60'	4. Solicitar que cada grupo relate as idéias expressadas. Procurar fazer o grupo chegar a um consenso após refletir sobre opiniões apresentadas. É importante que o instrutor procure não corrigir ou criticar as opiniões das quais possa discordar. Deve facilitar a discussão evitando respostas moralistas. Se necessário, utilizar a referência bibliográfica nº 2 e 5.
	10'	5. Fazer a leitura do Capítulo II: Dos Direitos, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Referência Bibliográfica nº 3.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Descrever como a infecção do HIV pode ter impacto psicossocial nos indivíduos e na sua comunidade e a relevância de atitudes sociais.	20'	6. Desenvolver individualmente a seguinte tarefa: "Cada aluno se coloca, imaginariamente, na situação de uma pessoa que acaba de descobrir que é portadora do HIV. Em seguida elabora uma lista de quais seriam suas prováveis necessidades nas primeiras 24 horas após o diagnóstico, nas duas primeiras semanas e nos seis primeiros meses". Salientar que as necessidades podem ser físicas, psicológicas, sociais ou espirituais.
	40'	7. Dividir a turma em pequenos grupos e pedir que compartilhem a experiência vivenciada na atividade anterior.
		Solicitar que elaborem uma lista das cinco necessidades mais importantes em cada um desses três estágios posteriores ao diagnóstico. Observar que este exercício revela que a equipe de enfermagem deve preparar-se para atender as sua próprias necessidades e do cliente no que diz respeito aos aspectos psicossociais.
	50°	8. Utilizar a lista construída na atividade anterior e, com a participação de todo grupo, solicitar que indiquem, para cada necessidade identificada: como a reação da comunidade, no que diz respeito a atitudes ou comportamentos em relação ao indivíduo infectado, pode ajudar ou piorar a situação e como a equipe de enfermagem pode satisfazer a necessidade do cliente. Guardar esse material para uso posterior.
	60'	9. Apresentar ao grupo uma pessoa portadora de HIV ou com AIDS para contar a sua experiência pessoal com relação a essa situação. O grupo pode fazer perguntas durante ou após a fala.
	30'	10. Avaliar, após saída do convidado, a reação do grupo. Considerar se há necessidade de alterar a lista elaborada na atividade 7.
Identificar recursos existentes na comunidade capazes de satisfazer as necessidades psicossociais dos indivíduos afetados.	30'	11. Utilizar a lista elaborada na atividade 7 e, considerando essas necessidades, relacionar o que existe na comunidade para atendê-las (organizações comunitárias, profissionais de saúde, organismos civis e religiosos, etc). É interessante que o instrutor tenha uma lista com as entidades previamente relacionadas para poder acrescentar informações, se necessário.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Descrever restrições enfrentadas por enfermeiros ao trabalharem no sentido de satisfazer as necessidades psicossociais das pessoas infectadas (restrições sócio- culturais, éticas e profissionais).	40'	12. Trabalhar cm pequenos grupos e responder as perguntas apresentadas a seguir. O resultado da discussão deve ser anotado em um quadro. • Que barreiras limitações os enfermeiros de sua comunidade podem encontrar ao tentar satisfazer as necessidades de pessoas portadoras de HIV ou com AIDS? • Existem conflitos entre a política de atendimento aos portadores de HIV e de AIDS e a prática de enfermagem, no seu local de trabalho? Se afirmativo, qual o motivo? O que pode ser feito para mudar essa situação?
	50'	13. Compartilhar a discussão com os grupos apresentando suas conclusões. O instrutor deve atuar coma facilitador levando em conta os vários pontos abordados.

UNIDADE V - CAPACITAÇÃO PARA ACONSELHAMENTO NA REALIZAÇÃO DE TESTES SOROLÓGICOS DO HIV E A CLIENTES PORTADORES DO HIV E DA AIDS



o campo do HIV e da AIDS, a atividade de aconselhamento às vezes é indicada para ficar a cargo de profissionais especialmente treinados para essa função.

No entanto, os enfermeiros podem e devem orientar pacientes em todos os seus contatos. Na prática. essa orientação tem dois objetivos básicos:

4# evitar transmissão da infecção pelo HIV.

4# oferecer apoio psicológico a pessoas infectadas

ou afetadas pelo HIV (por exemplo, família de um cliente).

Um diagnóstico de soropositividade ou AIDS, ou mesmo a discussão da possibilidade de estar infectado pode desencadear muitas mudanças, perdas e adaptações, sendo que freqüentemente isso acontece em condições de isolamento social.

As pessoas muitas vezes sentem-se impotentes diante de problemas concretos ou em potencial que precisam enfrentar. Confirmou-se que a expectativa de vida de pacientes que se sentem menos apoiados pode ser reduzida. Além de que, a curto prazo, é natural que as pessoas em dificuldades queiram que as que as assistam "assumam o controle e pensem por elas". No entanto, pacientes que apenas recebem instruções sobre o que devem fazer levam mais tempo para encontrar as respostas mais adequadas para suas personalidades e circunstâncias específicas.



Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a identificar e descrever fundamentos do uso de testes voluntários e anônimos na detecção da infecção e aconselhamento a portadores de HIV e pacientes com AIDS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Identificar situações em que é adequado e benéfico aplicar o teste para detecção do anticorpo do HIV. Descrever os tipos de situações envolvidas no aconselhamento pré e pós teste do HIV.	30'	Discutir em pequenos grupos sobre o uso do teste. Utilizar um roteiro, conforme sugestão abaixo: Por que é necessário obter o consentimento consciente de um indivíduo antes de submetê-lo a esse teste? Por que o resultado do teste deve ser confidencial? Por que é importante confirmar um teste positivo? Por que é importante garantir a inexistência de resultados falsos-negativos durante a testagem de sangue a ser usado em transfusões? Algumas pessoas gostariam que todos os indivíduos fossem testados para verificar se são portadores do HIV. Esse procedimento é útil?
	40'	2. Solicitar que cada grupo apresente os resultados da discussão.
	20'	3. Leitura do Anexo 6: "Diretrizes da OMS para orientação a ser oferecida em relação ao teste anti-HIV".
Identificar o tipo de aconselhamento a ser dado a clientes com HIV. Ressaltar a importância do aconselhamento de pessoas em relação à infecção pelo HIV.	30'	4. Trabalhar com dois grupos: A e B. Grupo A deve assumir os pontos de vista de dois clientes, um que deseja ser orientado a respeito de como se prevenir da infecção pelo HIV e um recentemente diagnosticado como portador do HIV. Este grupo deve relacionar todas as qualidades (comportamento e habilidades) que gostariam de ver no enfermeiro. Grupo B deve relacionar todas as qualidades pessoais e aptidões interpessoais que poderiam ajudá-lo a ser eficaz em termos de prevenção e apoio à clientela com HIV. Peça a cada grupo que indique um representante.
	30'	5. O representante do Grupo A "cliente" passará para o Grupo B "enfermeiro" e o representante do Grupo B "enfermeiro" para o Grupo A "cliente". Os dois representantes transmitirão ao grupo para o qual foram deslocados as conclusões a que seus grupos chegaram. O grupo dos "enfermeiros" e dos "clientes" acham que as conclusões a que chegaram são compatíveis? O instrutor deve deslocar-se entre os dois grupos para observar o que está acontecendo.
	30'	6. Os dois grupos devem reunir-se, discutindo o que aprenderam com esse exercício e quais as implicações para as ações da enfermagem. O instrutor deve ir listando e sistematizando o resultado dessa discussão em um painel. Guardar para uso posterior.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
	60'	7. Trazer para falar ao grupo dois profissionais de saúde, sendo um preferencialmente enfermeiro, de um Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), para relatar suas experiências profissionais positivas e negativas durante o processo de comunicação no trabalho de aconselhamento. O grupo deve ser incentivado a fazer perguntas.
	30'	8. Sintetizar as discussões enfantizando a importância da participação do enfermeiro na equipe multidisciplinar do COAS.

UNIDADE VI - EDUCAÇÃO COMO INSTRUMENTO PARA EVITAR A INFECÇÃO PELO HIV



s profissionais de enfermagem desfrutam de uma posição privilegiada para educar as pessoas sobre formas de reduzir o risco de transmissão do HIV. Eles são percebidos como fontes confiáveis de informações sobre saúde e as pessoas geralmente se sentem mais à vontade para discutir questões pessoais com eles do que com outros profissionais.

De um modo geral, os hábitos sexuais e o uso de drogas são questões muito particulares, de modo que os enfermeiros precisam ter a habilidade de deixar as pessoas à vontade para discutir temas potencialmente embaraçosos.

A capacidade de aconselhar adequadamente permite que os pacientes façam opções viáveis e bem fundamentadas para proteger a si próprios e a outras pessoas.

É essencial que a equipe de enfermagem saiba transmitir informações detalhadas e precisas sobre hábitos sexuais e uso de drogas de forma naturalmente adequada. É possível prevenir a transmissão do HIV, portanto é vital que não haja qualquer mal entendido em relação como o vírus é transmitido ou não.



Após concluir esta unidade, o aluno deverá aplicar os conhecimentos adquiridos levando-se em consideração as medidas preventivas que podem ser tomadas num determinado contexto sócio-cultural, evitando a infecção e a propagação do HIV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Descrever padrões de comportamento sexual em sua comunidade.	20'	Trabalhar com duplas, solicitando que discutam segundo o roteiro abaixo. Um membro de cada dupla deverá escrever as respostas num painel. Que normas "ou regras" culturais, religiosas e sociais influenciam o comportamento sexual na sua comunidade? Você concorda com elas? Por que? De que maneira essas normas ajudam a prevenir a propagação do HIV? Essas normas podem estar favorecendo a propagação do HIV de alguma maneira? Por quem e de que formas essas normas não estão sendo seguidas sempre? Por que você acha que as pessoas às vezes não seguem essas normas de comportamento? Existem diferenças em termos do que é socialmente aceitável no comportamento sexual dos homens e das mulheres? Como você acha que o comportamento sexual mudou desde o início da pandemia da AIDS?
	30'	2. Reunir duplas, formando pequenos grupos, solicitando que compartilhem impressões e discutam suas respostas. Anotar as conclusões.
	30'	3. Solicitar que os grupos apresentem conclusões sobre as principais maneiras pelas quais os padrões de comportamento sexual de sua comunidade estão relacionadas ao HIV e expressem como se sentiram ao fazer o exercício.
Identificar riscos relativos ao comportamento sexual.	20'	4. Solicitar ao grupo que levante de que maneira arriscaram suas vidas para estar na sala de aula hoje. Escreva as respostas num quadro e peça que identifiquem maneiras de minimizar os riscos envolvidos em atividades diárias. Explique que, em princípio, o comportamento sexual é semelhante aos comportamentos que discutiram e que existem formas relativamente seguras e relativamente inseguras de comportamento sexual diante do problema de transmissão do HIV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
	30'	5. Distribuir ao grupo, aleatoriamente, cartões preparados com antecedência, onde deve estar nominado um determinado comportamento, conforme sugestão listada abaixo. Solicitar que cada um afixe seu cartão num painel dividido em duas colunas, com os seguintes títulos: MAIOR RISCO E MENOR RISCO. O exercício deve ser feito considerando que os comportamentos sexuais estariam sendo adotados em relação a um parceiro infectado pelo HIV. Lista de comportamentos sexuais: • Fantasias sexuais • Masturbação (tocar na própria genitália de modo a extrair prazer sexual) • Masturbação mútua (duas pessoas tocando a genitália uma da outra) • Beijar na boca • Abraçar • Coito vaginal sem preservativo • Coito vaginal com preservativo adequadamente utilizado • Coito anal (pênis no ânus) sem preservativo adequadamente utilizado • Coito anal (pênis no ânus) com preservativo adequadamente utilizado • Cunilíngua (contato dos lábios e da língua com a genitália de uma mulher) • Felação sem preservativo (contato da boca com a genitália de um homem) • Felação com preservativo (contato da boca com a genitália de um homem) • Contato dos lábios e da língua com o ânus • Instrumento de recreação sexual Cada pessoa que se levantar para afixar um cartão relativo a um comportamento sexual pode perguntar à turma se conhece quaisquer palavras usadas na comunidade para descrever o comportamento em questão. Além disso, cada pessoa que se levantar para esse fim pode expressar sua discordância com a posição de qualquer cartão afixado anteriormente. O instrutor pode mudar a posição de cartões que por ventura tenham sido afixados onde não deveriam.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Identificar formas de redução de riscos relativos ao comportamento sexual.	30'	Discutir com todo o grupo que comportamentos sexuais sempre ocorrem dentro de um contexto e que há muitos fatores que influenciam a capacidade das pessoas de fazer opções mais seguras.
	20'	7. Dividir a turma em 6 grupos para que discutam que tipo de aconselhamento dariam aos indivíduos envolvidos nos casos abaixo:
		CASO 1: O Sr. A já se submeteu diversas vezes a tratamentos contra doenças sexualmente transmissíveis e tem muitos parceiros sexuais. Ele diz que gosta demais de seu estilo de vida para mudá-lo, mas recentemente começou a ficar preocupado com a possibilidade de contrair o HIV.
		CASO 2: A Sra. B está casada há muitos anos. Seu marido viaja muito e em cada viagem fica fora durante muitas semanas. Ela teme que ele esteja tendo relações sexuais com outras mulheres e homens e está preocupada com a possibilidade de pegar o HIV por essa razão. Tem medo de levantar o assunto com o marido, porque ela acha que ele pode ficar zangado. Ele quer ter mais filho, mas ela não.
		CASO 3 - O Sr. C tem 15 anos de idade e uma namorada. Eles já têm alguma experiência sexual, mas não sabem como o HIV se transmite e tão pouco como usar o preservativo, por isso, solicita informações detalhadas.
		CASO 4: A Sra. D oferece serviços sexuais para sustentar sua família. Ela diz que os preservativos são caros e que seus clientes lhe oferecem mais dinheiro se ela não os usar.
		CASO 5: O Sr. E e sua namorada vêm mantendo relações há três meses. Geralmente usam preservativos, mas quando não têm um à mão, praticam outras formas mais seguras de sexo. Ele gostaria de saber quando podem abrir mão dessas precauções, já que um dia gostariam de ter filhos.
		CASO 6: O Sr. F é bissexual (tem sexo com homens e mulheres) e afirma que sente menos prazer sexual quando usa preservativos. Sente vergonha de usá-los e acha que seus parceiros suspeitarão de que ele é portador do HIV se sugerir o seu uso. Ele não sabe se é portador do HIV ou não.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
	30'	Compartilhar a discussão, com cada grupo relatando os principais aconselhamentos para o caso. Instrutor deve facilitar a discussão procurando consenso para as soluções propostas.
	30'	9. Leitura do Anexo nº 7, com demonstração do uso do preservativo por parte do instrutor ou de um aluno.
Descrever como o uso da droga e do álcool podem estar relacionados à infecção pelo HIV e como reduzir os riscos.	30'	10. Trabalhar com o grupo. Cada um recebe uma série de cartões com nomes de substâncias, como ópio, cocaína, tabaco, álcool, etc. Eles devem ser afixados em painéis com os títulos: depressoras, perturbadoras e estimuladoras.
		Instrutor facilita a discussão sobre as substâncias relacionadas às diversas categorias e corrige possíveis erros.
	30'	11. Trabalhar com pequenos grupos e, considerando as substâncias relacionadas na atividade anterior, pedir que as classifiquem em painéis com os seguintes títulos: uso aceitável - uso não aceitável - uso lícito - uso ilícito. O instrutor deve refletir com o grupo que o uso aceitável ou não das drogas está relacionado aos aspectos morais de uma sociedade; e que o uso lícito ou ilícito está relacionado à legalidade.
	30°	12. Compartilhar a discussão através da apresentação do trabalho de cada grupo. O instrutor deve facilitar a discussão para que, no decorrer da apresentação, sejam levantadas as diferentes idéias e atitudes. Discutir o conceito de uso e abuso das drogas. Entregar o Anexo nº 8 e a Referência Bibliográfica nº 6.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
	60'	13. Trabalhar com todo o grupo discutindo como a transmissão do HIV pode estar relacionada ao uso das substâncias. Montar quadro com os seguintes títulos: Ingerir - Cheirar - Sugar ou Mastigar - Injeção Intravenosa - Inalar - Outras modalidades de injeção. Usar cartões com o nome das substâncias e classificá-las com a participação dos alunos. Na seqüência, afixar dois cartazes na parede. No primeiro deve constar a palavra SEGURAS, e no segundo a palavra INSEGURAS. Com a participação dos alunos afixe em cada cartaz o nome da substância com a respectiva via de transmissão, segundo o que acharem correto. O instrutor deve corrigir possíveis erros e facilitar a discussão de forma a ficar claro que alguns riscos associados ao uso de substâncias podem ser reduzidos se as mesmas forem usadas por via de administração mais seguras. Deve estimular os alunos a evitar respostas moralistas, embora algumas pessoas talvez não consigam mudar seu comportamento Entregar Referência Bibliográfica nº 7.
Identificar sentimentos pessoais, valores culturais e religiosos que podem afetar a capacidade de um enfermeiro educar pessoas sobre a transmissão do HIV e sua prevenção	40'	14. Dividir em pequenos grupos. Cada grupo recebe uma folha grande de papel onde deve escrever os seguintes títulos: • Obstáculos Pessoais • Obstáculos Profissionais • Obstáculos Religiosos/Culturais Sob cada título devem colocar, após discussão, as diversas barreiras ou dificuldades que provavelmente enfrentarão ao se tornarem educadores. Destacar os obstáculos nos quais sentem-se incapazes de fazer alguma coisa. Após, solicitar que elaborem um plano de ação que ajudaria a lidar com os problemas identificados; listar, em seguida, as mudanças necessárias em sua comunidade para reduzir esses problemas.
	50'	15. Compartilhar a discussão, solicitando que cada grupo apresente seu trabalho. O instrutor deve sistematizar a discussão procurando formar um único painel.

UNIDADE VII - CUIDADOS A SEREM OFERECIDOS A ADULTOS COM DOENÇAS OCASIONADAS PELO HIV



assistência de enfermagem a uma pessoa com problemas de saúde ocasionado pelo HIV, sob o ponto de vista técnico, é basicamente a mesma daquela prestada a pessoas com outros problemas de saúde.

Consequentemente, todos OS enfermeiros competência para cuidar de clientes com doencas ocasionadas pelo HIV, na medida em que os cuidados baseiam-se nos mesmos princípios de enfermagem. Além disso, os enfermeiros conhecem muitos dos problemas de assistência a saúde que pessoas infectadas pelo HIV enfrentarão, devido aos seus conhecimentos e experiência no tratamento de pessoas com outras doenças progressivas. Para aumentar ainda mais a competência e a autoconfiança de enfermeiros que cuidam de pessoas infectadas pelo HIV. esta unidade oferecerá a oportunidade de se familiarizar com toda gama de doenças oportunistas (discutidas no Unidade II) e com as necessidades de assistência das pessoas afetadas por elas. Oferecerá também oportunidade para discutir as implicações dos tratamentos disponíveis para a prática da enfermagem. Questões relacionadas ao controle de infecção, a saber, o conceito de precauções universais, discutidas no Unidade III, são reforçadas neste enfermeiros serão relembrados quaisquer precauções para o controle de infecções consideradas apropriadas para a assistência de indivíduos sabidamente infectados pelo HIV são igualmente aplicáveis a todos os servicos de saúde, a todos os clientes e o tempo todo.



Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a identificar intervenções de enfermagem voltadas para o atendimento integral de adultos com doenças sintomáticas ocasionadas pelo HIV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Reconhecer a infecção sintomática pelo HIV. Identificar problemas agudos e crônicos ocasionados pela infecção do HIV.	90'	1. Aula sobre os problemas mais comuns e possíveis causas na infecção sintomática pelo HIV, as respectivas doenças que podem surgir, considerando essas condições oportunistas (utilizar recursos audio-visuais para demonstrar os problemas causados pelas doenças oportunistas).
Descrever implicações para a enfermagem e propor intervenção adequada a cada situação.	60'	2. Trabalhar em pequenos grupos, solicitando que listem as principais infecções oportunistas associadas à infecção pelo HIV. A seguir relacione os principais problemas (sinais e sintomas), advindos dessas infecções. Escolha um desses problemas e elabore um plano de assistência de enfermagem. Orientar para que anotem em painel.
	60'	3. Compartilhar a discussão, solicitando que cada grupo apresente seu plano de assistência. Avaliar o resultado da atividade, enfatizando a necessidade da sistematização da assistência de enfermagem. Entregar o Anexo nº 9.
Discutir o papel do enfermeiro na assistência domiciliar do cliente.	30'	4. Dividir a turma em pequenos grupos, solicitar que revejam os painéis das atividades anteriores e discutam as seguintes questões: • Como as intervenções de enfermagem propostas podem ser implementadas no domicilio? • Que orientações e mecanismos de apoio podem ser necessários para que a família ou os amigos possam cuidar de uma pessoa em casa? • Que recursos clínicos locais estão disponíveis para apoiar enfermeiros que cuidam de pacientes no domicilio?
	60'	Compartilhar a discussão, solicitando que cada grupo relate suas conclusões. Fazer a leitura do Anexo nº 10.
Realizar intervenções de enfermagem voltadas para atendimento integral do cliente.	240'	6. Aplicar o plano de assistência de enfermagem a clientes internados num hospital ou que freqüentem um hospital-dia ou durante uma visita domiciliar. Sugere-se a divisão de grupos entre os diversos serviços, com posterior troca de experiência.

UNIDADE VIII - O IMPACTO DA INFECÇÃO PELO HIV E DAS DOENÇAS OCASIONADAS PELO VÍRUS SOBRE AS MULHERES



sta unidade aborda riscos particulares da infecção pelo HIV aos quais uma mulher pode ser exposta e sua vulnerabilidade em decorrência de seu papel e posição na sociedade. Os efeitos da infecção na gestação são considerados no contexto do desafio que a infecção apresenta para a mãe, seu filho ainda não nascido e as pessoas envolvidas nos cuidados a serem oferecidos à mãe e ao seu filho.

Enfoca as necessidades educacionais das mulheres no campo da saúde e estratégias educacionais adequadas para satisfazer essas necessidades. Considera também as opções disponíveis às mulheres, que podem ser discutidas no contexto de uma situação de aconselhamento.



Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a avaliar os riscos de infecção pelo HIV aos quais as mulheres podem estar expostas e identificará as necessidades de intervenção de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Descrever influências sócio-culturais que podem expor mulheres ao risco de contrair a infecção pelo HIV	30'	Dividir a turma em pequenos grupos para considerar as seguintes questões: Tradicionalmente, qual é o papel da mulher na sociedade? Quais são as vantagens e as desvantagens de ser uma mulher nessa sociedade? Como a condição e o papel da mulher afetam sua capacidade de: controlar sua fertilidade e adotar métodos anticoncepcionais, ter acesso à assistência médica, negociar formas mais seguras de fazer sexo?
	30'	2. Compartilhar a discussão com os grupos apresentando as conclusões. O instrutor deve facilitar a discussão, estando atento se foram referidos costumes e tabus relacionados ao papel das mulheres, desigualdade entre o homem e a mulher e a sua falta de poder, os efeitos da pobreza e da prostituição, falta de educação para mulheres, baixa disponibilidade de meios anticoncepcionais e a carência de mecanismos de assistência médica, particularmente durante a gestação e o parto.
Identificar riscos de contrair a infecção do HIV aos quais a mulher pode estar exposta	30°	3. A partir dos relatos dos grupos e tomando como referência as vias de transmissão anteriormente mencionadas, o instrutor deve estimular a discussão para que sejam identificados riscos específicos de contrair a infecção pelo HIV aos quais as mulheres ficam expostas. Essa discussão pode girar em torno das seguintes questões: • mulheres que fazem sexo sem proteção com um parceiro que mantém muitos outros contatos sexuais; • mulheres que fazem sexo sem proteção com muitos parceiros; • mulheres que fazem sexo sem proteção com portadores de doenças sexualmente transmissíveis; • mulheres que fazem sexo anal sem proteção; • mulheres que receberam transfusões de sangue no passado; • mulheres que usam drogas injetáveis ou que são parceiras de pessoas que usam drogas injetáveis. O instrutor ou um aluno deve anotar os principais pontos num quadro.
Descrever efeitos da infecção do HIV e de doenças ocasionadas pelo vírus sobre uma gestante e seu bebê.	60'	4. Aula sobre a infecção pelo HIV e a gravidez. Entregar a Referência Bibliográfica nº 8 e referenciar o Anexo nº 11.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Identificar as necessidades de intervenção de enfermagem.	30'	5. Trabalhar em pequenos grupos, solicitando que cada um liste as principais estratégias que a enfermagem pode desenvolver para reduzir a vulnerabilidade das mulheres ao HIV e a AIDS em decorrência de suas condições sócio-econômicas e em decorrência das condições de assistência de saúde prestada a este segmento social.
	60'	6. Compartilhar a discussão, com cada grupo apresentando o produto do seu trabalho. O instrutor deve sistematizar as conclusões acrescentando estratégias, se necessário. Guardar esse material para uso posterior.
Realizar intervenções de enfermagem voltadas para o atendimento integral às mulheres	240'	7. Aplicar plano de assistência de enfermagem às clientes mulheres internadas num hospital ou que freqüente hospital-dia ou ambulatório.

UNIDADE IX - CUIDADOS COM A CRIANÇA INFECTADA PELO HIV E COM AIDS



maioria das crianças infectadas pelo HIV, com AIDS e com doenças oportunistas ocasionadas pelo vírus se infectam por transmissão perinatal (vertical). Os enfermeiros acabam assistindo a toda a família, pois freqüentemente muitos membros podem estar doentes ou morrendo e, conseqüentemente, a capacidade de apoiar socialmente a criança doente vai diminuindo. Além disso, as doenças ocasionadas pelo HIV em criança são diferentes das observadas em adultos. Os enfermeiros precisarão ter a capacidade de diferenciar as doenças pediátricas ocasionadas pelo HIV de outras doenças comuns em crianças, para planejar intervenções adequadas de enfermagem.



Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a descrever as consequências clínicas da infecção do HIV em crianças e a praticar intervenções para satisfazer as necessidades da criança afetada e/ou de sua família na assistência de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Identificar como as crianças podem ser expostas ao HIV. Reconhecer os sinais e sintomas de doenças ocasionadas pelo HIV em crianças.	30°	Dividir a turma em pequenos grupos e solicitar que discutam as seguintes questões: Que temores uma mãe infectada pelo HIV pode ter em relação ao seu filho de quatro meses? Que temores os pais podem ter em relação a um filho que recebeu uma transfusão de sangue? Que temores uma prostituta de doze anos que trabalha nas ruas de sua cidade pode ter ao descobrir que está infectada com HIV? Que temores podem ter uma família de quatro membros, onde dois dos quais estão infectados pelo HIV?
	30'	Compartilhar a discussão com cada grupo relatando o resultado. O instrutor deve ajudar a sistematizar as conclusões.
	60'	3. Aula sobre transmissão do HIV em criança, principais problemas nas crianças portadoras de HIV e definição clínica de caso de AIDS. Entregar o Anexo nº 12 e da Referência Bibliográfia nº 9.
Planejar cuidados de enfermagem à criança e à família.	60'	4. Dividir a turma em três grupos e designar um estudo de caso, dos três apresentados a seguir, a cada um. Para cada caso faça uma avaliação seguindo a sugestão de roteiro descrito a seguir e estruture um Plano de Assistência de Enfermagem.
		 Que outras informações seriam necessárias para avaliar os cuidados? Que perguntas você faria à mãe sobre a criança? Relacione as necessidades da criança e de sua família em termos de cuidados físicos e psicossociais; Que intervenções de enfermagem seriam adequadas para satisfazer essas necessidades? Como será avaliada a intervenção da enfermagem? Que tipo de orientação você daria a família?
		CASO 1: A Sra. P, é uma mulher de 22 anos, traz seu filho de 10 meses. M., ao ambulatório. Você a conhece porque ela correu sérios riscos de perder o bebê durante a gravidez: ganhou pouco peso, teve fadiga crônica, febres, diarréia e anorexia. Suspeita-se que ela tenha contraído a infecção do HIV, que é comum entre mulheres jovens. Ela está trazendo seu bebê ao ambulatório porque vem se sentindo pior ultimamente e teme que ele esteja com AIDS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
		Você examina o bebê e verifica que ele pesa 8.1 kg., segundo o ^g ráfico, para urna criança de 10 meses, inferior ao que M. deveria estar pesando. Medindo a prega cutânea. você verifica que ele está desnutrido e suas mucosas hipocoradas. Nos seus braços e pernas aparecem hipotonia. A mãe diz que ele suga mal e extrai pouco leite do seio.
		Seis meses mais tarde, a mãe está morando com a sua irmã mais velha, que cuida do bebê M porque a Sra. P. fica na cama a maior parte do dia. A Sra. P. traz seu bebê ao ambulatório porque sua irmã insiste que ele quase não engatinha, enquanto seus filhos já estavam quase andando aos 12 meses. Nos últimos seis meses o bebê M. já esteve no ambulatório três vezes com infecção no ouvido e teve candidíase durante um ano, que desaparecem quando tratadas, mas retornam assim que a medicação (micostatina oral em suspensão) é suspensa.
		CASO 2: L. é uma menina de dois anos que vem ao ambulatório com sua mãe. Recentemente ela começou a tossir ocasionalmente e a apresentar hipertermia à noite. Sua mãe está recebendo tratamento contra candidíase e diarréia crônica, sintomas da infecção pelo HIV que ela apresenta desde que estava grávida de L. Ela foi testada durante a gravidez e o teste deu positivo para anticorpos HIV. Teve também um diagnóstico de tuberculose e recebeu medicação contra a doença. Teme que L. esteja com AIDS e quer que ela seja testada. L. é submetida ao teste do HIV e a um raio-X do tórax.
		A enfermeira a examina, diz que L. tem candidíase e administra micostatina oral em suspensão. Após uma semana, o resultado do raio-X revela tuberculose pulmonar e L. é trazida de volta ao ambulatório para receber tratamento. Um mês depois, sai o resultado do teste do anticorpo HIV, que é positivo.
		Agora L. já tem três anos e seus pais morreram de AIDS. Ela é trazida à sala de emergência por sua avó e hospitalizada com pneumonia. Tem apresentado tosse e febre há uma semana. Na noite anterior, começara a ter dificuldades para respirar. Apresenta cianose, sua freqüência respiratória é de 55/minuto e seu pulso de 150/minuto. Sua febre é alta, chegando a 40° C.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
		O tratamento a que foi submetida contra pneumonia bacteriana foi bem sucedido. mas o médico afirma que ela tem pneumonia intersticial linfóide, que está provocando uma doença pulmonar crônica. Ela pode ir para casa, mas apresenta uma tosse seca não produtiva crônica, freqüência respiratória que nunca cai para menos de 30/minuto e pulso de 120/minuto. Geralmente apresenta uma febre moderada. Tem linfadenopatia generalizada, hepatoesplenomegalia e seus dedos estão em forma de raquete. O médico diz à avó que não sabe quanto tempo L. ainda tem de vida.
		CASO 3: A Sra. C., uma mulher de 30 anos, chega ao hospital em trabalho de parto, prestes a dar à luz ao seu quarto filho. Ela é uma usuária de drogas intravenosas. Seu trabalho de parto é lento e as contrações fracas. Finalmente ela submetida a cesárea e dá a luz a um menino que pesa 2 kg.
		A mãe fica séptica após a cirurgia e morre, deixando o bebê para ser cuidado pelas enfermeiras do hospital.
		Quando o bebê chega aos seis meses, pesa 4.5 kg. Inicialmente, teve dificuldades para sugar, mas conseguiu tomar quantidade suficiente de leite para ganhar peso. Seus reflexos são hipertônicos e ele tende a ser irritadiço. A equipe do hospital chegou à conclusão de que seus sintomas sugerem a infecção pelo HIV. Ele foi submetido a diversas punções lombares para fins de diagnóstico cujos resultados foram normais.
		Aos 18 meses, o bebê ainda está no hospital e teve dois ataques de pneumonia bacteriana. Seus gânglios linfáticos estão hipertrofiados no pescoço e nas axilas e hepatoesplenomegalia. Suas glândulas parótidas também estão hipertrofiadas. Não razão para mantê-lo hospitalizado, mas não há ninguém para se responsabilizar por ele.
	60'	5. Compartilhar a discussão com cada grupo apresentando o relatório e o plano de cuidados. O instrutor deve esclarecer quaisquer questões suscitadas pelas apresentações.
Realizar intervenções de enfermagem voltadas para o atendimento integral ás crianças.	240'	Aplicar o plano de cuidados de enfermagem ás crianças internadas num hospital ou que freqüentam um hospital-dia.

UNIDADE X - REFLETINDO SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE TERMINAL



número de casos de AIDS em todo o mundo chegou a proporções pandêmicas. A síndrome não afetará apenas os indivíduos que sofrem suas conseqüências mais diretas, mas também as famílias e amigos desses indivíduos, comunidades e profissionais de saúde que constantemente testemunham a morte dessas pessoas. A morte afeta indivíduos de diferentes maneiras, mas o HIV suscita uma serie de novos fatores que precisam ser enfrentados pelos pacientes, suas famílias e amigos e também pelos profissionais de saúde.



Após concluir esta unidade, o aluno terá refletido sobre seus sentimentos em relação a perdas ocasionadas pelo HIV e pela AIDS e usará essa compreensão para oferecer uma assistência mais eficaz ao cliente terminal, familiares, amigos e comunidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Identificar perdas pessoais em potencial e aplicar essa percepção a possíveis perdas experimentadas por pessoas infectadas pelo HIV e com AIDS	15'	Distribuir as seguintes questões aos treinandos, solicitando que respondam individualmente: Se alguém lhe dissesse que você só tem dez anos de vida, o que você faria nesses anos? Se alguém lhe dissesse que você só tem cinco anos de vida, o que você faria nesses anos? Se alguém lhe dissesse que você só tem seis meses de vida, o que você faria nesses meses? Considere o seguinte: Você está fazendo alguma dessas coisas agora? Se a resposta for negativa, por que não? Você está partindo da premissa de que estará bem de saúde durante os períodos mencionados acima?
		Como este questionário lhe faz sentir?
	15'	Agrupar os alunos em duplas para que discutem suas respostas.
	30'	3. Reunir todo o grupo e discutir os temas comuns mencionados pelos alunos e como se sentiram ao fazer o exercício.
	20'	4. Pedir a cada treinando que rasgue uma folha de papel em 12 pedaços e escreva em cada um deles os seguintes itens? • Quatro atividades/situações que ele consideram importante; • Quatro pessoas importantes em sua vida; • Quatro bens materiais importantes para ele.
		Em seguida, peça que peguem um papel de cada categoria, renuncie a ele colocando numa caixa situada no meio da sala. Faça com que essa "atividade de perda", tirando um outro pedaço de papel da cada categoria. Feito isso, diga aos alunos que eles agirão como uma infecção do HIV e caminharão a esmo pela sala pegando um dos dois pedaços de papel deixados em cada categoria de cada pessoa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
	30'	 5. Reuna todo o grupo para discutir sua experiência e explicar questões relacionadas à perda suscitadas no exercício. No encerramento deste exercício, aborde os seguintes pontos, se já não tiverem sido abordados: • A morte representa a última das perdas que uma pessoa precisa enfrentar na vida; • A pessoa infectada pelo HIV ou com AIDS freqüentemente experimenta múltiplas perdas num período muito curto; • É importante que uma pessoa possa expressar seus sentimentos ao experimentar uma perda: • O enfermeiro pode proporcionar á pessoa afetada a oportunidade de expressar seus sentimentos, estimulando-a a falar e ouvindo com atenção o que ela tem a dizer; • Os enfermeiros experimentam muitas perdas em seu trabalho, principalmente quando trabalham com pessoas cora AIDS. Solicitar que os alunos considerem como os enfermeiros podem ajudar uns aos outros em relação às perdas que experimentam em seu trabalho
Demonstrar compreensão dos princípios da assistência de enfermagem ao cliente terminal.	30'	6. Dividir a turma em 3 grupos pequenos e dar a cada um deles um dos estudos de casos apresentados adiante: CASO 1: Um paciente do sexo masculino, com sorologia positiva para HIV, apresenta forte diarréia náuseas, não pode tolerar qualquer alimento ou bebida e está perdendo peso consideravelmente. Ele é casado e ter: quatro filhos abaixo de oito anos. Perdeu o emprego e está preocupado com sua situação financeira. Tem fortes crenças religiosas e não freqüenta a igreja há muitos anos. 1- Quais são as necessidades desse cliente? 2- Considere intervenções enfermagem para esse paciente e sua família, visando melhorar sua qualidade de vida. 3- Como você poderia facilitar sua assistência no domicílio, como cliente externo de um hospital ou como um cliente hospitalizado durante um curto período? 4- Como você poderia ajudá-lo na solução do seu problema de manutenção financeira da família

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
		CASO 2: Você está cuidando de um cliente que está morrendo. Trata-se de uma mulher de 20 anos que está com AIDS e não tem mais condições de receber nenhum tratamento. Está semiconsciente e confinada ao leito. Vive com sua família, que se sente sem condições de cuidar dela. 1- De que maneira você pode ajudar essa cliente a ter uma morte confortável e digna? 2- Como você pode oferecer apoio à sua família para reduzir a sensação de impotência diante da situação?
	30'	CASO 3: P. tem 22 anos e contaminou-se através do compartilhamento de seringas e por uso de drogas injetáveis. Há vários meses ele recebeu o diagnóstico de infecção por HIV e faz tratamento médico e psicológico em nível ambulatorial. Durante as sessões de terapia que se seguem, P. coloca questões que envolvem sua família, a perda prematura da mãe, a ausência física e afetiva do pai, conflitos que permeam seu relacionamento com os irmãos especialmente com as mais velhas que assumiram a "guarda" dos irmãos menores. A posição de P. é descrita por ele como de "persona non grata" tanto pelo pai que se limitava a pagar seus gastos e, posteriormente, pela irmã que nos momentos de raiva chamava-o de "indio" (adjetivo que ele associa com marginal, imprestável). O psicólogo observa que no ambulatório P. é considerado um paciente dificil, até mesmo uma ameaça. Nesse percurso do tratamento ele revê tanto o lugar que lhe foi dado quanto aquele em que se manteve. Depois de certo tempo, P. passa a ter manifestações graves relacionadas à infecção pelo HIV. O psicólogo passa a atendê-lo no hospital ou em casa. Já na fase avançada da doença P. pede ao psicólogo que não venha mais vê-lo. Diz que não quer que o veja "tão feio" e pede que aguarde seu telefonema. Poucos dias depois a irmã de P. comunica por telefone o falecimento do irmão.
		comunica por tereione o tarecimento do irmao. 1- Quais são as necessidades desse cliente? 2- O que significa para o enfermeiro "um paciente dificil"? 3- O que se percebe quando o paciente pede o afastamento do profissional? 7. Após discussão, reunir todo o grupo para comparar as soluções dadas para cada caso

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Refletir sobre o papel do enfermeiro no contexto da assistência de enfermagem ao cliente		8. Dividir a turma em pequenos grupos e pedir que discutam o seguinte: 1- Freqüentemente, o cliente e os que cuidam dele parecem querer manter em segredo o fato de que ele vai morrer, mesmo quando é óbvio. A quem estão protegendo e. na sua opinião, essa atitude é útil? 2- Você se sente confortável ao falar com clientes e suas famílias sobre a morte? Que situações podem facilitar essa atividade? E você, como enfermeiro, pode criar condições favoráveis para que isso aconteça? 3- Você se sente capaz de sentar e ouvir quando uma pessoa expressa sentimentos de tristeza ou raiva, ou acha que deve dizer coisas para fazê-la sentir-se melhor? 9. Compartilhar as conclusões de cada grupo 10. Leitura do Anexo nº 13.

UNIDADE XI - O PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA PRESTAR ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DO HIV E DA AIDS

INTRODUÇÃO

s cuidados de enfermagem são realizados por uma equipe da qual fazem parte: o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem atendente de enfermagem. As atribuições e responsabilidades de cada um são diferentes, de acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7498 de 25/06/86, regulamentada pelo Decreto Lei nº 94406. Para que a assistência de enfermagem ao paciente portador do HIV e da AIDS seja resolutiva e solidária, faz-se necessário a capacitação dos profissionais. A capacitação da equipe de enfermagem tem como diretriz qualificar a assistência. Quanto mais qualificada estiver essa equipe, mais facilmente ela poderá abordar e satisfazer as necessidades da clientela. Quando se educa uma equipe, dignifica-se o profissional e o cliente que irá se assistido por ele.



Ao concluir este módulo, o enfermeiro deverá estar apto a elaborar uma proposta de capacitação que tenha como referência o conteúdo instrucional das unidades anteriores, para implantação de um programa de educação para a equipe de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ТЕМРО	ATIVIDADES
Sistematizar as atribuições da equipe de enfermagem em relação à assistência aos portadores de HIV/AIDS	60'	1. O instrutor deve recuperar os painéis elaborados nos módulos I (item 13), IV (item 8), e VIII (item 6), onde são apontadas algumas atribuições do enfermeiro em relação á assistência ao portador de HIV e da AIDS Dividir a turma em pequenos grupos solicitando que façam uma análise do material elaborado e use como referência para relacionar as ações que a equipe de enfermagem desenvolve junto: • ao portador do HIV e da AIDS; • à familia do portador de HIV e da AIDS; • comunidade.
	60'	2. Compartilhar com todo o grupo, sintetizando num único painel as ações propostas. O instrutor deve completar, se necessário, usando como referência todo o conteúdo das unidades anteriores e a leitura das Atribuições do Enfermeiro para Controle de AIDS, no Anexo nº 14.
Identificar as responsabilidades do enfermeiro nas sua prática e dificuldades para exercê-las. Montar um plano de ação para capacitação de pessoal auxiliar.	120'	3. Discutir em pequenos grupos qual a responsabilidade do enfermeiro, como membros da equipe, para que estas ações se traduzam em cuidados de enfermagem que sejam resolutivos e sobretudo solidários. • Listar as facilidades e dificuldades do enfermeiro para que essas responsabilidades sejam cumpridas; • Selecionar as dificuldades que o grupo avalia como sendo de sua autonomia e passíveis de resolução; • Destacar as dificuldades cuja estratégia seja capacitação da equipe e traçar um plano de ação, levando em conta as facilidades levantadas e a realidade na qual será aplicado.
	90'	4. Compartilhar as propostas com todo o grupo, analisando qual seria a contribuição deste Plano de Ação para a equipe de enfermagem, para o serviço e para a clientela

ANEXO I

TRANSMISSÃO DO HIV

TRANSMISSÃO DO HIV

A enfermidade que hoje chamamos AIDS foi reconhecida pela primeira vez em países desenvolvidos (Estados Unidos e França), entre homossexuais do sexo masculino, no início da década de 80. No continente africano, a AIDS foi diagnosticada principalmente entre homens e mulheres heterossexuais. Por terem constatado que a doença estava afetando indivíduos sexualmente ativos, os cientistas chegaram à conclusão de que sua provável causa era um microorganismo transmitido pela via sexual.

À medida que os cientistas aprofundaram seus estudos sobre a doença, observou-se também a ocorrência de muitos casos entre:

- pessoas hemotransfundidas
- crianças e adultos hemofilicos
- usuários de drogas injetáveis

O que essas pessoas tinham em comum era que todas haviam recebido sangue ou subprodutos do sangue e que muitos dos usuários de drogas injetáveis compartilhavam as mesmas agulhas, seringas e material usado para injetar a droga.

Constatou-se também a existência de bebês com a doença, porque suas mães haviam sido infectadas. Esse fato indicava que a AIDS podia ser transmitida por via perinatal.

Com o desenvolvimento dos estudos científicos, o padrão de transmissão do agente infeccioso ficou evidente. Somente pessoas sexualmente ativas, ou que haviam compartilhado agulhas, seringas, etc, ou que haviam sido hemotransfundidas e ainda as que haviam nascido de mães infectadas, desenvolviam a doença.

Quando esses fatores foram descobertos, os cientistas concluíram que a AIDS era provocada por um microorganismo transmitido pelo sangue, provavelmente um vírus que era transmitido a parceiros sexuais ou a pessoas hemotransfundidas e dependentes de drogas injetáveis e também a bebês ainda não nascidos ou recém-nascidos de mães infectadas.

Em 1983, o vírus que provoca a AIDS foi descoberto por cientistas na França e as rotas de transmissão foram confirmadas. Esse vírus ficou conhecido como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV, abreviação do inglês "Human Immunodeficiency Virus"). Atualmente, sabemos que existem pelo menos dois tipos desse vírus, um dos quais é conhecido como HIV-1 e o outro como HIV-2. O HIV-1 é o principal vírus causador da AIDS, enquanto o HIV-2 pode ser encontrado em muitos países da África Ocidental.

Os cientistas estudaram também milhares de pessoas que moravam ou trabalhavam com indivíduos que haviam desenvolvido a AIDS. Verificaram que somente os parceiros sexuais de pessoas infectadas se infectavam e subseqüentemente desenvolviam a AIDS. A partir dessa constatação, ficou claro que a infecção do HIV não se propaga pelo contato social casual.

O HIV PODE SER TRANSMITIDO:

- Sexualmente, por relações sexuais ou por contato com sangue, sêmen ou fluidos vaginais infectados. Essa é a modalidade mais frequente de transmissão.
- O HIV pode ser transmitido por qualquer pessoa infectada ao seu parceiro ou parceira sexual: o homem pode transmití-lo à mulher, a mulher ao homem, o homem ao homem e, com menor probabilidade, a mulher à mulher (*).
- Durante transfusões de sangue ou de produtos sangüíneos obtidos de doadores infectados pelo HIV.
- De uma mãe infectada pelo HIV a seu filho, durante a gravidez, no parto ou após parto, pelo aleitamento materno.

O HIV NÃO É TRANSMITIDO:

- · Pela tosse ou coriza
- Por aperto de mão
- Por picadas de insetos
- Por contato no trabalho ou na escola
- Por toques ou abraços
- Pelo vaso sanitário
- Pela água ou pelos alimentos
- · Pelo telefone
- Por beijos
- Nas piscinas
- Por lavatórios ou banhos públicos
- Por xícaras, copos, pratos e outros utensílios de comer ou beber

Fatos Importantes

- A AIDS é provocada por um vírus chamado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).
- As pessoas infectadas pelo HIV frequentemente não apresentam qualquer sintoma de doença por muitos anos e podem, portanto, infectar outras pessoas sem perceber que elas próprias estão infectadas.
- A AIDS diz respeito a manifestações clínicas específicas observadas no estágio avançado da infecção do HIV, quando as pessoas adoecem em decorrência dessa infecção.
- Em meados de 1993 a OMS estimava que 2,5 milhões de pessoas (incluindo meio milhão de crianças) estavam no estágio avançado da infecção do HIV, conhecido como AIDS. Além das pessoas com AIDS, a OMS estima que mais de 11,5 milhões de homens, mulheres e crianças estão infectados pelo HIV.
- A maioria dos indivíduos infectados pelo HIV, senão todos, eventualmente desenvolverão a AIDS. O tempo médio entre a infecção pelo HIV e a manifestação da AIDS é de aproximadamente dez anos para o HIV-1 e de cerca de 17 anos para o HIV-2. Em ambos os casos, esse tempo pode ser consideravelmente mais curto nos países

- em desenvolvimento, onde a situação nutricional da população pode ser deficiente e o acesso a tratamentos eficazes limitado. Para crianças infectadas, esse tempo é muito mais curto.
- Embora muitas das doenças oportunistas possam ser tratadas ou controladas, ainda não há cura disponível para a AIDS. De acordo com nossos conhecimentos atuais, a maioria das pessoas com AIDS morrerá em decorrência da doença.
- Embora cientistas em todo o mundo estejam trabalhando para desenvolver uma vacina capaz de prevenir a infecção do HIV, ainda não temos controle sobre sua eficácia. No momento, a prevenção só é possível por meio de ações educacionais. Os enfermeiros têm um papel fundamental, senão crítico, a desempenhar nesta área, ensinando a seus clientes e ás pessoas, de um modo geral, como o HIV é e não é transmitido. Devem também saber se proteger para não serem infectados.

NOTAS: (*) Até a presente data não existe registro de nenhum caso nesta categoria de transmissão.

ANEXO II

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA AIDS E INFECÇÃO PELO HIV

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA AIDS E INFECÇÃO PELO HIV

Aspectos Epidemiológicos

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi reconhecida em 1981 e em 1983 teve seu agente etiológico isolado. Em meados da década de 80, constatou-se que o vírus encontrava-se presente em quase todo o mundo, tendo sido identificado 02 sorotipos: O HIV-1 mais comumente difundido e o HIV-2, encontrado principalmente na África Ocidental.

Até 31 de dezembro de 1994, a Organização Mundial de Saúde havia recebido oficialmente 1.025.073 notificações procedentes de 187 países, 95% das quais de adultos jovens. A OMS, entretanto, estima que mais de 04 milhões de casos já tenham ocorrido em todo mundo, os quais, devido ao sub-diagnóstico, subnotificação, atraso na notificação e, em virtude de diferentes definições de caso utilizadas, jamais serão recuperados em sua totalidade.

Do ponto de vista epidemiológico, a AIDS é uma pandemia que se apresenta sob duas distintas epidemias. A epidemia do HIV, de maior magnitude, subjacente - é a epidemia invisível. A segunda, a epidemia da AIDS propriamente dita, que como podemos deduzir a partir dos dados acima descritos, nem sempre facilmente mensurável.

O Programa Global (GPA/OMS) estima que desde o início da epidemia até dezembro de 1994, ocorreram mais de 18 milhões de infectados, dos quais aproximadamente 11 milhões (62%) adquiriram o vírus por contato heterossexual.

Para o ano 2000 a OMS estima uma prevalência de 30 a 40 milhões de infectados, dos quais 75 a 80% devido à transmissão heterossexual e deste contigente, 50% mulheres. Ainda segundo a OMS, ao final da década, 90% do total de infectados serão de países em desenvolvimento (Global Programme on AIDS/World Health Organization).

No Brasil, no que tange ao Sistema de Vigilância Epidemiológica, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1982, quando sete pacientes homo/bissexuais foram diagnosticados. Um caso foi reconhecido retrospectivamente no estado de São Paulo como ocorrência de 1980. O não registro de pacientes em 1981 pode ser devido à sub-notificação, à não formulação diagnóstica ou mesmo à não ocorrência de casos, uma vez que a epidemia da infecção pelo HIV se encontrava no seu curso inicial.

Considerando o período de incubação do HIV, podemos deduzir que a introdução do vírus no país deve ter ocorrido no final da década de 70 e sua difusão, num primeiro momento, entre as principais áreas metropolitanas do centro-sul, seguida de um processo de disseminação para as diversas regiões do país na primeira metade da década de 80. Tomando-se come referência para análise os casos notificados ao MS até 02/09/95, verifica-se que, apesar do registro de casos em todas as Unidades Federadas, a grande maioria das ocorrências ainda se concentra na região

sudeste - 84% das notificações no período 80-88 e 70% dos casos informados ao Ministério da Saúde no período 94-95. Os estados de Rio de Janeiro e São Paulo, no período 94-95, ainda detêm 62% do total das notificações do país.

Desde o início da epidemia até a semana 35/95, terminada em 02/09, 71.111 casos foram notificados ao PN-DST/AIDS-MS, dos quais 50,7% já evoluiram para óbito. No que concerne à incidência relativa, também a região sudeste vem apresentando as maiores taxas de incidência anual ao longo do período, perfazendo um total acumulado de 91,0 casos por cem mil habitantes, coeficiente este bem superior aos observado na região Sul (36,5) e Centro-Oeste (32,3) e bem distinto dos verificados na região Nordeste (13,0) e Norte (11,2).

Apesar da distribuição acima descrita, ela não se dá de modo homogêneo numa determinada macrorregião e situações extremas podem ser verificadas, como por exemplo, as taxas anuais do estado de Roraima, norte do pais, compatível com as registradas em estados do Sul e Sudeste. Isto faz de Roraima (47,7 casos por cem mil habitantes) a quarta maior taxa acumulada por Unidade Federada, superada apenas por São Paulo (131,0), Rio de Janeiro (88,1) e Distrito Federal (68,7). Ainda sob esta perspectiva, verifica-se que o estado de São Paulo apresenta uma taxa acumulada 03 vezes superior à média dos demais estados da região Sudeste.

A disseminação da AIDS a partir das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro não permitem apontar para uma intensa interiorização da infecção pelo HIV/AIDS e muito menos para uma ruralização. Para tal, é necessário considerar que dos 4954 municípios brasileiros apenas 1740 apresentam 01 ou mais casos de AIDS registrados no sistema oficial, sendo que os municípios com 05 ou mais casos estão restritos a 427.

Segundo dados do Programa Global de AIDS (GPA/OMS) o Brasil situa-se entre os quatro países do mundo em maior número de casos notificados. Entretanto, quando são consideradas as incidências relativas (casos x população), o Brasil passa a situar-se entre o 40° e 50° posto no ranking mundial. Os diversos perfis epidemiológicos dentro do país, no entanto, fazem com que, entre outras diferenças regionais observadas, a taxa de incidência acumulada do estado de São Paulo (131/100000), por exemplo, supere as maiores taxas registradas entre os países europeus, como a França (55,3) e Suiça (55,3).

Em números absolutos, as cidades com maior registro de notificações até 02/09/95, são em ordem decrescente: São Paulo, 21244; Rio de Janeiro, 8209; Porto Alegre 2307; Santos, 1905; Belo Horizonte, 1331.

A incidência acumulada da cidade de Santos, que apresenta a maior taxa entre as cidades brasileiras (441,3), supera as maiores incidências observadas dentre as cidades americanas como São Francisco e Nova York.

Além dos aspectos acima descritos, a epidemia da infecção pelo |HIV/AIDS no Brasil vem, nos últimos anos, apresentando importantes mudanças de perfil epidemiológico em nível nacional e principalmente revelando padrões distintos nos diversos níveis de agregação geográfica, mesmo numa determinada macrorregião. A transmissão sexual continua sendo a categoria predominante ao lado de uma ocorrência cada vez mais frequente de casos de transmissão sangüínea.

Verifica-se ainda que os casos que contraíram o HIV através de transfusão de sangue, em 1985 representaram 39,5% das ocorrências de transmissão sangüínea (12% do total de casos diagnosticados no ano), tendo, no entanto, este componente, em 1994, contribuído com menos de 10% dos casos da categoria (2,0% do total). Num segundo momento, a alteração de perfil observada deve-se à incluão de um número cada vez maior de indivíduos que adquiriram o HIV através do compartilhamento de seringas e agulhas, quando da utilização de drogas injetáveis.

Os primeiros registros de usuários de drogas injetáveis se deu a partir de 1983 com o diagnóstico de pacientes do sexo masculino. Em 85 foram constatadas as primeiras ocorrências em mulheres. Dos sete por cento de casos atribuídos ao uso compartilhado de drogas injetáveis em 1984 (0,8% do total de notificações), este componente representou 82% das ocorrências de transmissão sangüínea em 1994 (20% do total de registros).

Também a categoria sexual de transmissão vem, ao longo do período, apresentando importantes mudanças no perfil epidemiológico. Quando se considera os sub-componentes da categoria sexual de exposição, constata-se que o universo das notificações ate 1984 foi de homo/bissexuais masculinos. Progressivamente a participação deste componente vem reduzindo, representando em 1990, 47% e em 1994, 37.6% do total dos diagnosticados no ano.

No que concerne à categoria sexual de transmissão, verifica-se que em 1994, um quarto (25%) dos casos diagnosticados no período foram classificados como de transmissão heterossexual, comparados com os 5,0% observados em 1990.

No que tange à transmissão vertical, a primeira ocorrência no país se deu em 1985 quando no estado de São Paulo foram diagnosticados 03 pacientes, o que representa 0,57% do total de casos do período. Desde então, a freqüência desta categoria vem aumentando ano a ano, perfazendo 3,0% do total de pacientes diagnosticados em 1994. Entre os casos pediátricos, a transmissão perinatal que correspondia a 25,0% no período 84-87, atinge 90% dos casos diagnosticados em 1994.

Do ponto de vista de tendências, a escolaridade é outro aspecto que chama atenção. Verifica-se que a totalidade dos casos diagnosticados até 1982 era de nível superior ou segundo grau. Nos dois anos subseqüentes foram observadas freqüências de 83,3 e 83,9% (83/84) e 76% em 1985 como pertencentes a este grupo ao passo que apenas 24% dos casos com informações disponíveis sobre escolaridade, eram analfabetos ou tinham curso ate o primeiro grau. A tendência de aumento de registros de pacientes de menor grau de escolaridade vem se mantendo ao longo do período e em 1994, constata-se que 87,0% dos casos eram analfabetos ou tinham cursado até o primeiro grau, e apenas 13% de nível superior ou até o segundo grau. Tomando-se a escolaridade como indicador do nível sócio-econômico, verifica-se claramente uma tendência de pauperização da epidemia em nosso país.

No que concerne à idade, constata-se que desde o início da epidemia o grupo etário mais atingido tem sido o de 20 a 39 anos e, sistematicamente, por ano de diagnóstico, tem compreendido mais de 60% dos casos notificados. Esta faixa etária, compreende 71% do total de casos identificados com AIDS e notificados ao Ministério da Saúde até 02/09/95. Ao longo do período, pode-se observar um progressivo aumento da freqüência relativa de pacientes mais jovens (20-29), com tendência a estabilização a partir de 1991.

Quanto à razão de masculinidade verifica-se que, ao longo do tempo, o excesso de casos masculinos vem se reduzindo. De uma razão de 30:1 em 1985 contata-se que em 1988 alcançou 7:1, tendo atingido 4:1 em 1992 e 3:1 a partir de 1994, mantendo-se neste patamar desde então. Como anteriormente descrito, esta alteração deve-se à inclusão cada vez mais freqüente de registros de casos do sexo feminino que adquiriram a infecção através de contato heterossexual ou uso compartilhado de drogas intravenosas.

Aspectos Clínicos

A evolução clínica da infecção pelo HIV pode ser dividida em 03 fases: infecção aguda, infecção assintomática e AIDS.

Algumas semanas ou meses após a infecção pelo HIV pode surgir uma síndrome viral aguda (infecção aguda), cujos sintomas incluem febre, calafrios, sudorese, mialgia, cefaléia, distúrbios gastrointestinais, dor de garganta, linfoadenopatia generalizada e erupções cutâneas. Esses sintomas, em geral, desaparecem em 2 a 3 semanas. Essa síndrome muitas vezes passa desapercebida ou é diagnosticada como infecção viral autolimitada.

Passada essa fase, o cliente atravessa um período de tempo variável durante o qual não apresenta nenhum sintoma (**infecção assintomática**). Esse período pode durar de alguns meses a alguns anos. Em média 10 anos (período de incubação).

A AIDS desenvolve-se à medida em que há baixa imunidade, com sintomas e sinais iniciais de febre prolongada, diarréia, perda de peso importante (superior a 10% do peso anterior do indivíduo), sudorese noturna, astenia e andenomegalia. Doenças que normalmente são controladas pelo sistema imunológico começam a ocorrer ou recidivar, como no caso da tuberculose e da pneumonia por *Pneumocistis carinii*, da toxoplasmose cerebral, da candidíase e da meningite por criptococos. Tumores pouco freqüentes em indivíduos imunocompetentes, como Sarcoma de Kaposi, podem surgir. A ocorrência de formas graves ou atípicas de doenças tropicais como Paracoccidioidomicose, Leishmaniose e Doença de Chagas têm sido observadas no Brasil.

Diagnóstico Laboratorial

A detecção laboratorial do HIV pode ser realizada através de testes que pesquisem anticorpos, antígenos, ácido nucleico ou que isolem o vírus. Na prática, os testes que pesquisam anticorpos (sorológicos), são os mais utilizados. O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos se dá, em geral, após cerca de 4-12 semanas da infecção. Denomina-se "janela imunológica" esse intervalo entre infecção e a possibilidade de detecção de anticorpos por técnicas laboratoriais

Na prática diária são utilizados diferentes tipos de testes sorológicos para detecção de anticorpos anti-HIV, que são divididos em:

- a) testes iniciais: o teste imunoenzimático, conhecido por ELISA (Enzime-Linked Immunosorbent Assay), testes rápidos, testes simples;
- b) testes complementares: o teste de imunofluorescência indireta (IFI) e o Western-blot (WB).

Dado o contexto médico-social da infecção pelo HIV e suas conseqüências no indivíduo e na coletividade, a pequena ocorrência de falhas atribuíveis aos testes necessita ser compreendida. Como os testes não são 100% sensíveis ou específicos, sempre haverá um percentual, ainda que reduzido, de testes falso-positivos ou falso-negativos.

É muito importante definir clara e rigorosamente o objetivo exato dos testes para a detecção do HIV, antes de sua aplicação na população que será testada. A realização de um teste sorológico deve ser entendida em 04 contextos diferentes e, geralmente, excludentes:

- como diagnóstico da infecção pelo HIV em um indivíduo;
- para fins de vigilância epidemiológica;
- como meio para se garantir a segurança das transfusões sangüíneas ou de hemoderivados, bem como na segurança das doações de esperma, órgãos ou tecidos;
- como pesquisa epidemiológica, clínica ou virológica.

Não é fácil se contemplar todos estes diferentes objetivos e, como regra geral, é preferível estabelecer rotinas distintas por objetivo específico.

Para o diagnóstico da infecção em um indivíduo, considerando-se as implicações clínicas e sociais de um resultado positivo, há evidência laboratorial de infecção pelo HIV quando pelo menos uma ou duas provas iniciais (idealmente dois testes de formato distinto), são repetidamente reativos e um teste complementar confirma essa positividade. Nesses casos de diagnóstico, é recomendável a coleta de uma nova amostra com intuito de confirmar o diagnóstico, uma vez que falhas de identificação, processamento, entre outras, podem levar a um resultado trocado. O paciente deve ser informado deste procedimento no momento do retorno para pegar o resultado preliminar, sendo então coletada uma amostra nova nos casos de reatividade na primeira análise. O uso de dois testes iniciais diminui em muito a ocorrência de falsos negativos, e a nova coleta de falsos positivos. Através dessa redundância, que pode ser modificada no futuro com um melhor controle de qualidade em todas as fases do processo, diminui em muito os erros e melhora significativamente a qualidade dos testes aos indivíduos que procuram os serviços de saúde.

No contexto da caracterização do caso de AIDS para fins de Vigilância Epidemiológica, uma amostra do soro repetidamente positiva para anticorpos contra o HIV (por ex., em um teste ELISA), é suficiente como evidência laboratorial de infecção pelo HIV, frente à ocorrência de condições clínicas indicativas de imunodeficiência.

No contexto da **segurança das transfusões sanguíneas, uso de hemoderivados ou doação de esperma ou órgãos**, apenas um teste positivo (de "screening"), é suficiente para o descarte do material. Em alguns bancos de sangue, amostras são testadas em duplicata e se esta reatividade inicial não se confirma o material é liberado para consumo.

No contexto da **pesquisa epidemiológica, clínica ou virológica,** o uso dos testes anti-HIV dependerá dos objetivos propostos, e devem se basear inclusive na prevalência estimada para a população estimada.

Vigilância Epidemiológica

A coleta de dados epidemiológicos suficientemente exatos e completos sobre a ocorrência de casos de AIDS, e de interesse para o planejamento, a implementação e o acompanhamento das atividades e programas de combate ao HIV e da AIDS.

Em termos gerais, as atividades epidemiológicas dos casos de AIDS não diferem das preconizadas para outras doenças que estejam sob vigilância. Porém, como consequência da discriminação e frequentes violações dos direitos humanos das pessoas com AIDS, atenção especial deve ser dada ao aspecto **confidencial** dos dados obtidos nas investigações realizadas em todos os níveis. Os serviços de saúde devem assegurar-se de que a identificação do cliente deve ser preservada e de que as informações terão circulação restrita, sendo manipuladas somente por pessoal autorizado.

Notificação

Entende-se por caso de AIDS o indivíduo que se enquadre nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde: infecção avançada pelo HIV com repercussão no sistema imunitário e ocorrência de sinais e sintomas causados pelo próprio HIV ou consequentes a doenças oportunistas (infecções ou neoplasias).

SOMENTE CASOS CONFIRMADOS DEVERÃO SER NOTIFICADOS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

a) Dados Clínicos e Epidemiológicos dos Casos Notificados.

Os dados básicos que são necessários para a investigação do caso de AIDS estão contidos na "Ficha de Notificação/Investigação do Caso de AIDS em Adulto" e na "Ficha de Notificação/Investigação do caso de AIDS em Crianças" adotadas pelo Ministério da Saúde. Esses dados podem ser coletados em diferentes fontes: nos prontuários, com os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento do cliente, com o próprio cliente e na declaração de óbito.

Especial atenção deve ser dada às categorias de transmissão como fatores de risco para a infecção pelo HIV. O importante é caracterizar qual a via de exposição (sexual, sangüínea ou perinatal), levou o indivíduo à infecção, e não a sua orientação sexual. O caso classificado na categoria de exposição como heterossexual deve ter sempre a (s) pareceria (s) de risco categorizada (s).

b) Atestado Médico Contido na Declaração de Óbito

Os dados contidos na Declaração de Óbito, item 35, devem ser considerados como importante fonte para os diversos níveis do sistema, mesmo quando a síndrome não é citada. Especial atenção deve ser dada ao registro de agravos associados. A declaração de óbito é uma boa fonte para avaliação do sistema de notificação de casos de AIDS e deve ser utilizada com regularidade pelos Programas Estaduais e Municipais.

Casos suspeitos

A notificação de casos suspeitos de AIDS ocorre no nível local, devendo o cliente ser acompanhado até que haja a elucidação diagnóstica, quando então deverá ser preenchida a ficha definitiva de notificação/investigação de caso de AIDS.

Fontes de Dados

- Serviços públicos ambulatoriais de referência;
- hospitais de referência nos diversos níveis do sistema;
 - rede hospitalar privada inserida no atendimento;
- ◆ clínicas e médicos privados que atendam doenças infecciosas;
 - serviços de estatísticas de mortalidade;
 - laboratórios de referência nacionais, estaduais e regionais;
- hemocentros, serviços de hemoterapia e bancos de sangue, e atestados de óbito.

Fluxo de Dados

A determinação do fluxo interno dos dados é de competência dos estados e municípios e deve estar inserida na rotina estabelecida para as demais doenças de notificação compulsória. Porém, qualquer que seja esse fluxo, **antes dos dados serem consolidados deverão ser submetidos à análise prévia** pelos responsáveis pela Vigilância Epidemiológica. da AIDS para avaliação de cada caso, e se necessário, solicitação de informações complementares.

a) Nível Local

É o responsável pelo atendimento aos clientes, geração dos dados e realização da investigação epidemiológica, análise de dados e a retroalimentação de informação para profissionais.

b) Nível Regional

Quando existe na organização do Estado, é o nível intermediário entre a Coordenação Estadual e o nível municipal. Deve estar integrado ao fluxo das notificações determinado pelo nível estadual

c) Nível Estadual

Todas as Unidades Federadas possuem em sua estrutura administrativa a Coordenação Estadual de DST/AIDS, responsável pela revisão final das investigações realizadas, organização das informações e seu envio ao Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. Em situações específicas ou especiais, realiza a vigilância epidemiológica de casos (em geral, por questões operacionais ou por problemas epidemiológicos).

O envio das notificações em nível nacional tem periodicidade mensal e deve ser feito até o dia 05 de cada mês. As notificações são enviadas pelo correio (fichas ou disquete), ou transferidas eletronicamente por modem.

A notificação negativa deve ser feita quando não houver casos a serem notificados. As

Coordenações Estaduais também são responsáveis pela comunicação periódica, em nível nacional dos óbitos ocorridos nos casos já notificados. Cabe também ao nível estadual análise epidemiológica e elaboração de informes periódicos.

d) Nível Nacional

É responsável pela revisão dos registros, processamento e análise dos dados e elaboração do Boletim Epidemiológico de AIDS para retroalimentação do sistema. Estabelecimento de diretrizes e normas em nível nacional.

Investigação Epidemiológica

O objetivo da investigação dos casos de AIDS é a geração e análise de dados que permitirão o acompanhamento das tendências da epidemia ao longo do tempo e o planejamento de ações de prevenção e controle da doença. A responsabilidade pela sua execução deve ser bem definida pelo nível estadual, evitando-se a duplicidade de ações e diminuindo-se o tempo entre o diagnóstico do caso e sua investigação.

A investigação do caso de AIDS envolve peculiaridades no que concerne à investigação dos contatos, exigindo estratégia específica para cada caso. Em princípio, não devem ser investigados contatos sexuais sem a prévia aquiescência do cliente. Situações especiais em que a investigação se dará independente do consentimento do cliente, referem-se às categorias de transmissão:

- # perinatal;
- sangüínea, por transfusão de sangue e componentes hemoderivados; e
- « contaminação por transplante de órgãos ou inseminação artificial.

Retroalimentação do Sistema

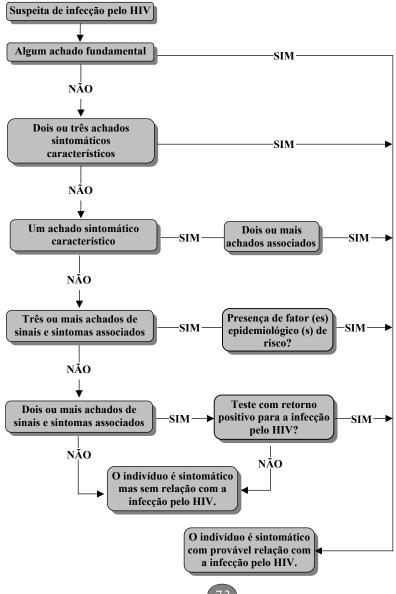
A retroalimentação do sistema é fundamental para a reformulação dos programas e atividades definidas nos diversos níveis. É importante que o sistema seja retroalimentado com regularidade em todos os níveis.

O principal veículo de retroinformação, no nível nacional, é o "Boletim Epidemiológico de AIDS" que tem periodicidade trimestral. É editado com base no calendário de notificação (semanas epidemiológicas), e tem distribuição nacional. Essa publicação traz informações em forma de tabelas que abordam a distribuição no tempo e no espaço físico, bem como outras condições importantes para esboçar o quadro da epidemia no país e nas Unidades Federadas. Além desse enfoque, veicula artigos técnicos de interesse nas áreas de epidemiologia, assistência à saúde, laboratório e outras.

ANEXO III

RECONHECIMENTO DA INFEÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV

RECONHECIMENTO DA INFECÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV



 a) A finalidade deste apêndice é auxiliar o profissional de saúde a reconhecer o cliente com infecção sintomática pelo HIV, como ajuda para o manejo da assistência.

Ainda que a infecção sintomática pelo HIV possa ser reconhecida sem teste laboratorial ele deve estar disponível para sua aplicação como recurso para consubstânciar a suspeita clínica

b) Achados Fundamentais:

Sarcoma de Kaposi¹;

Pneumonia provocada por Pneumocystis carinii;

Encefalite provocada por Toxoplasma;

Candidíase esofágica;

Retinite provocada por citomegalovírus.

c) Achados Característicos²

Aftas (em pacientes que não estão tomando antibióticos);

Leucoplasia pilosa oral;

Meningite criptocócica (pode ser um achado fundamental na África);

Turbeculose miliar, extrapulmonar ou pulmonar não cavitária:

Herpes zöster, presente ou passada, particularmente multidermatomal, idade < 50 anos;

Prurido intenso;

Sarcoma de Kaposi (achado outro que não o achado fundamental):

Linfoma de alto grau da célula B, extranodal.

d) Achados Associados

Perda de peso (recentemente, inexplicada), de mais de 100% do peso normal, passível de avaliação;

Febre (contínua ou intermitente), há mais de um mês;

Diarréia (contínua ou intermitente), há mais de um mês;

Úlceras (genital ou perianal), há mais de um mês;

Tosse há mais de um mês³;

Queixas ou achados neurológicos⁴;

Linfadenopatia generalizada;

Reações a drogas (previamente não existentes), como à tiacetazona ou às sulfonamidas; Infecções cutâneas (severas ou recorrentes), como verrugas, dermatofitoses e folicutes.

³ A combinação de febre, perda de peso e tosse é uma característica tanto da tuberculose quanto da AIDS.

¹ O Sarcoma de KAPOSI é um achado fundamental somente quando: (1) presença de lesões intraorais; (2) lesões generalizadas; ou (3) que rapidamente progridem ou são invasivas.

² Não havendo nenhuma outra causa óbvia de imunossupressão.

⁴ As queixas ou achados neurológicos associados a infecção pelo HIV incluem contrações (particularmente focais), neuropatia periférica (motora ou sensora) deficiência central que se reflete numa deficiência motora focal ou deficiências sensoriais, demência e dor de cabeça de intensidade progressiva.

- e) Fatores epidemiológicos de risco:
 - 1. Situações de risco passadas ou presentes.
 - uso de drogas injetáveis;
 - múltiplos parceiros sexuais;
 - parceiro ou parceiros sexuais sabidamente com AIDS ou portadores do HIV;
 - parceiro sexual com conhecido fator epidemiológico de risco ou oriundo de uma área com alta prevalência do HIV;
 - homens que mantêm relações sexuais de penetração com outros homens.
 - 2. História recente de úlcera genital.
 - 3. História de transfusão, após 1975, de sangue não testado, plasma ou fatores de coagulantes; ou (mesmo testado), de uma área com alta prevalência da infecção pelo HIV.
 - 4. História de escarificação, tatuagem, perfuração de orelha ou circuncisão com instrumentos não esterilizados.

ANEXO IV

VIAS DE TRANSMISSÃO
EM POTENCIAL DO
HIV EM UNIDADES DE
SAÚDE, AMBULATÓRIOS
E HOSPITAIS.

VIAS DE TRANSMISSÃO EM POTENCIAL DO HIV EM UNIDADES DE SAÚDE, AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS.

O HIV pode ser transmitido por exposição a sangue ou outros fluidos corporais infectados. Os fluidos corporais que podem transmitir o HIV são, entre outros, os seguintes:

- sangue;
- sêmen;
- secreções vaginais;
- secreções de feridas, fluidos cérebro-espinhais;
- fluidos pleurais;
- fluidos sinoviais, peritoneais, pericardiais e amniótico.

Não se considera que os fluidos corporais listados abaixo sejam capazes de transmitir o HIV em Unidades de Saúde, ambulatórios e hospitais, a menos que contenham, visivelmente, sangue. No entanto, considerando que esses fluidos e excreções (assinalados com um *) representam uma fonte potencial de infecções nosocomiais e de infecções adquiridas na comunidade causadas por outros agentes patogênicos, os enfermeiros devem manipulá-los com cuidado, usando as normas de biossegurança.

fezes *	secreções nasais *
urina *	suor *
saliva *	leite materno *
vômito *	lágrimas *

O HIV pode ser transmitido em Unidades de Saúde, ambulatórios e hospitais, mas esse risco é muito pequeno. Estudos realizados com profissionais de saúde expostos ao HIV por ferimentos com pontas de agulha comprovam que o risco é inferior a 0,5%. O risco de transmissão do vírus por exposição de alguma membrana mucosa ou da pele o sangue, fluidos corporais ou tecidos infectados é ainda menor. No entanto, embora seja baixo, o risco existe.

Em alguns casos, sugere-se que todos os clientes (e profissionais de saúde/enfermeiros), sejam testados como meio de proteger os enfermeiros. No entanto, a prática de submeter profissionais de saúde ou clientes a testes rotineiros e/ou compulsórios não é uma estratégia eficaz para controlar a transmissão do HIV em ambulatórios e hospitais, e não é recomendada pela Organização Mundial de Saúde, porque é impossível identificar todos os indivíduos afetados. Uma pessoa pode, por exemplo, ter sido infectada e ainda não ter desenvolvido anticorpos; conseqüentemente, o resultado do teste dessa pessoa será um falso-negativo. Por essa razão, mesmo que todas as pessoas sejam submetidas a testes para detectar anticorpos do HIV, é impossível identificar todas as infectadas. Além disso, esse procedimento consome muito tempo, é dispendioso e pode gerar uma falsa sensação de segurança.

ANEXO V

PRECAUÇÕES PARA
EVITAR TRANSMISSÃO
DO HIV EM SERVIÇOS
DE SAÚDE

PRECAUÇÕES PARA EVITAR TRANSMISSÃO DO HIV EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- Nunca tente desentortar, quebrar ou recolocar a tampa em agulhas descartáveis, pois elas
 devem ser descartadas imediatamente após serem usadas, juntamente com a seringa, numa
 caixa de papelão grosso, vidro ou plástico ou num recipiente de meta. Essas caixas devem ser
 mantidas na maior proximidade possível da área onde as agulhas são usadas.
- Coloque os instrumentos cortantes e ponteagudos descartáveis em recipientes rígidos e reforçados imediatamente após seu uso. Quando o recipiente estiver cheio, deve ser vedado cuidadosamente e ensacado em saco plástico de uso hospitalar, para ser encaminhado conforme rotina do serviço de saúde.
- Os instrumentos cortantes e ponteagudos reutilizáveis (como alguns tipos de agulhas), após o
 uso devem, preferencialmente, passar pelo processo de lavagem ou descontaminação antes de
 ser encaminhada ao setor de esterelização. O manuseio desses artigos requer o uso de
 equipamento de proteção individual (EPI), evitando risco para o pessoal que desenvolve
 essas atividades
- Evite manipular desnecessariamente instrumentos cortantes e ponteagudos contaminados.
 Após o uso, nos casos dos reutilizáveis, eles devem ser separados dos demais instrumentos e colocados em recipientes rígidos passando, preferencialmente, pelo processo de descontaminação prévia para ser encaminhados de maneira cuidadosa ao setor de esterilização.

Para Evitar Exposição de Feridas Abertas e Membranas Mucosas

- Cubra a área de pele rompida ou ferida com curativos impermeáveis, usando luvas, sempre que necessário.
- Lave as mãos com água e sabão imediatamente após qualquer contato com sangue ou outros fluidos corporais.
- As amostras de sangue e de outros fluidos orgânicos devem ser acondicionadas em recipientes cuidadosamente lacrados e ensacados para evitar vazamento durante seu transporte. Evite a contaminação da superfície externa do recipiente.
- Use equipamentos de proteção individual (EPI) luvas, aventais, gorros, máscaras etc sempre que houver alguma probabilidade de exposição a sangue ou fluidos orgânicos (nos partos, ao manipular amostras sanguíneas, procedimentos cirúrgicos, etc).
- Use óculos protetores se forem esperados salpicos de sangue, como cirurgia de maior porte, partos ou procedimentos dentários.
- A sucção boca a boca de recém-nascidos deve ser substituída pela sucção com dispositivos mecânicos ou elétricos.

- A pipetagem da boca deve ser feita com dispositivos mecânicos em todos os laboratórios que manuseiam sangue e outros fluidos corporais.
- Ambulatórios e hospitais, onde pode ser necessário ressucitar pacientes, devem dispor de sacos de ressuscitamento

Prevenção da Transmissão do HIV por Instrumentos Contaminados

- Independentemente do processo a ser submetido, todos os instrumentos reutilizáveis devem ser considerados como "contaminados" após o uso, sem levar em consideração o grau de sujidade presente.
- Os passos seqüenciais do processamento de instrumentos devem ser: limpeza ou descontaminação, desinfecção ou esterelização.
- Os materiais descartáveis devem ser usados uma única vez e adequadamente descartados após sua utilização, ou seja acondicionado em recipientes adequados.
- Evite, sempre que possível, os medicamentos injetáveis, orientando aos clientes sobre a segurança da medicação oral.
- Oriente os clientes no sentido de exigirem dos profissionais o uso de materiais descartáveis ou adequadamente esterilizados nos procedimentos invasivos.

Prevenção da Transmissão do HIV por Transfusão de Sangue ou Produtos Sangüíneos Contaminados

- Todo o sangue a ser utilizado em transfusão deve ser testado. Em áreas onde não seja viável fazer o teste, só devem ser feitas transfusões quando forem absolutamente indispensáveis, ou seja, quando a vida de uma pessoa estiver correndo sério perigo.
- Sempre que possível, substitua as transfusões de sangue por outros líquidos intravenosos adequados, como a dextrose e/ou dextran 70 ou soluções de Ringer.
- Para pacientes anêmicos, a causa da anemia deve ser investigada e tratada. É melhor prevenir a causa da anemia (ancilóstomo duodenal, malária ou desnutrição) do que fazer transfusões.

Prevenção da Transmissão do HIV por Transplante de Orgãos ou Tecidos ou por Sêmen Doado

• Teste todos os doadores antes de qualquer doação.

Salpicos de Sangue ou de Outros Fluídos Orgânicos em Superfícies (Mesas, Pisos, etc)

 As superficies que estiverem com presença de matéria orgânica em áreas críticas, semicríticas e não críticas, deverão sofrer acesso de desinfecção ou descontaminação localizada e, posteriormente, realizar limpeza com água e sabão em toda a superfície, com ou sem auxílio de máquinas. Nesses procedimentos usar os EPI necessários.

Remoção e Eliminação de Lixo

- Os líquidos, como sangue, podem ser descartados na rede de esgoto sanitário ou numa fossa sanitária.
- Os lixos sólidos como placentas ou amostras de tecidos para biópsia devem ser queimados ou cuidadosamente enterrados. Esses materiais não devem ser descartados em depósitos ao ar livre, onde animais e crianças possam ter contato com eles.

Agentes Químicos para Desinfecção ou Esterilização

Fórmula	Tempo para desinfecção	Tempo para Esterilização
Glutaraldeído	30 min	10 horas no ambiente
H ₂ O ₂ 0,3% (10 vol) água oxigenada	30 min	-
Diclorehexidene (cloridene dióxido)	30 min	06 horas no ambiente
Hipoclorito de sódio 1% (água sanitária)	30 min	-

Agentes Físicos para Esterilização

Aparelho	Temperatura	Tempo de Exposição
Estufa	160° C	120 minutos
Autoclave	120° C	30 minutos

Agentes Físicos para Desinfecção

Aparelho	Temperatura	Tempo de Exterelização
Fervura	100° C	30 minutos

Desinfecção é definida como a inativação de todos os microorganismos, exceto esporos.

Esterilização é definida como a inativação de todos os microorganismos incluindo esporos.

Observações Importantes:

- Não são eficazes as esterilizações por irradiação ultravioleta e irradiação gama.
- Os tempos, temperaturas e pressões das autoclaves deverão ser aquelas recomendadas pelo fabricante, pois tais autoclaves poderão ter ciclos para esterilização a vapor dos seguintes tipos.
 - Esterilização por gravidade;
 - Esterilização por alto vácuo;
 - Esterilização por alto vácuo com ciclo pulsátil.
 - Os materiais indicados para serem processados em estufas são: pós e óleos a 160° C por 120 minutos. Nos casos de metais (é necessário validar o processo), recomenda-se 205° C por 120 minutos.
 - Fervura ou água em ebulição é indicada para desinfecção ou descontaminação de artigos termorresistentes. Recomenda-se ferver a água durante 10 minutos sem a presença de artigos para precipitar o óxido de cálcio.

ANEXO VI

DIRETRIZES DA OMS
PARA A ORIENTAÇÃO
A SER FORNECIDA EM
RELAÇÃO AO TESTE
DO HIV

DIRETRIZES DA OMS PARA A ORIENTAÇÃO A SER FORNECIDA EM RELAÇÃO AO TESTE DO HIV

Orientação a ser oferecida antes de submeter uma pessoa ao teste do HIV ou a triagem

Submeter-se a um teste para detecta a infecção do HIV tende a ser um passo importante na vida de uma pessoa; por isso, é importante sempre orientá-la antes e depois do teste.

Objetivo da orientação pré-teste

A orientação oferecida antes do teste deve fornecer a indivíduos que estão considerando a possibilidade de fazer o teste informações sobre os aspectos técnicos da triagem e as possíveis implicações pessoais, médicas, sociais, psicológicas e jurídicas de um diagnóstico positivo ou negativo para a infecção do HIV. As informações devem ser fornecidas de forma a serem facilmente compreendidas, e devem ser atualizadas. A decisão de submeter-se ao teste deve ser discutida como um ato positivo e como uma oportunidade de promover mudanças em comportamentos de risco.

A decisão deve ser tomada conscientemente. A permissão consciente exige uma noção clara das possíveis implicações do resultado do teste. Em alguns países, a legislação exige que a pessoa dê seu consentimento explícito e consciente antes de ser submetida ao teste; em outros, parte-se da premissa de que quem procura assistência médica está dando seu consentimento implícito.

É importante compreender claramente a política adotada em relação ao consentimento em diferentes localidades e circunstâncias; e qualquer pessoa que esteja considerando a possibilidade de fazer o teste deve compreender seus limites e conseqüências em potencial.

O teste do HIV deve ser organizado de modo a minimizar a divulgação de informações a terceiros e a discriminação. Na triagem, os direitos do indivíduo devem também ser reconhecidos e respeitados. A orientação a ser fornecida deve endossar e estimular esses direitos ativamente, tanto das pessoas a serem testadas quanto das que têm acesso aos registros e resultados dos testes. Devese garantir a confidencialidade em todos os casos.

Questões a serem abordadas na orientação pré-teste

A orientação pré-teste deve enfocar dois aspectos principais: em primeiro lugar, a história pessoal do cliente e até que ponto ele foi exposto ao HIV; em segundo lugar, uma avaliação de sua compreensão da infecção do HIV/AIDS e de sua experiência anterior com situações de crise.

Avaliação de risco

Ao avaliar a probabilidade de uma pessoa ter sido exposta ao HIV, os seguintes aspectos de sua vida devem ser levados em consideração, desde cerca de 1980:

- Freqüência e tipo de comportamento sexual: práticas sexuais específicas, particularmente práticas de alto risco, como coito vaginal e anal sem preservativo, relações sexuais desprotegidas com prostitutas;
- Se a pessoa faz parte de um grupo com alta prevalência da infecção do HIV ou cujos estilos de vida sejam de alto risco, como usuários de drogas injetáveis, prostitutas de ambos os sexos e seus clientes, prisioneiros e homens homossexuais e bissexuais;
- Se a pessoa recebeu uma transfusão de sangue, transplante de órgão ou sangue e seus derivados:
- Se a pessoa foi exposta a procedimentos invasivos possivelmente não esterilizados, como a confecção de tatuagens e a escarificação.

Avaliação de fatores psicossociais e de conhecimentos

As perguntas apresentadas adiante devem ser feitas ao se avaliar a necessidade de submeter uma pessoa ao teste do HIV:

- Por que o teste está sendo solicitado?
- Que comportamento ou sintomas específicos preocupam o cliente?
- O que o cliente sabe sobre o teste e suas utilizações?
- O cliente já considerou o que vai fazer ou como reagirá se o resultado for positivo ou negativo?
- Quais são as crenças e conhecimentos do cliente a respeito da transmissão do HIV e sua relação com comportamentos de risco?
- Quem pode oferecer (e está oferecendo atualmente), apoio emocional e familiar (família, amigos, outros)?
- O cliente já foi testado antes? Se afirmativo, por que razão e com que resultado?

A orientação inicial deve incluir uma discussão com o cliente e a avaliação de sua compreensão (a) do significado e conseqüências em potencial de um resultado positivo ou negativo e (b) de como mudanças de comportamento podem reduzir a probabilidade da infecção ou de sua transmissão a outros.

A orientação pré-teste deve incluir uma cuidadosa consideração da capacidade da pessoa de enfrentar seu diagnóstico e das mudanças que talvez sejam necessárias diante da situação identificada. Deve também estimular a pessoa que está sendo orientada a considerar por que deseja ser testada e com que finalidade. Ao fazer perguntas sobre sua história pessoal, é importante lembrar que o cliente:

- pode estar ansioso demais para absorver plenamente o que o orientador tem a dizer;
- pode ter expectativas irreais em relação ao teste; e
- pode n\u00e3o compreender por que est\u00e1 sendo solicitado a responder a perguntas \u00eantimas sobre seu comportamento e, portanto, ficar relutante em responder.

Na orientação pré-teste, é importante dizer ao cliente que os procedimentos adotados nos testes atuais não são infalíveis. Ocasionalmente, ocorrem resultados positivos e negativos falsos, embora os testes suplementares (confirmatórios), sejam bastante confiáveis se o teste inicial der positivo. Estes fatos devem ser explicados com bastante clareza e é importante também informar o cliente sobre o chamado período "janela", durante o qual o teste talvez não permita uma avaliação adequada da verdadeira condição infecciosa da pessoa.

Se o teste não estiver disponível

Podem existir localidades onde é difícil encontrar laboratórios confiáveis para fazer o teste. Nesse caso, deve-se envidar todos os esforços possíveis para enfatizar a importância da prevenção, particularmente a necessidade de mudar os comportamentos de pessoas envolvidas em atividades de alto risco e de reforçar mudanças comportamentais adequadas. A orientação, a educação, a informação e o apoio são elementos fundamentais para produzir mudanças comportamentais.

Orientação após o teste do HIV e triagem

A orientação a ser oferecida após o teste dependerá do resultado do teste, que poderá ser negativo, positivo ou equivocado.

Orientação após um resultado negativo

É muito importante discutir cuidadosamente o significado de um resultado negativo (mesmo que tenha correspondido à previsão inicial). Quando as pessoas recebem a boa notícia de que não estão infectadas, tendem a sentir-se aliviadas ou eufóricas, mas os pontos mencionados adiante devem ser, ainda assim, enfatizados:

 Após uma possível exposição ao HIV há um período chamado "janela", durante o qual um teste negativo não pode ser considerado confiável. Isso significa que, na maioria dos casos, é necessário esperar pelo menos três meses após o momento de uma possível exposição ao vírus para que um teste negativo possa efetivamente indicar que a pessoa não se infectou. Para se ter mais certeza ainda de um resultado negativo, deve-se esperar pelo menos seis meses após a última possível exposição.

- Só se pode evitar outras exposições à infecção do HIV evitando comportamentos de alto risco. A importância do sexo mais seguro e de não compartilhar agulhas deve ser plenamente explicada, de uma forma que seja compreendida e permita opções adequadas.
- É importante fornecer também informações sobre o controle e prevenção da infecção do HIV, que devem levar o cliente a, entre outras coisas, adotar melhores hábitos de saúde. Talvez seja necessário repetir explicações e o orientador e o indivíduo que está recebendo a orientação talvez precisem aprimorar sua capacidade de convencer outras pessoas, para ajudar o cliente a introduzia e manter novos comportamentos.

Orientação a ser oferecida após um resultado positivo

Pessoas diagnosticadas como portadoras do HIV ou doentes devem ser informadas a respeito desse fato com a maior brevidade possível. A primeira discussão deve ser privada e confidencial e depois deve-se dar tempo para que o cliente absorva a notícia. Após um período preliminar de adaptação, o cliente deve receber explicações claras e verdadeiras sobre seu significado. Não é hora de fazer prognósticos ou estimativas do tempo de vida que o cliente ainda tem pela frente. É hora de reconhecer o choque do diagnóstico e oferecer apoio. É hora também de estimular a esperança do cliente - a esperança de que serão encontradas soluções viáveis para os problemas de ordem pessoal e prática que podem advir. Havendo os recursos necessários, pode-se falar sobre possíveis tratamentos para alguns dos sintomas da infecção do HIV e sobre a eficácia dos tratamentos contra o vírus.

A aceitação ou absorção da informação de que uma pessoa está infectada pelo HIV dependerá do seguinte:

- Da saúde da pessoa na ocasião. Pessoas doentes podem ter uma reação atrasada. Sua verdadeira reação pode se manifestar somente quando sua condição física melhorar.
- 2. Da preparação da pessoa para a notícia. Pessoas completamente despreparadas podem ter uma reação muito diferente das que foram preparadas e talvez já até esperassem o resultado. No entanto, mesmo as pessoas bem preparadas podem ter as reações descritas nas páginas seguintes.
- 3. Do apoio que a pessoa tem na comunidade e de até que ponto ela pode contar com os amigos. Fatores como a satisfação no emprego, a vida e a coesão familiar e as oportunidades de recreação e contato sexual influenciam acentuadamente a reação da pessoa. A reação diante da informação de estar infectado pelo HIV pode ser bem pior em pessoas socialmente isoladas e de poucos recursos, poucas perspectivas profissionais, pouco apoio da família e situação precária em termos de moradia.
- 4. Da personalidade e da condição psicológica da pessoa antes do teste. Se antes de tomar conhecimento do resultado do teste a pessoa já estava psicologicamente transformada, as reacões podem ser mais ou menos complicadas e exigir estratégias diferentes das que

seriam necessárias diante das reações de uma pessoa isenta dessas dificuldades. O manejo pós-teste deve levar em consideração o histórico psicológico e/ou psiquiátrico da pessoa, particularmente porque a tensão provocada pela perspectiva de ser forçada a viver com o HIV pode ter o efeito de um catalisador que provoca o reaparecimento de distúrbios anteriores.

Em alguns casos, a notícia da infecção pode trazer à tona temores e problemas não resolvidos do passado, que podem complicar o processo de aceitação e adaptação e precisarão ser abordados com sensibilidade, cautela e na maior brevidade possível.

5. Dos valores culturais e espirituais que ditam a postura da pessoa em relação à AIDS, a doenças e à morte. Em algumas comunidades que acreditam fortemente na vida após a morte ou que tenham uma atitude fatalista em relação à vida, a notícia da infecção pode ser recebida mais tranqüilamente do que em outras. Por outro lado, podem existir comunidades nas quais a AIDS é vista como prova de comportamento anti-social ou blasfemoso e pode, portanto, gerar sentimentos de culpa é rejeição.

A orientação e o apoio são mais necessários quando aparecem as reações à notícia da infecção do HIV e da doença. Algumas reações podem ser muito intensas inicialmente. É importante lembrar que essas reações são normais diante da notícia de que a vida está ameaçada e devem, portanto, ser esperadas.

Questões psicológicas

As questões psicológicas enfrentadas pela maioria das pessoas portadoras do HIV ou com AIDS giram em torno da incerteza e da adaptação.

A infecção do HIV traz incertezas em relação a aspirações e expectativas de um modo geral, mas a família e o trabalho são as áreas mais sensíveis. Outras incertezas fundamentais são a qualidade e a duração da vida, o efeito do tratamento e a reação da sociedade. Todos esses aspectos são relativamente imprevisíveis em termos de seus resultados de longo prazo. Precisam ser discutidos aberta e francamente, mas deve-se tomar cuidado para sempre estimular a esperança e uma perspectiva positiva.

Para fazer frente às incertezas, uma pessoa com o HIV precisa fazer uma série de adaptações. Mesmo a aparente falta de reação pode ser uma adaptação pela negação. As pessoas começam a se adaptar à notícia de sua infecção a partir do momento em que a recebem pela primeira vez. Seu cotidiano refletirá a tensão entre a incerteza e a adaptação. É essa tensão que faz com que as questões psicossociais assumam uma importância e uma intensidade maior ou menor de tempos em tempos.

Medo

As pessoas infectadas pelo HIV ou com AIDS podem ter muitos temores. O medo de morrer e, particularmente, de morrer sozinho e com dor é bastante evidente em muitos casos. Esses temores podem se basear na experiência de familiares, amigos ou colegas que estiveram

com AIDS ou já morreram em decorrência da doença. Podem também estar relacionados à falta de conhecimentos suficientes sobre o que está envolvido e como os problemas podem ser enfrentados. Como a maioria das preocupações psicológicas, o temor e a pressão por ele produzida devem ser abertamente abordados, com o devido tato. As dificuldades devem ser discutidas com o objetivo de serem administradas, com a ajuda de amigos ou da família e o apoio de um orientador.

Perda

As pessoas com doenças ocasionadas pelo HIV experimentam sensações de perda relacionadas às suas vidas e ambições, sua atração física e potência, relacionamento sexual, situação na comunidade, estabilidade financeira e independência. À medida que a necessidade de assistência aumenta, experimentam também a perda de privacidade e de controle sobre suas próprias vidas. A perda mais comum talvez seja a falta da autoconfiança. A autoconfiança pode ser minada por muitos aspectos da vida com o HIV, incluindo temores em relação ao futuro, ansiedade em relação à capacidade dos familiares e assistentes de fazer frente ao problema e ações negativas e/ou estimagtizantes de outras pessoas. Para muitas pessoas, o reconhecimento da infecção será a primeira ocasião que as forçará a enfrentar sua própria mortalidade e vulnerabilidade física.

Pesar

As pessoas infectadas pelo HIV freqüentemente têm profundos sentimentos de pesar em relação às perdas que experimentam ou prevêem. Podem também experimentar o pesar que lhes é projetado por familiares, amantes e amigos. Essas mesmas pessoas são freqüentemente as que as apóiam e assistem diariamente e testemunham o declínio de sua saúde.

Culpa

Um diagnóstico da infecção do HIV freqüentemente provoca sentimentos de culpa em relação à possibilidade de infectar outras pessoas ou ao comportamento que pode ter dado origem à infecção. Há também o sentimento de culpa pela tristeza que a doença trará a amigos e à família, particularmente aos filhos. Eventos anteriores que trouxeram dor ou tristeza a outras pessoas e que nunca foram resolvidos tendem a ser lembrados nesse momento, podendo aumentar ainda mais o sentimento de culpa.

Depressão

A pessoa infectada pode ficar deprimida por diversas razões. A ausência de cura e a resultante sensação de impotência, a perda de controle pessoal provocada pela necessidade de exames médicos freqüentes e a consciência de que o vírus tomou conta do corpo são fatores importantes. Além disso, conhecer outras pessoas ou saber de outras pessoas que estão com AIDS ou morreram em decorrência da doença e experimentar sensações como a perda do potencial de reproduzir e de fazer um planejamento de longo prazo podem contribuir para a depressão.

Negação

Algumas pessoas podem ter a reação de simplesmente negar um diagnóstico da infecção ou da doença. Para algumas, a negação inicial pode ser uma forma construtiva de enfrentar o choque do diagnóstico. No entanto, se essa atitude persistir, ela pode ser contraproducente, uma vez que pode levar a pessoa a não aceitar as responsabilidades sociais que devem ser assumidas por portadores do HIV.

Ansiedade

A ansiedade pode rapidamente se tornar um traço permanente de uma pessoa infectada pelo HIV, como reflexo das incertezas crônicas geradas pela infecção. Muitos dos fatores que geram ansiedade são reflexos das questões discutidas acima e dizem respeito ao seguinte:

- prognósticos de curto e longo prazo;
- risco de infecção de outras doenças;
- risco de infectar outras pessoas;
- hostilidade social, ocupacional, doméstica e sexual e rejeição;
- · abandono, isolamento e dor física;
- medo de morrer em dor ou sem dignidade;
- incapacidade de mudar as circunstâncias e as consequências da infecção do HIV;
- incertezas quanto a como garantir a melhor saúde possível no futuro;
- incertezas quanto a capacidade de amigos e familiares enfrentarem a situação;
- disponibilidade de tratamento médico/dentário adequado;
- perda de privacidade e preocupações com o aspecto da confidencialidade;
- futuro social e n\u00e3o aceita\u00e7\u00e3o sexual;
- capacidade cada vez menor de atuar eficientemente;
- perda da independência física e financeira.

Raiva

Algumas pessoas ficam abertamente zangadas porque se acham desafortunadas por terem contraído a infecção. Em muitos casos, acham que não foram bem tratadas ou que as informações sobre elas não foram manejadas com a devida sensibilidade. Às vezes, a raiva pode ser dirigida para dentro, na forma de autocensura por ter contraído o HIV ou de comportamentos autodestrutivos (suicidas).

Ações ou pensamentos suicidas

O risco de suicídio é muito maior para pessoas infectadas pelo HIV. O suicídio pode ser visto como uma forma de evitar a dor e o desconforto ou de diminuir a vergonha e o pesar de entes queridos e pode ser ativo (ações deliberadas para provocar a própria morte) ou passivo (esconder ou desconsidera a chegada de uma possível complicação fatal da infecção do HIV ou da AIDS).

Auto-estima

A auto-estima é freqüentemente afetada desde o início do processo de ter que conviver com o HIV. A rejeição de colegas, conhecidos e entes queridos pode levar rapidamente à perda da autoconfiança e da identidade social, fazendo com que a pessoa infectada se dê cada vez menos valor. Isso pode ser agravado pelo impacto físico das doenças ocasionadas pelo HIV, que podem causar, por exemplo, desfiguração facial, extrema magreza e perda de vigor ou controle corporal.

Hipocondria e estados obsessivos

A preocupação com a saúde e mesmo as mudanças ou sensações mais sutis podem provocar hipocondria. Essa condição pode ser passageira e limitada a um período imediatamente posterior ao diagnóstico ou pode persistir em pessoas que têm dificuldade para se adaptar à doença.

Preocupações espirituais

A preocupação com a iminência da morte, com a solidão, e com a perda de controle pode dar origem a interesses espirituais e à busca de apoio religioso. Expressões de pecado, culpa, perdão, reconciliação e aceitação podem surgir no contexto de discussões religiosas e espirituais.

Muitas das preocupações mencionadas acima e outras aparecerão ou ficarão mais acentuadas após um diagnóstico de AIDS. O surgimento de novas infecções, cânceres e períodos de fadiga severa terá um impacto emocional e psicológico significativo. O efeito tende a ser mais acentuado se a pessoa com AIDS for rejeitada pela família ou amigos e deixar de manter relações sociais normais.

Outras questões relativas à orientação

A infecção do HIV freqüentemente acentua outras questões fundamentais para a qualidade de vida.

Questões sociais

Pressões ambientais e sociais, como a perda de renda, discriminação, estigma social (se muitas pessoas tomarem conhecimento do diagnóstico), mudanças nos relacionamentos e a necessidade de mudar a expressão sexual podem contribuir para o surgimento de problemas psicossociais após o diagnóstico. A percepção do paciente do nível e adequabilidade do apoio social é de vital importância e pode se tornar uma fonte de pressão ou frustração.

Manejo médico

O tipo usual e necessário de orientação de apoio é frequentemente influenciado pelas experiências da pessoa infectada com outras formas de assistência médica prestada no contexto da infecção. Quando o paciente ou seus entes queridos acham que o manejo médico foi insensível ou não levou na devida consideração o aspecto da privacidade, a orientação poderá ser ainda mais necessária para persuadir o paciente a seguir os programas recomendados de tratamento.

A orientação poderá envolver também a necessidade de ajudar a pessoa a ter acesso a uma assistência médica adequada e a participar mais plenamente das decisões tomadas em relação a seu tratamento. Se houver indícios de comprometimento neurológico, o manejo cotidiano do paciente poderá se complicar e, nesse caso, será necessário enfatizar especialmente a orientação a ser dada à família, entes queridos e assistentes.

Nesse estágio, os orientadores talvez precisem coordenar toda uma gama de serviços de assistência médica e sociais. Muitas pessoas infectadas pelo HIV também procurarão curandeiros tradicionais ou alguma forma de assistência complementar: isso pode ser inicialmente revelado nas conversas mantidas no contexto da orientação de apoio. Se esse for o caso, a orientação pode ajudar os pacientes a falar sobre suas necessidades percebidas e seu grau de satisfação com esses assistentes

Orientação Após um Resultado de Teste Equivocado

Se o resultado do teste do HIV for equivocado, o orientador deve fornecer algumas informações importantes, particularmente em relação a duas questões principais:

- 1. A pessoa deve receber uma explicação bem clara do que esse resultado significa. O primeiro teste mais comumente usado em todas as amostras é o ELISA. O ELISA tem níveis de sensibilidade e especificidade próximos a 99,5%, o que significa que um resultado não reativo produzido por esta técnica pode ser considerado como um indicador definitivo de que a pessoa não está infectada, a não ser que o teste tenha sido feito durante o "período janela". No entanto, um resultado reativo sugere a possibilidade de a pessoa estar infectada pelo HIV. O procedimento mais indicado nesse caso é fazer um segundo teste ELISA. Se o segundo teste também der positivo, deve-se aplicar algum teste suplementar, usando, por exemplo, o teste Western (Western-blot test). Esse teste suplementar pode dar um resultado positivo (indicando que a pessoa está infectada), negativo (indicando ausência da infecção), ou indeterminado (equivocado). Se o resultado do teste suplementar for indeterminado (o que pode acontecer em até 10% das amostras em algumas áreas), as razões podem ser as seguintes:
 - o teste está tendo uma reação cruzada com uma proteína não relacionada ao HIV (geralmente, a reação com a proteína simula a reação associada à proteína p24);
 - não transcorreu um período suficientemente longo desde que a pessoa foi exposta ao HIV para ocorrer a seroconversão.

Diante de um resultado indeterminado, as opções seriam as seguintes:

- Usar outros métodos para tentar alcançar um resultado confiável. Pode ser necessário usar combinações de técnicas laboratoriais para excluir resultados positivos falsos.
- Não aplicar nenhum outro teste durante algum tempo. Se o resultado for indeterminado e não for possível fazer outros testes, pode-se considerar, com boa margem de segurança, que a pessoa está infectada pelo HIV. O orientador deve aconselhar a pessoa a voltar para fazer um outro teste três meses mais tarde. É importante lembrar que o risco de encontrar um resultado positivo falso usando o ELISA é maior em áreas de baixo nível de infecção do HIV do que em localidades com altos índices de infecção. Assim, em comunidades onde existem muitas pessoas com AIDS, o mais provável é que um resultado reativo ou positivo com o ELISA esteja correto.
- 2. Enfatizar a necessidade da prevenção e oferecer o apoio necessário durante o período de espera por um resultado inequívoco. O período de incerteza após um teste equivocado pode durar três meses ou mais. É importante que os orientadores enfatizem mensagens essenciais para prevenir a transmissão na atividade sexual, no uso de drogas, na doação de fluidos ou tecidos corporais e no aleitamento materno. Um outro aspecto importante é que as incertezas experimentadas nesse período podem levar a dificuldades psicossociais agudas e severas e o orientador deve estar preparado para avaliar e administrar essas questões ou fazer os encaminhamentos necessários, se possível.

Grupos de auto-ajuda

Em algumas localidades, o orientador poderá contar com grupos de ajuda compostos por pessoas em condições semelhantes ou de auto-ajuda, que fazem parte de uma rede crescente de organizações não-governamentais atuantes na área da AIDS. Esses grupos podem oferecer um tipo de assistência pessoal e apoio psicossocial entre pessoas em condições semelhantes que pode não estar disponível em nenhum outro lugar. Se não houver nenhum grupo dessa natureza nas redondezas, o orientador pode estimular os clientes a formar seu próprio grupo. Se isso não for possível, ele pode colocar seus clientes em contato uns com os outros em bases individuais, a seu critério e com o consentimento expresso dos indivíduos envolvidos, observando o aspecto da confidencialidade.

Algumas das questões que podem ser positivamente abordadas em grupos de auto-ajuda, mas que de qualquer forma devem sempre ser levantadas pelo orientador, são as seguintes:

- A necessidade de aprender a conviver com a infecção HIV. Os grupos de auto-ajuda podem abordar positivamente esse aspecto porque muitos de seus membros já atravessaram o mesmo processo. Eles podem descrever os problemas médicos e psicológicos que experimentaram e as intervenções que consideraram mais benéficas.
- A necessidade de ajudar assistentes e entes queridos a lidar com as pressões de viver com uma pessoa doente ou afligida no cotidiano, particularmente quando é necessário lidar com hemorragias, vômitos, incontinência, descarte de curativos, etc e de orientálos quanto às relações sexuais.

- Reduzir tensões e evitar conflitos. A necessidade de vencer a ansiedade, a depressão e outras condições que podem afetar a saúde deve ser enfrentada com uma atitude prática e objetiva, tipo "eu fiz isso..."
- A necessidade de decidir qual seria a melhor maneira de falar sobre o HIV/AIDS. O
 temor de revelar um diagnóstico de HIV ou AIDS a entes queridos, à família, a amigos e
 colegas precisa ser enfrentado, visando a identificar soluções. Essas soluções incluem
 aspectos como o que dizer, a quem, quando e como.
- A necessidade de lidar com sentimentos de solidão, depressão e impotência. Os grupos de auto-ajuda ou de pessoas em condições semelhantes podem proporcionar ajuda e apoio mútuo. Os conselhos de pessoas que já experimentaram sentimentos semelhantes podem ter mais sentido do que uma orientação de segunda mão ou teórica.
- A necessidade de lidar com as implicações de adotar e manter um comportamento sexual
 mais seguro. Os grupos de pessoas em situações semelhantes podem organizar discussões
 e cursos de treinamento que podem ser muito mais pertinentes do que as orientações
 fornecidas por meio de programas formais de assistência médica. O compromisso dessas
 pessoas com um sexo mais seguro ajuda a tornar essas práticas mais aceitáveis e atraentes
 para a sociedade e, portanto, sustentáveis.

Os grupos de apoio entre pessoas em condições semelhantes favorecem, essencialmente, um sentimento de coesão, proporcionando oportunidades para o compartilhamento de experiências e atividades de apoio mútuo entre seus membros. Às vezes, esses grupos podem precisar de ajuda para iniciar e manter atividades regulares. Todos eles procurarão o orientador para facilitarlhes a tarefa de identificar serviços médicos e assistenciais. Esses grupos podem precisar também de apoio jurídico e, em alguns casos, financeiro para que suas atividades ganhem legitimidade.

ANEXO VII

DISCUTINDO FORMAS DE REDUZIR RISCOS

DISCUTINDO FORMAS DE REDUZIR RISCOS

Comportamentos sexuais de risco

O coito anal sem preservativo é o comportamento mais perigoso de todos. Imediatamente depois, vem o coito vaginal sem preservativo. Existem provas de que o HIV é mais eficientemente transmitido pelo coito anal. No que se refere ao coito vaginal, a parceira que recebe a penetração fica mais exposta ao risco de transmissão.

O coito anal com preservativo, seguido do coito vaginal com o mesmo preservativo, é provavelmente o terceiro comportamento mais perigoso. Há provas de que os preservativos, nesta situação, são mais facilmente danificados ou tendem a sair durante o coito vaginal.

Há uma grande distância entre os comportamentos mencionados acima e os classificados como "MAIS SEGUROS". A cunilíngue e a felação sem preservativo podem ser considerados os comportamentos mais perigosos desse grupo, embora as provas disponíveis sugiram que o nível de risco é muito baixo. Deve-se enfatizar que qualquer risco envolvido será acentuado se a mucosa oral não estiver intacta por qualquer razão. Além disso, outras DST podem ser mais facilmente transmitidas por essa via que o HIV. Não se considera que o HIV possa ser transmitido por beijos na boca.

Utilização segura de preservativos

- Sempre use preservativo novo. Os preservativos só devem ser usados urna única vez.
- Armazene os preservativos num local seguro, onde não possam ser danificados pelo calor ou pela umidade.
- Ao tirar o preservativo de sua embalagem, tome cuidado para não danificá-lo.
- O preservativo só pode ser colocado num pênis ereto, antes de qualquer penetração.
- Antes de colocar o preservativo, aperte-o na altura do primeiro centímetro de extremidade fechada para eliminar a possibilidade de formação de bolha de ar nessa região, que pode exercer uma pressão indesejada sobre o preservativo durante a penetração.
- Segure o preservativo na ponta do pênis e desenrole-o cuidadosamente até onde for possível.
 Se ele não desenrolar é porque você o colocou do lado errado. Se isso acontecer, descarte-o e use outro.

- O parceiro deve estar relaxado e suficientemente excitado para que a penetração seja confortável. Fazer sexo forçado à seco, frequentemente provoca rompimento do preservativo.
- Se for necessário aplicar alguma lubrificação adicional, o lubrificante não deve ser à base de óleo ou gordura, porque enfraquecem a borracha do preservativo.
- Após o orgasmo, deve-se segurar firmemente o pênis em sua base e o preservativo deve ser retirado.
- Descarte o preservativo usado, de forma segura.

ANEXO VIII

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

ABSTINÊN-	4		+ no 0		<u>+</u>	+	‡ ‡	+	++	+ no 0	++	÷ ÷
DEPENDÊN-ABSTINÊN-	4 5		+ no 0		‡	+	‡	+	‡	+	+	+
TOLERÂ-	<u>4</u>		+ no 0		+	+	+	+	+	+	+	+
DOSE REAÇÕES TERAPÊUTICA TÓXICAS OU (mg) ADVERSAS			As mesmas descritas nos efeitos principais; Coma.		Seedação; Sono feirada; Diminuição dos reflexos psicomotores				Depressão respiratória; Hipotermia; Hipotenção; Coma			
DOSE	(mg)		Não existe		5-20	20-80	2-5	4-10	2-4	50-150	50-100	20-100
USO TERAPÊUTICO Nenhum		Nenhum		Ansolntoo: Hipmodicoo; Sindome de Bependenda do alcool				Epilepsia; Convulsões	Sedativo; Hipnótico	Sedativo; Hipnótico		
POPULARES PRINCIPAIS I LANCX: Tortura: CUCC Judia: CUCC Judia: Cuccina: CUCC Judia: CUCC J								Anticonvulsi- (Vante; Sedação	Sedação; Hipnose.	Sedação; Hipnose		
S	POPULARES		LANÇA; CHEIRINHO; LOLÓ; LANÇA (PERFUNE: I		S > 0 10 10							
Ξ			COLAS; VERNI L ZES; PEMOVEDORES; PROPELENTES; ESMALTES; TINTAS; CARBEX.		VALIUM; DIENPAX; KIATRIUM; NOAN; CALMOCITENO; DIAZEPAM	PSICOSEDIN; TENSIL; RELAXIL	LORAX; MESMERIN; RELAX.	DEPTRAN; LEXOTAN; LEXPIRIDE	ROHIPNOL; FLUSERIN	GARDENAL; COMITAL; BROMOSEDAN		NEMBUTAL
	ORDEM DE PREFERENCIA NO BRASIL SUBSTANCIA COMERCIAIS QUANTO AO USO POR ATIVA AUTORIO COSTANO C		TOTULENO; XILOL; N-XEXANO; ACETATO DE ETILA; TINNER; GASOLINA; GASOLINA; ACETEN; ACETEN; CORETILA;	CODEÍNA; ZIPEPROL	DIAZEPAM	CLORDIAZEPÓ- XIDO	LORAZEPAM	BROMAZEPAM	FLUNITRAZE- PAM	FENOBARBI- TAL	BUTABARBI- TAL;	PENTOBARBI- NEMBUTAL TAL
	POR INTERNACÃO	HOSPITALAR		Abaixo do 8º Iugar	Abaixo do 8º					8° lugar		
4 1 1 1	QUANTO AO USO	DE	1° lugar	8° lugar					6° lugar			
	QUANT	ESTUDAN TES	1º lugar	6° lugar	2º lugar				5º lugar			
GRUPO QUIMICO QUIMICO SOLVENTES OU INALANTES ON INALANTES ON INALANTES ANTOPES PARA TOSSE			BNEZODA- ZEPINICOS (19 substán- cial zadas no Brasil, com Parsil, com mornes comerciais)				BARBITÚRI- (COS					
	CLLASSIFI- CAGAO FARMA- COLÓGICA Depressores de sistema nervosa central (PICOS)											

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (Cont.)

_		1	T	1	Т	1		1
ABSTINÊN	CIA	‡	‡	‡ ‡	‡ ‡	‡	‡	+
CO CAND	Y ENDEN	‡	‡	‡	‡ ‡	‡	+	+
TOLEBÂN	CIA	‡	‡	‡	‡	+	+	+
DEACÓES	TÓXICAS OU ADVERSAS	Náuseas; Aucinações; MioseMidriase; Hipotermia; Hipotensão; Camos se;	Náuseas; Miose/Midriase; Auchrações; Hipotermia; Hipotensão; Depressão	Miose; Depressão respiratória; Alucinações; Hipotemia; Hipotemsão; Clanose; Coma	Nauseas; Obnubilação; Depressão respiratória; Miose; Hipotermia; Hipoternsão; Cánose; Coma; Convulsão	MioseMidríase; Depressão respiratória; Náuseas; Hipotensão;	Depressão respiratória; Hipotensão; Aucinação; Convulsão; Coma	Miose; Depressão respiratória;; Audinações; Hipotensão; Náuseas.
1900	PRINCIPAIS TERAPÊUTICO TERAPÊUTICA (mg)		5-15	30-60		100	50-100	0,2-0,6
Coll	TERAPÊUTICO	Antidiaméico Analgésico	Analgésico	Antitussigeno; Analgésico	Nenhum	Analgésica		
SCEEDS	PRINCIPAIS	Paralisia intestinal; Analgesia.	Analgesia	Abole a tosse; Analgesia	Analgesia	Analgesia		
0	POPULARES							
CH	COMERCIAIS	PAREGÓRICO	MORFINA	BELACODID; PAMBENTY; SETUX; TYLEX GO- TAS BINELLI.		Dolantina; Demerol.	ALGAFAN; PREVIUM; DOLOXENE.A	TEMGESIC
SIDETÂNCIA	АПУА	PO DO OPIO	MORFINA	codeina	HEROINA	MEPERIDINA	PROPOXIFE. NO	BUPREOR- FINA
Ш	0	Abaixo do 8º lugar			Abaixo do 8º	Abaixo do 8º lugar		
DODEM DE DOCTEDÊNCIA NO DOS	QUANTO AO USO INDEVIDO POR: UDAN MENINOS DE	Abaixo do 8° lugar			Abaixo do 8° lugar	Abaixo do 8° lugar		
O DO DE M	QUANTO QUANTO INDEVI ESTUDAN				Abaixo do 8º lugar	Abaixo do 8º lugar		
Gallag	OCIUMICO	OPIACEOS			OPIÁCEOS SEMI-SIN- TÉTICOS	OPIÓIDES		
1900410	CAÇÃO CAÇÃO FARMA- COLÓGICA							

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (Cont.)

CLASSSIFI- CAÇÃO FARMA- COLÓGICA	GRUPO QUÍMICO	ORDEM I QUAN INDE ESTUDAN	ORDEM DE PREFERENCIA NO BRASIL QUANTO AO USO INDEVIDO POR: INDEVIDO POR: ESTUDAN MENINOS DE HOSPITALA	0 22	SUBSTANCIA ATIVA	NOMES COMERCIAIS POPULARES	NOMES S POPULARES	EFEITOS PRINCIPAIS	USO DOSE TERAPÊUTICA (mg)		REAÇOES TÓXICAS OU ADVERSAS	TOLERAN- CIA	TOLERAN- DEPENDEN- CIA	CIA
		2			NALBUFINA	NUBAIN				10-20	Depressão respiratória; Sedação; Sudoração;	+	+	+
					ZIPEPROL	ERITÓS; NANTUX; SILENTÓS; TUSSIFLEX		Abole a tosse	Antitussigeno		Dratona. Alucinações; Flutuação; Convulsão; Depressão	+	+	+
					DIFENOXILA TO	LOMOTIL; COLESTASE.		inal	Antidiarréico	2,5-10	Miose, Depressão respiratória; Hipotensão; Cianose: Coma	+	+	+
Estimulantes do sistema nervoso central (PSICOANA-	COCAÍNA	7º lugar	4º lugar	3° lugar			Neve Branca	Excitabilidade; Insônia; Imtabilidade;	Anestésico local		Agressividade; Hipertermia; Alucinações;	0	‡	+ no 0
LÉPTICOS)	FOLHA DE COCA				COCAÍNA + IMPUREZAS		Chá	Euforia; Bem-estar; Inapetência.	Não reconhecido		Delírios; Hipertensão; Taquicardia:	0	+	+ no 0
	PASTA DE COCA				COCAINA + IMPUREZAS		Bazuca		•		Fibrilação ventricular.	0	‡	+ no 0
	CRACK				COCAINA BASE		Pedaço; Crack					0	***	+ no 0
	ANFETAMI: NAS	3°/4° lugares	7º lugar	6° lugar	d	HIPOFAGIN; INIBEX; MODERINE.	Bolinha	Inapetência; Insônia; Excitabilidade; Euforia	Obesidade	75	Agressividade; Irritabilidade; Delfrios; Alucinações;	‡	+	+ no 0
					FENPROPO- REX	DESOBESI; LIPOMAX				25	Hiperternia; Taquicardia; Hipertensão; Convulsão	‡	+	+ no 0
						ABSTEN; DASTEN; MODERAMIN				1,5		‡	+	+ no 0
							Bolinha: "Ice"		Nenhum			+++	++	+ no 0
					METILFENIDA TO	RITALINA			Sistema hipercinético	10		+++	++	+ no 0
Perturbadores do sistema nervoso central	INDOL				DMT			Perda da discriminação temporal e espacial; Hilandade; Euforia; Disforia; Delírios;	Nenhum		As mesmas descritas nos efeitos	0	+ no 0	0
(ALUCINÓGE NOS; PSICOTICO					PSILOCIBINA			Alucinações; Flashback.	•		principais	0	+ no 0	0
MIMÉTICOS; PSICODISLÉP TICOS)					LSD-25		Ácido					0	+ no 0	0
	FENIETILAM <u>I</u> NA				MESCALINA							0	+ no 0	0
					MDMA		Êxtase					0	0 on +	0

TABELA DE DIVISÃO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS (Cont.)

-	GRUPO	ORDEM DE	: PREFERÊNC	ORDEM DE PREFERÊNCIA NO BRASIL SUBSTÂNCIA COMERCIAIS POPULARES PRINCIPAIS	SUBSTÂNCIA	NOMES COMERCIAIS POI	TES POPULARES	EFEITOS PRINCIPAIS	USO TERAPÊUTICO	DOSE REAÇÕES TERAPÊUTICA TÓXICAS OU	REAÇÕES TÓXICAS OU	TOLERÂ- I	DEPENDÊN-ABSTINÊN- CIA	ABSTINÊN- CIA
CAÇÃO FARMA- COLÓGICA	QUÍMICO	QUANTO	QUANTO AO USO INDEVIDO POR:	POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	АПЛА					(mg)	ADVERSAS			
		TES	MENINOS DE RUA											
	CANABINÓI- DES				DELTA 9-THC MARINOL; DRONABIN	MARINOL; DRONABINOL			Náuseas; Vômitos	5-10		+	+no0	0
	ANTICOLI- NÉRGICOS	7° lugar	3º lugar		BIPERIDENO AKINETON	AKINETON		Anticolinérgico	Parkinson	2-6	Sonolência; Sedacão:	0	0	0
					TRIEXAFENID ARTANE	ARTANE	Aranha		Parkinson	5-6	Tonturas;	0	0	0
					DICICLOMINA BENTYL		Bentinho		Antiespasmó- dico	160	motora; Excitação:	0	0	0
					BENECTIZINA ASMOTERONA	ASMOTERONA			Asma		Distúrbios	0	0	0
					CIPROHEPTA- PERIATIN; DINA PERIAVIT.	PERIATIN; PERIAVIT.			Orexigeno	2-4	sensonais, Alucinações	0	0	0
Plantas perturbadoras do sistema	CANNABIS (Maconha)	4° lugar	1º lugar	1º lugar	DELTA 9-ТНС		Maconha; Diamba; Fumo; Fininho; Pacau	Relaxamento; Sonolência; Hilaridade;	Não reconhecido		Má viagem; Delírios; Alucinacões	+	+	0
nervoso central								Perda da discriminação			terrificantes; Sensação de			
(ALUCINÓGE- NAS;								temporal e espacial; perda da			morte iminetnte; Taquicardia;			
PSICOTICO MIMÉTRICAS;								memória por curto prazo; ilusões;			Boca seca; Oligospermia;			
PSICODIS- LÉPTICAS)								Delirios; Alucinações.			Uminuição da taxa sangüínea			
											de hormônios sexuais;			
											Síndrome amotivacional			
	DATURA (Trombeta)				ASTROPINA;		Zabumba; Trombeta:	Midríase; Xerostomia:			Alucinações; Hinertemia:			
	(HOHIDEIA)				MINA		Cartucho; Saia	Nerosionila, Ilusões;			Delírios;			
							Branca; veu de Delirios; Noiva: Lírio Alucinacó	Delirios; Alucinacões: Visão			Convuisoes; Pele Seca e			
								embaçada.			quente; Tacii ipardia:			
											raquica uz, Retenção urinária.			
	DAIME				Plantas;				Não		As mesmas			
					B. Caapi; P. Viridas		Ayahuasca	discriminação temporal e	reconhecido		descritas nos efeitos			
								espacial; Ilusões;			principais; Náriseas:			
								Alucinações.			Vôrnitos.			
Cogumelos	PANEAULUS				DMT			Perda da			As mesmas			
DORES)	T C C C C C C C C C C C C C C C C C C C							temporal e			efeitos			
								espacial; Hilaridade: Euforia:			principais			
								Disforia; Delfrios;						
NOTA: 0	ns símbolos sign	ificam: 0 = não ap	resenta o sintoma	ou efeito; +a++++= in	tensidade dos sintorr	nas ou efeitos, quan	do presentes. Com	NOTA. Os simblos sginfarm: 0 = não agreserar o sínitorina ou efelior, -es-t+-= intensidade dos sinitorias ou efelios, quando presente. Om recurso, a desperáncia e abstinéncia productadas pelo ciondazagosobo receberam uma cruz e sa da heroira, quando presente. Om recurso, a desperáncia e abstinéncia productadas pelo ciondazagosobo receberam uma cruz e sa da heroira, quando presente. Om recurso, a desperáncia e abstinéncia productadas pelo ciondazagosobo receberam uma cruz e sa da heroira, quando presente. Om recurso, a desperáncia e abstinéncia e positivado pelo conferencia de conferen	n e abstinência produ	uzidas pelo clordiaz	epóxido receberam	uma cruz e a	s da heroína, qu	autro cruzes

ANEXO IX

CUIDADOS DE
ENFERMAGEM A
CLIENTES COM
DOENÇAS
OCASIONADAS
RELO HIV

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CLIENTES COM DOENÇAS OCASIONADAS PELO HIV

); ;;;[))) ;;;))))		
SINTOMAS	ETIOLOGIA / CAUSAS	AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PLANO ASSISTENCIAL	AVALIAÇÃO DO PROCESSO
	A - Infecção cutânea devido a: 1 - Herpes simples; 2 - Varicela Zoster;	Histórico dos sintomas; Padrões habituais de banho e cuidados com a pele;	Relacionado com a avaliação de enfermagem.	A - Manter a integridade da pele sadia: A1 - Banho de chuveiro ou no	Através do plano de assistência, o paciente deverá:
	3 - Cândida Albicans, 4 - Mycobacterium avium	3 - Facilidades domésticas para o banho.	Ex. comportamento de integridade cutânea relacionado a desnutrição	leito, diariamente; A2 - Utilizar sabão neutro;	1 - Descrever os fatores que
	intracelulares;	4 - História Nutricional atual; 5 - Terapia medicamentos em		A3 - Deixar a pele levemente umedecia;	pele e para as infecções cutâneas secundárias
	B - Ressecamento da pele andamento.	andamento.		A4 - Aplicar creme emoliente.	
	febris associados a infecção pelo	atenção especial a:			2 - Demonstrar habilidade em
	HIV;	a) área sob as pregas cutâneas;		B - Reduzir o potencial para as	proceder aos cuidados cutâneos especiais.
PELE RESSECADA	C - Anemia	c) locais de procedimentos		B1- Evitar banho em banheiras ou	
LESÕES	D - Invasão Cutânea;	invasivos, ou seja, incisoes biópsias, venopunção, etc.;		na posição sentada; B2 - Evitar sabões;	 Mudar freqüentemente de decúbito, quando imobilizado.
CUTÂNEAS	E - Imobilidade:	 d) Regiões genitais, e perianais; 7 - Palnacão da nele nara 		B3 - Utilizar panos separados para banhar as áreas com lesões	
		determinação de temperatura,		infecciosas.	4 - Planejar dieta rica em
	F - Desnutrição;	textura, dor, fungos, umidade, circulação e/ou edema.		C - Manter a integridade cutânea	proteinas e calorias, durante período de 24 horas.
	G - Reações cutâneas á terapêutica			de indivíduos imobilizados;	
	medicamentosa			C1- Mudar frequentemente de	5 - Manter intactas as superficies
				C2 - Massagear frequentemente as	mucocutaneas, sem evidencias de ribor ressecamento ou infecção
				proeminências ósseas	secundária.
				C3 - Instituir esquema de	
				exercícios de mobilização ativa e	
				passiva C4 - Empregar dispositivos de	
				alívio de pressão tais como,	
				protetores de espuma de borracha e	
				outros capazes de alternar as	
				pressões.	



		AVALIAÇÃO	DIAGNOSTICO	0.44	AVALIAÇÃO
SINTOMAS	SINTOMAS ETIOLOGIA/CAUSAS	DE ENFERMAGEM	DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	DO PROCESSO
				C5 - Quando fora da cama, empregar uma cadeira reclinável que permita apoiar as pertas, mudando	
				requentemente o decution do paciente na cadeira. C6 - Para pacientes comatosos, empregar travesseiros	
				e/ou cobertores em posição normal ou neutra.	
PELE RESSECADA				D - Orientar para a nutrição e hidratação adequadas; D1 - Hidratar com 2.5 a 3.0	
LESÕES CUTÂNEAS				litros de líquido ao día . D2 - Oferecer dieta rica em calorias e proteínas.	
				E - Oferecer cuidados ao paciente incontinente; EI - Observar períodos de incontinância nara	
				determina padrão de ocorrência. E2 - Considerar o emprego de fraldas descartáveis em	
				adultos. F - Implementar esquemas de cuidados específicos para	
				a pele, em colaboração com as recomendações médicas.	

		AVALIACÃO	DIAGNÓSTICO		AVALIACÃO
SINTOMAS	ETIOLOGIA / CAUSAS	DE	DE	PLANO ASSISTENCIAL	DO
		ENFERMAGEM	ENFERMAGEM		PROCESSO
	A - Infecção gastrintestinal	 História da diarréia; 	Identificação através da	A - Reduzir os sintomas e facilitar	Através do plano de assistência, o
	devido a:		avaliação de enfermagem.	a restauração dos padrões intestinais paciente deverá:	paciente deverá:
	1 - HIV:	2 - Sintomás associados;	Ex: Alteração da	habituais:	1 I donatifican on federate
	2 Entomosho histolytico:	3 - Conservação do material	evacuação intestinal:	A1 - Dieta nipercalorica,	1 - Identifical Os fatoles que
	4 Columbia Installar	food:	diarréia relacionada a	Imperprotecte poore em residuos.	continuent para diarrela,
	4 - Salmonena, 5 - Shingalla:	ICCAI,	efeitos colaterais	came vermelle magra accada	2 - Planeiar cardánio de 24 horas
	S - Simigena,	1 - Avaliação das cunarfícias	indeseigveis	came vermenta magra assada,	
	6 - Campylobacter,	+ - Availação das superincies	Indesguveis	cozida ou greinada, creme cozido	
	/ - Isospora belli;	niucocutaneas (estato de hidratacão):		de arroz, lelte com baixo teor de	residuos, neos em proteinas e
	9 - Chptospondeo	(Castamara)		gordara, ctc.	carona,
DIARRÉIA	intracelulares:	5 - Avaliação da pressão		B - Hidratar com pelo menos $2.5 a$	3 - Demonstrar habilidade em
	10 - Citomegalovírus;	sanguínea para detecção de		3,0 litros de líquido ao dia.	cuidar de forma apropriada da
		hipotensão postural;		Ex: agua, bebidas isentas de	pele após cada evacuação;
	B - Sarcoma de Kaposi no trato	,		calema, cna, etc.	
	gastro intestinal.	6 - Ausculta e palpação do		C - Oferecer refeições pequenas,	4 - Verbalizar a necessidade de
		abdomen;		frequentes e suplementos	evitar praticas sexuais anais;
	C - Reação gastro intestinal as	7 Evenue de receigo norienel.		alimentares.	- - - - - -
	medicações.	/ - Examp da regiao periama,		D - Evitar alimentos muito	5 - Kerenr redução de evacuações
	D - Intolerância à lactose	8 - Observacão nadrão de		quentes, ou frios e excessivamente	diarias ao longo de 24 horas
		nutricão habitual		temperados.	
	E - Ingestão alimentar	nutilyao naolutai.			
	inadequada.			E - Oferecer cuidados a pele da	
	1			regiao perianal, passando agua	
	F - Intolerância aos			com sabao para lavar o perineo,	
	sindementos alimentares que			apos cada evacuação.	
	apresentam alavada molaridada			F - Usar absorvente higiênico ou	
	apresentant elevada motar tuade			fraldas de adultos para proteger a	
				roupa.	
				G - Evitar coito anal e atividades	
				sexuais orais.	
				11 O 11	
				H - Orientar quanto aos	
				meaning produces.	
				I - Encaminhar, se necessário, ao	
				nutricionista.	

SINTOMAS	SINTOMAS ETIOLOGIA/CAUSAS	AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PLANO ASSISTENCIAL	AVALIAÇÃO DO PROCESSO
	1 - Infecções crônicas pelo HIV.	1 - História do Sintoma.2 - Terapia medicamentosa	Intolerância a atividades relacionadas a transporte	1 - Minimizar fatores que contribuem para fadiga:	O paciente deverá:
	2 - Infecções oportunistas e ou	3 - Estado Nutricional.4 - Sintomas associados.	insuficiente de oxigênio; deficiências nutricionais,	1A - Para imobilizações prolongadas ou parciais:	ı - idenuicar os iatores causadores da fadiga.
	neoplasias.	5 - Infecções oportunistas e neoplasias.	diarréia, perda de líquido, imobilidade prolongada.	 planejar esquema de mudança de decúbito. 	planejar esquema de mudança 2 - Planejar esquema de atividades de decúbito.
	3 - Anemia.	 6 - Tempo de permanência imobilizado muito longo. 		 exercicios ativos e passivos. planejar esquema para que 	3 - Referir redução da fadiga.
FADIGA	4 - Desnutrição.			paciente levante da cama e vá para poltrona diariamente.	
	5 - Diarréia.			1B - Encorajar uso de dispositivos	
	6 - Imobilização prolongada.			que assistam na mobilização e promoção de independência. Exemplo: uso de andadores e/ou	
				cadeiras com apoio.	
				2 - Planejar divisão das atividades	
				atividades curtas com outro de	
				descanso, conforme sua capacidade.	



		AVALIAÇÃO	DIAGNÓSTICO	ONVIA	AVALIAÇÃO
SINTOMAS	ETIOLOGIA / CAUSAS	DE ENFERMAGEM	DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	DO PROCESSO
	1 - Infecção do sistema	 Histórico da doença; 	Troca gasosa	 1 - Minimizar a ação dos 	O paciente deverá:
	respiratório por:	2 - Sintomas associados;	comprometida,	fatores	1 - Identificar os fatores de
	A - Peneumociste carinii	3 - Presença de fatores de	relacionada a hipoxia	que contribuem para a	contribuição relacionados à "falta
	B - Citomegalovírus	contribuição associados	tecidual aguda e/ou	percepção da dispnéia:	de ar".
	C - Criptococos	(tabagismo, uso de drogas);	crônica.	A - Reduzir o tabaco;	2 - Desenvolver plano de
	D - Mycobacterium avium	4 - Terapia medicamentosa;		B - Ventilação pulmonar	atividades dividindo-as na vida
	intracelulares	5 - Avaliação respiratória		inadequada e/ou imobilidade;	diária.
	E - Mycobacterium	(Observação/palpação/Ausculta		B1 - Mudança freqüente de	
FALTA DE AR	tuberculosis			decúbito;	
	F - Histoplasmose	6 - Avaliação cardiovascular		B2 - Exercícios respiratórios e	
(HIPERPNÉIA	G - Cândida albicans	(P.A./ pulso e cor da pele);		estímulo a tosse;	
DISPINÉIA)	H - Cristosporidium	7 - Comparação dos itens 5 e 6		B3 - Se necessário e não contra	
	2 - Sarcoma de Kaposi;	em relação à resposta do		indicado uso de fisioterapia	
	3 - Linfomas;	paciente		respiratória;	
	4 - Pneumocistose intersticial	ás atividades comuns do dia-a-		B4 - Hidratação adequada	
	linfocítica;	dia.		(aproximadamente 2,5 lt. De	
	5 - Anemia;			líquido).	
	6 - Intolerância aos esforços.			2 - Minimizar desconforto	
				produzido por tosse crônica que	
				não melhora.	
				A - Tomar medicação prescrita	
				pelo médico contra tosse	
				regularmente e não em	
				esquema	
				S.O.S;	
				B - Demonstrar técnica de	
				imobilizações capazes de	
				diminuir dor associada a tosse.	
				Exemplo: abraçar um	
				travesseiro	
				ao tossir.	

SINTOMAS	SINTOMAS ETIOLOGIA/CAUSAS	AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM	PLANO ASSISTENCIAL	AVALIAÇÃO DO PROCESSO
TOSSE	Pós - procedimentos broncoscópios. Pneumociste carinii Citomegalovirus Mycobacterim avium intracelulares (M.A.I.) Mycobacterim tuberculosis	1 - História da doença; 2 - Doenças associadas; 3 - Presença de fatores de contribuição associados (tabagismo, uso de drogas); 4 - Terapia medicamentosa; 5 - Avaliação respiratória (Observação/palpação/Ausculta (Observação/palpação/Ausculta (P.A./pulso e cor da pele); 7 - Comparação dos itens 5 e 6 em relação à resposta do paciente às atividades comuns do dia-adia. 8 - Observação do paciente durante a tosse crônica.	Vai estar relacionado com a avaliação de enfermagem. Ex.: Limpeza ineficaz das vias aéreas relacionada à tosse reônica difícil de ser aliviada, à dor ou medo de sentir dor, e/ou presença de secreções viscosas.	A - Minimizar o desconforto associado à tosse crônica que não melhora. B - Para excreção pulmonar inadequada e/ou imobilidade: - Mudança freqüente de decúbito, - Oferecer hidratação adequada (-2,5 a 3,01 por dia) Instalação simples (água destilada); - Tapotagem; - Ensinar o paciente a tossir, procegendo a boca com lenço precedendo a boca com lenço papel; - Orientar e/ou observar aspectos do escarro, quando possível.	Com estas orientações o paciente deverá ser capaz de: 1 - Identificar os remédios eficazes no tratamento da tosse; 2 - Demonstrar habilidade de tossir de forma eficaz; 3 - Referir redução na freqüência da tosse experimentada diariamente; 4 - Identificar os fatores de contribuição relacionados à "falta de ar"; 5 - Desenvolver plano de auto cuidado, dividindo as atividades da vida diária.

SINTOMAS	ETIOLOGIA / CAUSAS	AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PLANO ASSISTENCIAL	AVALIAÇÃO DO PROCESSO
ЕДЕМА	A - Oclusão linfática devido a: 1 - História do edema; 1 - HIV; 2 - Fatores de contribu 2 - Sarcoma de kaposi; 3 - M.A.I.; 3 - M.A.I.; 3 - M.A.I.; 3 - M.A.I.; 4 - Criptococo; 5 - Histoplasma capsulatum; 6 - Virus Epstein-Barr; 7 - Citomegalovírus; diárias relacionadas a 8 - Toxoplasmose gondii; 6 - Observações das diversaçõo vascular pelo edemaciadas; 8 - Rapação de: Iinfon pele para percepção de pele para percepção de pele para percepção de cenaciadas; 8 - Papação de: Iinfon pele para percepção de	1 - História do edema; 2 - Fatores de contribuição ou causadores; 3 - Terapia medicamentosa em andamento; 4 - Ingesta nutricional; 5 - Limitações das atividades diárias relacionadas a imobilidade; 6 - Observações das áreas edemaciadas. 7 - Avaliação da pele sobre as áreas edemaciadas; 8 - Palpação de: Infonodos e pele para percepção de edema; 9 - Pesagem rotineira do baciente.	Identificação através da avaliação de enfermagem. Ex.: Edema relacionado a oclusão linfática em S.K.	1 - Desencorajar o cruzamento da pererá ser capaz de: 2 - Evitar vestuário constrictivo la interirças; aumentam o edema; ou meias inteiriças; aumentam o edema; 3 - Proteger a área afetada contra alimentos contendo baixos teores lesões. 4 - Examinar regulamente a pele sobre o edema, buscando a circulação e descoloração cuánea o ferecer cuidados cuáneos ou soluções de continuidade. 4 - Exibir redução do edema. 4 - Exibir redução do edema.	Com estas orientações o paciente deverá ser capaz de: 1 - Identificar os fatores que aumentam o edema; 2 - Planejar cardápios com alimentos contendo baixos teores de sódio, durante período de 24 horas; 3 - Demonstrar habilidade em oferecer cuidados cutâneos especiais as áreas edemaciadas. 4 - Exibir redução do edema.

		AVALIAÇÃO	DIAGNÓSTICO	044	AVALIAÇÃO
SINTOMAS	SINTOMAS ETIOLOGIA/CAUSAS	DE ENFERMAGEM	DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	DO PROCESSO
	1 - Retinite secundária;	 História da patologia pregressa relacionada à visão; 	Vai estar sempre relacionado com os dados da avaliação.	A - Prover segurança: A1 - orientar quanto ao ambiente ounado o naciente	Todos esses cuidados visam auxiliar o paciente a:
	2 - Citomegalovirus;	2 - Histórico do	Exemplo: incapacidade de auto-cuidar-se.	não está familiarizado;	- identificar os perigos em
	3 - Toxoplasma Gondi;	comprometimento visual;		mais baixo possível;	potenciais;
	4 - Neoplasis S.N.C.	3 - Descrição das limitações impostas pela visão;		A3 - manter luz acesa; A4 - Encorajar o paciente a solicitar assistência a noite ou	- dar liberdade para o mesmo circular no domicílio com
				sempre que necessário.	segurança;
C C		4 - Avaliar habilidades em auto-cuidar-se.		B - Discutir medidas de seguranca no domicílio:	- demonstrar habilidade em
METIMENTO				B1 - Evitar mudanças de	autocuidar-se.
VISUAL				B2 - Remover objetos	
				considerados perigosos. Exemplo: tapetes pequenos.	
				objetos pontiagudos e	
				cortantes;	
				acompanhado.	
				C - Distribuir medidas de	
				segurança no domicílio:	
				e assistir ao paciente no	
				reaprendizado das atividades	
				diárias.	
				Exemplo: descreva a	
				horários das refeições;	
				C2 - oferecer alimentos	
				possíveis de serem segurados	
				pelas mãos;	
				C3 - utilizar canecas para servir	
				allmentos como care, cna,	
				C4 - encorajar cortes de cabelos	
				curtos e barbeador elétrico	

		AVALIACÃO	DIAGNÓSTICO	0.14	AVALIACÃO
SINTOMAS	SINTOMAS ETIOLOGIA / CAUSAS	DE DE ENFERMAGEM	DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	DO DO PROCESSO
	1 - Infecção causada por		Relacionada com a	A - Realizar higiene oral	Com estas orientações o paciente
	Cândida Albicans;		avaliação de enfermagem	quando o paciente tem	deverá ser capaz de fazer a sua
	2 - Herpes Simples;		e os objetivos que se quer atingir	condições de auto-cuidat-se: A1 - oferecer um espelho sobre	
			Exemplo: Estabelecer	a pia;	Availar sua cavidade orai antes e anós higiene
	3 - Desnutrição;		rotina para higiene oral.	A2 - remover prótese;	Referir reducão dos sintomas
	4 - Desidratação;			A3 - olhar cavidade oral com boa iluminação;	
	5 - Reacão a terania			A4 - escovar os dente	
BOC A	medicamentosa.			utilizando escovas macias	
RESSECADA E	,			evitando esfregar a superficie	
DOI ORIDA	6 - Prótese dentária mal			da mucosa;	
	ajustada devido a perda			A5 - pode usar bicarbonato de	
	ponderal (dentaduras).			sódio na falta de pasta dental;	
				A6 - imergir espátula envolvida	
				com gases em vasilha de água	
				oxigenada e água na proporção	
				1:2 e passar sobre a superfície	
				da mucosa;	
				A7 - enxaguar completamente a	
				cavidade oral com água;	
				A8 - Após refeições passar fio	
				dental entre os dentes.	
				B - Oferecer nutrição e	
				hidratação adequada:	
				B1 - observar e verificar perda	
				politici al.	

SINTOMAS	ETIOLOGIA / CAUSAS	AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PLANO ASSISTENCIAL	AVALIAÇÃO DO PROCESSO
	1 - Resposta auto-imunes à infecção pelo HIV:	1 - História dos sintomas;	Vai estar sempre relacionado com a	A - Prevenir a contaminação ambiental pelo HIV, em	O paciente deverá ser capaz com estas orientações:
		2 - Sintomas associados;	avaliação de	decorrência do sangramento;	
	A - Púrpura trombocitopênica		Enfermagem.		1 - idantificar os fatoras ana
	imunológica;	3 - História dos cuidados	Exemplo: Potencial para	B - Vestir roupas largas;	1 - identification of identification
SANGRAMENTO		cutâneos e da higiene oral;	lesões relacionado à		aumenten o potentian para o
HEMATOMAS	B - Anticoagulantes do tipo		ausência de medidas	C - Evitar objetos pesados,	sangramento,
	Lúpus;	 4 - História clínica/cirúrgica; 	para minimizar o	especialmente aqueles que	
			sangramento.	possam repousar ou se chocar de 2 - identificar as intervenções	2 - identificar as intervenções
	2 - Invasão vascular pelo	5 - Terapia medicamentosa em		encontro ao corpo (ex.: bolsa a apropriadas para reduzir o	apropriadas para reduzir o
	Sarcoma de Kaposi;	andamento.		tiracolo);	potencial para o sangramento;
	2 Cumaceño de madule Accae			D. Oc monientes and americantum	
	3 - Supressao da medura Ossea provocada nela terania			gengivas sangrantes devem usar	3 - identificar os modos de
	medicamentosa			escovas de dentes: fio dental	minimização da contaminação
	modern de la company de la com			cacorus de delles, no dellui.	ambiental e o método correto
					para limpeza dos respingos de
					sangue.

		AVALIACÃO	DIAGNÓSTICO	Č.	AVALIACÃO
SINTOMAS	SINTOMAS ETIOLOGIA/CAUSAS	· 出	出	PLANO	0
		ENFERMAGEM	ENFERMAGEM		PROCESSO
	Infecção crônica pelo HIV,	 História dos sintomas; 	Relacionamento com a	A - Controle a febre.	Com estas orientações o paciente
	infecção oportunista		avaliação de enfermagem.	A1 - pré-determinar com	deverá ser capaz de:
	secundária, diarréia e	2 - Sintomas associados;	Exemplo: Déficit	médico, o antipirédico de	
	desidratação.		polêmico relacionado a	escolha (o acetominofem	1
		 História elínica/cirúrgica; 	perda anormal de	encontra-se contra-indicado no	1 - Identifical medidas
			líquidos.	paciente que esteja tomando	apropriatas a serem comadas,
		4 - Terapia medicamentosa em		Retrovir);	quanto ao surgimento da teore,
		andamento;		A2 - Banho de esponja com	
FEBRE				água tépida;	2 - Demonstrar habilidade em
		5 - Avaliar temperatura		A3 - Remover as roupas e	iniciar e manter hidratação
		elevada;		cobertas em excesso;	adequada;
				A4 - Manter o quarto bem	
		6 - Avaliar sinais de		arejado e fresco;	2 Demonstrate hobilidade em
		desidratação.		A5 - Fornecer roupas e lençóis	3 - Demonsu ai naoimaade em
				secos, prevenindo calafrios e	aien e registrar corretamente sua
				tremores;	temperatura local.
				B - Repor as perdas líquidas e	
				manter o equilíbrio	
				hidroeletrolítico.	
				B1 - Oferecer quantidade de	
				líquidos suficiente para	
				hidratação (2,5 a 3,0 litros por	
				dia).	

		AVALIACÃO	DIAGNÓSTICO		AVALIACÃO
SINTOMAS	SINTOMAS ETIOLOGIA / CAUSAS	DE	DE DE ENFERMAGEM	PLANO ASSISTENCIAL	DO PROCESSO
	A - Estomatite devido a:	1 - História da doença	- Alterações nutricionais:	Evitar alimentos com odor forte:	Esses cuidados auxiliam o
	1 - Herpes simples;	relacionada a perda de peso;	relacionadas a:	- Encorajar para o preparo das	paciente a:
	2 - Cândida Albicans;			refeições no domicílio,	
	3 - Esofagite por Cândida;	2 - Conhecimento básico para	A) dificuldade de	empregando alimentos fáceis de	Domonotron gonly on
	4 - Diaméia;	sua alimentação;	mastigar/deglutir;	prepara-los;	- Denoisua gamo ou
	5 - Invasão da cavidade bucal			 Manter a casa bem arejada; 	manutenção de peso,
	ou esofagiana pelo Sarcoma de	 História clínica/cirúrgica; 	B) difficuldades de obter	- Evitar alimentos gordurosos	- Identificar fatores relacionados a
	Kaposi;		os alimentos.	(inclusive frituras) muito	anorexia, dificuldade de
	6 - Incapacidade de pagar,	4 - Tratamento medicamentoso		concentrados e com concentração	mastigação, disfagia ou
PERDA	obter ou preparar os alimentos;	em andamento;		de açúcar;	odinofagia;
PONDERAL	7 - Desconhecimento sobre			- manter a cabeceira da cama	- Planejar e preparar a dieta livre de
	nutrição adequada;	5 - Avaliação da capacidade de		elevada;	microorganismos.
	8 - Anemia;	auto alimentação;		- Oferecer alimentos fáceis de	
	9 - Fadiga;			mastigar (moles) e deglutir,	
	10 - Náusea, vômitos.	6 - Peso e Altura.		ingerindo massas como macarrão,	
				amidos como arroz, mandioquinha	
				e outros;	
				- Orientar quanto ao preparo dos	
				alimentos;	
				- Evitar comprar enlatados com	
				embalagens amassadas ou	
				enferrujadas;	
				 Orientar e supervisionar a 	
				realização de higiene oral.	

		AVALIAÇÃO	DIAGNÓSTICO	CAVIC	AVALIAÇÃO
SINTOMAS	SINTOMAS ETIOLOGIA / CAUSAS	DE	DE	ASSISTENCIAL	DO
	A - Dor localizada no osso,	1 - História dos sintomas;	Vai estar sempre	A - Identificar os fatores de	Com estas orientações o paciente
	nervo, víscera, devido à:		relacionado com a	agravamento.	deverá ser capaz de:
	1 - invasão tumoral;	2 - Sintomas associados;	avaliação de enfermagem.	A1 - pedir ao paciente que	
	2 - infecção oportunista;		Exemplo: Dor	identifique as atividades diárias	1 - identificar os fatores de
		3 - Limitações das atividades;	relacionada a infecção	que parecem aumentar o tipo e a	agravamento da dor;
	B - Antralgia e Mialgia		crônica pelo HIV.	intensidade da dor percebida.	
	generalizada, associadas à	4 - História clínica/cirúrgica;			2 - identificar as medidas de
	infecção crônica pelo HIV.			B - Minimizar o desconforto e o	controle da dor,
		5 - Terapia medicamentosa em		controle doloroso mediante:	
	C - Resposta auto-imune à	andamento;		B1 - explicação da necessidade de	3 - referir redução na intensidade e
	infecção pelo HIV, resultando			controle da dor, e dos esquemas	tipo de dor.
	em:	6 - Avaliação dos sinais vitais;		de administração de medicamentos	
DOR	1 - Vasculite;			prescritos ingeridos regularmente;	
	2 - Neuropatia desmielinizante	7 - Observação a habilidade		B2 - exploração do emprego de	
	crônica;	e/ou vontade de participar em		técnicas não-medicinais, tais	
	 Miopatia inflamatória. 	atividades de vida diária.		como: relaxamento, visualização	
				e/ou distração;	
				B3 - encorajamento do	
				planejamento das atividades	
				diárias relacionadas ao esquema	
				terapêutico;	
				Exemplo: Banhar-se após a	
				tomada de medicações	
				analgésicas;	
				B4 - instituição de medidas que	
				aumentam o conforto, tais como:	
				emprego de colchões de água,	
				massagens e fricções freqüentes	
				nas costas, compressas de água	
				moma para músculos e	
				articulações dolorosas, crioterapia	
				ou lavagens de cabeça com água	
				fria, em casos de cefaléia.	

OVECTIVIO	SAGITACY AICO ICIET	AVALIAÇÃO	DIAGNOSTICO	PLANO	AVALIAÇÃO
SINIONIAS	SINTOWAS ETIOLOGIA/CAUSAS	DE ENFERMAGEM	DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	PROCESSO
	1 - Esofagite;	 História da doença; 	Alterações nutricionais:	1 - Identificar fatores	Esses cuidados auxiliam o
			- perda nutricional devido	associados à Anorexia.	paciente a:
	ecção oportunista 2º do	2 - Tratamento medicamentoso; a anorexia.	a anorexia.	A - alterações do olfato:	- demonstrar ganho ou
	T.G.I.			- redução: utilizar temperos que manutenção de peso;	manutenção de peso;
		3 - Disponibilidade e vontade		incremente odores.	- identificar fatores relacionados a
	3 - Sarcoma Kaposi na	de preparar alimentos;		- aumentado: evitar odores fortes anorexia, dificuldade de	anorexia, dificuldade de
	cavidade oral;			vindos da cozinha.	mastigação, disfagia ou
		4 - Presença de dor a		B - alterações do paladar:	odinofagia;
	4 - Náuseas vômitos;	deglutição.		- marinar carnes vermelhas e/ou	- planejar e preparar a dieta
		- Qual tipo de alimento?		substituir por outros alimentos	livre de microorganismos.
	5 - Dificuldade de mastigação,			como: ovos, aves ou peixes.	
	distagia	5 - Náuseas e Vômitos:			
	odinofagia;	- Quando?		2 - Fatores relacionados à	
				dificuldade de mastigar disfagia/	
42	6 - Stress	6 - Padrão nutricional.		odinofagia.	
ANOREXIA		- Qual tipo de alimentos		- evitar alimentos duros;	
		consome?		- evitar alimentos muito ácidos	
				ou salgados;	
		7 - Exame físico.		 evitar álcool e fumo em excesso; 	
				 evitar alimentos quentes ou frios; 	
				- ingerir alimentos à temperatura	
				ambiente;	
				- ingerir alimentos líquidos e	
				pastosos;	
				- ingerir cereias amolecidos em	
				sopas ou caldos.	
				3 - Com relação a námease a	
				Sensennu anàmai mas - c	
				vômitos:	
				- estimular o emprego de anti-	
				eméticos de horário e não somente	
				quando necessário;	
				- evitar deitar-se após refeições	
				(se no leito mantê-lo sentado);	
				- evitar odores fortes.	

ANEXO X

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA

Desde os primeiros casos de AIDS o estabelecimento de cuidados a domicílio demonstrou benefícios no tratamento da doença. Embora cura ou vacina não tenham sido desenvolvidas, a melhoria dos métodos diagnósticos, a utilização de drogas anti-retrovirais, o tratamento precoce das infecções oportunistas associadas à AIDS e o seguimento assistencial têm assegurado maior sobrevida ao paciente, proporcionando maior período de tempo no convívio familiar.

A assistência domiciliar é um forma de tratamento utilizado com sucesso em outros países, sendo que no Brasil contamos, até o momento, com 11 projetos em funcionamento. O desenvolvimento da atividade da assistência domiciliar terapêutica aos pacientes com AIDS baseiase na concepção de ação conjunta dos recursos da comunidade, dos familiares e participação de profissionais de saúde. Admite a possibilidade dos pacientes serem mantidos em seu próprio domicílio, utilizando uma equipe clinica multidisciplinar e alguns recursos hospitalares que assegurem a assistência médica, dividindo com a família, os cuidados ao paciente.

O paciente e sua família podem ser treinados para desempenharem algumas atividades executadas no ambiente familiar, reduzindo a freqüência de infecções adquiridas no ambiente hospitalar. Isto resultará em uma melhora da qualidade de vida dos pacientes cronicamente expostos às intercorrências da AIDS e uma significativa redução nos custos para nosso Sistema de Saúde.

A implantação da Assistência Domiciliar Têrapeutica (ADT) é subordinada, após aprovação técnica e financeira, ao PN-DST/AIDS, que financiará os recursos solicitados, e à entidade pública Estadual ou Municipal, que deverá assegurar a manutenção das atividades do projeto.

O monitoramento da realização das atividades propostas pelo projeto será efetuado através de relatórios de progressos técnicos e financeiros, e visitas locais por representantes do Programa.

Após avaliação anual, o bom funcionamento da ADT, poderá assegurar, se necessário, uma ampliação da mesma ou a implantação de outros projetos assistenciais alternativos.

Princípios Básicos

- Análise epidemiológica HIV/AIDS local, para caracterização da população-alvo.
- Localização geográfica, definição da área de abrangência e dimensionamento do serviço de saúde para implantação da assistência domiciliar junto às unidades de saúde, SAE, hospital-dia ou hospital geral.
- Adequação logística das atividades do serviço de saúde para que o atendimento domiciliar seja constante, ágil e permanente.

- Formação de equipe multidisciplinar que assegure, através da execução de tarefas e de orientação aos familiares, uma qualidade de cuidados ao paciente semelhante ao do ambiente hospitalar.
- Articulação com serviços básicos de saúde, hospitais gerais, casas de apoio, e grupos da comunidade para integração e participação dos mesmos no desenvolvimento das atividades da assistência.
- Formulação de condutas para que aos pacientes e familiares sejam garantidos a confidencialidade e privacidade das informações.

Objetivos

- Proporcionar uma forma alternativa de atendimento aos pacientes HIV/AIDS ampliando a cobertura assistencial clínica e terapêutica.
- Reduzir o número de internações nos hospitais-dia ou hospitais gerais, reduzir o período de internação permitindo maior rotatividade nos leitos hospitalares. Redução de custos para o Sistema de Saúde
- 3. Estabelecer um comprometimento familiar com os cuidados ao paciente, estimulando a manutenção do mesmo em nível domiciliar. Garantir a segurança dessa conduta aos familiares através de abordagem multiprofissional, que aumente o grau de informação e educação intradomicílio (aconselhamento, biossegurança, etc...).
- 4. Através da família, proporcionar apoio psico-afetivo ao paciente assegurando melhor qualidade de vida ao mesmo. Orientar e conduzir condutas adequadas aos pacientes terminais proporcionando alívio ao sofrimento e morte digna.
- 5. Combater os preconceitos, estimulando a participação da comunidade no processo de educação para prevenção e controle da doença, e no tratamento dos pacientes HIV/AIDS.
- 6. Resgatar pacientes que se incluem na lista ativa de abandono do tratamento.

Atividades e Funções

Definindo-se a necessidade de manutenção do paciente a domicílio pela equipe multidisciplinar, o paciente será incluído no programa de serviço domiciliar, uma vez estabelecido o compromisso da participação familiar nesta atividade.

A partir desse instante, a equipe responsável pela assistência domiciliar promoverá o seu tratamento e coordenará as ações necessárias ao restabelecimento, com visitas periódicas e preenchimento de prontuário com evolução e prescrição.

Dentro das funções da multiprofissionalidade, a equipe médica deverá avaliar o paciente para ingresso ou alta do programa, de acordo com os critérios previstos e avaliação conjunta da equipe. Assegurar o acompanhamento domiciliar através de consultas e prescrição de medicamentos. Orientar sobre as medicações prescritas, sobre os cuidados para com o paciente e solicitar exames.

A equipe de enfermagem, juntamente com o médico, deverá avaliar o paciente para ingresso no programa, responsabilizar-se pela coleta de material para os exames laboratoriais e instalação de medicação endovenosa; fornecer orientações terapêuticas, nutricionais, de higienização, promoção do auto cuidado e orientação à família na assistência ao paciente; organizar o agendamento; orientar sobre biossegurança.

O serviço de farmácia das unidades de saúde/instituições proverão o fornecimento de todos os medicamentos prescritos no prontuário médico.

O serviço social deverá avaliar as necessidades socio-econômicas do paciente e seus familiares, detectar dificuldades, sugerir soluções e tomar decisões objetivando facilitar o atendimento médico domiciliar e a reinserção social do paciente. Contactar os outros serviços envolvidos na assistência à AIDS integrando-os às atividades da assistência domiciliar.

A assistência psicológica deverá promover equilíbrio emocional ao paciente e seus familiares, facilitando uma melhor compreensão e aceitação da evolução da doença. Sugerir condutas cotidianas, que favoreçam melhor vivenciar a situação de morbidade e risco de morte iminente.

O serviço de transporte é responsável pelo apoio logístico integral, atendendo necessidade de exames, medicamentos, alimentos ou de participantes da equipe responsável pela ADT.

O paciente poderá ser referido ao ambulatório original ou internação de acordo com parecer da equipe de assistência domiciliar terapêutica.

Recursos humanos necessários

<u>Médico assistente</u> - responsável pelo paciente e seu tratamento e coordenador da equipe multidisciplinar de saúde. (01)

Enfermeira e auxiliar de enfermagem - (04)

- orientar na biossegurança da equipe, familiares e amigos;
- prover medicação de acordo com prescrição de prontuário médico;
- realizar e orientar procedimentos de manutenção do leito tais como limpeza e troca de roupa, estimulando a participação de voluntários (familiares e membros da comunidade);
- realizar procedimentos de aplicações de medicações endovenosas e/ou transfusões de fluidos e sangue, se necessários;

- coletar e encaminhar exames laboratoriais a domicílio;
- observar e orientar quanto ao desprezo do lixo hospitalar/domiciliar.

Assistente social - prover suporte do sistema ao paciente com envolvimento familiar (01)

- integração ao trabalho;
- facilitação de transporte;
- situação financeira e suporte de apoio;
- conciliação com outros serviços, ONG, casas de auto-ajuda.

Psicólogos - prover suporte psicológico aos pacientes e seus familiares.

<u>Nutricionistas</u>* - para orientação dietética a domicílio, poderão pertencer aos SAE/hospitais.

Fisioterapeutas* - estimular sua participação no acompanhamento aos doentes crônicos.

Motorista - transporte da equipe, do material laboratorial e do suporte nutricional.

A equipe da ADT deverá encorajar a participação de outros profissionais como odontólogos ou médicos de outras especialidades, integrando-os para melhoria da qualidade dos serviços prestados.

* facultativos.

Recursos Materiais

Os materiais mais utilizados para este tipo de serviço, pela equipe de enfermagem, são: equipos de soro, agulhas e caixa para descarte das mesmas, mesas de alimentação para camas, inaladores, material e colchões anti-escaras, bacia, bandeja de curativos, cadeira de rodas, cadeiras para banho.

Orientações para biossegurança domiciliar

Precauções universais

- 1. Lavar as mãos antes e após manipulação do paciente.
- Usar luvas ou proteção plástica sempre que houver contato com sangue, fluídos orgânicos, manipulação de mucosas e pele não íntegra.
- 3. Cuidado ao manipular objetos afiados (lâminas de bisturi, agulhas, lâminas de barbear, tesouras), gases e compressas. Desprezar em locais apropriados e nunca reutilizá-los.

- Roupas não íntimas, banheiros, utensílios de cozinha não requerem tratamento especial se não houverem lesões sangrantes no paciente.
- Proteger colchão e travesseiro com capas plásticas, que serão limpas regularmente com água, sabão e desinfetantes.
- 6. Recipientes para desprezar objetos sujos, afiados e agulhas devem ser rígidos e resistentes:
 - galões de plástico ou metal;
 - · latas com tampa;
 - frascos de álcool
- Papéis sujos, absorventes higiênicos, gases podem ser embrulhados em sacos plásticos e desprezados em recipientes adequados (latas de lixo).
- 8. Orienta-se para que a equipe da ADT recolha os recipientes do item 7 dos locais onde não haja coleta hospitalar, para adequação do material.

Limpeza de materiais sujos (com sangue, fluídos, vômitos)

- Roupas: fervura ou permanecer embebidas em solução de hipoclorito de sódio 5g/l (250 ml/l 1 copo e meio/1) por 30 minutos.
- 2. Superficies: colocar solução de hipoclorito de sódio 5g/l (250 ml/l 1 copo e meio/1), cobrir com gase ou pano embebido na mesma solução por 30 minutos. Desprezar o material em sacos plásticos, com o resíduo sólido, se houver.
- Utensílios de cozinha: solução de hipoclorito de sódio 5g/l (250 ml/l 1 copo e meio/l) por 30 minutos. Os utensílios poderão ser desprezados ou recuperados.

Prevenção de acidentes com agulha

- 1. não reencapar;
- 2. não entortar:
- 3. não reusar;
- 4. não desconectar a agulha da seringa;
- 5. desprezar em recipientes apropriados, imediatamente após uso.

Desinfecção química

1. HIPOCLORITO DE SÓDIO (CÂNDIDA, DE LAVADEIRA, Q-BOA) - é corrosivo para metais. Deve ser diluído antes de sua utilização (máximo de 6 horas), em recipientes não metálicos, protegido da luz e do calor excessivo.

CLORO ATIVO	0,5% (5 g/l)	1% (10g/l)
SOLUÇÃO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO	250 ml/l 1 copo e meio/l	500 ml/l 2 copos e meio/l

Tempo - 15 a 30 minutos. Concentração dependente da quantidade de matéria orgânica presente.

2. GLUTALDEÍDO (CIDEX, GLUTACID) - solução aquosa a 2%. Deve ser ativada antes do uso (pode ser usada por 2 semanas após ativação).

Tempo - 10 a 30 minutos

INATIVAÇÃO VIRAL	PRODUTO	CONCENTRAÇÃO	ТЕМРО	INDICAÇÃO	COMENTÁ- RIOS
QUÍMICOS	HIPOCLORITO DE SÓDIO	5 g/l (250 ml/l- 1 copo e meio/l) 10 g/l (500 ml/l- 2 copos e meio/l)	30 min.	MATERIAL LIMPO MATERIAL SUJO SUPERFÍCIES VASO SANITÁRIO ROUPAS, URINOL	CORROSIVO PARA METAIS. INSTÁVEL PREPARAR ANTES DO USO (MAX. 6 H.). PROTEGER DA LUZ E DO CALOR.
	GLUTALDEÍDO (GLUTACID, CIDEX	2%	10 a 30 min, 30 a 60 min.	CHÃO E SUPERFÍCIES MÁSCARA DE OXIGÊNIO E DE INALAÇÃO	ATIVAR SOLUÇÃO ANTES DO USO. ATIVIDADE REDUZIDA POR PROTEÍNAS.
FÍSICOS	FERVURA		30 min.	ROUPAS COM SANGUE OU FLUÍDOS CORPORAIS	

ANEXO XI

REVISÃO DA DEFINIÇÃO NACIONAL DO CASO DE AIDS EM ADULTO

REVISÃO DA DEFINIÇÃO NACIONAL DO CASO DE AIDS EM ADULTO

INTRODUÇÃO

Esta definição de caso que resultou da revisão realizada em 1992 sobre a definição adotada em 1987, deverá ser usada para efeito de notificação de casos ao Ministério da Saúde.

Além da manutenção de alta especificidade, os objetivos desta revisão foram os seguintes:

- Aumentar a sensibilidade da definição de caso, através da adequação à realidade nosológica e operacional dos servicos de saúde no país.
- Incorporar as experiências nacionais e dos serviços estaduais de vigilância epidemiológica da AIDS.

A nova definição foi organizada em dois critérios não exclusivos (critérios A e B), a partir da existência de evidência laboratorial para a infecção pelo HIV.

No contexto da vigilância epidemiológica de casos de AIDS, evidência laboratorial existe quando uma amostra de soro é repetidamente reativa em um teste para pesquisa de anticorpos anti-HIV (p. ex. ELISA) e/ou na presença de um teste repetidamente positivo para antígeno e/ ou cultura positiva e/ou por PCR positivo.

O critério A permite a definição de um caso de AIDS através do reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas/doenças.

Os sinais e sintomas/doenças incluídos neste critério foram identificados preliminarmente através de estudo conduzido no Brasil, em 1989 (Ministério da Saúde em colaboração com o Centro de Controle de Doenças/CDC (EUA) e, posteriormente, classificados em uma escala de pontos, em reunião organizada pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS), em Caracas.

O critério B permite a definição de um caso de AIDS através do diagnóstico de doença indicativa de AIDS (p. ex. Pneumonia por **Pneumocystis carinii**).

As doenças consideradas como indicativas de AIDS fazem parte da definição de caso atualmente adotada pelo CDC. Entre estas doenças, frente à evidência laboratorial de infecção, diagnóstico presuntivo será aceito para caracterização das seguintes:

- Pneumonia por Pneumocystis carinii;
- Toxoplasmose cerebral;
- Retinite por citomegalovírus;
- Herpes simples muco-cutâneo;
- Candidíase do esôfago.

Um terceiro critério, considerado como excepcional, aplica-se a indivíduos com teste laboratorial para o HIV não realizado ou de resultado desconhecido, e só permite a definição de um caso de AIDS através do diagnóstico definitivo de doença indicativa de AIDS (p. ex., identificação de agente etiológico com microscopia), e exclusão de outras causas de imunodeficiência que não a própria infecção pelo HIV.

Este critério visa, basicamente, possibilitar a notificação de casos reconhecidos após o óbito.

Observações especiais:

- Esta definição foi estruturada exclusivamente para fins de vigilância epidemiológica. Isto significa que ela não se presta ao <u>estadiamento</u> para orientar a condução clínica ou acesso a medicamentos ou beneficios por indivíduos infectados pelo HIV, pelas seguintes razões:
 - Esta definição não permite o reconhecimento de todas as manifestações clínicas ou laboratoriais associadas ao HIV ou à imunodeficiência por ele causada.
 - Para o diagnóstico visando a condução clínica das doenças indicativas de imunodeficiência serão necessárias, frequentemente, informações adicionais àquelas exigidas para caracterização do caso para notificação.
 - Algumas doenças que eventualmente poderão se comportar como oportunistas não estão listadas nas doenças indicativas de imunodeficiência que constam da definição de caso.
 - Para melhor condução clínica de indivíduos localizados no amplo gradiente clínico determinado pelo HIV, existem classificações originalmente formuladas para este fim.
- 2. No contexto de caracterização do caso de AIDS para fins de notificação, uma amostra de soro repetidamente positiva para anticorpos contra o HIV (p. ex., em um teste ELISA), é suficiente como evidência laboratorial de infecção pelo HIV, frente à ocorrência de condições clínicas indicativas de imunodeficiência. Esse critério se justifica pelo alto valor preditivo esperado de um teste repetidamente positivo na situação de alta prevalência do HIV associada à ocorrência dessas condições.

No contexto clínico de indivíduos sintomáticos, mas que não tenham uma doença indicativa de AIDS definitivamente diagnosticada, deverá ser realizada pelo menos mais uma prova sorológica com princípio técnico diferente e o resultado ser confirmado por teste complementar (p. ex., Western Blot, Imunofluorescência).

Em outras situações, como a caracterizada pela ausência de sinais/sintomas, evidência laboratorial de infecção pelo HIV existirá apenas quando pelo menos duas provas sorológicas com princípios técnicos diferentes resultarem positivas e o resultado confirmado por teste complementar (p. ex., Wester Blot, Imunofluorescência).

3. Existem indicações de que algumas doenças endêmicas no Brasil como a leishmaniose, a doença de Chagas e a <u>paracoccidioidomicose</u> podem se comportar como oportunistas em indivíduos infectados pelo HIV. Estas ocorrências devem merecer atenção especial dos serviços clínicos e de vigilância epidemiológica visando o estabelecimento de evidência que permita incluí-las como indicativas de AIDS no futuro.

Caso confirmado de AIDS

Para efeito de notificação ao Ministério da Saúde será considerado caso de AIDS:

- Todo adulto que apresente evidência laboratorial de infecção pelo HIV*, independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência:
- A. Um conjunto de sinais e sintomas/doenças que somem pelo menos 10 pontos, segundo o critério OPAS/Caracas (anexo I)

e/on

B. Pelo menos 1 doença indicativa de AIDS, incluindo Pneumonia por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose cerebral, herpes simples muco-cutâneo de duração > 1 mês, retinite por citomegalovirus e candidíase do esôfago diagnosticadas presuntivamente (anexo II; critério CDC modificado-item 1).

Critério excepcional

- Será considerado caso de AIDS todo adulto com teste laboratorial para o HIV não realizado, ou de resultado desconhecido e que apresente pelo menos 1 doença indicativa de AIDS diagnosticada definitivamente (anexo II: critério CDC modificado - item 2), desde que excluídas as seguintes causas de imunodeficiência:
 - Corticoterapia sistêmica em altas doses ou de longo termo, ou outra terapia imunossupressiva/citotóxica iniciada pelo menos 3 meses antes do diagnóstico da doença indicativa.
 - Pelo menos uma das seguintes doenças diagnosticadas em até 3 meses após o diagnóstico da doença indicativa: Hodgkin, linfoma não-Hodgkin (outro que não o linfoma primário do cérebro), leucemia linfocítica, mieloma múltiplo, qualquer outro câncer do tecido linforreticular ou histiocítico, linfadenopatia angioimunoblástica.
 - Síndrome de imunodeficiência genética (congênita) ou uma síndrome de imunodeficiência, que não seja pelo HIV, como a que envolve hipogamaglobulinemia.

(*) No contexto da vigilância epidemiológica de casos de AIDS, evidência laboratorial existe quando uma amostra de soro é repetidamente reativa em um teste para pesquisa de anticorpos anti-HIV (g. ex. ELISA) e/ou na presença de um teste repetidamente positivo para antígeno e/ou cultura positiva e/ou por PCR positivo.

ANEXO I

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO RIO DE JANEIRO (também conhecido por critério OPAS/CARACAS)

SINAIS/SINTOMAS/DOENÇAS	PONTOS
Sarcoma de Kaposi	10
Tuberculose disseminada/extrapulmonar/pulmonar não cavitária	10
Candidíase oral ou leucoplasia pilosa	5
Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada	5
Herpes Zoster em indivíduo =< 60 anos	5
Disfunção do sistema nervoso central	5
Diarréia >= 1 mês	2
Febre >= 38° C >= 1 mês	2
Caquexia ou perda de peso corporal > 10%	2
Astenia >= 1 mês	2
Dermatite persistente	2
Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia	2
Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose)	2
Linfadenopatia >= 1 cm >= 2 sitios extra-inguinais >= 1 mês	2

Notas explicativas

Sarcoma de Kaposi: diagnóstico definitivo (microscopia), ou presuntivo, através do reconhecimento macroscópico de nódulos, tumorações ou placas eritematosas ou violáceos características na pele e/ou mucosas.

Tuberculose disseminada/extrapulmonar não cavitária: tuberculose disseminada (especialmente do SNC), incluindo as formas pulmonares, radiologicamente atípicas ou não, associadas a outra localização extrapulmonar ou tuberculose extrapulmonar em mais de uma localização (especialmente ganglionar), ou tuberculose pulmonar com padrão radiológico atípico (miliar, infiltrado interstical, não cavitário). Diagnóstico etiológico através de baciloscopia, histologia ou cultura.

Disfunção do sistema nervoso central: indicada por confusão mental (p. ex., desorientação temporal ou espacial), demência, diminuição do nível de consciência (p. ex., estupor ou coma), convulsões, encefalite, meningites de qualquer etiologia (exceto por criptococo), incluindo as de etiologia desconhecida, mielites e/ou testes cerebelares anormais.

Candidíase oral: pode ser diagnosticada pela aparência macroscópica de placas brancas em base eritematosa removíveis na mucosa oral.

Leuclopasia pilosa: placas brancas pilosas não removíveis, na língua.

Diarréia > = 1 mês: duas ou mais evacuações frouxas ou líquidas por dia, constante ou intermitentemente por pelo menos um mês.

Febre $> = 38^{\circ} \text{ C} > = 1 \text{ mês}$: constante ou intermitente.

Caquexia ou perda de peso > 10%: emaciação ou perda de peso > 10% do peso normal do paciente.

Anemia: hematócrito < 30% em homens e < 25% em mulheres, ou hemoglobina < 6,80 mmol/L (< 110 g/L) em homens e < 6,20 mmol/L (< 100 g/L) em mulheres.

Linfopenia: contagem absoluta de linfócitos < lx 10⁹/L (< 1000/mm³).

Trombocitopenia: $< 100 \text{ x } 10^9 \text{/L } (< 100.000 \text{/mm}^3)$.

Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose): qualquer pneumonia ou pneumonite determinada radiologicamente ou por outro método de diagnóstico.

ANEXO II

CRITÉRIO CDC MODIFICADO DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS

1. Com evidência laboratorial de infecção pelo HIV e independente da presença de outras causas de imunodeficiência:

As seguintes doenças serão consideradas indicativas de AIDS se diagnosticadas por método definitivo (anexo III) ou presuntivo (anexo IV):

- Pneumonia por Pneumocystis carinii;
- · Toxoplasmose cerebral;
- Retinite por citomegalovírus;
- Herpes simples muco-cutâneo > 1 mês;
- · Candidíase do esôfago;

As seguintes doenças serão consideradas indicativas de AIDS se diagnosticadas exclusivamente por método definitivo (anexo III):

- Isosporíase com diarréia persistente > 1 mês;
- Criptosporidíase com diarréia persistente > 1 mês;
- Citomegalovirose em local que não o olho, e além do figado, baço ou linfonodos;
- Herpes simples dos brônquios, pulmão ou do trato gastro-intestinal;
- · Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Candidíase da traquéia, brônquios ou pulmão;
- Criptococose extrapulmonar;
- Histoplasmose disseminada (em órgãos outros que não o pulmão ou o linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização);
- Coccidiomicose disseminada (em órgãos outros que não o pulmão ou o linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização);

- Septicemia recorrente por Salmonella (não tifóide);
- Qualquer micobacteriose disseminada que não seja tuberculose (em órgãos outros que não o pulmão, pele ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização);
- Linfoma primário do cérebro em qualquer idade;
- Outro linfoma não Hodgkin de células B fenótipo imunológico desconhecido e dos seguintes tipos histológicos:
- a) Linfoma maligno de células grandes não clivadas (tipo Burkitt ou não Burkitt) (anexo V: Termos equivalentes e códigos numéricos usados na Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, 9ª revisão);
- b) Linfoma maligno imunoblástico (termos equivalentes: linfoma maligno de células grandes imunoblástico, linfossarcoma imunoblástico, sarcoma imunoblástico, linfoma "high-grade") (anexo V: Termos equivalentes e códigos numéricos usados na Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, 9ª revisão).

Nota: Não estão incluídos linfomas de células T (fenótipo imunológico) ou de tipo histológico não descrito ou descrito como "linfocítico", "linfoblástico", "células pequenas não clivadas", ou "linfoplasmocítico".

2. Com teste laboratorial para o HIV não realizado ou de resultado desconhecido desde que excluídas outras causas de imunodeficiência

As seguintes doenças serão consideradas indicativas de AIDS se diagnosticadas exclusivamente por método definitivo (anexo III):

- Pneumonia por Pneumocystis carinii;
- · Toxoplasmose cerebral;
- Criptosporidíase com diarréia persistente > 1 mês;
- Citomegalovirose em local que não o olho ou além do figado, baço ou linfonodo;
- Herpes simples muco-cutâneo > 1 mês, dos brônquios, pulmão ou trato gastro-intestinal;
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Candidíase do esôfago, traquéia, brônquios ou pulmão;
- Micobacteriose disseminada por Mycobacterium avium complex ou M. kansasil (em órgãos outros que não o pulmão, pele ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização);
- Linfoma primário do cérebro em paciente < 60 anos;
- Sarcoma de Kaposi em paciente < 60 anos;

ANEXO III

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS PARA DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS

DOENÇAS	MÉTODO DIAGNÓSTICO
Pneumonnia por P. carinii Toxoplasmose cerebral Isosporiase Criptosporidiase Citomegalovirose Leucoencefalopatia multifocal progressiva Sarcoma de Kaposi Linfoma	microscopia
Candidiase	inspeção macroscópica através de endoscopia ou necropsia ou microscopia (histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado
Herpes simples Criptococose Histoplasmose Coccidiomicose	microscopia (histologia ou citologia) cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos destes tecidos
Micobacteriose (não tuberculose) Salmonelose	cultura

ANEXO IV

CRITÉRIOS SUGERIDOS PARA DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DE DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS

Pneumonia por P. carinii:

- História de dispnéia de esforço ou tosse não produtiva de ínicio recente (dentro dos últimos três meses);
- RX de tórax com evidência de infiltrado interstical difuso bilateral;
- Ausência de evidência de pneumonia bacteriana (prova terapêutica é suficiente).

Toxoplasmose cerebral

- Início recente de anormalidade neurológica focal compatível com lesão intracraniana ou redução do nível de consciência;
- Imagem de lesão cerebral com efeito de massa (tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética) ou aparência radiológica positiva após injeção de contraste;
- Sorologia ou prova terapêutica positiva.

Retinite por Citomegalovirus

 Aparência característica em exames oftalmológicos seriados (p. ex., placas na retina com bordas distintas, progredindo de modo centrífugo, acompanhando os vasos sanguíneos e freqüentemente associadas com vasculite retiniana, hemorragia e necrose). Resolução da doença ativa deixa cicatriz e atrofia com mosqueamento (mottling), do pigmento retiniano.

Herpes simples muco-cutâneo

 Aparência característica de lesões úlcero-crostosas persistentes > 1 mês, por vezes muito extensas, nas regiões perianal e genital. Prova terapêutica deverá ser considerada nos casos duvidosos.

Candidíase do esofâgo

- Início recente de dor retroestemal à deglutição;
- Candidíase oral diagnosticada pelo achado macroscópico de placas brancas em base erimatosa removíveis na mucosa oral.

ANEXO V

TERMOS EQUIVALENTES E CÓDIGOS PARA LINFOMAS INDICATICOS DE AIDS NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS PARA ONCOLOGIA (CID -O)

Os seguintes termos e códigos descrevem linfomas indicativos de AIDS em pacientes com evidência laboratorial de infecção pelo HIV.

CÓDIGOS	TERMOS	
9600/3	Linfoma maligno de células indiferenciadas linfoma maligno não Burkitt de células indiferenciadas	
9601/3	Linfoma maligno, ("stem cells") tipo de células primitivas	
9612/3	Linfoma maligno imunoblástico linfoma maligno de células grandes, imunoblástico ou linfossarcoma imunoblástico ou sarcoma imunoblástico	
9632/3 9633/3	Linfoma maligno centroblástico linfoma maligno centroblástico (difuso) ou sarcoma germinoblástico (difuso) Linfoma maligno difuso de células grandes não clivadas	
9640/3	Reticulossarcoma reticulossarcoma difuso ou sarcoma (difuso) de células reticulares	
9641/3	Reticulossarcoma de células pleomorfas sarcoma de células reticulares pleomorfas	
9750/3	Linfoma de Burkitt tumor de Burkitt ou linfoma maligno indiferenciado ou linfoma maligno de Burkitt de células indiferenciadas.	

ANEXO XII

REVISÃO DA DEFINIÇÃO NACIONAL DE AIDS EM CRIANÇAS

REVISÃO DA DEFINIÇÃO NACIONAL DE CASO DE AIDS EM CRIANÇAS

INTRODUÇÃO

Este documento apresenta a nova definição do caso de AIDS em crianças para efeito de notificação de casos ao Ministério da Saúde.

Esta definição resultou da revisão adotada em 1988.

Além da manutenção de alta especificidade, os objetivos desta revisão foram os seguintes:

- Aumentar a sensibilidade da definição de caso, através da adequação à realidade nosológica e operacional dos serviços de saúde no país.
- Incorporar as experiências nacional e dos serviços estaduais de vigilância epidemiológica da AIDS

A nova definição foi organizada em dois critérios (critérios A e B), a partir da existência de evidência laboratorial para a infecção pelo HIV.

No contexto da vigilância epidemiológica de casos de AIDS, evidência laboratorial existe quando uma amostra de soro é repetidamente reativa em um teste para pesquisa de anticorpos anti-HIV (por exemplo, ELISA), e/ou na presença de um teste repetidamente positivo para antígeno e/ou cultura positiva e/ou PCR positivo.

O critério A permite a definição de um caso de AIDS através do reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas/doenças classificadas como "sinais maiores" ou "sinais menores".

Os **"sinais"** incluídos neste critério foram classificados em reunião de especialistas nacionais coordenada pelo Programa Nacional de DST/AIDS em outubro de 1993.

O critério B permite a definição de um caso de AIDS através do diagnóstico de doença ou síndrome indicativas de AIDS (por exemplo, pneumonia por <u>Pneumocystis carinii</u>).

As doenças/síndromes consideradas como indicativas de AIDS, fazem parte da definição do caso atualmente adotada pelo CDC. Entre estas doenças/síndromes, frente à evidência laboratorial de infecção, diagnóstico presuntivo será aceito para caracterização das seguintes:

^{*}Pneumonia por Pneumocystis carinii

^{*}Toxoplasmose cerebral

^{*}Herpes simples muco-cutâneo

- Retinite por citomegalovírus
- Candidíase esofágica
- Pneumonia linfóide intersticial
- Encefalopatia determinada pelo HIV
- Síndrome da emaciação ("AIDS Wasting Syndrome")

Observações Especiais:

1. Esta definição foi estruturada exclusivamente para fins de vigilância epidemiológica.

Isto significa que ela não se presta ao estadiamento para orientar a condução clínica ou acesso a medicamentos ou benefícios por indivíduos infectados pelo HIV pelas seguintes razões:

- Esta definição não permite o reconhecimento de todas as manifestações clínicas ou laboratoriais associadas ao HIV ou à imunodeficiência por ele causada.
- Para o diagnóstico, visando a condução clínica das doenças indicativas de imunodeficiência, serão necessárias freqüentemente informações adicionais àquelas exigidas para caracterização do caso para notificação.
- Algumas doenças, que eventualmente poderão se comportar como oportunistas, não estão listadas nas doenças indicativas de imunodeficiência que constam da definição do caso.

Para a melhor condução clínica de indivíduos localizados no amplo gradiente clínico determinado pelo HIV, existem classificações originalmente formuladas para este fim.

2. No contexto de caracterização do caso de AIDS para fins de notificação, uma amostra de soro repetidamente positiva para anticorpos contra o HIV (por exemplo, em um teste ELISA), é suficiente como evidência laboratorial de infecção pelo HIV, frente a ocorrência de condições clínicas indicativas de imunodeficiência. Este critério se justifica pelo alto valor preditivo esperado de um teste repetidamente positivo na situação de alta prevalência do HIV associada à ocorrência dessas condições.

Em outras situações, como a caracterizada pela ausência de sinais/sintomas, o diagnóstico de infecção pelo HIV exigirá pelo menos a realização de duas reações sorológicas com princípios técnicos diferentes (crianças com idade = ou > que 18 meses), ou seguimento clínico (crianças com idade < que 18 meses).

Caso confirmado de AIDS

Para efeito de notificação ao Ministério da Saúde será considerado caso de AIDS:

Toda criança menor de 13 anos de idade que apresente evidência laboratorial de infecção pelo HIV (*) e:

A. Pelo menos 02 sinais maiores ou 1 sinal maior associado com 2 sinais menores, segundo o critério de classificação de sinais indicativos de AIDS na criança estabelecido pelo Ministério da Saúde (anexo 1)

e/ou

B. Pelo menos 01 doença indicativa de AIDS (anexo II: critério CDC modificado).

^(*) No contexto de vigilância epidemiológica de casos de AIDS, evidência laboratorial existe quando uma amostra de soro é repetidamente reativa em um teste para pesquisa de anticorpos anti-HIV (p. ex., ELISA) e/ou presença de um teste repetidamente positivo para antígeno e/ou cultura positiva e/ou PCR positivo.

ANEXO I

Classificação de Sinais Indicativos de AIDS na Criança.

SINAIS MAIORES

- · Candidíase oral resistente ao tratamento habitual
- · Aumento crônico da parótida
- · Doenca diarréica crônica ou recorrente
- Herpes Zoster
- Tuberculose

SINAIS MENORES

- Otite/sinusite crônica ou de repetição
- · Hepatomegalia e/ou esplenomegalia
- Miocardiopatia
- · Dermatite crônica
- Linfadenopatia > = 0,5 cmem mais de 2 sítios
- Febre $> = 38^{\circ} \text{ C} > = 1 \text{ mês ou recorrente}$
- Perda de peso > 10% do peso anterior ou alteração na curva de crescimento de 2 percentisa
- · Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia

Notas Explicativas

<u>Doença diarréica crônica ou recorrente</u> - duração superior a 1 mês ou pelo menos 2 episódios de doença diarréica em um período de 30 dias.

Tuberculose - inclui:

- (1) forma pulmonar diagnosticada bacteriologicamente (baciloscopia e/ou cultura) ou presuntivamente através de história epidemiológica de contágio mais suspeita radiológica e/ou histológica com prova terapêutica positiva (definida como melhora clínica e radiológica após 01 mês de esquema tuberculostático, com uso prévio de antibioticoterpia inespecífica, sem sucesso);
- (2) forma extrapulmonar ou disseminada (sem padrão radiológico pulmonar miliar) diagnosticada bacteriologicamente (cultura(ou presuntivamente (suspeita radiológica e/ou histológica e/ou clínica mais historia epidemiológica de contágio);e
- (3) forma disseminada hematogênica diagnosticada através de padrão radiológico pulmonar militar.

Otite/Sinusite crônica ou de repetição - duração superior a 02 meses ou pelo menos 03 episódios em 01 ano.

<u>Miocardiopatia</u> - doença miocárdica definida por alterações no ecocardiograma e que freqüentemente se apresenta com sinais de insuficiência cardíaca congestiva, afastadas outras etiologias não infecciosas.

<u>Dermatite Crônica</u> - lesões eczematosas localizadas ou generalizadas de evolução crônica; lesões pápulo-vesiculosas disseminadas sem etiologia definida, micoses superficiais de evolução crônica resistentes ao tratamento habitual.

Anemia - hemoglobina <80g/L

Linfopenia - contagem absoluta de linfócitos < 1 x 10⁹/L (< 1000/mm³)

Trombocitopenia - $< 100 \times 10^9 / L (< 100000 / mm^3)$

ANEXO II

Critérios CDC Modificado - Doenças Indicativas de AIDS

As seguintes doenças serão consideradas indicativas de AIDS, se diagnosticadas por método definitivo (anexo III) ou presuntivo (anexo IV):

- Infecções bacterianas múltiplas ou de repetição: pneumonia, abscessos de órgãos internos, infecções ósteo-articulares;
- · Meningite bacteriana ou sépsis;
- Pneumonia por Pneumocystis carinii;
- Toxoplasmose cerebral;
- Retinite por citomegalovírus;
- Herpes simples muco-cultâneo > 01 mês;
- Gengivo-estomatite herpética recorrente;
- Candidíase do esôfago;
- Pneumonia linfóide intersticial;
- Encefolopatia determinada pelo HIV;
- Síndrome da emaciação ("AIDS Wasting Syndrome")

As seguintes doenças serão consideradas indicativas de AIDS, se diagnosticadas exclusivamente por método definitivo (anexo III).

- Isosporíase com diarréia persistente > 01 mês;
- Criptosporidíase com diarréia persistente > 01 mês;
- Citomegalovirose em local que não o olho, figado, baço ou linfonodos;
- Herpes simples dos brônquios, pulmão ou do trato gastro-intestinal, excluindo a gengivoestomatite herpética;
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Candíase da traquéia, brônquios ou pulmão;
- Criptococose extrapulmonar;
- Histoplasmose disseminada (em outro local que não ou além do pulmão ou linfonodos cervicais ou hilares);

- Cocidioidomicose disseminada (em outro local que não ou além do pulmão ou linfonodos cervicais ou hilares);
- Septicemia recorrente por Salmonella (não tifóide);
- Qualquer micobacteriose disseminada que não tuberculose (em outro local que não ou além do pulmão, pele ou linfonodos cervicais ou hilares);
- Linfoma primário do cérebro;
- Outro linfoma não Hodgkin de células B ou fenótipo imunológico desconhecido e dos seguintes tipos histológicos;
 - a. Linfoma maligno de células pequenas não clivadas (tipo Burkitt e não-Burkitt) (anexo V: termos equivalentes e códigos da Classificação internacional de Doenças para Oncologia, CID-02);
 - a. Linfoma maligno imunoblástico de Doenças para Oncologia, CID-02).

NOTA: Não estão incluídos linfomas de células T (fenótipo imunológico), ou do tipo histológico não descrito como "linfocítico", "linfoblástico", células pequenas não clivadas" ou "linfoplasmocitóide".

Sarcoma de Kaposi.

ANEXO III

Métodos Diagnósticos Definidos para Doenças Indicativas de AIDS

DOENÇAS	MÉTODO DIAGNÓSTICO
Pneumonia por Pneumocystis carinii Toxoplasmose cerebral Isosporíase Criptosporidíase Citomegalovirose Leucoencefalopatia multifocal Progressiva Linfoma Sarcoma de Kaposi	Microscopia
Candidíase	Inspeção macroscópica através de endoscopia ou necrópsia ou microscopia (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado
Herpes Simples Criptococose Histoplasmose Coccidioidomicose	Microscopia (histologia ou citologia) cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos destes tecidos.
Micobacteriose (não tuberculose) Salmonelose	Cultura

ANEXO IV

Critérios Sugeridos para Diagnóstico Presuntivo de Doenças Indicativas de AIDS. Pneumonia por Pneumocystis carinii

- História de dispnéia de início abrupto que pode evoluir rapidamente para insuficiência respiratória;
- RX de tórax com evidência de infiltrado intersticial difuso bilateral e
- Prova terapêutica positiva caracterizada por melhora com tratamento específico.

Toxoplasmose cerebral

- Início recente de anormalidade neurológica focal compatível com lesão intra-craniana ou redução do nível de consciência;
- Imagem de lesão cerebral com efeito de massa (tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética) ou aparência radiológica positiva após injenção de contraste e
- Sorologia ou prova terapêutica positiva por melhora com tratamento específico.

Retinite por Citomegalovírus

 Aparência característica em exames oftalmológicos seriados (p.ex. placas na retina com bordas distintas, progredindo de modo centrífugo, acompanhando os vasos sangüíneos e freqüentemente associadas com vasculite retiniana, hemorragia e necrose). Resolução da doença ativa deixa cicatriz e atrofia com mosqueamento ('mottling"), do pigmento retiniano.

Herpes Simples Muco-cutâneo

 Aparência característica de lesões úlcero-crostosas persistentes > 1 mês, por vezes muito extensas, nas regiões oral, nasal, perianal e genital. Prova terapêutica deverá ser considerada nos casos duvidosos.

Candidíase do Esôfago

- Início recente de dor retroesternal à deglutição, e
- Candidíase oral diagnosticada pelo achado macroscópio de placas brancas em base eritematosa removíveis na mucosa oral.

Pneumonia Linfóide Intersticial

- RX de tórax com evidência de infiltrado intersticial reticulonodular bilateral, com ou sem adenomegalia hilar, de duração de pelo menos 02 mese e
- Ausência de resposta a tratamento antimicrobiano.

Encefalopatia Determinada pelo HIV

- Pelo menos 01 dos seguintes achados com evolução progressiva na ausência de outras causas que não a infecção pelo HIV;
 - a) Perda de marcos (estágios) de desenvolvimento ou habilidade intelectual;
 - b) Crescimento cerebral retardado (microcefalia adquirida e/ou atrofía cerebral demonstrada por tomografía computadorizada ou ressonância magnética);
 - c) Déficits motores simétricos manifestos por pelo menos 02 dos seguintes sinais: paresia, tônus anormal, reflexos patológicos, ataxia ou distúrbio da marcha.

Síndrome de Emaciação ("AIDS Wasting Syndrome")

- Pelo menos 1 dos seguintes achados na ausência de outras causas que não a infecção pelo HIV:
 - a) Perda de peso > 100% do peso anterior ou alteração na curva de crescimento de 02 percentis acompanhada por diarréia.
 - b) Fraqueza crônica acompanhada por febre > 1 mês (intermitente ou constante).

ANEXO V

Linfomas Indicativos de AIDS com Termos Equivalentes e Códigos da Classificados Internacional de Doenças para Oncologia (CID-02)

Os seguintes termos e códigos descrevem linfomas indicativos de AIDS em pacientes com evidência laboratorial de infecção pelo HIV.

CID-02 (Ampliação do Capítulo II-Neoplasmas do CID-09)

CÓDIGOS	TERMOS	
9593/3	Reticulossarcoma	
	Reticulossacoma difuso	
	Sarcoma de células reticulares	
	Sarcoma difuso de células reticulares	
9682/3	Linfoma maligno difuso de células grandes não clivadas	
	Linfoma maligno de células grandes não clivadas	
	Linfoma maligno difuso não clivado	
	Linfoma maligno não clivado	
9683/3	Linfoma maligno difuso centroblástico	
	Linfoma maligno centroblástico	
9684/3	Linfoma maligno imunoblástico	
	Linfoma maligno imunoblástico de células grandes	
	Sarcoma imunoblástico	
9686/3	Linfoma maligno difuso de células pequenas não clivadas	
	Linfoma maligno de células indiferenciadas	
	Linfoma maligno não-Burkitt de células indiferenciadas	
9687/3	Linfoma de Burkitt	
	Linfoma maligno difuso de Burkitt, células pequenas não clivadas	
	Linfoma maligno de Burkitt indiferenciado	
	Tumor de Burkkit	

ANEXO XIII

MEDO DA MORTE, MEDO DOS HOMENS

MEDO DA MORTE, MEDO DOS HOMENS

O medo da morte não é ambíguo. Ele se concretiza ao repassar a vida profissional de enfermagem quando este se depara no seu cotidiano com a imagem da morte. A morte causa sentimentos, muitas vezes, inexplicáveis e incompreensíveis. Quando tratamos de compreendê-los, eles podem escapar a nossa compreensão e sentimento.

A figura da morte não é agradável. Ela é associada a um esqueleto, vestido com trajes andrajosos, carregando uma foice na mão, para ceifar as vidas das pessoas. E isto é apenas um dos símbolos que a morte carrega consigo.

Um dos períodos da história dos homens em que a morte foi associada ao pecado, no qual a manipulação dos mitos pela Igreja Católica foi amplamente utilizada, resultou na associação à idéia de que a morte era resultado de um pecado. Não faltou, à sociedade da época, a noção de que morte e pecado caminhavam lado a lado.

Atualmente, com o advento da infecção dos indivíduos pelo HIV, é comum observarmos que a sociedade, de maneira geral, frequentemente associa a morte dos indivíduos portadores do HIV e com AIDS à uma vida de desregramentos sociais, associando-se ao "pecado" que as pessoas cometeram.

Por mais que o enfermeiro consiga distinguir que esta é apenas uma doença com a qual ele terá de se haver e não um pecado, ele, na maioria das vezes, não consiguirá se desvencilhar desse imaginário social. Se o enfermeiro, durante suas atividades cotidianas souber definir bem quais suas dúvidas e seus valores, ele evitará, para si, para sua equipe e para sua clientela, a propagação desse imaginário.

Faz-se necessário que se mude esta mentalidade social, cuja repercussão social mais imediata é a solidificação de comportamento social dos indivíduos (profissionais ou não), frente aos portadores do HIV e às pessoas com AIDS.

A morte é apenas a terminalidade da vida, devendo ser encarada como um fato determinado na vida das pessoas. À pessoa que está morrendo devem ser garantidos os cuidados necessários para que seja afastada a hipótese de morte social que, geralmente, ocorre quando os familiares e amigos do cliente depositam nas mãos dos profissionais a confiança de que eles irão curar seu membro, retirando-o do convívio ocupacional, familiar e dos amigos. Ela é muito frequente nos meios urbanos das diversas sociedades ocidentais.

A morte social é, portanto, aquela em que se retira do indivíduo a sua liberdade. BARBAS, através de estudos, determinou os DIREITOS DOS CLIENTES INCURÁVEIS. São eles:

Eu tenho o direito de ser tratado como ser humano até a morte.

Eu tenho o direito de manter minha esperança, não importa o quão inconsistente ele seja.

Eu tenho o direito de ser tratado por aqueles que mantenham a esperança, não importa quão inconsistente ele seja.

Eu tenho o direito de expressar minhas emoções e meus sentimentos a respeito da minha morte, de minha própria maneira.

Eu tenho o direito de participar das decisões a respeito do meu tratamento.

Eu tenho direito de continuar sendo atendido por médicos e enfermeiras, mesmo quando o objeto deixa de ser a cura e passa a ser o conforto e a paliação.

Eu tenho o direito de não morrer sozinho.

Eu tenho o direito de não sentir dores.

Eu tenho o direito a respostas sinceras às minhas perguntas.

Eu tenho o direito de não ser enganado.

Eu tenho o direito de ter ajuda de minha família e para a minha família no processo de aceitação de minha morte.

Eu tenho o direito de morrer em paz e com dignidade.

Eu tenho o direito à minha individualidade, e de não ser julgado por minhas decisões, que podem ser contrárias à crenca dos demais.

Eu tenho o direito de discutir e ampliar minhas experiências religiosas e/ou espirituais, independente do que isso possa significar para as outras pessoas.

Eu tenho o direito de esperar que seja respeitada a inviolabilidade do corpo humano após a morte.

Eu tenho o direito de ser tratado por pessoas sensíveis e competentes, que tentarão compreender minhas necessidades e que conseguirão obter alguma satisfação ao me ajudar a encarar a morte.

Fonte: Barbus. A. "Os direitos do paciente incurável." In H. Whitman e S. Lukes: Modificações Comportamentais nos Pacientes Terminais. Am. J. Nurs., 75:98-101, 1975.

Como no momento ainda não foi descoberta a cura para a infecção pelo HIV, deve-se garantir ao cliente o direito de determinar aquilo que é melhor para si, além de fazer com que a família e amigos determinem com o cliente o que seja melhor para esse grupo específico. Geralmente a EMOÇÃO dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem está presente durante a realização da assistência, através do CUIDADO, e como esses profissionais possuem determinação e liberdade, devem conseqüentemente estabelecer que os direitos dos clientes têm de ser preservados.

Se levarmos em consideração este fator principal, ao cuidarmos da clientela portadora do HIV ou com AIDS, estaremos garantindo que a pessoa, seus familiares e amigos estarão salvaguardados e, por conseguinte, a própria equipe de enfermagem também.

Sabe-se que não é muito fácil conduzir as atividades profissionais de enfermagem por diversos motivos, e isso difículta a manutenção da individualidade da clientela, bem como a dos profissionais. Muitas vezes, fícamos confusos e fragilizados quando nos deparamos com a terminalidade e com a morte. Por isso, devemos levar em consideração todos os recursos necessários de que dispomos para o atendimento das necessidades da clientela, mas também o atendimento de nossas necessidades

A satisfação profissional como consequência de uma assitência de qualidade, deve ser revertida em nosso próprio benefício. Nossos medos, angústias e culpas podem ser repartidos com a clientela, já que ela compartilha na grande maioria das vezes, dos nossos sentimentos.

Quando assistimos à clientela com problemas relacionados ao HIV e com AIDS, devemos levar em consideração que o valor máximo para os seres humanos em geral é a VIDA. Preservando a vida dos clientes, estaremos em contrapartida preservando a nossa.

A utilização da Arte da Assistência de Enfermagem à clientela deve ser aplicada de forma a permitir que a manutenção da vida do cliente tenha como conseqüência imediata a sua segurança. Ao profissional caberia a utilização, para a manutenção da sua própria vida, a observação das normas e técnicas de biossegurança.

Quando falamos em Arte de Enfermagem é porque ela significa a associação da RAZÃO com a EMOÇÃO, e todas as experiências pessoais e profissionais reverterão em benefício do grupo de pessoas envolvidas, cotidianamente, com a situação da infecção pelo HIV e com AIDS.

É bom reforçar que a morte do cliente ou a sua terminalidade são a conseqüência da vida. Só morre quem está vivo. Para compreendermos o que isto representa, devemos perguntar a nós mesmos:

Como eu me sinto a respeito do trabalho com o cliente em fase terminal?

- 1. Eu acho que vou me sentir muito mal ao falar com um paciente que vai mover?
- 2. Eu gostaria de saber o que dizer a um paciente que sabe que vai morrer?
- 3. Eu não gostaria de ter que contar a um paciente que ele vai morrer?
- 4. Quando se chega a um ponto em que não há mais nada que a ciência médica possa fazer para salvar a vida de um paciente então a responsabilidade do médico e da enfermeira é fazer com que o paciente sinta-se tão confortável físicamente quanto seja possível.
- 5. Eu, francamente, me sinto amedrontado com o pensamento de prestar assistência a um paciente que está morrendo. Tenho medo de que o paciente me pergunte se está morrendo ou outras perguntas sobre sua real condição às quais eu não devo responder.
- 6. Eu creio que posso fazer com que um paciente se sinta melhor em relação a sua morte.
- 7. Eu tenho receio de me apegar muito a um paciente incurável.
- 8. Eu não acredito que alguém possa não ter medo da própria morte.
- Eu não concordo que se conte a uma pessoa que ela vai morrer. Não vejo motivos para adicionar sofrimentos.
- 10. Eu acho que é na minha idade que as pessoas sentem mais medo da morte.
- 11. Eu não acho que se deva discutir a morte na frente das crianças.
- Eu tenho de admitir que a possibilidade de estar próximo a uma pessoa que está morrendo me traz uma sensação ruim.
- 13. Estar ao lado de uma pessoa que está morrendo me faz lembrar todo o tempo que um dia eu também vou morrer.
- 14. Eu acho que algumas pessoas podem desejar a morte.
- Estar ao lado de uma pessoa que está morrendo faria com que eu me sentisse orgulhoso da minha boa saúde.

Após internalizarmos estes pontos e os discutirmos com nosso grupo, talvez possamos identificar alguns fatores que tomam a morte de outra pessoa tão difícil para nós mesmos. No quadro abaixo podemos ver algumas das repercurssões e representações da morte em diferentes faixas etárias.

A compreensão da morte nos diferentes estágios do crescimento e desenvolvimento.

Estágios de Desenvolvimento	Compreensão da Morte
Feto-lactente 2-3 anos (Criança)	Não compreende a morte. Não compreende o conceito de morte. Confunde morte com sono. Reage mais à falta de movimento de um animal morto. Não teme a morte, mas reage ao desconforto físico e à separação dos pais, se algum deles morre.
3-6 anos (Pré-escolar)	Começa a compreender o conceito de morte. Tem alguns problemas para aceitar a irreversibilidade da morte, o que pode estar relacionado aos programas de televisão, nos quais, os personagens muito raramente morrem. A idéia de machucar-se seriamente está mais associada à morte do que às enfermidades. A criança teme a separação dos pais que a própria morte traria. O medo de ser deixado sozinho, especialmente em um lugar escuro, pode estar relacionado com a morte. As crianças podem achar que um pensamento mau, o desejo de ferir alguém, pode ser suficiente para causar-lhe a morte. Quando uma criança atinge a idade de cinco ou seis anos, já sabe que vai morrer um dia.
6-12 anos (escolar)	Nesta faixa etária, o indivíduo tem muitas dúvidas espontâneas a respeito da morte. Há um medo de procedimentos médicos dolorosos relacionados à morte. Este grupo etário começa a ver a
	morte como parte do ciclo da vida, e não uma punição ou o resultado de uma violência.
12-18 anos (adolescente)	Os sentimentos de onipotência são comuns neste grupo. Sua própria mortalidade raramente é considerada e, na verdade, muitas atitudes parecem convidar uma lesão física. O medo da morte pode estar associado ao medo de não de tornar adulto
20-65 anos (adulto)	A morte é considerada algo de um futuro distante. As pessoas que estão morrendo pode sentir-se roubadas de seus anos futuros. È muito comum a preocupação com a jovem família que vai deixar. O sentimento de frustração por ter sido bem-sucedido em sua educação e em sua vida profissional para depois ser roubado dos seus anos de recompensa, em que aproveitaria o sucesso, pode levar ao sentimento de raiva. As pessoas idosas reconhecem que estão vivendo a última etapa de seu ciclo de vida
65 anos e além (adulto e velho)	Eles são mais conscientes da realidade da morte, uma vez que quanto mais se viver maior é o número de parentes e amigos que se vê morrer. As pessoas idosas podem encarar sua morte próxima como parte de um processo interno, que é natural e justo. As pessoas idosas freqüentemente consideram que tiveram uma visa cheia e reconhecem que em breve terão que morrer.

As incertezas e medos relacionados à morte, segundo essa descrição, nos faz ter de lidar ao longo de nossa história de vida com estes diversos imaginários. Através da descrição, podemos determinar quais as necessidades de cada faixa etária e cada um dos imaginários que povoam seus modelos relativos à morte. Acreditamos que algumas dessas necessidades irão emergir durante assistência de enfermagem à clientela terminal e, dentre elas podemos citar:

- a) Necessidade de oxigênio;
- b) Necessidade de excreção;
- c) Necessidade de nutrição e hidratação;
- d) Necessidade de estimulação sensorial;
- e) Necessidade de mobilização;
- f) Necessidade de manutenção de temperatura adequada;
- g) Necessidade de se evitar a dor;
- h) Necessidade de segurança;
- i) Necessidade de amor e gregária;
- j) Necessidade de auto-estima;
- 1) Necessidade de auto-realização.

Estas quatro últimas podem ser de difícil consecução, caso o enfermeiro sinta-se despreparado para ajudar as pessoas. Por isso devemos sempre levar em consideração a nossa experiência de vida, ajudando as pessoas a conseguir alcançar o objetivo principal durante essa fase, que é manutenção da DIGNIDADE.

Se a morte do outro ainda causa muitos temores, seria interessante que pudessem ler:

- ARIES, Philippe. Sobre a História da Morte no Ocidente. desde a Idade Média. Teorema, Portugal, 1981.
- 02. RODRIGUES, José Carlos Rodrigues. O Tabu da Morte. Rio de Janeiro, Achiamé, 1984;
- 03. TAKEDA, Rumiko. Solidão e Morte nos Hospitais. In: Enfermagem Moderna, nº 4, vol. 3. out./nov/dez.
- 04. ATIKINSON & MURRAY. <u>Fundamentos de Enfermagem.</u> Guanabara, Rio de Janeiro, 1989. (Capítulo 15 A Morte, pp 193-202).

ANEXO XIV

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O CONTROLE DA AIDS

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O CONTROLE DA AIDS

A) De Caráter Assistencial

- Realizar avaliação do estado de saúde de indivíduo portador do HIV e pacientes com AIDS.
- Prestar assistência de enfermagem a pacientes em nível domiciliar, ambulatorial e hospitalar.
- Participar da realização de atividades de apoio diagnóstico e de outras que apoiem o tratamento, o controle de infectados e pacientes com AIDS.
- 4. Aplicar medidas de biossegurança.
- 5. Realizar controle de doentes. contatos e faltosos.
- 6. Aplicar medidas de vigilância epidemiológica.
- Realizar notificação.
- 8. Realizar investigação epidemiológica.
- 9. Participar das ações de integração social da AIDS.

B) De Caráter Organizacional

- Participar com a equipe de saúde na formulação e execução de estratégias que visem a assistência integral em todos os níveis.
- 2. Participar da previsão, controle de material, medicamentos e pessoal para assistência a soropositivos e pacientes com AIDS.
- 3. Participar de comissão e/ou grupos de estudos específicos para o controle da AIDS.
- 4. Participar com a equipe de saúde do planejamento de assistência ao paciente.
- 5. Gerenciar a prestação do cuidado de enfermagem na sua unidade.
- 6. Coletar, processar e analisar dados clínicos e epidemiológicos.
- 7. Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem segundo critérios estabelecidos.
- Elaborar normas, procedimentos e rotinas para a assistência de enfermagem e organização do servico.
- 9. Realizar supervisão do pessoal de enfermagem.
- 10. Elaborar e participar de estudos e pesquisas operacionais.

C) De Caráter Pedagógico

- Participar do processo de seleção, treinamento e educação continuada do pessoal de enfermagem.
- 2. Realizar educação em saúde ao indivíduo, família e comunidade.

ANEXO XV

ROTEIRO DE ATIVIDADES DO TREINAMENTO

UNIDADE I - EPIDEMIOLOGIA E TRANSMISSÃO PELO HIV



infecção pelo HIV causa uma condição que gera medo e insegurança. Como membros da sociedade, os enfermeiros tendem a compartilhar os temores e as interpretações, que podem ou não estar equivocadas, dos outros membros que compõem essa sociedade. Por essa razão, é essencial que compreendam e trabalhem claramente seus próprios temores e preocupações, e somente assim saberão separar os medos infundados dos que realmente enfermeiros merecam consideração. Os devem compreender o alcance da pandemia de AIDS e a forma pela qual o HIV é transmitido. Esse é o primeiro passo para se tornarem profissionais bem informados e devidamente capacitados para compreender a problemática que envolve a assistência de pessoas infectadas pelo HIV. Frente a essa problemática, o profissional deve assumir postura adequada, de maneira eficiente e eficaz. Deve também assumir seu papel de líder da equipe de enfermagem e articulado, com outros profissionais, dar assistência a essa clientela.

OBJETIVO GERAL

Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a aplicar conhecimentos básicos de epidemiologia do HIV e da AIDS, num determinado contexto social e explicitar o processo de transmissão, ressaltando a função que lhe cabe nesse processo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Identificar os principais temores pessoais e coletivos em relação à infecção pelo HIV e da AIDS.	Tomar conhecimento do texto apresentado pelo instrutor. Trabalhar em pequenos grupos, discutindo e respondendo as questões colocadas pelo instrutor, sistematizar a discussão e anotar num painel. Compartilhar os resultados da discussão, com todo o grupo.
Descrever o comportamento do agente etiológico da AIDS e suas características.	4. Ler Anexo nº 1. comparar as informações, com os resultados das discussões anteriores.
Identificar questões relacionadas à transmissão.	5. Dois participantes do grupo devem encenar a seguinte situação: "Uma enfermeira está fazendo compras e encontra uma vizinha que lhe diz que tem medo de beber água em copo de bar porque ouviu dizer que pode transmitir a AIDS. A enfermeira explica à vizinha como a infecção do HIV se propaga. A vizinha continua a citar formas de transmissão incorretas", dando um final a dramatização que julgar mais adequada.
	6. compartilhar a discussão, relatando o que aprenderam com o exercício.
Identificar as inter-relações existentes entre a infecção pelo HIV e outros agentes causadores de DST.	7. Listar as DST mais comuns que ocorrem na sua comunidade. Discutir a relação que existe entre essas doenças e a transmissão de HIV.
Descrever aspectos epidemiológicos locais, nacionais e globais da pandemia da AIDS, enfatizando a importância da vigilância como parte dos esforços para romper a cadeia de transmissão.	Aula sobre vigilância epidemiológica da AIDS. Conhecer a Ficha de Investigação Epidemiológica da AIDS em adulto e criança.
	10. Preparar um roteiro de visita a um serviço.
	11. Visitar o serviço indicado pelo instrutor.
	12. Compartilhar a experiência, descrevendo as principais informações que conseguiram coletar. Comparar os resultados da visita com as informações apresentadas no item 08. Receber o Anexo nº 2.
Descrever o papel do enfermeiro na preparação e controle da infecção pelo HIV na comunidade.	13. Rever com todo grupo as principais informações adquiridas na Unidade. Listar em painel as principais atribuições do enfermeiro na prevenção, evitando dessa forma a propagação do HIV.

UNIDADE II - A INFECÇÃO PELO HIV E DOENÇAS OPORTUNISTAS ASSOCIADAS



esta unidade consolidará o nível aprendizagem alcançada na Unidade I e terá como finalidade facilitar a compreensão da história natural da infecção, das doenças ocasionadas pelo vírus e das conseqüências clínicas da infecção pelo HIV. Os conhecimentos, adquiridos nesta Unidade e na Unidade I lançarão base para: planejamento, implementação e avaliação das intervenções importantes na área da enfermagem e desenvolvimento de estratégias de educação para a saúde.



Ao concluir esta Unidade ,o aluno identificará os efeitos da infecção pelo HIV sobre o sistema imunológico e suas conseqüências clínicas, reconhecendo as doenças oportunistas associadas à infecção.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Reconhecer como o HIV afeta o sistema imunológico, suas manifestações clínicas e as doenças oportunistas associadas.	Leitura da referência bibliográfica nº 1 página 41 a 62.
	Discutir o texto e elaborar o esquema do funcionamento do sistema imunológico, reforçando os conceitos básicos.
	Descrever o que o grupo sabe sobre as manifestações clínicas que se associam as alterações do sistema imunológico causadas pelo HIV. Relacionar as principais doenças oportunistas associadas.
	4. Trabalhar em 3 grupos, analisando um caso e decidir como devem ser classificados de acordo com os aspectos clínicos referido no Anexo nº 2.
	CASO A: O Sr. T. decidiu doar sangue no serviço local de hemoterapia, no entanto, após ser submetido a um teste sangüíneo, disseram-lhe que era portador do HIV e que não poderia mais doar sangue. Ele está bastante confuso, pois sente-se bastante saudável.
	CASO B: A Sra A. submeteu-se a um teste recentemente e sabe que é portadora do HIV. A sua queixa atual inclui febre, calafrios, sudorese e mialgia.
	CASO C: O Sr. N. tem uma sorologia positiva para HIV, não está bem e se queixa de diarréia crônica e febre nas últimas sete semanas bem como tosse persistente. Além disso, há diversas semanas está co aftas.
	5. Compartilhar a discussão, apresentando a solução de cada caso.
Identificar casos de infecção aguda, infecção assintomática e de AIDS	6. Discutir o Anexo nº3 em pequenos grupos. Instrutor deve esclarecer dúvidas se necessário.
	7. Aplicar o esquema do Anexo nº3 nos casos A, B, C, descritos na atividade 4.
	8. Apresentar o esquema resultante do trabalho.
	9. Participar da discussão dos esquemas apresentados, levantando as facilidades e dificuldades para aplicação do instrumento.
	10. Aplicar o esquema do Anexo nº3 em um serviço de atendimento a portadores do HIV e da AIDS.

UNIDADE III - PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO HIV EM SERVICOS DE SAÚDE



HIV (e outros patógenos transmitidos pelo sangue, como o vírus da hepatite B) pode ser transmitido em unidades de saúde, ambulatórios e hospitais, de um cliente a outro, de um cliente a um profissional de saúde e mais raramente de um profissional de saúde a um cliente. Em cada uma dessas formas de transmissão, o risco depende da prevalência de indivíduos infectados na população, da freqüência de exposição ao instrumental contaminado, da natureza dessas exposições, da relativa infectividade do vírus e da concentração do vírus no sangue.

Considerando que não é viável identificar todas as pessoas infectadas pelo HIV, a estratégia para prevenir a transmissão do vírus em unidades de saúde, ambulatórios e hospitais é "perceber a importância de que todas as pessoas são potencialmente passíveis de ser infectadas". O fato de enfocarmos indivíduos sabidamente infectados deriva exclusivamente da necessidade de lhes oferecer orientação sistematizada, apoio, tratamento, tornando a assistência mais eficaz.

Esta unidade enfatiza a incorporação de precauções universais à prática de enfermagem de acordo com os documentos, sobre o assunto, emitidos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.



Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a desenvolver estratégias para evitar a transmissão do HIV em unidades de saúde, ambulatórios e hospitais, participando de atividades de educação para saúde da clientela, facilitando a implementação de precauções universais visando o controle de infecção em todas as áreas da prática da enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Identificar possíveis formas de transmissão do HIV em unidades de saúde, ambulatórios e hospitais. Descrever precauções universais visando o controle da infecção	Trabalhar em pequenos grupos identificando situações na prática cotidiana em que profissionais de saúde ou pacientes podem ser acidentalmente expostos ao HIV. Anotar em painel, organizando as contribuições segundo duas categorias: riscos para os profissionais e riscos para os clientes. Propondo as medidas preventivas necessárias para evitar a transmissão do HIV.
	2. Compartilhar a discussão, relatando suas conclusões.
	3. Tomar conhecimento dos Anexos nº 4 e 5 e Referência Bibliográfica nº 2.
Usar os conhecimentos anteriormente adquiridos para evitar exposição ao HIV em unidades de saúde ambulatórios e hospitais.	4. Trabalhar em grupos, indicando soluções mais adequadas para cada caso.
sauce amountories e nospitais.	CASO 1: Uma mulher traz seu filho, que e está com febre, a um hospital. Quando lhe dão comprimidos em vez de injeção, ela fica zangada, por acreditar que medicação injetável tem ação mais rápida. A enfermeira está preocupada se a equipe de enfermagem estar aplicando injeções com material esterilizado adequadamente.
	Como você orientaria a mãe da criança para evitar procedimentos evasivos desnecessários? O que você poderia fazer para evitar que a equipe de enfermagem use seringas e agulhas esterilizadas inadequadamente?
	CASO 2: Você faz parte de um grupo tarefa no hospital, cuja finalidade é desenvolver um plano para ensinar o pessoal a adotar procedimentos para controle das infecções, visando evitar a propagação de agentes patogênicos transmitidos pelo sangue. • Quem deveria passar por esse treinamento? • Que problemas podem surgir no processo de tentar alcançar os objetivos? • Que conteúdo deve contar o plano de ensino?

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
	CASO 3: Você é membro de uma comissão estabelecida para estudar formas de limitar o número de transfusões desnecessárias. Verificou-se que diversas crianças podem ter sido infectadas pelo HIV por transfusões. O hospital ainda não testa todo o sangue colhido para fins de transfusão. • Que problemas podem surgir no processo de alcançar os objetivos? • Que estratégias devem ser adotadas para solucionar o problema? 5. Apresentar as conclusões da discussão do grupo. 6. Fazer leitura do Capítulo III: Das Responsabilidades, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Referência Bibliográfica nº3.

UNIDADE IV - O IMPACTO PSICOSSOCIAL DA INFECÇÃO PELO HIV NO INDIVÍDUO E NA COMUNIDADE

INTRODUÇÃO

sta unidade aborda a reação cultural da comunidade em relação a pandemia de AIDS, como os efeitos psicossociais da infecção são influenciados por essa reação e o papel que os enfermeiros podem desempenhar no sentido de modificar essa mentalidade, em relação a atitudes sociais e seus efeitos sobre o indivíduo e fortalecer recursos comunitários.

Todas as sociedades afetadas pela pandemia de AIDS reagiram com temores e atitudes discriminatórias de diferentes intensidades em relação a pessoas, efetiva ou potencialmente, infectadas pelo HIV. Isso tem contribuído para intensificar as conseqüências psicológicas e sociais freqüentemente devastadoras de um diagnóstico de HIV.

Como membros das sociedades em que vivem, os enfermeiros são influenciados por atitudes sócio-culturais (mitos, crenças e etc), prevalentes. Isso pode afetar suas atitudes em relação às pessoas que assistem, e gerar conflitos com diretrizes profissionais.

Enfermeiros empenhados em mudar atitudes sociais em relação a qualquer aspecto das atividades de assistência e prevenção da AIDS podem entrar em conflito com suas comunidades e políticas adotadas para lidar com a infecção do HIV. Em muitos países, enfermeiros desenvolveram estratégias confirmadamente corretas para fazer frente a essas dificuldades



Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a identificar fatores psicossociais que afetam pessoas infectaras pelo HIV e o seu papel em relação a atitudes sociais e seus efeitos sobre o indivíduo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Comparar atitudes sociais e crenças em relação à AIDS e a outras doenças.	Trabalhar em pequenos grupos, listar como diferentes membros da comunidade vêem a AIDS e comparar com outra doença que afeta esta comunidade. Anotar num painel, fazendo duas colunas para melhor visualizar o resultado da discussão.
	Compartilhar, apresentando diferenças identificadas pelos grupos procurando salientar porque a AIDS é vista de maneira diferente de muitas outras doenças. Ler Referência Bibliográfica nº4.
Discutir atitudes sócio-culturais que afetam indivíduos infectados pelo HIV.	3. Trabalhar em pequenos grupos, analisando uma série de declarações, conforme sugestão abaixo, dizendo se concordam ou não, fazendo a devida justificativa. • As pessoas com AIDS são culpadas de terem contraído essa doença. • Os enfermeiros deveriam terem a liberdade de recusar-se a cuidar de um cliente com AIDS. • A epidemia de AIDS poderia ser eliminada se as leis contra a prostituição e o homossexualismo fossem mais severas e se os estrangeiros fossem mandados de volta a seu país. • Pessoas com AIDS devem ter os mesmos direitos de outros pacientes. • O HIV nada mais é do que uma punição por comportamento imoral. • Enfermeiros não devem ter qualquer temor ao cuidarem de pessoas com AIDS. • Todos os clientes devem ser submetidos ao teste para detectar a presença do anticorpo do HIV, com ou sem o seu consentimento. • Pessoas portadoras do HIV que continuam a ter relações sexuais deveriam ser presas. • As pessoas, que usam camisinha para se proteger do HIV, são estimuladas a ter um comportamento imoral. 4. Compartilhar a discussão com todo o grupo. Tomar conhecimento das Referências Bibliográficas n°2 e 5. 5. Fazer a leitura do Capítulo II: Dos Direitos, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Referência Bibliográfica n°3.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Descrever como a infecção pelo HIV pode ter impacto psicossocial nos indivíduos e na sua comunidade e a relevância de atitudes sociais.	6. Desenvolver individualidade a seguinte tarefa: "Cada aluno se coloca, imaginariamente, na situação de uma pessoa que acaba de descobrir que é portadora do HIV. Em seguida elabora uma lista com suas prováveis necessidades nas primeiras 24 horas após o diagnóstico, nas duas primeiras semanas e nos seis primeiros meses".
	 Trabalhar em pequenos grupos, compartilhando a experiência vivenciando na atividade anterior. Elaborar uma lista com as cinco necessidades mais importantes em cada um desse três estágios posteriores ao diagnóstico.
	8. Utilizar a lista realizada na atividade anterior, e com a participação de todo grupo, indicar para cada necessidade identificada: como a reação da comunidade, no que diz respeito a atitudes ou comportamentos em relação ao indivíduo infectado, pode ajudar ou piorar a situação e como a equipe de enfermagem pode satisfazer a necessidade do cliente.
	9. Ouvir o relato de uma pessoa portadora de HIV ou com AIDS sobre a sua experiência pessoal com relação a essa situação. Fazer perguntas se julgar necessário.
	10. Compartilhar a experiência da atividade anterior com todo o grupo. Considerar se há necessidade de alterar a lista elaborada na atividade 7.
Identificar recursos existentes na comunidade capazes de satisfazer as necessidades psicossociais dos indivíduos afetados.	11. Utilizar a lista elaborada na atividade 7 e, considerando essas necessidades, relacionar o que existe na comunidade para atendê-las (organizações comunitárias, profissionais de saúde, organismos civis e religiosos, etc.)
Descrever restrições enfrentadas por enfermeiros ao trabalharem com a satisfação das necessidades psicossociais das pessoas infectadas (restrições sócio-culturais, éticas e profissionais).	 12. Trabalhar em pequenos grupos e responder as perguntas apresentadas a seguir. O resultado de discussão deve ser anotado em painel. Que barreiras e limitações os enfermeiros de sua comunidade podem encontrar ao tentar satisfazer as necessidades de pessoas portadoras de HIV ou com AIDS? Existem conflitos entre a política de atendimento aos portadores de HIV e de AIDS e a prática de enfermagem, no seu local de trabalho? Se afirmativo, qual o motivo? O que pode ser feito para mudar essa situação?
	13. Compartilhar a discussão, com os grupos, apresentando as conclusões. O instrutor deve atuar como facilitador levando em conta os vários pontos abordados.

UNIDADE V - CAPACITAÇÃO PARA ACONSELHAMENTO NA REALIZAÇÃO DE TESTES SOROLÓGICOS DO HIV E A CLIENTES PORTADORES DO HIV E DA AIDS

INTRODUÇÃO

o campo do HIV e da AIDS, a atividade de aconselhamento às vezes é indicada para ficar a cargo de profissionais especialmente treinados para essa função.

No entanto, os enfermeiros podem e devem orientar pacientes em todos os seus contatos. Na prática essa orientação tem dois objetivos básicos:

- evitar transmissão da infecção pelo HIV.
- oferecer apoio psicológico a pessoas infectadas ou afetadas (por exemplo família de um cliente) pelo HIV.

Um diagnóstico de soropositividade ou AIDS, ou mesmo a discussão da possibilidade de estar infectado pode desencadear muitas mudanças, perdas e adaptações. Sendo que freqüentemente isso acontece em condições de isolamento social.

As pessoas muitas vezes sentem-se impotentes diante de problemas concretos ou em potencial que precisam enfrentar. Confirmou-se que a expectativa de vida de pacientes que se sentem menos apoiados pode ser reduzida. Além de que, a curto prazo, é natural que as pessoas em dificuldades queiram que as que as assistam "assumam o controle e pensem por elas". No entanto, pacientes que apenas recebem instruções sobre o que devem fazer levam mais tempo para encontrar as respostas mais adequadas para suas personalidades e circunstâncias específicas.



Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a identificar e descrever fundamentos do uso de testes voluntários e anônimos na detecção da infecção e aconselhamento a portadores de HIV e clientes com AIDS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Identificar situações, em que seja adequada e benéfica aplicação do teste para detecção para o anticorpo do HIV. Descrever o tipo de situações envolvidas no aconselhamento pré e pós-teste do HIV.	Trabalhar em pequenos grupos sobre o uso do teste, utilizar um roteiro conforme sugestão abaixo: Por que é necessário obter o consentimento consciente de um indivíduo antes de submetê-lo a esse teste? Por que o resultado do teste deve ser confidencial? Por que é importante confirmar um teste positivo? Por que é importante garantir a inexistência de resultados falsosnegativos durante a testagem de sangue a ser usado em transfusões? Algumas pessoas gostariam que todos os indivíduos fossem testados para verificar se são portadores do HIV. Esse procedimento é útil? 2. Apresentar os resultados da discussão. 3. Leitura do Anexo nº 6: "Diretrizes da OMS para orientação a ser oferecida em relação ao teste do HIV.
Identificar o tipo de aconselhamento a ser dado a clientes com HIV. Ressaltar a importância do aconselhamento de pessoas em relação a infecção pelo HIV.	4. Trabalhar com dois grupos: A e B. <u>Grupo A</u> deve assumir os pontos de vistas de dois clientes, um que deseja ser orientado a respeito de como se prevenir da infecção pelo
	<u>Grupo B</u> deve relacionar todas as qualidades pessoais e aptidões interpessoais que poderiam ajudá-los a ser eficazes em termos de prevenção e apoio a clientela com HIV.
	5. O representante do Grupo A "cliente" passará para o Grupo B "enfermeiro" e o representante do Grupo B "enfermeiro" para o Grupo A "cliente". Os dois representantes transmitirão ao grupo para o qual foram deslocados as conclusões a que seus grupos chegaram. O grupo dos "enfermeiros" e dos "clientes" acham que as conclusões a que chegaram são compatíveis?
	6. Compartilhar a experiência vivenciada nas atividades anteriores. Discutir o que aprenderam com esse exercício e quais as implicações para as ações da enfermagem.
	7. Ouvir relato de profissionais de saúde, que atuam em Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). Participar da atividade fazendo perguntas se julgar necessário.

UNIDADE VI - EDUCAÇÃO COMO INSTRUMENTO PARA EVITAR A INFECÇÃO PELO HIV



s profissionais de enfermagem desfrutam de uma posição privilegiada para educar as pessoas sobre formas de reduzir o risco de transmissão do HIV. Eles são percebidos como fontes confiáveis de informações sobre saúde e as pessoas geralmente se sentem mais à vontade para discutir questões pessoais com eles do que com outros profissionais.

Em geral, os hábitos sexuais e o uso de drogas são questões muito particulares, de modo que os enfermeiros precisam ter a habilidade de deixar as pessoas à vontade para discutir temas potencialmente embaraçosos.

A capacidade de aconselhar adequadamente permite que os pacientes façam opções viáveis e bem fundamentadas para proteger a si próprios e a outras pessoas.

É essencial que a equipe de enfermagem saiba transmitir informações detalhadas e precisas sobre hábitos sexuais e uso de drogas de forma naturalmente adequada. É possível prevenir a transmissão do HIV: portanto é vital que não haja qualquer mal-entendido em relação como o vírus é transmitido ou não



Após concluir esta unidade, o aluno deverá aplicar os conhecimentos adquiridos levando-se em consideração as medidas preventivas que podem ser tomadas num determinado contexto sócio-cultural, evitando a infecção e a propagação do HIV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Descrever padrões de comportamento sexual em sua comunidade.	1. Trabalhar com duplas, discutindo segundo o roteiro abaixo. Que normas "ou regras" culturais, religiosas e sociais influenciam o comportamento sexual na sua comunidade? Você concorda com elas? Por quê? De que maneira essas normas ajudam a prevenir a propagação do HIV? Essas normas podem estar favorecendo a propagação do HIV de alguma maneira? Por quem e de que formas essas normas não estão sendo seguidas sempre? Por que você acha que as pessoas às vezes não seguem essas normas de comportamento? Existem diferenças em termos do que é socialmente aceitável no comportamento sexual dos homens e das mulheres? Como você acha que o comportamento sexual mudou desde o início da pandemia da AIDS? 2. Reunir duplas, formando pequenos grupos, conforme orientação do instrutor. Compartilhar impressões e discutir as respostas. Anotar as conclusões.
	3. Apresentar conclusões sobre as principais maneiras pelas quais os padrões de comportamento sexual de sua comunidade estão relacionadas ao HIV e expressar como se sentiram ao fazer o exercício.
Identificar riscos relativos ao comportamento sexual.	4. Participar de uma atividade levantando de que maneira arriscaram suas vidas para estar na sala de aula hoje.
	5. Participar de uma atividade relacionada ao grau de risco dos comportamentos sexuais.
	6. Participar da síntese da discussão sobre comportamentos sexuais e os fatores de risco.

Tr.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Identificar formas de redução de riscos relativos ao comportamento sexual.	7. Discutir que tipo de aconselhamento dariam aos indivíduos envolvidos nos casos abaixo:
	CASO 1: O Sr. A já se submeteu diversas vezes a tratamentos contra doenças sexualmente transmissíveis e tem muitos parceiros sexuais. Ele diz que gosta demais de seu estilo de vida para mudá-lo, mas recentemente começou a ficar preocupado com a possibilidade de contrair o HIV.
	CASO 2: A Sra. B está casada há muitos anos. Seu marido viaja muito e me cada viajem fica fora durante muitas semanas. Ela teme que ele esteja tendo relações sexuais com outras mulheres e homens e está preocupada com a possibilidade de pegar o HIV por essa razão. Tem medo de levantar o assunto com o marido, porque ela acha que ele pode ficar zangado. Ele quer ter mais filho, mas ela não.
	CASO 3 - O Sr. C tem 15 anos de idade e uma namorada. Eles já têm alguma experiência sexual, mas não sabem como o HIV se transmite e tão pouco como usar o preservativo, por isso solicita informações detalhadas.
	CASO 4: A Sra. D oferece serviços sexuais para sustentar sua família. Ela diz que os preservativos são caros e que seus clientes lhe oferecem mais dinheiro se ela não os usar.
	CASO 5: O Sr. E e sua namorada vêm mantendo relações há três meses. Geralmente usam preservativos, mas quando não têm um à mão, praticam outras formas mais seguras de sexo. Ele gostaria de saber quando podem abrir mão dessas preocupações, já que um dia gostariam de ter filhos.
	CASO 6: O Sr. F é bissexual (tem sexo com homens e mulheres), e afirma que sente menos prazer sexual quando usa preservativos. Sente vergonha de usá-los e acha que seus parceiros suspeitarão de que ele é portador do HIV se sugerir o seu uso. Ele não sabe se é portador do HIV ou não.
	8. Compartilhar a discussão, relatando os principais aconselhamentos para o caso.
	9. Ler o Anexo nº7, fazer demonstração do uso do preservativo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Descrever como o uso da droga e do álcool podem estar relacionado à infecção pelo HIV e como reduzir os riscos.	10. Realizar uma atividade relacionada à classificação de drogas. 11. Trabalhar em pequenos grupos, considerando as substâncias relacionadas na atividade anterior, classificar segundo: uso aceitável - uso não aceitável - uso lícito - uso ilícito. 12. Compartilhar a discussão através da apresentação do trabalho. Ter conhecimento do Anexo nº 8 e da Referência Bibliográfica nº 6. 13. Trabalhar em grupo discutindo como a transmissão do HIV pode estar relacionada ao uso das substâncias. Tomar conhecimentos da Referência Bibliográfica nº 7.
Identificar sentimentos pessoais, valores culturais e religiosos que possam afetar a capacidade de um enfermeiro educar pessoas sobre a transmissão do HIV e sua prevenção.	14. Trabalhar em pequenos grupos, discutindo diversas barreiras ou dificuldades que provavelmente enfrentarão ao se tornarem educadores. Destacar os obstáculos nos quais sentem-se incapazes de fazer alguma coisa. Após, solicitar que elaborem um plano de ação que ajudaria a lidar com os problemas identificados, listar em seguida as mudanças necessárias em sua comunidade reduzir esses problemas. 15. Compartilhar o resultado da discussão.

UNIDADE VIII - O IMPACTO DA INFECÇÃO PELO HIV E DAS DOENÇAS OCASIONADAS PELO VÍRUS SOBRE AS MULHERES

INTRODUÇÃO

sta unidade aborda riscos particulares da infecção pelo HIV aos quais uma mulher pode ser exposta e sua vulnerabilidade em decorrência de seu papel e posição na sociedade. Os efeitos da infecção na gestação são considerados no contexto do desafio que a infecção apresenta para a mãe, seu filho ainda não nascido e as pessoas envolvidas nos cuidados a serem oferecidos à mãe e ao seu filho.

Enfoca as necessidades educacionais das mulheres no campo da saúde e estratégias educacionais adequadas para satisfazer essas necessidades. Considera também as opções disponíveis às mulheres, que podem ser discutidas no contexto de uma situação de aconselhamento.



Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a avaliar os riscos de infecção pelo HIV aos quais as mulheres podem estar expostas e identificará as necessidades de intervenção de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Descrever influências sócio-culturais que podem expor mulheres ao risco de contrair a infecção pelo HIV.	Trabalhar em pequenos grupos considerando as seguintes questões: Tradicionalmente, qual é papel da mulher na sociedade? Quais são as vantagens e as desvantagens de ser uma mulher nessa sociedade? Como a condição e o papel da mulher afetam sua capacidade de: controlar sua fertilidade e adotar métodos anticoncepcionais, ter acesso à assistência médica, negociar formas mais seguras de fazer sexo? Compartilhar o resultado da discussão apresentando as conclusões.
Identificar riscos de infecção do HIV aos quais a mulher pode estar exposta.	3. A partir dos relatos dos grupos e tomando como referência as vias de transmissão anteriormente mencionadas, discutir e identificar riscos específicos de infecção pelo HIV aos quais as mulheres ficam expostas. Essa discussão pode girar em torno das seguintes questões: • mulheres que fazem sexo sem proteção com um parceiro que mantém muitos outros contatos sexuais; • mulheres que fazem sexo sem proteção com muitos parceiros; • mulheres que fazem sexo sem proteção com portadores de doenças sexualmente transmissíveis; • mulheres que fazem sexo anal sem proteção; • mulheres que receberam transfusões de sangue no passado; • mulheres que usam drogas injetáveis ou que são parceiras de pessoas que usam drogas injetáveis.
Descrever efeitos da infecção do HIV e de doenças ocasionadas pelo vírus sobre uma gestante e seu bebê.	Participar da aula sobre a infecção pelo HIV e a gravidez. Tomar conhecimento da Referência Bibliográfica nº 8 e o Anexo nº 11.
Identificar as necessidades de intervenção de enfermagem.	 Trabalhar em pequenos grupos, listando as principais estratégias que a enfermagem pode desenvolver para reduzir a vulnerabilidade das mulheres ao HIV e a AIDS em decorrência de suas condições sócio-econômicas e em decorrência das condições de assistência de saúde prestada a este segmento social. Compartilhar o resultado da discussão, apresentando o produto do trabalho.
Realizar intervenções de enfermagem voltadas para o atendimento integral às mulheres.	7. Aplicar plano de assistência de enfermagem a clientes mulheres internadas num hospital ou que freqüentem hospital dia ou ambulatório.

UNIDADE VII - CUIDADOS A SEREM OFERECIDOS A ADULTOS COM DOENCAS OCASIONADAS PELO HIV



assistência de enfermagem a uma pessoa com problemas de saúde ocasionados pelo HIV, sobre o ponto de vista técnico, é basicamente a mesma do que aquela prestada a pessoas com outros problemas de saúde.

Consegüentemente, todos os enfermeiros têm competência para cuidar de clientes com doencas ocasionadas pelo HIV, na medida em que os cuidados baseiam-se nos mesmos princípios de enfermagem. Além disso, os enfermeiros conhecem muitos dos problemas de assistência a saúde que pessoas infectadas pelo HIV enfrentarão, devido aos seus conhecimentos e experiência no tratamento de pessoas com outras doenças progressivas. Para aumentar ainda mais a competência e auto-confiança de enfermeiros que cuidam de pessoas infectadas pelo HIV. esta unidade oferecerá uma oportunidade de se familiarizar com toda gama de doenças oportunistas (discutidas no Unidade II), e com as necessidades das pessoas afetadas por elas em termos de assistência. Os alunos terão também a oportunidade de discutir as implicações dos tratamentos disponíveis para a prática da enfermagem. Questões relacionadas ao controle de infecção, a saber, o conceito de precauções universais, discutidas no Unidade III. são reforçadas neste módulo e os enfermeiros serão relembrados que quaisquer precauções para o controle de infecções consideradas apropriadas para a assistência de indivíduos sabidamente infectados pelo HIV igualmente aplicáveis a todos os serviços de saúde, a todos os clientes e o tempo todo.



Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a identificar intervenções de enfermagem voltadas para o atendimento integral de adultos com doenças sintomáticas ocasionadas pelo HIV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Reconhecer a infecção sintomática pelo HIV. Identificar problemas agudos e crônicos ocasionados pela infecção do HIV.	Participar da aula sobre os problemas mais comuns e possíveis causas na infecção sintomática pelo HIV, as respectivas doenças que podem surgir, considerando essas condições oportunistas.
Descrever implicações para a enfermagem e propor intervenção adequada a cada situação	2. Trabalhar em pequenos grupos, listando as principais infecções oportunistas associadas á infecção pelo HIV. A seguir relacione os principais problemas (sinais e sintomas), advindos dessas infecções. Escolha um desses problemas e elabore um plano de assistência de enfermagem.
	Compartilhar o resultado da discussão, apresentando o plano de assistência. Tomar conhecimento do Anexo nº 9.
Discutir o papel do enfermeiro na assistência domiciliar ao cliente.	4. Trabalhar em pequenos grupos, revendo os painéis das atividades anteriores e discutindo as seguintes questões: • Como as intervenções de enfermagem propostas podem ser implementadas no domicílio? • Que orientações e mecanismos de apoio podem ser necessários para que a família ou os amigos possam cuidar de uma pessoa em casa? • Que recursos clínicos locais estão disponíveis para apoiar enfermeiros que cuidam de pacientes no domicílio? 5. Compartilhar o resultado da discussão, relatando as conclusões. Ler Anexo nº 10.
Realizar intervenções de enfermagem voltadas para atendimento integral do cliente.	Aplicar o plano de assistência de enfermagem a clientes internados num hospital ou que freqüentem um hospital-dia ou durante uma visita domiciliar.

UNIDADE IX - CUIDADOS COM CRIANÇAS INFECTADA PELO HIV E COM AIDS

INTRODUÇÃO

maioria das crianças infectas pelo HIV, com AIDS e com doenças oportunistas ocasionadas pelo vírus, se infecta por transmissão perinatal (vertical). Os enfermeiros acabam assistindo a toda a família, pois freqüentemente muitos membros podem estar doentes ou morrendo e, conseqüentemente a capacidade de apoiar socialmente a criança doente vai diminuindo. Além disso, as doenças, ocasionadas pelo HIV em crianças, são diferentes das observadas em adultos. Os enfermeiros precisarão ter a capacidade de diferenciar as doenças pediátricas ocasionadas pelo HIV de outras doenças comuns em crianças, para planejar intervenções adequadas de enfermagem.

OBJETIVO GERAL

Ao concluir esta unidade, o aluno estará apto a descrever as conseqüências clínicas da infecção pelo HIV em crianças e a praticar intervenções para satisfazer ás necessidades da crianças afetada e/ou de sua família na assistência de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Identificar como as crianças podem ser expostas ao HIV. Reconhecer os sinais e sintomas de doenças ocasionadas pelo HIV em crianças.	questões: • Que temores uma mãe infectada pelo HIV pode ter em relação
Planejar cuidados de enfermagem á criança e á família.	4. Fazer estudo de um dos casos, apresentados abaixo, seguindo a sugestão de roteiro descrito a seguir e estruturar um Plano de Assistência de Enfermagem. • Que outras informações seriam necessárias para avaliar os cuidados? Que perguntas você faria a mãe sobre a criança? • Relacione as necessidades da criança e de sua família em termos de cuidados físicos e psicossocial; • Que intervenções de enfermagem seriam adequadas para satisfazer essas necessidades? • Como será avaliada a intervenção da enfermagem? • Que tipo de orientação você daria a família? CASO 1: A Sra. P, é uma mulher de 22 anos, traz seu filho de 10 meses, M., ao ambulatório. Você a conhece porque ela correu sérios riscos de perder o bebê durante a gravidez; ganhou pouco peso, teve fadiga crônica, febres, diarréia e anoxeria. Suspeita-se que ela tenha contraído a infecção do HIV, que é comum entre mulheres jovens. Ela está trazendo seu bebê ao ambulatório porque vem se sentindo pior ultimamente e teme que ele esteja com AIDS. Você examina o bebê e verifica que ele pesa 8,1 Kg., segundo o gráfico, para uma criança de 10 meses, inferior ao que M. deveria estar pesando. Medindo a prega cutânea, você verifica que ele está desnutrido e suas mucosas hipocoradas nos seus braços e pernas aparecem hipotonia. A mãe diz que ele suga mal e extraí pouco leite do seio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
	Seis meses mais tarde, a mãe está morando com a sua irmã mais velha, que cuida do bebê M., porque a Sra. P. fica na cama a maior parte do dia. A Sra. P. traz seu bebê ao ambulatório porque sua irmã insiste que ele quase não engatinha, enquanto seus filhos já estavam quase andando aos 12 meses. O bebê M. já esteve no ambulatório três vezes com infecção no ouvido nos últimos seis meses e teve candidíase durante um ano, que desaparecem quando tratadas mas retornam assim que a medicação (micostatina oral em suspensão), é suspensa.
	CASO 2: L. é uma menina de dois anos que vem ao ambulatório com sua mãe. Recentemente ela começou a tossir ocasionalmente e a apresentar hipertermia à noite. Sua mãe está recebendo tratamento contra candidíase e diarréia crônica. sintomas da infeçção pelo HIV que ela apresenta desde que estava grávida de L. Ela foi testada durante a gravidez e o teste deu positivo para anticorpos :HIV. Teve também um diagnóstico de tuberculose e recebeu medicação contra a doença. Teme que L. esteja com AIDS e quer que ela seja testada. L. é submetida ao teste do HIV e a um raio-X do tórax.
	A enfermeira a examina, diz que L. tem candidíase e administra micostatina oral em suspensão. Após uma semana, o resultado do raio-X revela tuberculose pulmonar e L. é trazida de volta ao ambulatório para receber tratamento. Um mês depois, sai o resultado do teste do anticorpo HIV, que é positivo.
	Agora L. já tem três anos e seus pais morreram de AIDS. Ela é trazida à sala de emergência por sua avó e hospitalizada com pneumonia. Tem apresentado tosse e febre há uma semana. Na noite anterior, começara a ter dificuldades para respirar. Apresenta cianose, sua freqüência respiratória é de 55/minuto e seu pulso de 150/minuto. Sua febre é alta, chegando a 40° C. O tratamento a que foi submetida contra pneumonia bacteriana foi bem sucedido, mas o médico afirma que ela tem pneumonia intersticial linfóide, que está provocando uma doença pulmonar crônica. Ela pode ir para casa, mas apresenta uma tosse seca não produtiva crônica, freqüência respiratória que nunca cai para menos de 30/minuto e pulso de 120/minuto. Geralmente apresenta uma febre moderada. Tem linfadenopatia generalizada, hepatoesplenomegalia e seus dedos estão em forma de raquete. O médico diz à avó que não sabe quanto tempo L. ainda tem de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	
	CASO 3: A Sra. C., uma mulher de 30 anos. chega ao hospital era trabalho de parto. prestes a dar à luz ao seu quarto filho. Ela é uma usuária de drogas intravenosas. Seu trabalho de parto é lento e as contrações fracas. Finalmente ela é submetida a cesárea e dá a luz a um menino que pesa 2 Kg.	
	A mãe fica séptica após a cirurgia e mame, deixando o bebê para ser cuidado pelas enfermeiras do hospital.	
	Quando o bebê chega aos seis meses, pesa 4,5 Kg. Inicialmente. teve dificuldades para sugar, mas conseguiu tomar urna quantidade suficiente de leite para ganhar peso. Seus reflexos são hipertônicos e ele tende a ser irritadiço. A equipe do hospital chegou à conclusão de que seus sintomas sugerem a infecção pelo HIV. Ele foi submetido a diversas punções lombares para fins de diagnóstico cujos resultados foram normais.	
	Aos 18 meses, o bebê ainda está no hospital e teve dois ata ^q ues de pneumonia bacteriana. Seus gânglios linfáticos estão hipertrofiados no pescoço e nas axilas e hepatoesplenomegalia. Suas glândulas parótidas também estão hipertrofiadas. Não há razão para mantê-lo hospitalizado. mas não há ninguém para se responsabilizar por ele.	
	5. Compartilhar o resultado da discussão apresentando o relatório e o plano de cuidados.	
Realizar intervenções de enfermagem voltadas para o atendimento integral ás crianças.	Aplicar o plano de cuidados de enfermagem á crianças internadas num hospital ou que freqüentam um hospital-dia.	

UNIDADE X - REFLETINDO SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE TERMINAL



número de casos de AIDS em todo o mundo chegou a proporções pandêmicas. A síndrome não afetará apenas os indivíduos que sofrem suas conseqüências mais diretas, mas também as famílias e amigos desses indivíduos, comunidades e profissionais de saúde que constantemente testemunham a morte dessas pessoas. A morte afeta indivíduos de diferentes maneiras, mas o HIV suscita uma serie de novos fatores que precisam ser enfrentados pelos pacientes, suas famílias e amigos e também pelos profissionais de saúde.



Após concluir esta unidade, o aluno terá refletido sobre seus sentimentos em relação a perdas ocasionadas pelo HIV e pela AIDS e usará essa compreensão para oferecer uma assistência mais eficaz ao cliente terminal, familiares, amigos e comunidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Identificar perdas pessoais em potencial e aplicar essa percepção a possíveis perdas experimentadas por pessoas infectadas pelo HIV e com AIDS.	 Responder individualmente as seguintes questões: Se alguém lhe dissesse que você só tem dez anos de vida, o que você faria nesses anos? Se alguém lhe dissesse que você só tem cinco anos de vida, o que você faria nesses anos? Se alguém lhe dissesse que você só tem seis meses de vida, o que você faria nesses anos? Se alguém lhe dissesse que você só tem seis meses de vida, o que você faria nesses meses? Considere o seguinte: Você está fazendo alguma dessas coisas agora? Se a resposta for negativa, por que não? Você está partindo da premissa de que estará bem de saúde durante os períodos mencionados acima? Como este questionário lhe faz sentir? Compartilhar sua reflexão com um colega. Reunir com todo o grupo e discutir os temas comuns mencionados e também como se sentiram ao fazer o exercício. Participar de uma atividade relacionada à "perda". Reúna com todo o grupo para discutir sua experiência e explicar questões relacionadas à perda suscitadas no exercício.
Demonstrar compreensão dos princípios da assistência de enfermagem ao cliente terminal	6. Dividir a turma em 3 grupos pequenos e dar a cada um deles um dos estudos de casos apresentados adiante: CASO 1: Um paciente do sexo masculino,com sorologia positiva para HIV, apresenta forte diarréia, náuseas, não pode tolerar qualquer alimento ou bebida e está perdendo peso consideravelmente. Ele é casado e tem quatro filhos abaixo de oito anos. Perdeu o emprego e está preocupado com sua situação financeira. Tem fortes crenças religiosas e não freqüenta a igreja há muitos anos. 1- Quais são as necessidades desse cliente? 2- Considere intervenções de enfermagem para esse paciente e sua família, visando melhorar sua qualidade de vida. 3- Como você poderia facilitar sua assistência no domicílio, como cliente externo de um hospital ou como um cliente hospitalizado durante um curto período? 4- Como você poderia ajudá-lo na solução do seu problema de manutenção financeira da família?

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
	CASO 2: Você está cuidando de um cliente que está morrendo. Trata-se de uma mulher de 20 anos que está com AIDS e não tem mais condições de receber nenhum tratamento. Está semiconsciente e confinada ao leito. Vive com sua família; que se sente sem condições de cuidar dela. 1- De que maneira você pode ajudar essa cliente a ter uma morte confortável e digna? 2- Como você pode oferecer apoio à sua família para reduzir a sensação de impotência diante da situação?
	CASO 3: P. tem 22 anos e contaminou-se através do compartilhamento de seringas por uso de drogas injetáveis. Há vários meses ele recebeu o diagnóstico de infecção pelo HIV e faz tratamento médico e psicológico em nível ambulatorial. Durante as sessões de terapia que se seguem, P. coloca questões que envolvem sua família, a perda prematura da mãe. a ausência física e afetiva do pai, conflitos que permeam seu relacionamento com os irmãos, especialmente com as mais velhas que assumiram a "guarda" dos irmãos menores. A posição de P. é descrita por ele como de "persona non grata" tanto pelo pai que se limitava a pagar seus gastos e posteriormente pela irmã que nos momentos de raiva chamava-o de indio (adjetivo que ela associa com marginal e imprestável). O psicólogo observa que no ambulatório P. é considerado um paciente dificil, uma ameaça. Nesse percurso do tratamento ele revê tanto o lugar que lhe foi dado quanto aquele em que se manteve.
	Depois de certo tempo, P. passa a ter manifestações graves relacionadas a infecção pelo HIV. O psicólogo passa a atendê-lo no hospital ou em casa. Já na fase adiantada da doença. P. pede ao psicólogo que não venha mais vê-lo. Diz que não quer que o veja "tão feio" e pede que aguarde o seu telefonema. Poucos dias depois a irmã de P. comunica por telefone o falecimento do irmão. 1- Quais são as necessidades desse cliente? 2- O que significa para o enfermeiro "um paciente dificil"? 3- O que se percebe quando o paciente pede o afastamento do profissional? 7. Reunir todo o grupo para comparar as soluções dadas para cada caso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Refletir sobre o papel do enfermeiro no contexto da assistência de enfermagem ao cliente.	8. Trabalhar em pequenos grupos discutindo as seguintes questões: a-Freqüentemente, o cliente e os que cuidam dele parecem querer manter em segredo o fato de que ele vai morrer, mesmo quando é óbvio. A quem estão protegendo e, na sua opinião, essa atitude é útil? b-Você se sente confortável ao falar com clientes e suas familias sobre a morte? Que situações podem facilitar essa atividade e você, como enfermeiro, pode criar condições favoráveis para que isso aconteça? c-Você se sente capaz de sentar e ouvir quando uma pessoa expressa sentimentos ou raiva, ou acha que deve dizer coisas para fazê-la sentir-se melhor? 9. Compartilhar as conclusões. 10. Ler o Anexo nº 13.

UNIDADE XI - O PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA PRESTAR ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DO HIV E DA AIDS

INTRODUÇÃO

s cuidados de enfermagem são realizados por uma equipe da qual fazem parte: o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e o atendente de enfermagem. As atribuições responsabilidades de cada um são diferentes, de acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7498 de 25/06/86, regulamentada pelo Decreto Lei nº 94406. Para que a assistência de enfermagem ao paciente portador do HIV e da AIDS seja resolutiva e solidária faz-se necessário a capacitação dos profissionais. A capacitação da equipe de enfermagem tem como diretriz qualificar a assistência. Quanto mais qualificada estiver essa equipe, mais facilmente ela poderá abordar e satisfazer as necessidades da clientela. Quando se educa uma equipe, dignifica-se o profissional e o cliente que irá ser assistido por ele.

OBJETIVO GERAL

Ao concluir este módulo, o enfermeiro deverá estar apto a elaborar uma proposta de capacitação que tenha como referência o conteúdo instrucional das unidades anteriores, para implantação de um programa de educação junto a equipe de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES		
Sistematizar as atribuições da equipe de enfermagem em relação à assistência aos portadores de HIV/AIDS.	1. Trabalhar em pequenos grupos fazendo uma análise do material elaborado em atividades anteriores e use como referência as ações que a equipe de enfermagem desenvolve junto: • ao portador do HIV e da AIDS; • à família do portador de HIV e da AIDS; • à comunidade. 2. Compartilhar com todo o grupo, sintetizando num único painel as ações propostas.		
	Tomar conhecimento do Anexo nº14.		
Identificar as responsabilidades do enfermeiro na sua prática e dificuldades para exercê-las. Montar um plano de ação para capacitação de pessoal auxiliar	3. Trabalhar em pequenos grupos discutindo a responsabilidade do enfermeiro, como membros de uma equipe, para que estas ações se traduzam em cuidados de enfermagem, que sejam resolutivos e sobretudo solidários. • Listar as facilidades e dificuldades do enfermeiro para que essas responsabilidades sejam cumpridas. • Selecionar as dificuldades que o grupo avalia como sendo de sua autonomia e passíveis de resolução. • Destacar as dificuldades cuja estratégica seja capacitação da equipe e traçar um plano de ação, levando em conta as facilidades levantadas e a realidade na qual será aplicado. 4. Compartilhar as propostas com todo o grupo, analisando qual seria a contribuição deste Plano de Ação, para a equipe de enfermagem, para o serviço e para a clientela.		

ANEXO XVI

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

PROPOSTA DE CRONOGRAMA DO TREINAMENTO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO HIV E ASSISTÊNCIA A PORTADORES DO HIV E AIDS.

1º DIA	2º DIA	3° DIA	4º DIA	5° DIA
Abertura Unidade I: Atividade 01 a 09	Unidade I Atividade 12 e 13 Unidade II Atividade 01	Unidade II Atividade 08 a 10	Unidade IV Atividade 01 a 07	Unidade V Atividade 01 a 09
INTERVALO PARA ALMOÇO				
Unidade I: Atividades 10 e 11	Unidade II: Atividade 02 a 07	Unidade III: Atividade 01 a 06	Unidade IV: Atividade 08 a 13	Unidade VI: Atividade 01 a 09

• Unidade VI Atividade 10 a 15	7° DIA • Unidade VII Atividade 06	8a DIA Unidade VIII Atividade 07	9° DIA • Unidade IX Atividade 06	• Unidade XI Atividade 01 a 03
Unidade VII: Atividade 01 a 05	• Unidade VIII: Atividade 01 a 06	• Unidade IX: Atividade 01 a 05	• Unidade X: Atividade 01 a 11	Unidade XI: Atividade 04 Avaliação Curso Encerramento

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas de apoio às atividades:

- (1) FLASHERUD, J.H. AIDS/Infecção pelo HIV. Editora Médica Científica Ltda, 1992
- (2) SILVA, Miriam Ventura. <u>Legislação sobre DST & AIDS no Brasil.</u> Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Nov, 1995.
- (3) Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- (4) SONTAG, S. AIDS e suas metáforas. São Paulo. Cia das Letras, 1989.
- (5) GRUPO PELA VIDDA. <u>Direitos das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS.</u> Brasil Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, 1994.
- (6) MARTINS, F.; PAIVA, C.C. As drogas e seus efeitos. In: <u>Prevenção ao uso indevido de drogas</u>. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2. Ed., V.1 (Programa de Educação Continuada Extensão Universitária),1991.
- (7) BUCHER R. Os usuários de drogas e a SIDA/AIDS. In: <u>Prevenção ao uso indevido de drogas</u>. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2. Ed., V.1 (Programa de Educação Continuada Extensão Universitária),1991.
- (8) DEL BIANCO, R.; MARTIN, S.M.; CHEQUER, P.J.N. et al. <u>Considerações gerais do binômio HIV/AIDS e gravidez.</u> Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS, 1995.
- (9) DEL BIANCO, R.; MARTIN, S.M., CHEQUER, P.J.N.; NOVAK, F.R.e JOAQUIM, M.C.M. <u>Aleitamento X mulheres infectadas pelo HIV - recomendações.</u> Brasília: -Ministério da Saúde, Secretaria de Assitência à Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS, 1995.

Referências Bibliográficas para a organização do manual:

World Health Organization (WHO). Global Programme on AIDS (GPA). HIV Prevention and Care: teaching modules for nurses and midwives, 1993.

- Brasil Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. <u>Curso de educação continuada para enfermeiros(as)</u> em AIDS. Brasília, 1988.
- Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual de capacitação técnica para pessoal auxilia de enfermagem em AIDS. Brasília, 1993.

Referência Bibliográficas de Apoio para o Instrutor:

- 1- Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. <u>O trabalho pedagógico do instrutor/supervisor-Reflexão Crítica.</u> Brasília, 1988.
- MANN, J.;TARANTOLA, D.J.N.; NETTER, T.W. (Orgs.). <u>A AIDS no mundo</u> (História social da AIDS, nº1).. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. ABIA, IMS, UERJ, 1993.
- PARKER R; BASTOS C; GALVÃO J; PEDROSA J.S. (Orgs). <u>A AIDS no Brasil.</u> (História social da AIDS, n°2) Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS, UERJ, 1993.
- PARKER.R. <u>A Construção da solidariedade.</u> (História social da AIDS, n°3). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS, UERJ, 1994.
- CAMARGO JR. K. R. <u>As ciências da AIDS & a AIDS das ciências.</u> (História social da AIDS, n°4).Rio de Janeiro: Relume-Damará, ABIA, IMS, UERJ, 1994.
- ALTMAN D. <u>Poder e comunidade- respostas organizacionais e culturais à AIDS.</u> (História social da AIDS. n°5). Rio de Janeiro: Relume-Damará, ABIA. IMS, UERJ, 1995.
- BASTOS F. 1. <u>Ruína e reconstrução AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea.</u> (História social da AIDS n° 6). Rio de janeiro: Relume-Damará, ABIA, IMS,UERJ, 1996.
- PARKER R.; GALVÃO J. (Orgs). <u>Quebrando o silêncio mulheres e AIDS no Brasil.</u> (História social da AIDS n°7). Rio de Janeiro: Relume-Damará. ABIA, IMS, UERJ,1996.
- DEL BIANCO R., MARTIN S. M., DELLA NEGRA M. et al. <u>Guia de condutas clínicas em AIDS</u>
 <u>(criança)</u> Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, 1994.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. <u>Guia de Condutas Clínica em DST/AIDS (adulto)</u>. Brasília, 1994.
- GRUPO PELA VIDDA- <u>Cuidando de alguém com AIDS (Informação para amigos, familiares,</u> pessoas que convivem e que cuidam de uma pessoa com AIDS em casa). 1994.
- GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO À AIDS- GAPA BR/SP-<u>Cartilha HIV, direitos.</u>
 soropositivos.Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional

- de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS, 1996.
- CAMPEDELLI, M. C. (Org). <u>Processo de Enfermagem na Prática.</u> São Paulo: Editora Ática, 1989.
- PASSOS, M. R. L. <u>Doenças Sexualmente Transmissíveis.</u> Editora Cultura Médica. 4ª Ed. Rio de Janeiro,1995.

ANEXOS

Anexo 1-Transmissão do HIV: World Health Organization (WHO). Global Programme on AIDS (GPA). HIV Prevention and Care: teaching modules for nurses and midwives, 1993.

Anexo 2-Aspectos Epidemiológicos da AIDS e infecção pelo HIV:

Aspectos epidemiológicos- Pedro José de Novaes Chequer- Médico Epidemiologista do PN-DST/AIDS-MS

Aspectos Clínicos- Diagnóstico Laboratorial- Vigilância Epidemiológica: Brasil- Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde/CENEPI. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília,1994.

- **Anexo 3-Reconhecimento da infecção sintomática pelo HIV:** World Health Organization (WHO). Global Programme on AIDS (GPA). Prevention and Care: teaching modules for nurses and midwives, 1993.
- Anexo 4 Vias de Transmissão em Potencial do HIV em Unidades de Saúde, Ambulatórios e Hospitais: World Health Organization (WHO). Global Programme on AIDS (GPA). HIV Prevention and Care: teaching modules for nurses and midwives, 1993.
- Anexo 5- Precauções para evitar transmissão do HIV em Serviços de Saúde: World Health Organization (WHO). Global Programme on AIDS (GPA). HIV Prevention and Care: teaching modules for nurses and midwives, 1993.
- Anexo 6- Diretrizes da OMS para orientação a ser oferecida em relação ao teste do HIV: World Health Organization (WHO). Global Programme on AIDS (GPA). Prevention and Care: teaching modules for nurses and midwives, 1993.
- **Anexo** 7- **Discutindo formas de reduzir riscos:** World Health Organization (WHO). Global Programme on AIDS (GPA). Prevention and Care: teaching modules for nurses and midwives, 1993
- **Anexo 8- Tabela de classificação de substâncias psicoativas:** Brasil- Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à saúde. Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas. Brasília, 1991.
- Anexo 9- Cuidados de enfermagem à clientes com doenças ocasionadas pelo HIV:

Fonte: HAAKJ.; FLASKERUD. AIDS/ Infecção pelo HIV, capítulo 5- Condutas de enfermagem diante do paciente adulto, Ed. Médici.1992.

Texto elaborado por: Maria Margarida Graciano Gonçalves- Centro de Referência e Treinamento-SES e Sandra Helena dos S. Mello- Instituto de Infectologia Emílio Ribas SP.

Anexo 10- Assistência Domiciliar Terapêutica: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS.

Anexo 11- Revisão da definição nacional do caso de AIDS em adulto: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Brasília,1992.

Anexo 12- Revisão da definição nacional de AIDS em crianças: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Brasília, 1994.

Anexo 13- Medo de Morte, Medo dos Homens: Paulo Vaccari- professor assistente do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica- Escola Ana Neri- UFRJ

Anexo 14- Atribuições do enfermeiro para o controle de AIDS: Brasil- Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Curso de educação continuada para enfermeiros(as) em AIDS. Brasília, 1988

Anexo 15- Roteiro de atividades para os treinandos

Anexo 16 - Proposta de cronograma

EQUIPE DE TRABALHO

Coordenador da organização e adaptação do manual: José Fernando Assoni- PN-DST/AIDS-MS

Responsável pela tradução:

Luiz Marcos Bianchi Leite de Vasconcelos

Responsável pela organização do conteúdo programático: 1ª versão Jeanete Mufalo Silva Bueno- DMPS- UNICAMP

Participantes da 1ª Oficina de Trabalho, para validação do material, realizada no período de 29/08 a 01/09/95 em Brasília:

Ademilde Iara Caldas Batista- CRHU//MS-DF

Egle Rejane Kohlrausch- HCPOA-RGS

Emílio José Gonçalves Ribeiro-HU/UNB-DF

Florencio Rodrigues Junior- UNB-DF

José Fernando Assoni- PN-DST/AIDS-MS-DF

Maria Ismenia Cotta Rocha- FHEMIG-MG

Maria de Lourdes A. Costa Pinheiro- DSP/SES-DF

Maria Madalena G.G. Lima-HUJBB-PA

Maria Margarida Graciano Gonçalves- CRT-SP

Paulo Vaccari-UFRJ-RJ

Sandra Helena S. Mello- IIER-SP

Wilma Araujo- IMIP-PE

Instrutoras do treinamento - teste ocorrido na FHEMIG, Belo Horizonte-MG no período de 04 a 15/12/95:

Jeanete Mufalo Silva Bueno Maria Ismenia Cotta Rocha

Revisão final: Jeanete Mufalo Silva Bueno José Fernando Assoni Maria Ismenia Cotta Rocha

Apoio Administrativo: Suely Borges de Azevedo



. Impressão/Acabamento
Coordenação de Processo Gráfico-Editorial
Coordenação Geral de Serviços Gerals do Ministério de Saúde
SAA Trecho 4, lotes 540/610
Fones: (061) 233 1774/2020 Fax: (061) 233 9558
CEP: 71.200-040 - Bresilia-DF

