V Inventário de Pesquisas em DST/Aids

DST / AIDS
CIDADE DE SÃO PAULO
SMS - PMSP

V Inventário de Pesquisas em DST/Aids

V INVENTÁRIO DE PESQUISAS EM DST/Aids

Publicação do Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo – SMS - PMSP
Rua General Jardim, 36 – 4º andar – CEP 01223-010 – São Paulo – SP
Tel. 3218-4125 / 3218-4120

Gilberto Kassab
Prefeito

Januario Montone
Secretário Municipal da Saúde

Maria Cristina Abbate
Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids

Guilherme Flynn Paciornik e Flávio Andrade Santos
Coordenação da publicação e sistematização de informações

Comunicação – PMDST/Aids de São Paulo
Produção Editorial

Outubro de 2007

Ficha Catalográfica

SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura do Município de São Paulo.
Secretaria Municipal da Saúde. Programa Municipal de DST/Aids
V Inventário de Pesquisas em DST e Aids. Prefeitura
do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde . Programa
Municipal de DST/Aids. -- São Paulo, 2007.
146 f.: 23 cm.

1.Aids–São Paulo (Cidade). 2. Aids – Pesquisa. 3. Aids –
Inventário municipal. I.Título.

NLM WC 503

Elaborada por: Vera Lúcia Ribeiro dos Santos
Bibliotecária – CRB 8ª região 6198

Índice

Apresentação 09
Índice de Autores 10
Quadro Síntese de Pesquisas V Inventário 13
Mapa da RME 14
Nomes e Endereços dos Serviços 15

PESQUISADORES INTERNOS

CONCLUÍDAS

- Dissertação de Mestrado 20
- Pesquisa Independente 25
- Pesquisa Curso Metodologia do Instituto da Saúde - IS 33
- Trabalho de Conclusão de Curso 36

PESQUISADORES INTERNOS

EM ANDAMENTO

- Tese de Doutorado 44
- Muliticêntrica 53
- Pesquisa Independente 57
- Pesquisa Curso Metodologia do Instituto da Saúde - IS 66

PESQUISADORES EXTERNOS

CONCLUÍDAS

- Livre Docência 84
- Tese de Doutorado 87
- Dissertação de Mestrado 90
- Pesquisa Independente 103
- Trabalho de Conclusão de Curso 107

PESQUISADORES EXTERNOS

EM ANDAMENTO

- Livre Docência 116
- Dissertação de Mestrado 120
- Multicêntrica 123
- Pesquisa Independente 132
- Trabalho de Conclusão de Curso 141

Apresentação

O Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo publica a quinta edição do Inventário de Pesquisa em DST/Aids, com resumos de 37 trabalhos produzidos por pesquisadores internos ou externos à rede municipal especializada. Eles representam três frentes de ação na área de pesquisa e desenvolvimento científico: o incentivo à pesquisa em serviço por profissionais da rede municipal especializada, a parceria com pesquisadores de universidades e institutos que tenham a rede municipal especializada em DST/Aids de São Paulo como espaço de escolha para suas pesquisas ou o tema como centro de seu trabalho, as parcerias com instituições para elaboração de pesquisas demandadas pelo PMDST/Aids-SP como instrumentos para a gestão e subsídios para a ação.

As pesquisas aqui apresentadas englobam temas como a avaliação de custo e efetividade do tratamentos nas unidades municipais de DST/Aids, a qualidade de informações laboratoriais, perfis de usuários e suas percepções sobre os serviços, revelação diagnóstica, a interface entre a RME DST/Aids e outras áreas da saúde, questões de gênero e de identidade sexual, transmissão vertical, pessoas com deficiência, a qualidade de vida de pessoas com HIV/Aids e estudos clínicos de vacinas, imunologia, virologia e interações com medicamentos.

O Programa Municipal de DST/Aids agradece a todos os pesquisadores que participam deste Inventário e, em especial, aos gerentes das unidades de saúde, aos interlocutores de pesquisa às equipes da rede municipal especializada em DST/Aids e às pessoas vivendo com HIV/Aids de São Paulo envolvidas nos trabalhos aqui apresentados.

Maria Cristina Abbate
Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo
Coordenadora

Guilherme Flynn Paciornik e Flávio Andrade Santos
Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo
Desenvolvimento Científico

Índice (por Autores)

Antonio Carlos Coelho Campino 132
Artur O. Kalichman 123

Carlos Eduardo Goulart 57
Carolina Terra de Morais Luizaga 141

Dimas Carnaúba Junior 53

Érika Ferrari Rafael da Silva 90

Esper Georges Kallas 133

Fernanda Cristina Ferreira 95

Ione Aquino Guibu 129
Ivan França Junior 116

Karina Wolffenbuttel 97
Katia Cristina Bassichetto 25/62
Katia Fernanda de C. Guedes 36

Larissa Maués Pelúcio Silva 87
Laura Rebecca Murray 103
Liamar Loddi 66
Lúcia de Cássia Tavares 70
Lúcia Regina Gatti Murakami 71
Luciana Telles Ferri 107

Luiza Matida 128
Luzia Aparecida de Oliveira 44

Maria Aparecida C. Cardoso 59
Maria Francisca M. Mengione 111
Maria Lúcia Mizusaki Morita 72
Maria Rita Bertolozzi 84
Marina Aragão W. Gonçalves 74
Marli Aparecida Silva Athanael 20
Marta Esteves de Almeida Gil 138
Marylei Castaldelli Verri Deienno 75

Naila Janilde Seabra Santos 135
Neide Emy Kurokawa e Silva 46
Neuza Uchiyama Nishimura 33

Shirlei Mariotti Gomes Coelho 47
Simone Heliotrópio de Matos 143

Tânia Regina Tozetto Mendonza 120

Distribuição das pesquisas segundo origem do pesquisador, fase em que se encontra e tipo de produto

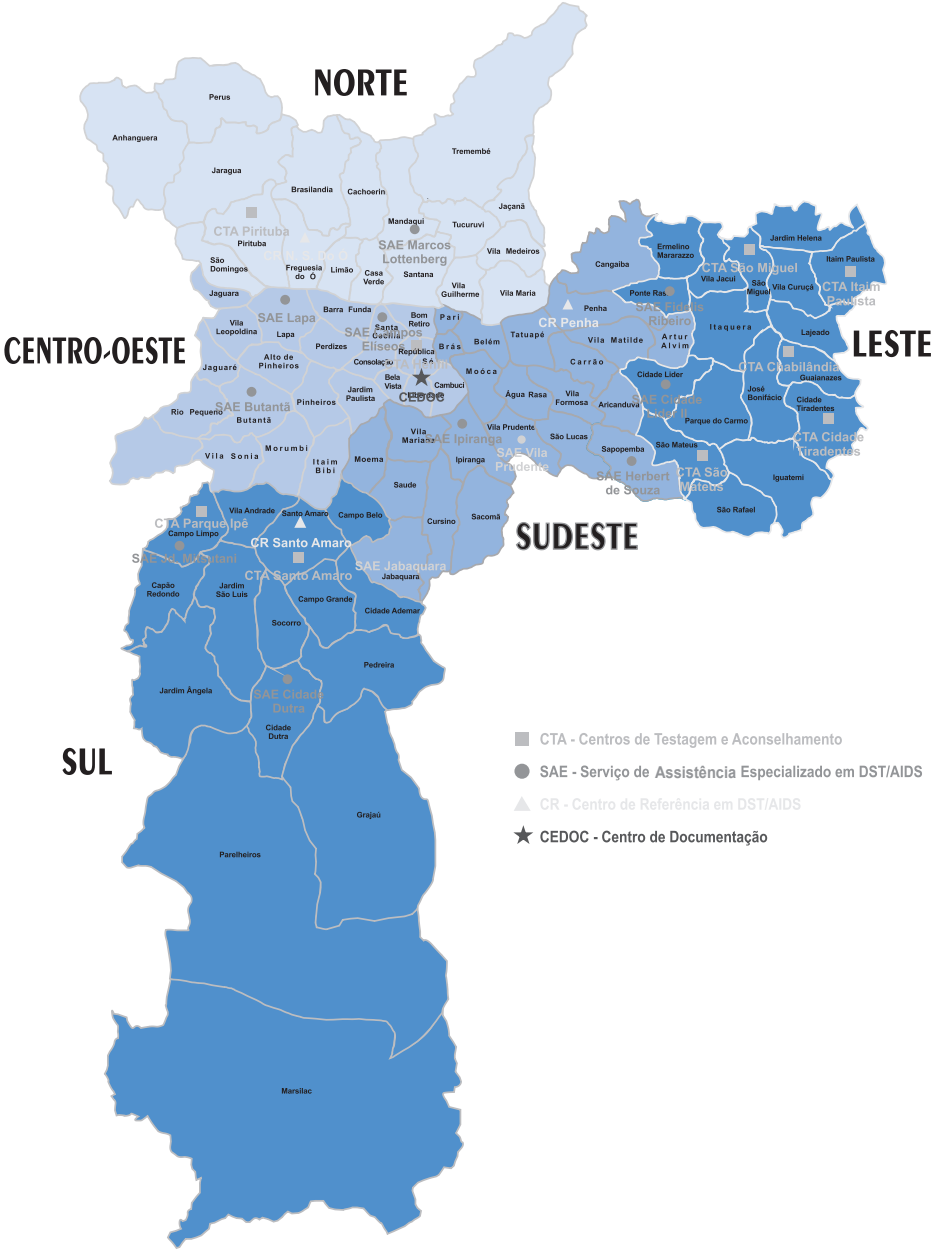
Tipo / Origem do pesquisador	Pesquisas														Total
	LD		TD		DM		TCC		MC		Independente		Curso Metodologia		
	C	EA	C	EA	C	EA	C	EA	C	EA	C	EA	EC	EA	
Interno a Rede Municipal de DST/Aids	0	0	0	3	1	0	1	0	0	1	2	3	1	6	18
Externo a Rede Municipal de DST/Aids	1	1	1	0	3	1	2	2	0	3	1	4	0	0	19
Total	1	1	1	3	4	1	3	2	0	4	3	7	1	6	37

Fonte: Setor de Desenvolvimento Científico,Programa Municipal de DST/Aids

Tipo/Produto: LD - Livre Docência , TD - Tese Doutorado, DM - Dissertação de Mestrado, TCC - Trabalho de Conclusão de Curso, CMP - Curso de Metodologia

Fase: EA - Em Andamento, C - Concluído

Serviços municipais especializados em DST/Aids - SMS - SP



PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Rua General Jardim, 36 4° andar
Vila Buarque - Cep: 01223-010
Telefone(s): (11) 3218-4125 / (11) 3218-4120
E-mail: dstaids@prefeitura.sp.gov.br

CEDOC - CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO EM DST/AIDS " DR. DAVID CAPISTRANO FILHO"

R. Líbero Badaró, 152 - CEP 01008-000
Fone/Fax: 3241-1627 - ramal 28
E-mail: smscddstaids@prefeitura.sp.gov.br

REGIÃO LESTE

CTA CIDADE TIRADENTES
Rua Luis Bordesi, 96
COHAB C. Tiradentes - CEP: 08471-790
Telefone: (011) 6282-7055

CTA DR. SÉRGIO AROUCA - ITAIM
Rua Valente de Novaes, 09
Itaim Paulista - CEP: 08120-420
Telefone: (011) 6561-3052

CTA SÃO MATEUS
Av. Mateo Bei, 838
São Mateus - CEP: 03949-000
Telefone: (011) 6919-0697 / 6111-7077

CTA SÃO MIGUEL
Rua Eng. Manoel Osório, 151
São Migue l Paulista - CEP: 08010-160
Telefone: (011) 6297-6052

CTA VILA CHABILÂNDIA
Estrada do Lageado Velho, 76
Guaianazes - CEP: 08471-000
Telefone: (011) 6557-9571

SAE CIDADE LÍDER
Rua Médio Iguaçú, 86
Itaquera - CEP: 08285-130
Telefone: (011) 6748-0255

SAE FIDÉLIS RIBEIRO
Rua Peixoto, 100
Ermelino Matarazzo - CEP: 03627-010
Telefone: (011) 6622-0123 / 6621-4753

REGIÃO SUDESTE

SAE DR. ALEXANDRE KALIL YAZBECK – CECI
Av. Ceci, 2235
Planalto Paulista - CEP: 04065-004
Telefone: (011) 2577-5581 / 2275-6484

SAE VILA PRUDENTE
Praça Centenário de Vila Prudente, 108
Vila Prudente - CEP:03132-050
Telefone: (011) 2274-2523

CR PENHA
Praça Nossa Senhora da Penha, 55
Penha - CEP: 03632-060
Telefone: (011) 2295-0391

SAE HERBERT DE SOUZA - BETINHO
Av Arquiteto Vilanova Artigas, 515
Sapopemba - CEP: 03928-240
Telefone: (011) 6704-3341

SAE JOSÉ FRANCISCO ARAÚJO - IPIRANGA
Rua Gonçalves Ledo, 606
Ipiranga - CEP: 04216-030
Telefone: : (011) 6168-0638

REGIÃO SUL

CR Santo Amaro
Rua Carlos Gomes, 695
Santo Amaro - CEP: 04743-050
Telefone: (011) 5523-0313

CTA PARQUE IPÊ
Rua Francisco Antunes Meira, 255
Parque Ipê - CEP: 05742-060
Telefone: (011) 5842-8962

CTA SANTO AMARO
Rua Promotor Gabriel Nettuzzi Perez, 159
Santo Amaro - CEP: 04743-020
Telefone: 5686-1475

SAE CIDADE DUTRA
Rua Cristina de Vasconcelos Ceccatto, 109
Cidade Dutra - CEP: 04802-080
Telefone: (011) 5666-8301

SAE MITSUTANI
Rua Frei Xisto Teuber, 50
Jd. Mitsutani - CEP: 05791-080
Telefone: (011) 5841-5376

REGIÃO NORTE

CTA NOSSA SENHORA DO Ó
Av. Itaberaba, 1377
Freguesia do Ó - CEP: 02734-000
Telefone: (011) 3975-9473

CTA PIRITUBA
Av. Dr. Felipe Pinel, 12
Pirituba - CEP: 02939-000
Telefone: 3974-8569

SAE MARCOS LOTTEMBERG
Rua Dr. Luiz Lustosa da Silva, 339
Mandaquí - CEP: 02406-240
Telefone: (011) 6950-9217

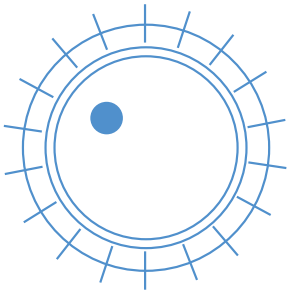
REGIÃO CENTRO-OESTE

CTA HENFIL
Rua Líbero Badaró, 144
Centro - CEP: 01008-000
Telefone: (011) 3241-1627

SAE BUTANTÃ
Av. Corifeu de Azevedo Marques, 3596
Butantã - CEP: 05340-000
Telefone: (011) 3768-1523

SAE CAMPOS ELÍSEOS
Rua Albuquerque Lins, 40
Santa Cecília - CEP: 01230-000
Telefone: (011) 3825-3766

SAE PAULO CÉSAR BONFIM - LAPA
Rua Tomé de Souza, 30
Lapa - CEP: 05079-000
Telefone: 3832-2386



Pesquisador interno

Pesquisadores internos

Concluídas

- DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
- PESQUISA INDEPENDENTE
- PESQUISA CURSO METODOLOGIA DO INSTITUTO DA SAÚDE - IS
- TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Significados e Implicações de ser mãe no processo saúde-doença de mulheres com Aids

Marli Aparecida Silva Athaniel[1]
m_athaniel@yahoo.com.br

Enfermeira Mestre em enfermagem em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da USP em 2006,
[1]SAE Cidade Líder II - Educadora em Saúde Pública
Orientadora: Profª Drª Renata Ferreira Takahashi
da Escola de Enfermagem USP do Departamento de Enfermagem Saúde Coletiva
Profª Drª Denise Pimentel Bergamaschi

Introdução

Em 2000, durante o desenvolvimento de um projeto sobre a transmissão vertical do HIV no SAE, verificou-se que havia um número expressivo de mulheres com Aids que engravidavam. O exame dos prontuários clínicos das crianças soropositivas mostrou que essas mulheres tinham uma freqüência irregular nas atividades relativas ao pré-natal das mães. Despertou a atenção da equipe o fato de essas mulheres estarem em acompanhamento nesse SAE quando ocorreu a gravidez. Apesar da adoção do protocolo vigente para diminuição dos riscos da transmissão vertical e mesmo com a disponibilidade de o pré-natal ser feito em um serviço especializado, não foi possível evitar a transmissão vertical do HIV em várias crianças.

É inegável que a ocorrência da infecção pelo HIV na transmissão vertical tem condicionantes de diversas ordens, tais como: condições sócio-econômicas, percepções e perspectivas da própria mulher, informações e orientações sobre a doença, entre outros. Percebia-se no discurso dos profissionais, que havia um território existencial dessas mulheres no tocante à maternidade, envolvendo aspectos subjetivos, que não estava suficientemente esclarecido. Nesse contexto, nasceram alguns questionamentos que deram origem ao presente estudo: o que leva uma mulher com Aids a engravidar? Qual o significado da maternidade para essas mulheres? Como é cuidar de si e de uma criança, sendo portadora de uma doença como a Aids?

A descrição do cenário da epidemia da Aids evidencia mudanças nos perfis epidemiológicos, demandando intervenções que contemplem, por um lado, as características atuais das pessoas infectadas ou de grupos vulneráveis à infecção pelo HIV. Por outro, contemplem as conseqüências dessas mudanças, como o aumento da transmissão vertical do HIV em decorrência da feminilização da epidemia.

É necessário conhecer os significados que as mulheres com Aids, que se tornam mães, atribuem à maternidade e as repercussões desta no controle do processo saúde-doença vivenciado, para subsidiar o planejamento de intervenções que levem em conta o olhar daquelas que são alvo das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, visando melhorar a qualidade da assistência a essas mulheres.

Objetivo

Identificar algumas características sócio-demográficas e condições de vida e trabalho das mulheres com Aids. Identificar os significados atribuídos à maternidade por mulheres com Aids. Identificar as implicações de ser mãe no processo saúde-doença em mulheres com Aids.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, com 16 mulheres com Aids, matriculadas num serviço especializado em DST/Aids do município de São Paulo. Os dados foram obtidos meio de consulta aos prontuários clínicos e de entrevista com roteiro semi-estruturado e submetidos posteriormente à análise de conteúdo, sendo interpretados à luz do conceito de Vulnerabilidade, apresentado originariamente por Mann; Tarantola; Netter (1993) e modificado, no Brasil, por Ayres et al. (1999).

Resultado

Em síntese as características do perfil sócio-demográfico do grupo de estudo são: jovens, em situação de pauperização, pouco escolarizadas, com relações conjugais de curta duração, cercadas por violência e drogas. Quanto à caracterização do processo saúde-doença do grupo, as mulheres foram infectadas por via sexual e só souberam disso mais tarde quando engravidaram ou em internações hospitalares. Vê-se aí uma estreita relação entre as precárias condições de vida, a forma como as mulheres foram infectadas pelo HIV e o acontecimento da gravidez, condicionando-as à maior vulnerabilidade ao adoecimento e morte pelo HIV e a ocorrência da transmissão vertical do HIV. Do trabalho de construção de dados, a partir da transcrição das entrevistas e de diversas leituras flutuantes das falas, foram extraídas três categorias: "a vivência da gravidez" (estar grávida tendo Aids) e "a expressão da maternidade" (ser mãe tendo Aids), e "as implicações da maternidade no cotidiano", que sintetizam as percepções das mulheres entrevistadas sobre as implicações da maternidade no seu processo saúde-doença, por meio da análise dos significados atribuídos à gestação, à maternidade e suas repercussões no processo saúde-doença vivenciado.

A categoria "a vivência da gravidez" abrange os determinantes da gravidez, os sentimentos experimentados nesse período e as repercussões da gestação no cotidiano dessas mulheres.

A categoria "a expressão da maternidade" compreende as seguintes sub-categorias: significados atribuídos à maternidade, dificuldades enfrentadas após o nascimento da criança e repercussões de ser mãe.

A categoria "as implicações da maternidade no cotidiano" das mulheres agrega as repercussões da maternidade no enfrentamento do processo saúde-doença e em sua vida, incluindo as relações familiares e sociais.

Conclusão

Este estudo teve como finalidade subsidiar o planejamento de intervenções voltadas para as mulheres com HIV, na perspectiva do conceito de vulnerabilidade, após conhecer os significados que as mulheres atribuem à maternidade e as implicações de ser mãe, no processo saúde-doença, depois do seu diagnóstico da Aids.

Considerando que a maioria dos estudos existentes trata da gravidez em mulheres com Aids, sem contemplar o significado e as implicações da maternidade para elas, acredita-se que este estudo vem acrescentar ao acervo de pesquisas sobre Aids, informações sobre ser mãe para essas mulheres, o que elas têm a dizer sobre suas experiências em ter filhos e cuidar deles e de si própria.

Os resultados da análise das características sócio-demográficas das mulheres do estudo reiteram as condições de vida como condicionantes da vulnerabilidade ao adoecimento pelo HIV, no tocante à dimensão individual, caracterizada por: baixa escolaridade, desemprego, insuficiência de recursos financeiros, dificuldades com transporte até o SAE, e falta de vagas em

creches em suas regiões.

O estudo também permitiu compreender como as mulheres portadoras do HIV vivenciaram a maternidade e como esse estado – ser mãe – condicionou o enfrentamento do processo saúde-doença, considerando seu contexto de vida, incluindo aqui suas condições sócio-econômicas, suas percepções, crenças, conhecimentos e o cuidado que os serviços de saúde lhe oferecem.

As hipóteses para o estudo foram confirmadas, a maternidade fortaleceu as mulheres no enfrentamento do processo saúde-doença, ao atribuir-lhe um sentido positivo; ter alguém sob sua responsabilidade, o filho, contribuiu para que suas vidas passassem a ter um novo significado. Na percepção das mulheres, a maternidade interferiu de maneira benéfica no cuidado consigo própria e, conseqüentemente, do processo saúde-doença. Ainda, a maternidade lhes trouxe possibilidades de resgatar sua identidade na sociedade, como mulher, e seus direitos como cidadã.

A vivência da maternidade promoveu, nas mulheres do estudo, a re-significação da Aids, do risco da transmissão vertical do HIV e da vida.

O material empírico oriundo das falas das mulheres possibilitou a construção de três categorias: "a vivência da gravidez", "a expressão da maternidade" e "as implicações da maternidade no cotidiano das mulheres".

Na categoria "a vivência da gravidez", os resultados encontrados corroboram os achados de outros estudos, de que na ótica da mulher portadora do HIV, ser acometida por uma doença como a Aids não constituiu impedimento para engravidar. Foram desvelados sentimentos de foro íntimo como motivadores da gravidez, entre eles, os sonhos de infância, o desejo de corresponder à expectativa social, a vontade de agradar ao companheiro, a necessidade de auto-afirmar-se como pessoa saudável em contrapartida ao adoecimento pela Aids. Na esfera comportamental, o uso inadequado do método anticoncepcional foi responsável por eventos de gravidez não planejada, diferentemente de não desejada.

Ainda nessa categoria, destacam-se como relevantes, nas falas das mulheres estudadas, os sentimentos de rejeição e discriminação por terem engravidado, resultantes de atitudes preconceituosas, hostis e desrespeitosas dos profissionais da área da saúde.

Na segunda categoria "a expressão da maternidade" constatou-se sentimentos de exaltação à maternidade considerando como um evento altamente positivo em suas vidas, permeados por outros sentimentos, como o de insegurança, culpa e medo frente ao risco da transmissão vertical, receio de morrer e deixar os filhos desamparados. A presença desse sentimento reforça a importância e a necessidade da prática do acolhimento pelos profissionais, para buscar conjuntamente com o usuário, estratégias para o enfrentamento da nova situação. Um acolhimento que contemple às necessidades biopsicossociais dessas mulheres, e se configure pela escuta atenta às questões, relativas as suas demandas reprodutivas, levando em conta seus anseios, seus sonhos, para que sejam apreciados para além do quadro clínico, enfim, a relação que mantêm com o mundo que as cerca.

O preconceito foi permanente na vida dessas mulheres, embora os motivos, secundários à Aids, sejam distintos na gravidez e após o nascimento dos filhos. Percebe-se que as mulheres portadoras de HIV desenvolveram estratégias próprias para protegerem a si mesmas e aos filhos de comentários e atitudes preconceituosas e discriminativas e, em alguns casos, o auxílio partiu dos profissionais quanto à forma de se sair de situações constrangedoras.

Reportando-se à categoria "as implicações da maternidade no cotidiano das mulheres", as repercussões compreendem benefícios, posto que a maternidade as fortaleceu, uniu a família

e melhorou o vínculo com profissionais de outras especialidades, como da ginecologia e pediatria. É válido ressaltar que os efeitos dessa vivência incidem positivamente no controle do processo saúde-doença, isto é, os vínculos possibilitam o trânsito das falas entre os profissionais e a paciente, aproximando-os no reconhecimento das necessidades dessas mulheres.

A experiência de "ser mãe tendo Aids" descrita pelas mulheres estudadas revelou situações que condicionam, potencializando ou minimizando, a vulnerabilidade à infecção, adoecimento e morte pelo HIV na mulher e filho.

Os elementos identificados como potencializadores da vulnerabilidade, no contexto da transmissão vertical do HIV, foram: o não compartilhamento de "desejos" relacionados à maternidade; a insuficiência de conhecimentos sobre a doença; a descrença no diagnóstico; o não planejamento da gravidez; o conhecimento tardio do diagnóstico da soropositividade; o não reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV; a discriminação e o preconceito nas relações familiares e sociais; discriminação nos serviços de saúde; o desemprego; condições de vida precárias; a perda do companheiro; a falta de apoio familiar; a abordagem insuficiente do processo reprodutivo junto às mulheres com Aids.

Os elementos ou condições identificados como protetores da vulnerabilidade abrangeram: a maternidade; credibilidade na eficácia do tratamento preventivo da transmissão vertical; acolhimento nos serviços de saúde; menor discriminação por parte dos familiares e dos profissionais de saúde; adesão mais constante ao tratamento; mais união com a família, a reconstituição de novo núcleo familiar, fortalecimento da mulher no enfrentamento à doença e a preconceitos, o sentimento de serem amadas pelos filhos sem discriminação; mais responsabilidade e adoção de comportamentos mais saudáveis; maior autocuidado, o retorno da esperança e do sonho.

Uma outra contribuição do presente estudo incide sobre a identificação de dificuldades enfrentadas pelas mulheres na vivência da maternidade, o que pode subsidiar o planejamento das intervenções junto às mulheres portadoras das mesmas condições que o grupo estudado. Além disso, a compartilhamento com os profissionais do SAE, certamente promoverá uma reflexão acerca de suas práticas. As dificuldades mais citadas foram: manter sigilo do diagnóstico para evitar o preconceito, aceitar a restrição de não amamentar a criança, conviver com o diagnóstico temporário do filho, preocupação com o cuidado e o futuro dos filhos face à possibilidade de evolução do seu agravo, a discriminação, dificuldades financeiras, ausência/perda/abandono do companheiro.

Este estudo não se encerra aqui, ele abre caminho para análises mais aprofundadas quanto ao evento maternidade na vida de mulheres com Aids. Outros estudos que envolvam a avaliação dos elementos identificados como moduladores da vulnerabilidade ao HIV, na perspectiva da TV devem ser desenvolvidos, com vistas a otimizar a assistência à saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das mulheres que vivem com HIV/Aids.

Unidade Participante : SAE Cidade Líder II

Início: 2004

Término: 2006

Perfil epidemiológico de pessoas com e sem infecção recente para o HIV-1 na cidade de São Paulo

Katia Cristina Bassichetto[1]
kbassichetto@prefeitura.sp.gov.br

Nutricionista - Mestre em Epidemiologia, Doutora em Ciências,
[1]Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP)
Co-autores: Denise Pimentel Bergamaschi[2] Thaís Arthur[2]; Solange Maria Oliveira[3]; Marylei Casteldelli Verri Deienno[4]; Reginaldo Bortolato[5]; Heloíza Vilma de Rezende[6]; Fabio Mesquita[1], Maria Cristina Abbate[1]; Helena Tomyama[7]; Ésper Geórges Kallás[7]
[2]Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo (FSP/USP) - [3]CTA Henfil - [4]SAE DST/Aids Campos Elíseos - [5]SAE Lapa - [6]CTA Pirituba - [7]Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Introdução

É reconhecido, atualmente, que o monitoramento da epidemia de Aids na cidade de São Paulo precisa estar associado à identificação precoce da infecção, para que se possa produzir respostas mais eficazes. Para tanto, seguir as diretrizes que ampliam o conceito de vigilância epidemiológica para a obtenção de um "padrão epidêmico" denominado "Vigilância de Segunda Geração" pode ser muito útil. Trata-se de implementar a busca por dados, que caracterizem, de forma mais abrangente possível, a população vulnerável ao HIV.

A identificação da presença da infecção pelo HIV, tem se dado a partir da demanda espontânea da população quando procura serviços de testagem e aconselhamento (CTA), serviços de rede especializada em DST/Aids e outros serviços da rede básica, que recentemente passaram a desempenhar também esta função, entre outros. Estes serviços constituem assim, importante fonte de dados. A rede especializada em DST/Aids da cidade de São Paulo, já vem funcionando com a proposta de incentivar o conhecimento do status sorológico de grupos populacionais, que normalmente não buscariam estes serviços, aumentando, assim, o número de testes realizados e melhorando a caracterização das pessoas vulneráveis à infecção.

Estes serviços têm sido importantes, também, na geração de conhecimento científico, sendo utilizados como fonte de dados em pesquisas para estimar prevalência, caracterizar a população soropositiva para o HIV e estimar incidência com a utilização da técnica de testagem dupla (STARHS).

Está em curso na SMS/SP, em parceria com a Universidade Federal de São Paulo, sob coordenação desta última, o projeto de pesquisa que tem como objetivo principal identificar casos recentes de infecção pelo HIV. Este projeto aborda, principalmente, aspectos clínicos e laboratoriais, havendo necessidade de ampliar o conhecimento sobre as características sócio-comportamentais destas pessoas.

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo comparar o perfil sócio-comportamental das pessoas com HIV-1, recém e não recém-infectadas para o HIV. O desenho é de corte transversal, onde foram utilizadas informações coletadas a partir de maio/2002 (retrospectiva-

mente) e prospectivamente até a inclusão de 60 casos, segundo protocolo já em andamento.

Método

Foram utilizados dados de questionários aplicados de rotina nos serviços, transcritos para o "formulário de registro de dados", criado especialmente para homogeneizar as informações extraídas dos diversos modelos de questionários em uso na rede, durante o período de estudo. Constituiu a população de estudo todos os indivíduos usuários dos serviços, com resultado positivo para a sorologia anti-HIV-1, a partir de maio de 2002 até identificação da 60ª pessoa com infecção recente, o que ocorreu em Fevereiro/2003. Optou-se por considerar os dados disponíveis em datas, o mais próximo possível, da data do teste que apresentou resultado positivo. Após a conferência da transcrição dos dados, os mesmos foram digitados, em duplicata, em banco de dados eletrônico utilizando o Epi Info. Na conferência dos dados participaram dois avaliadores e, em caso de persistência de dúvidas, foi solicitada a participação de um terceiro avaliador (coordenador da pesquisa). Para comparação dos grupos, considerou-se como variável resposta (dicotômica) o tipo de infecção (recente e não recente) e foi realizada análise uni e multivariada pelo Stata.

Resultados parciais

Foram utilizados dados de 485 usuários com sorologia positiva para o HIV-1 de quatro serviços da SMS/SP (49% Henfil, 41% Campos Elíseos, 6% Lapa e 4% Pirituba). Quanto à origem, 88% dos participantes residiam na cidade de São Paulo, 10% na Grande São Paulo e o restante (2%) no interior ou em outro Estado. Quanto à qualidade dos dados foi observado índice mediano de completude de informação de 85% (mínimo de 23% e máximo de 100%). Do total da amostra, aproximadamente um terço referiu já ter conhecimento de sua situação sorológica no momento da realização do teste.

Unidades participantes: CTA Henfil, SAE Campos Elíseos, SAE Lapa; CTA Pirituba, Laboratório de Saúde Pública Lapa.

Início: Junho de 2005

Término: Setembro de 2007

Pôster apresentado no SIMPAIDS 2007

Fatores associados à intenção reprodutiva em mulheres com HIV/Aids, usuárias da Rede Municipal Especializada em DST/Aids da cidade de São Paulo

Katia Cristina Bassichetto[1]
kbassichetto@prefeitura.sp.gov.br

Nutricionista, mestre em epidemiologia, doutora de ciências;
Coordenação de Epidemiologia e Informação –
Secretaria Municipal da Saúde - São Paulo[1]
Co-autores: Regina Maria Barbosa[2]; Maria Mercedes Loureiro Escuder[3]; Maria Helena Teixeira[4]; Maria Lourenço S. Crespilho[5]; Denise Vieira Izaguirre[6]; Zilda Santana[7]; Diane Cohen;
SMT/SP-DST/Aids[1], UNICAMP[2], Instituto da Saúde - SES/SP[3],
CR Penha[4], SAE Fidélis Ribeiro[5], SAE Lapa[6] e SAE Líder[7]

Introdução

A produção de conhecimento relevante para pensar ações de saúde tem sido buscada como tendência atual por meio de parcerias entre serviços públicos de saúde e universidades. Neste sentido, o Programa Municipal DST/Aids da cidade de São Paulo e o CRT DST/Aids, com os seus respectivos setores de pesquisa, em parceria com o Núcleo de Estudos de Populações/UNICAMP, integraram esta proposta de pesquisa com a perspectiva de ampliar o olhar sobre a saúde reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/Aids.

A participação da população feminina na epidemia de Aids tem aumentado, assim como intervenções terapêuticas capazes de reduzir o risco de transmissão mãe-filho. Em função disso, elege-se a assistência à maternidade como um momento importante de detecção da infecção pelo HIV, pressupondo o reconhecimento de seu direito de decisão sobre a reprodução. Cabe às instituições envolvidas implementar políticas e ações de suporte para a sua realização, principalmente nos serviços especializados em DST/Aids.

Objetivo

Geral

Apreender as especificidades que a condição de soropositividade para o HIV coloca em termos de comportamento, opções e demandas reprodutivas à reprodução.

Específicos

• Estudar o comportamento e intenção reprodutiva de mulheres de 18 a 49 anos com HIV/Aids que freqüentam os serviços da RME em DST/Aids da cidade de São Paulo;

• Identificar as demandas reprodutivas destas mulheres para estes serviços e

• Estudar os fatores associados à intenção reprodutiva entre as mulheres portadoras de HIV que freqüentam as unidades municipais de referência para DST/Aids.

Método

Realizou-se um estudo transversal em sete unidades municipais especializadas em DST/Aids do município de São Paulo, onde foram convidadas a participar mulheres, entre 18 e 49 anos, com HIV/Aids em seguimento nestes serviços, que passaram por pelo menos

uma consulta, no período de três meses, conforme rotina de atendimentos pré-estabelecida, tanto primeiras consultas como retornos.

Optou-se por metodologia de amostragem consecutiva que nos conduziu a uma amostra de 439 mulheres em seguimento em 2004. Estas mulheres responderam um questionário de pesquisa semi-estruturado, contendo questões abertas e fechadas, relacionadas a características sócio-demográficas; aspectos da vida reprodutiva e sexual, como história obstétrica, desejo de ter filhos no futuro, conhecimento e uso (atual e passado) de métodos de prevenção de gravidez e de DST/Aids, parcerias e práticas sexuais e mudanças ocorridas após o diagnóstico de HIV/Aids; e as principais demandas reprodutivas para o serviço. Foram aplicados por profissionais de saúde dos serviços participantes, treinados para esta finalidade.

Tanto o treinamento quanto todo o trabalho de campo foi supervisionado por uma enfermeira contratada, que ficou responsável pela elaboração dos bancos de dados, digitação, análise de consistência e as análises descritivas preliminares. Na seqüência, contou-se com a participação de uma profissional do Instituto da Saúde, responsável pela análise estatística.

A análise referente aos objetivos 1 e 2 foi publicada em inventário anterior e encontram-se reproduzidas no presente artigo.

Para a análise do objetivo - reconhecimento dos fatores associados à vontade ter filhos – utilizou-se regressão logística univariada, testando-se as seguintes variáveis independentes: escolaridade, trabalho, renda familiar em salários mínimos, número de pessoas que vivem com essa renda, raça/cor, estado civil, parceiro fixo, parceiro eventual, mora junto com alguém, parceiro HIV, existência de filhos, número de filhos, situação em que realizou o teste HIV, filhos com Aids, filhos mortos, em tratamento anti-retroviral, conhecimento do parceiro, filho, família e amigos sobre o seu HIV, apoio da igreja, apoio de grupos de Aids, apoio de associações e sindicato. Para análise multivariada, todos os fatores com nível de significância $p<0,10$, na análise univariada foram incluídos no modelo de regressão logística, com controle para idade (em anos) da mulher e tempo de conhecimento de seu estado sorológico. Assim, foram excluídas do modelo as seguintes variáveis: escolaridade, parceiro HIV positivo, em tratamento anti-retroviral, conhecimento do parceiro, familiares e amigos sobre seu estado sorológico, filhos com HIV/Aids, filhos mortos e apoio de instituições diversas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em Maio/2003.

Resultados

O estudo contou com a participação de 439 mulheres vivendo com o HIV, sendo 69,4% acima de 30 anos. O grau de escolaridade foi concentrado entre a 5ª. e 8ª. séries (46%). Quanto à situação de trabalho 40% estavam desempregadas e das 35% que trabalhavam, 54% estavam em situação formal e 43% informal. Cerca de 60% referiram renda inferior a dois salários mínimos. Quanto à cor, cerca de 66,8% referiram parda ou preta e 33% branca.

Quanto à vida sexual e reprodutiva, 41% referem ter tido mais do que cinco parceiros sexuais na vida. Das que mantém vida sexual ativa (291 mulheres), 49% referem que os atuais parceiros são HIV-positivo, 38% não são e 14% referem desconhecer a situação do parceiro.

Os principais motivos para a realização da sorologia para o HIV foram:

31,4% como rotina do pré-natal, 19,4% porque ficaram doentes, 16,2% porque os par-

ceiros ficaram doentes e 13,4% porque tiveram relação de risco.

Dentre os locais utilizados para a realização do teste, 64,2% ocorreram em UBS e hospitais e 20% em CTA ou Serviços Especializados de Assistência em DST/Aids (SAE).

Quanto à atitude percebida por estas mulheres, em relação aos profissionais que as atenderam, no momento da entrega dos resultados das sorologias, cerca de 10% dos casos advindos de hospitais e UBS e 24% dos laboratórios privados referiram que estes foram apenas entregues sem nenhum comentário adicional. Quanto à forma de tratamento recebida nos diversos serviços onde o teste foi realizado, cerca de 74% referem terem sido tratadas com apoio e atenção, 12% com indiferença e 8% com discriminação.

Foram investigados diversos conhecimentos relacionados ao tema da pesquisa. A quase totalidade refere conhecimento de que: o HIV pode ser transmitido durante a gravidez e a amamentação; existem contraceptivos mais indicados para quem é HIV-positivo; sabem da necessidade de utilizar preservativo para evitar a re-infecção do parceiro HIV; há remédios para ajudar a manter o HIV sob controle e as mulheres com HIV não precisam deixar de ter vida sexual ativa. Cerca de 62% referiram conhecer a existência de métodos mais indicados para evitar filhos para a mulher HIV.

Quando investigado sobre quem conhecia o fato delas serem portadoras do HIV, observou-se: filhos (40%), familiares próximos (82%), outros familiares e amigos (cerca de 50%) e no trabalho apenas 18%.

Quanto ao número de filhos, cerca de 10% não os têm, cerca de 38% tem mais do que três filhos, 30% têm dois e 23% tem um. Das 37 mulheres que estavam grávidas durante o estudo 57% referiram que não desejavam esta gestação.

Para análise dos fatores associados à intenção reprodutiva foram incluídas somente 327 mulheres. Foram excluídas 112 mulheres, que se encontravam nas seguintes situações: grávidas, laqueadas ou histerectomizadas. Considerou-se como variável dependente - Intenção reprodutiva - operacionalizada por meio da questão: Você planeja ter (mais) filhos? Entre as 327 mulheres cujas informações foram analisadas, 22,7% das mulheres referiram que planejam ter mais filhos.

A comparação entre as mulheres com intenção de engravidar com aquelas que não explicitaram este desejo está apresentada na tabela 1, que sumariza as estimativas do modelo de regressão logística. As variáveis independentemente associadas ao desfecho foram: presença de parceiro eventual, com uma razão de chance (RC) ajustada de 19,10 (2,89-125,93) ou de parceiro fixo, com uma razão de chance (RC) ajustada de 2,33 (1,09-5,01); não ter filhos vivos com uma RC ajustada de 3,79 (1,34-10,71); renda familiar compartilhada por até 2 pessoas, com uma RC ajustada de 2,85 (1,27-6,41); realização do teste sorológico para o HIV por demanda do serviço de saúde, com uma RC ajustada de 2,20 (1,10-4,37). A intenção de ter mais filhos se mostrou inversamente associada à idade, com uma RC ajustada de 0,91 (0,86-0,95), fato observado em vários estudos sobre o tema. O nível de renda e o tempo decorrido desde o diagnóstico não se mostraram associados ao planejamento de mais filhos.

Tabela 1 – Fatores associados à intenção reprodutiva de mulheres HIV/Aids, usuárias da Rede Municipal Especializada Em DST/Aids. Município de São Paulo, 2004.

Desejo reprodutivo							
		Não		SIM			OR (IC)
		N	%	N	%	N TOTAL	
Total		256	78,3	71	21,7	**327**	
Idade	Contínua						0,91 (0,86-0,95)
Tempo de HIV	Contínua						1,01(1,00-1,01)
Renda familiar	Até 2 sm	143	81,7	32	18,3	**175**	1
	2 e + sm	91	71,1	37	28,9	**128**	1,60 (0,79-3,25)
Nº pessoas vivem com essa renda	3 ou +	215	81,1	50	18,9	**265**	1
	Até 2	34	63,0	20	37,0	**54**	2,85 (1,27-6,41)
Situação conjugal	Sem parceiro(a)	98	86,7	15	13,3	**113**	1
	Parceiro(a)s eventuais	3	33,3	6	66,7	**9**	19,10(2,89-125,93)
	Parceiro fixo	148	74,7	50	25,3	**198**	2,33(1,09-5,01)
Tem filhos?	Sim	235	81,0	55	19,0	**290**	1
	Não	14	46,7	16	53,3	**30**	3,79 (1,34-10,71
Por que fez teste?	Espontaneamente	203	80,9	48	19,1	**251**	1
	Por demanda do serviço	46	66,7	23	33,3	**69**	2,20 (1,10-4,37)

Discussão

Esses resultados indicam que a intenção de ter mais filhos se encontra relacionada a uma série de aspectos e dimensões da vida das mulheres. A idade é um deles: quanto mais nova, maior é o desejo de ter outros filhos. A não existência de filhos vivos é outro fator que aumenta igualmente esse desejo. Nesse sentido, mulheres sem filhos e mais jovens constituem grupos para os quais os profissionais e os serviços de saúde devem dirigir atenção no sentido de fornecer respostas apropriadas. Do ponto de vista da situação conjugal, os resultados mostram que o desejo está fortemente associado ao tipo de parceria, sendo maior entre as mulheres com parceiros eventuais e estáveis. Dado o pequeno número de mulheres com parceiros eventuais qualquer conclusão no sentido de afirmar o maior desejo de filhos por mulheres vivenciando esse tipo de parceira deve ser tomada com cautela. O fato da intenção estar associada ao menor número de pessoas com as quais se compartilha renda, independente do valor da renda familiar, parece indicar ao mesmo tempo a importância da renda que se dispõe para a manutenção de cada membro do grupo familiar e do tamanho deste grupo, cujo cuidado em geral é responsabilidade da mulher. Por último, gostaríamos de chamar atenção para a relação verificada entre intenção de ter mais filhos e forma de realização do teste HIV, por demanda da mulher ou ofertado pelo profissional de saúde, resultado não descrito na literatura e que necessita ser melhor compreendida por meio de outros estudos. Uma possível interpretação desse achado seria admitir que as mulheres para as quais o teste foi ofertado mantém uma trajetória reprodutiva que não se altera em função do diagnóstico de infecção pelo HIV,

considerando que a maior parcela de oferta de exames se dá no pré-natal, não estando associada portanto a uma situação de risco. Por outro lado é igualmente possível considerar que a busca voluntária e espontânea pelo teste esteja associada a uma percepção da vivência de uma situação de risco, confirmada pelo diagnóstico de infecção pelo HIV, que interferiu na trajetória de vida adiando ou alterando o desejo de ter filhos.
De qualquer forma, a evidência de que 21,7% das mulheres com HIV/Aids, que utilizam a Rede Municipal Especializada da cidade de São Paulo, planejam ter filhos, deve estimular medidas que reorganizem os serviços, de modo a oferecer respostas apropriadas a este tipo de demanda. Nesse sentido, estas informações podem ser úteis para o aperfeiçoamento de políticas públicas que estimulem o cuidado à saúde.

Unidades Participantes: CR Nossa Senhora do Ó, CR Penha,
SAE Butantã, SAE Campos Elíseos, SAE Cidade Líder,
SAE Fidélis Ribeiro e SAE Lapa

Início: Julho de 2004

Término: Agosto de 2007
Trabalho aprovado para apresentação oral no Congresso da ABRASCO – Agosto de 2006.

Histórico e análise da situação de um SAE DE DST/Aids dentro de um Ambulatório de Especialidades

Neuza Uchiyama Nishimura[1]
neuzanish@superig.com.br

Enfermeira, [1] SAE Dr. Alexandre Kalil Yasbeck
Orientadora : Sandra Maria Greger Tavares
Co-autora: Sandra Maria Greger Tavares

Resumo

Este estudo teve como finalidade elaborar um histórico e uma análise de um serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/Aids) dentro de um Ambulatório de Especialidades que sofreu transformações no decorrer dos anos: de um Centro de Referência de DST/Aids (de 1996 a 2000) passou, em 2001, a ser um Ambulatório de Especialidades, com atendimento à população em geral, incorporando, em 2004, além das especialidades médicas, o Centro de Referência do Idoso e o de Odontologia. Os profissionais não médicos passaram a atender todas as especialidades e não somente os usuários HIV/Aids. A dinâmica dos atendimentos foi alterada; as mudanças ocorridas ao longo do tempo têm trazido uma série de reflexões a respeito da qualidade do atendimento aos usuários HIV/Aids. Os objetivos deste estudo foram: a. identificar as percepções referentes à atividade profissional dos trabalhadores inseridos no ambulatório, que continuaram no atendimento ao usuário HIV/Aids concomitante ao atendimento de usuários de outras especialidades; b. identificar as percepções dos usuários HIV/Aids a respeito da assistência por eles recebida antes e após as mudanças ocorridas na unidade. Foi uma pesquisa de cunho qualitativo, com entrevistas semi-estruturadas; utilizou-se também um diário de campo, para anotação das idéias e percepções do pesquisador. A população constituiu-se de informantes-chave de duas categorias: a. profissionais que participaram do processo de implantação do Centro de Referência e permaneceram no atendimento ao usuário HIV/Aids após a implantação do Ambulatório; b. usuários que vivenciaram as mudanças ocorridas na Unidade. Foi realizada uma análise na perspectiva da análise de conteúdo e foram identificadas três categorias: nível de aceitação dos usuários e dos profissionais com relação a mudança na missão institucional, nível de satisfação dos usuários com o serviço e dos profissionais com o trabalho e as percepções dos profissionais e usuários das alterações no processo de trabalho. Verificou-se que o fato do SAE (Serviço de Assistência Especializada) de DST/Aids ter sido inserido no Ambulatório de Especialidades intensificou o nível de insatisfação tanto de profissionais com o trabalho como de usuários com a assistência. Entre os fatores associados a insatisfação profissional, que emergiram a partir das entrevistas realizadas neste estudo, destacam-se: a fragmentação no processo de trabalho, a falta de uma equipe exclusiva para as ações voltadas ao atendimento dos usuários de DST/Aids, a fragilização do acolhimento e do trabalho em equipe, sobrecarga de trabalho e a falta de treinamento e reciclagem. Os fatores relacionados a insatisfação dos usuários com assistência dizem respeito a fra-

gilização do acolhimento, falta de organização no processo de trabalho, aumento do preconceito e a percepção da sobrecarga profissional. O usuário embora tenha continuado com acesso garantido ao atendimento, não pode dizer o mesmo quanto a sua qualidade. Por sua vez, o profissional, embora continue com seu cargo e função, percebe uma intensa desorganização no processo de trabalho e um impacto na qualidade e na humanização do atendimento fornecido aos usuários. O fato da gestão do Ambulatório de Especialidades ser compartilhada com o SAE (Serviço de Assistência Especializada), e não estar diretamente subordinada ao Programa Municipal de DST/Aids dificulta o desenvolvimento de ações preconizadas pelo Programa e favorece a desarticulação da equipe, uma vez que os profissionais não se identificam como integrantes da equipe. Esta falta de identificação aliada à sobrecarga de trabalho, além de estar gerando insatisfação dos profissionais vêm diminuindo o potencial de atuação dos profissionais dificultando o cumprimento das recomendações de ações de prevenção e assistência recomendada pelo Programa Municipal DST/Aids. O estabelecimento de um processo de trabalho que cumpra as recomendações do Programa Municipal de DST/Aids, que garanta a captação dos usuários DST/HIV/Aids e o seguimento do atendimento é tão importante como a formação técnica individual dos profissionais. Não existe uma única forma de se estruturar um serviço de DST/Aids capaz de responder às diretrizes do Programa Municipal de DST/Aids, mas é necessário neste processo de reorganização de um serviço ouvir tanto os trabalhadores quanto usuários. Para tanto, devem ser consideradas as diversidades de cada situação, as condições de trabalho, o contexto sócio cultural e o número de usuários. O grande desafio que se apresenta é garantir aos usuários não apenas os recursos materiais, mas também um local em que ele se sinta acolhido e tratado com dignidade e respeito e em que os princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade sejam garantidos para esses usuários.

Unidade Participante: SAE Dr. Alexandre Kalil Yasbeck

Início: Abril de 2006

Término: Junho de 2007

Prevalência das seqüelas neurológicas motoras em pacientes com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e Neurotoxoplasmose.

Katia Fernanda de Carvalho Guedes[1]
katiafguedes@terra.com.br

Auxiliar de Enfermagem e Fisioterapeuta;
CR Santo Amaro[1]
Co-autor: Dimas Carnaúba Júnior
Orientadora: Ana Carolina Siqueira Zuntini

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é uma doença de etiologia viral, causada por um retrovírus humano, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) 1/2. Caracteriza-se por uma imunossupressão profunda e conseqüente aparecimento de doenças oportunistas e pelo alto índice de letalidade. Segundo estimativa do Programa das Nações Unidas para o combate do HIV/Aids (UNAids), em 2005 existia 40 milhões de pessoas infectadas pelo vírus do HIV no mundo.

Com a introdução dos medicamentos anti-retrovirais (ARV) no final da década de 80, a sobrevida desses pacientes aumentou e, em centros da Europa, Estados Unidos da América (EUA) e Brasil, a causa morte, que antes era vinculada apenas às doenças oportunistas, a partir de 1998 passou a ser a mesma relatada em indivíduos da mesma faixa etária, porém não infectados pelo HIV (Rachid, Schechter, 2005).

As doenças oportunistas continuam a atingir os pacientes com HIV. Dados do Centro de Vigilância Epidemiológica "Alexandre Vranjac" (CVE) mostram que no período de janeiro de 1980 a junho de 2005, no Estado de São Paulo, as doenças que mais acometeram esses pacientes foram Pneumonia por Pneumocystis Carinii (P. carinii), Tuberculose Pulmonar, Candidíase (esofágica, traqueal, brônquica ou pulmonar) e Neurotoxoplasmose (São Paulo, 2005).

A Neurotoxoplasmose é a infecção oportunista mais comum que atinge o SNC (Vergara et al,1985; Duran et al, 1997; Passos et al, 2000). Ocorre na maioria dos casos devido a uma reativação latente do Toxoplasma gondii (T. gondii), um protozoário intracelular que infecta pássaros, mamíferos e humanos (Hoffmann, 2005).

Nos indivíduos HIV positivo com imunodeficiência avançada e com evidência sorológica de infecção prévia por T. gondii, estima-se que, se não for instituída a profilaxia secundária, de 30 a 40% dos pacientes com HIV, desenvolverão a Neurotoxoplasmose (Rachid, Schechter, 2005), sendo que, de 3 a 40% dos pacientes com Aids desenvolvem a Neurotoxoplasmose (Dalston et al, 1996). Devido à sua dimensão, esta infecção oportunista tornou-se um critério de definição de caso de Aids (Brasil/MS, 2004).

Na maioria dos casos o diagnóstico da Neurotoxoplasmose é presuntivo e re-

sulta da presença de lesões expansivas na Tomografia Computadorizada (TC) de crânio associada à sorologia antitoxoplásmica reagente (Dalston et al, 1996). Entretanto um resultado negativo da sorologia antitoxoplásmica pode eliminar a suspeita de Neurotoxoplasmose (Wainstein et al, 1993).

Dada a grande prevalência das seqüelas neurológicas motoras, o fisioterapeuta, na qualidade de profissional que trabalha no restabelecimento do padrão do movimento humano, assume papel importante na reabilitação e reintegração social desses pacientes.

Desta forma, este trabalho destina-se à análise e revisão de prontuários de pacientes com Aids e Neurotoxoplasmose de uma unidade da Rede Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo, o Centro de Referência em DST/Aids de SANTO AMARO (CRSA), em busca das principais seqüelas neurológicas motoras e do tratamento fisioterápico adotado.

Objetivo

Geral

Avaliar a prevalência de seqüelas neurológicas motoras nos pacientes com Aids e Neurotoxoplasmose.

Secundários

• Verificar o tempo de desenvolvimento da Neurotoxoplasmose a partir do diagnóstico da Aids.

• Determinar a prevalência das seqüelas neurológicas motoras nos pacientes tratados para neurotoxoplasmose.

Método

Estudo restrospectivo do Banco de dados do CRSA de todos os pacientes com Aids em acompanhamento no período de 1996 a 2005.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 13 anos, ter o diagnóstico da Aids segundo os Critérios de Definição de Casos de Aids adotados pelo Ministério da Saúde em Janeiro de 2004 e estar em acompanhamento no CRSA em dezembro de 2005 e um roteiro composto por 18 questões, onde foram registrados informações sobre o diagnóstico da Aids e da Neurotoxoplasmose, exames realizados (sorologia antitoxoplásmica e diagnóstico por imagem), seqüelas neurológicas motoras apresentadas e forma de tratamento (farmacológico e fisioterápico).

Foi criado um banco de dados no programa Epi Info 6, versão 6.04d para realização das análises estatísticas.

Resultados

Foram selecionados 777 prontuários no período, sendo descartados 03 pacientes, por não preencherem os critérios de inclusão.

Dos 774 indivíduos com Aids, 68 (8,8%) tiveram diagnóstico de Neurotoxoplasmose, 40 (58,8%) eram indivíduos do sexo masculino e 28 (41,2%) eram do sexo feminino. Em relação à faixa etária houve um predomínio de indivíduos entre 30 a 49 anos, 54 pacientes que representaram 79,4% dos casos.

A Neurotoxoplasmose foi critério de definição para diagnóstico da Aids em 59 (86,8%) e comportou-se como infecção oportunista em 9 (13,2%) indivíduos. Observou-se o tempo decorrido entre o diagnóstico da Neurotoxoplasmose e a notificação do caso de Aids no CRSA .

A maioria dos casos de Neurotoxoplasmose foi diagnosticada em 2005, representando 26,5% (18 casos) do total dos 68 pacientes.

A contagem diferencial de células T CD4+ na época do diagnóstico da Neurotoxoplasmose foi realizada na maioria dos indivíduos. Em 45 (66,2%) indivíduos esta contagem foi inferior à 200 células/mm^3 e em 8 (11,8%) indivíduos superior à 200 células/mm^3.

Todos os pacientes com Aids e Neurotoxoplasmose realizaram Tomografia Computadorizada de Crânio. Os lobos fronto-parietais foram os mais acometidos (45,9%) e 17 (25,0%) indivíduos apresentaram lesão única.

A hemiparesia foi a seqüela neurológica motora mais comum nestes indivíduos, tendo sido encontrada em 33 (48,5%) dos casos e em 1 (1,5%) deles houve paralisia dos nervos cranianos. Os outros 34 (50%) pacientes apresentaram diferentes distúrbios neurológicos como: convulsões, confusão mental, cefaléia, entre outros.

O tratamento medicamentoso mais utilizado foi a associação da sulfadiazina com pirimetamina e ácido fólico em 57 (83,8%) dos casos. Os sintomas neurológicos permaneceram em 33 (48,5%) pacientes após o término do tratamento, dos quais, 28 apresentaram hemiparesia.

Dos 34 pacientes com seqüelas neurológicas motoras, 25 (36,8%) realizaram Fisioterapia no CRSA. Desses, 14 (56,0%) fizeram no máximo 10 sessões, 5 (20,0%) de 11 a 20 sessões, 2 (8,0%) de 21 a 30, 3 (12,0%) de 31 a 40 sessões e 1 (4,0%) realizou 45 sessões, com média de 13,4 sessões por pacientes. Os recursos fisioterapêuticos mais utilizados foram: treino de marcha, treino de equilíbrio e fortalecimento muscular.

Discussão

A Neurotoxoplasmose é a principal infecção oportunista que atinge o SNC dos pacientes com Aids (Vergara et al, 1985; Dalston et al, 1996; Duran et al, 1997, Câmara et al, 2003, Hoffmann, 2005). Fatores como: imunodeficiência avançada, evidência sorológica de infecção previa por T. gondii e a ausência de profilaxia, podem desencadear a Neurotoxoplasmose (Rachid, Schechter, 2005).

Dos 774 pacientes com Aids estudados, 650 realizaram a sorologia antitoxoplásmica e 386 apresentaram resultados reagentes para o T. gondii, números que estão compatíveis com os dados da população brasileira que variam de 37 a 91%, conforme a região (Brasil/MS, 2006).

A incidência de Neurotoxoplasmose na amostra estudada, que abrange o período de 1996 a 2005 foi de 8,8%, num total de 68 dos 774 pacientes com Aids. Esse número é inferior ao encontrado em outros estudos, como os realizados por Câmara et al no período de 1984 a 1990, nos quais houve incidência da doença em 38,9% dos pesquisados (60 casos de 154 pacientes com Aids), Vergara et al em 1985, com 60% (11 em 19), Vecino et al entre 1985 e 1988, com 21,9% (12 em 55), Figueiredo et al entre 1992 e 1996, com 35% (361 em 1019) e Fragoso et entre 1996 e 1997, com 27% (32 em 117). Segundo Rachid e Schechter (2005) após o advento da tera-

pia com os anti-retrovirais o risco do aparecimento de infecções oportunistas vem diminuindo, o que poderia justificar os números encontrados no presente estudo.

Em estudo realizado por Dalston e colaboradores em 1996, a Neurotoxoplasmose foi a primeira manifestação clínica da Aids em 15,1% dos pacientes. Atualmente, a Neurotoxoplasmose é diagnosticada em pacientes que desconhecem ser portadores do HIV ou naqueles que não fazem acompanhamento clínico (Hoffmann, 2005). No presente estudo, a Neurotoxoplasmose foi um critério de definição da Aids em 86,8% dos casos.

O método neuroradiológico utilizado para a confirmação diagnóstica foi a Tomografia Computadorizada de Crânio. Em 27 (39,7%) casos, o resultado era sugestivo para Neurotoxoplasmose, ou seja, caracterizado por presença de lesões anulares ou nodulares hipodensas (ou hiperdensas) com edema e efeito de massa (Wainstein et al, 1993), sendo que 24 (35,3%) pacientes apresentaram lesões múltiplas no SNC, dado concordante com a literatura (Duran et al, 1997). A maioria das lesões foram nos hemisférios cerebrais (69,4%), principalmente no lobo parietal (24,7%) e no lobo frontal (21,2%). Os núcleos da base foram afetados em 12,9%, fato que confirma o predomínio das lesões da Neurotoxoplasmose nos hemisférios cerebrais e núcleos da base (Lazo et al, 1998; Passos et al, 2000; Rachid, Schechter, 2005).

Em nosso estudo, 48,5% dos pacientes apresentaram seqüela neurológica após tratamento medicamentoso.

A imunodeficiência avançada estava presente em 66,2% dos pacientes com valores dos Linfócitos T CD4+ inferiores a 200 cópias/mm3.

Dos 34 pacientes com seqüelas neurológicas motoras, 25 (36,8%) realizaram Fisioterapia e todos apresentaram hemiparesia. A maioria dos pacientes (56,0%) realizaram no máximo 10 sessões de Fisioterapia, com média de 13,4 sessões por pacientes. As condutas mais utilizadas nesses pacientes foram Treino de Marcha (21,4%), Treino de Equilíbrio (16,1%) e Fortalecimento Muscular (14,3%).

Os pacientes com Aids e seqüelas neurológicas motoras (como hemiparesia) podem ser tratados com os mesmos recursos que são utilizados para os pacientes que desenvolvem alterações neurológicas em decorrência de outras patologias do SNC, como Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou Esclerose Múltipla (Zonta et al, 2003).

A adequação do tônus, a manutenção da força e a amplitude de movimento (Galantino, 2004) além das técnicas de reeducação motora como Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva e Bobath (Zonta et al, 2003), são procedimentos indicados no tratamento de pacientes com Aids e seqüelas neurológicas motoras. Esses recursos também podem ser utilizados nos casos com hemiparesia decorrentes da Aids e Neurotoxoplasmose, visto que, esses pacientes podem apresentar a alteração do tônus, da força muscular e da amplitude de movimento.

O conhecimento sobre a ação do HIV no organismo pode auxiliar na criação de um tratamento fisioterápico, visto que, na fase aguda e na fase assintomática dificilmente o paciente apresentará alguma complicação severa ou manifestação clínica da Aids. Mas tão logo a contagem de linfócitos CD4+ estiver decrescendo, o risco de doenças oportunistas aumenta, assim como, as complicações neurológicas e neuromusculares decorrentes da doença ou do uso dos ARV.

Conclusões

As seqüelas neurológicas motoras ocorreram em alta incidência (50%) entre os pacientes. A hemiparesia foi a manifestação mais freqüente (48,5%). Dos pacientes submetidos ao tratamento medicamentoso e fisioterápico, 28 (41,2%) permaneceram com esta seqüela neurológica motora.

Os lobos fronto-parietais foram os locais que mais apresentaram lesões (45,9%).

A Fisioterapia tem um papel importante na reabilitação dos pacientes com Aids e Neurotoxoplasmose, visto que, aproximadamente 37% dos pacientes necessitaram de tratamento fisioterápico. Isso mostra a importância da realização de mais estudos que abordem esse tema, para que o Fisioterapeuta esteja cada vez mais presente na equipe multidisciplinar que acompanha esses pacientes.

Unidade Participante: CR Santo Amaro.

Início: Fevereiro de 2006

Término: Novembro 2006

Pesquisador interno

Em andamento

- TESE DE DOUTORADO
- MULTICÊNTRICA
- INDEPENDENTE
- CURSO DE METODOLOGIA DE PESQUISA

Conflitos morais e julgamentos tecnocientíficos: aspectos implicados no cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids

Luzia Aparecida Oliveira[1]
luzia.ao@usp.br

Assistente Social - Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo; Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); atualmente cursando doutorado no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – SP; [1] SAE Santana
Co-autor: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Orientadores: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres; Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Introdução

Com a implementação dos serviços especializados em DST/Aids no Município de São Paulo, os profissionais de saúde que passaram a atuar nessas unidades se depararam com diferentes dilemas e desafios ligados à assistência voltada às pessoas vivendo com HIV/Aids, desde aqueles relativos ao preparo técnico das equipes e à estruturação material dos serviços, até, aspectos relacionados ao "lidar com os significados atribuídos à epidemia", que provocavam inseguranças, desconfortos e impasses para as equipes.

Essa perplexidade das equipes frente às diferentes demandas que emergiam no contexto desses serviços levou muitos de nós, trabalhadores, a formatar pesquisas relativas ao trabalho em saúde voltado a atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids. Os resultados dessas reflexões nos aproximaram da academia, e em 1998 resultaram em pesquisa relativa ao trabalho multiprofissional na atenção as pessoas vivendo com HIV/Aids, pesquisa ligada ao NEPAids (Núcleo de Estudos e Prevenção em Aids) com resultados publicados em 2002 (Silva et. al 2002). Posteriormente, vinculadas a programas de mestrado, foram desenvolvidas pesquisas relativas às práticas assistenciais e direitos reprodutivos; os sentidos da maternidade e conjugalidade no contexto do HIV/Aids; as questões implicadas na adesão aos tratamentos; a vulnerabilidade ao adoecimento (David 2002; Noguchi 2002; Oliveira 2003; Silva 2003; Landroni 2004).

Mais recentemente nossas preocupações estão voltadas para as atuais discussões sobre a Humanização (Deslande 2004) e Cuidado (Ayres 2000; 2004a; 2004c) nas práticas assistenciais, como decorrência de um esforço em estabelecer, na gestão do serviço, estratégias para uma abordagem integral da saúde com vista ao estímulo ao diálogo permanente entre os sujeitos presentes (trabalhadores e usuários) e a aproximação entre as finalidades técnicas do trabalho e os projetos de vida dos usuários (Oliveira et. al 2005).

A perspectiva do Cuidado, abordada por Ayres (2000; 2004a), como promoção de bem estar para além da correção de distúrbios, não exclui do sujeito que é cuidado o poder de juízo sobre suas necessidades. Isso implica numa exigência de compartilhamento de critérios normativos e esforços dos serviços por meio de seus trabalhadores no sentido de aproximar as respostas às necessidades expressas por indivíduos e coletividades (Oliveira 2003).

Chamamos a atenção para um dos aspectos dessa exigência: o compartilhamento de critérios normativos entre profissionais-usuários, por vezes não congruentes, mas que, ainda assim, concretizam o encontro entre dois sujeitos. É no encontro que se realiza a re-construção de práticas

e de intersubjetividades (Ayres 2000). Essa perspectiva tem como eixo, a defesa do caráter relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas presentes nas práticas em saúde, contrarias ao caráter individualista, apriorístico e objetificado que marcam as visões tecnicistas (Ayres 2001).

Assumindo essa perspectiva como importante para as finalidades do presente estudo, se buscará compreender a delicada relação entre a técnica/tecnociência e a moral, tendo como referencial teórico a Teoria da Ação Comunicativa como proposta por Jurgen Habermas (1929-), filósofo alemão contemporâneo, destacando-se sua discussão acerca da moralidade através da Ética do Discurso e da Bioética. Pretendendo registrar quais os elementos do ponto de vista valorativo e propositivo estão presentes no horizonte dos diferentes atores na de atenção as pessoas vivendo com HIV/Aids.

Objetivo

Compreender o modo como os profissionais de saúde operam os conflitos morais presentes no contexto de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids.

Específicos

Inventariar as atuais situações que geram conflitos morais nos serviços de saúde especializados em HIV/Aids;

Identificar os fundamentos que norteiam a construção de consensos para situações de conflitos vivenciados, desses serviços assistenciais e quem são os atores presentes nessa construção.

Método

Estudo de natureza qualitativa aos moldes de uma "ética descritiva", que, conforme afirma Zoboli (2003), se refere à investigação factual da conduta moral, utilizando-se de procedimentos e metodologias de cunho científico para estudar como as pessoas solucionam problemas e agem. Esse tipo de abordagem não se engaja diretamente em questões do tipo: 'o que deve ser feito' ou 'qual o uso apropriado dos termos éticos', mas indaga por 'como as pessoas pensam que deveriam agir nesta situação particular que é objeto de preocupação normativa' ou 'que fatos são relevantes para esta questão da ética normativa?' Ou ainda 'Como as pessoas realmente se comportam nesta circunstância particular que traz problemas éticos?'. Como "instrumento" para registro das situações vivenciadas vem sendo realizadas entrevistas em profundidade com profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais de nível médio e universitário, que atuam em serviços especializados na Cidade de São Paulo. Além das entrevistas estamos realizando observações do tipo etnografico de reuniões técnicas das equipes e/ou discussões de casos, procedendo-se o registro detalhado desses encontros, com o objetivo de captar eventuais situações de impasses vivenciados pelos profissionais e possíveis indicações para sua solução

O quadro teórico que orienta o estudo é a da Teoria da Ação Comunicativa de Jurgen Habermas, recortando-se a discussão acerca da moralidade sugerida a partir desse quadro a partir e da discussão proposta pela Bioética.

Unidades Participantes: SAE Cidade Líder; SAE Santana

Início: 2006

Fase em que se encontra: Em análise

Previsão de Término: 2009

Revelação de diagnóstico de HIV a parceiros(as) sexuais na perspectiva da humanização do cuidado

Neide Emy Kurokawa e Silva[1]
neks@usp.br

Psicologia na Universidade de Guarulhos; SAE Santana[1]
Orientador : José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Introdução

A revelação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais representa um desafio para os serviços de saúde, na medida em que confronta, de um lado, a necessidade de controle da doença e, de outro, questões relativas à intimidade conjugal e de dinâmicas sociais e culturais mais amplas, que podem dificultar a identificação, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de comunicantes sexuais.

Esse tema tem sido objeto de muitos estudos, especialmente nos Estados Unidos e Europa, mas no Brasil as iniciativas ainda são embrionárias, ressaltando-se que a preocupação maior ainda é no campo da Vigilância em Saúde, ou seja, do controle da doença.

Objetivo

O objetivo da pesquisa é compreender as concepções e experiências de profissionais e usuários de serviços de saúde especializados em Aids, em relação aos processos de revelação de diagnóstico de HIV a parcerias sexuais, identificando aspectos relevantes para a humanização destes processos na organização do cuidado à saúde de pessoas vivendo com HIV/Aids.

Método

Inicialmente será feito um grupo de discussão, com profissionais de saúde que trabalham diretamente na assistência, dos diferentes serviços especializados em HIV/Aids, do Município de São Paulo. Posteriormente, está prevista a realização de entrevistas individuais a profissionais de saúde e usuários em acompanhamento nesses serviços, estes últimos, captados através da indicação dos profissionais de saúde.

O grupo de discussão será realizado em local de fácil acesso, com duração aproximada de duas horas.

As entrevistas terão duração de mais ou menos 1 hora e poderão ser feitas no próprio serviço de saúde ou outro local da conveniência do(a) entrevistado(a).

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética, tanto da Faculdade quanto da Secretaria Municipal de Saúde.

Unidades Participantes: Unidades de Assistência em DST/Aids da Rede Municipal Especializada em DST/Aids

Início: Janeiro de 2006

Fase em que se encontra: Em campo

Previsão de Término: Julho de 2008

Prevalência de necessidades especiais em pacientes portadores da infecção pelo HIV/Aids: impacto na qualidade de vida.

Shirlei Mariotti Gomes Coelho[1]
shirleimgcoelho@yahoo.com.br

Enfermeiro formado pela Escola de Enfermagem da USP;
Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP;
Mestre em Infecções e Saúde Pública pelo IIER da SES; [1]SAE Vila Prudente.
Orientador: Prof° Dr Augusto César Penalva de Oliveira

Introdução

A infecção pelo HIV é um problema de saúde pública. Estima-se que 39,4 milhões de pessoas estão infectadas em todo o mundo, e em torno de 16 mil novas infecções acontecem a cada dia (MERTENS ET AL, 1996; JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/Aids, 2001). A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) resulta em infecções oportunistas que, mesmo tratadas, evoluem com significativa morbimortalidade em uma parcela da população jovem e potencialmente ativa economicamente. A introdução das terapias antiretrovirais de alta eficácia (HAART) modificou substancialmente a história natural da doença, prolongando a sobrevida destes pacientes.No Brasil, 600 mil pessoas estão infectadas pelo HIV na faixa etária de 15 a 49 anos (0,65% da população), segundo estimativas do Ministério da Saúde (MS). Os novos dados revelam que a epidemia de Aids no Brasil está num processo de estabilização, embora em patamares elevados, tendo sido diagnosticados, em 2003, um total de 32.247 casos novos, a uma taxa de 18,2 casos por 100 mil habitantes (MS, 2005).A política brasileira para as drogas utilizadas no tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) foi muito discutida quando foi implementada pelo Estado no início dos anos 90. A introdução da era HAART no Brasil – primeiro país em desenvolvimento a dispor de um programa de acesso universal e gratuito aos antiretrovirais – tem resultado em importante aumento da sobrevida e diminuição das doenças oportunistas em pacientes com Aids. Porém, as complicações neurológicas continuam causando importante mortalidade e morbidade. Após uma década de sua implementação, o sucesso da resposta brasileira à epidemia foi reconhecido mundialmente, como resultado de sólida e imediata resposta do Estado, somada à forte e efetiva participação da sociedade civil, de mobilização multi e intersetorial, de uma abordagem equilibrada entre prevenção e tratamento e da luta pelos direitos humanos em todas as estratégias adotadas, com particular ênfase em uma política de amplo acesso as drogas antiretrovirais.(www. Aids.gov.br). A ocorrência das infecções oportunistas relacionadas ao HIV diminuiu entre 60 a 80%. (MS, 2002).O estado de São Paulo concentra, aproximadamente 50% do total de casos de Aids registrados no Brasil.(SES, 2003).A reconstituição imunológica parcial promovida pelo tratamento também é um reflexo do impacto da política brasileira de acesso universal às drogas antiretrovirais. Este aumento pode contribuir significativamente para

a redução da freqüência e severidade das infecções oportunistas associadas ao HIV e é um bom indicador da melhoria da qualidade de vida dos pacientes. As complicações neurológicas no contexto da infecção pelo HIV são freqüentes variando a depender do local e do período, com incidência estimada de 31-65% em adultos e 50-90% em crianças (SHAW ET AL, 1983; GABUZDA ET AL, 1986). Dentre as diversas complicações relacionadas à infecção pelo HIV, o comprometimento do sistema nervoso central (SNC) é um dos mais freqüentes. A prevalência de doença neurológica em pacientes com Aids tem sido relatada de 40 a 70% nos estudos clínicos e de 63 a 84% nos estudos anatomopatológicos, corroborando com o que foi descrito acima. Há ainda poucos estudos que demonstram que a terapia antiretroviral (TARV) possa modificar este quadro, devido à penetrabilidade das drogas nos chamados santuários ou ilhas de exclusão do Sistema Nervoso Central (SNC).(SACKTOR, 2001; SACKTOR, 2002; MANFREDI, 2001; MASCHKE, 2000). O espectro de complicações neurológicas associadas à infecção pelo HIV é extremamente heterogêneo. Inclui doenças primárias (causadas pelo próprio HIV) ou secundárias (causadas por infecções ou neoplasias oportunistas). Demência associada ao HIV, acidente vascular cerebral (AVC), miopatias, meningite asséptica e meningoencefalite aguda em pacientes com infecção crônica pelo HIV, são as principais complicações neurológicas primárias. Entretanto, toxoplasmose cerebral, neurocriptococose, tuberculose do SNC, encefalite pelo vírus BK, encefalites pelos vírus: herpes tipos 1,2,6 , citomegalovírus, varicella-zóster ou Epstein-Baar, neurosífilis, Chagas do SNC (meningoencefalite chagásica), meningites e abscesso cerebral bacteriano e AVC (tuberculose, toxoplasmose, criptococose , sífilis) se destacam como as principais complicações neurológicas secundárias em pacientes com infecção pelo HIV. A incidência e o tipo de complicações neurológicas associadas à Aids variam geograficamente. Em países em desenvolvimento destacam-se os seguintes aspectos:(i) toxoplasmose cerebral como principal doença neurológica oportunista; (ii) menor percentual de casos de linfoma primário do SNC e de leucoencefalopatia multi focal progressiva (LEMP); (iii) maior percentual de tuberculose do SNC (meningite, tuberculomas e abscessos) e presença de infecções bacterianas.

Em relação aos estudos clínicos realizados em países em desenvolvimento, a maioria relatou a toxoplasmose cerebral como principal causa de lesão focal cerebral. No Brasil, um estudo clínico realizado em Belo Horizonte que incluiu 157 pacientes, realizado na era HAART, relatou que as principais doenças neurológicas entre pacientes infectados pelo HIV foram: toxoplasmose cerebral (42%), meningite criptococócica (13%) e tuberculose do SNC (11%) (OLIVEIRA ET AL, 2006). Similarmente, um estudo realizado no Instituto de Infectologia Emílio Ribas que incluiu 219 pacientes infectados pelo HIV que apresentavam doenças neurológicas, relatou que as principais manifestações foram: toxoplasmose cerebral (50%), meningite criptococócica (24%), tuberculose do SNC (15%), LEMP (6%), linfoma primário do SNC (2%) e neurosífilis (1%) (PENALVA DE OLIVEIRA, ANNES, CASSEB, 1999; TRUJILLO ET AL, 2005). A sobrevida dos pacientes co-infectados pode ser menor, devido às complicações. A qualidade de vida desses pacientes devido às co infecções neurológicas pode sofrer alterações levando a diminuição da capacidade funcional, atividade física prejudicada, aumento do grau de fraqueza/cansaço, número aumentado de hospitalizações, deficiência da mobilidade e locomoção, perda de controle esfincteriano, entre outros.Somando-se a todas as informações citadas, estamos vivendo um momento histórico muito importante (PENALVA

DE OLIVEIRA, ANNES, CASSEB, 1999; TRUJILLO ET AL, 2005).Vários segmentos sociais lutam pelos seus direitos de inclusão na sociedade. Ainda não conseguiram plenamente seus direitos, mas muito já avançaram. Juntamente com as mulheres, os negros, os homossexuais, há um outro grupo de excluídos - as pessoas portadoras de deficiência, que não tem acesso aos direitos que devem pertencer a todos: educação, saúde, trabalho, locomoção, transporte, esporte, cultura e lazer. O termo inclusão indica que a sociedade, e não a pessoa, deve mudar. As palavras e expressões devem ressaltar o positivo e promover mudança de atitude em relação às diferenças.Acessibilidade é a possibilidade e a condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida. (Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência – Cartilha de Inclusão -2000). A legislação garante, através da Lei Federal nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, os direitos das pessoas portadoras de deficiência.As PVHA sofrem com o preconceito, além das dificuldades de acessibilidade, grande parte delas, seqüelas da própria infecção.

Outro fato de primordial importância é a necessidade de serviços de reabilitação com acesso aos serviços de apoio, nesta situação, imprescindível, como fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia. A existência destes técnicos deve fazer parte da estrutura dos serviços que atendem PVHA. Para que haja inclusão dos pacientes, precisamos de reabilitação, adaptação e igualdades. Leis têm sido criadas para a garantia desses direitos, mas ainda não é o bastante. Além dos direitos a medicamentos, as PVHA têm outras necessidades.Deve existir, por parte dos governantes, o desejo de se envolver, de agir. Se desejarmos uma sociedade realmente democrática, temos que criar uma nova ordem social, pela qual todos sejam incluídos no universo dos direitos e dos deveres. Não estamos dizendo aqui que seja fácil, mas assim como foi possível a disponibilização de medicamentos e uma política envolvida com estes objetivos, é preciso lançar esforços e vontade política para oferecer oportunidades iguais para que cada pessoa seja autônoma e autodeterminada, pois as necessidades das PVHA atualmente vão além da assistência médico centrada e medicamentosa. É o momento de a sociedade se preparar para lidar com a diversidade humana e se tornar inclusiva. Um a sociedade que estimule a participação de cada um e aprecie as diferentes experiências humanas, além de reconhecer o potencial de todo o cidadão.

Objetivos

Determinar prevalência de indivíduos portadores de necessidades especiais numa população de pacientes HIV/Aids; Identificar impacto na qualidade de vida nos indivíduos portadores de necessidades especiais e HIV; Determinar adequação dos serviços de atenção aos pacientes com HIV/Aids na abordagem das necessidades especiais.

Metodologia

Este será um estudo transversal, prospectivo, onde será montado uma coorte de indivíduos soropositivos, em acompanhamento nestes infra denominados serviços, com diferentes níveis de complexidade.Participarão do estudo o Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) - SES - São Paulo/SP e Ambulatório de Especialidades de Vila Prudente (AEVP) - SMS – São Paulo/SP, no período de agosto de 2007 a agosto de

2008. Considerando que uma amostragem probabilística aumenta substancialmente a chance de os participantes serem representativos da população-alvo, utilizaremos uma amostragem aleatória dentre o total de pacientes acompanhados no estudo. Considerando ainda que a precisão na estimativa da prevalência a ser obtida depende do tamanho da amostra, utilizaremos um intervalo de confiança de 95% (IC 95%).Para o cálculo do tamanho da amostra obtida de forma aleatória simples utilizaremos a seguinte fórmula (OPS, 1997):

$$N= Z^* Z [P (1-P)] / D^* D$$

onde: Z= valor da distribuição normal padrão correspondente ao nível de confiança desejado

(Z=1.96 para IC 95%)

P= prevalência esperada

D= erro aceitável na estimativa (semi amplitude do IC – medida de precisão).

Considerando uma prevalência de 40% para as alterações funcionais potencialmente presentes nesta população (CYSIQUE ET AL, 2004), o tamanho da amostra necessária será de 256 pacientes soropositivos para a infecção HIV em cada centro. (IIER e AEVP). Serão incluídos os pacientes arrolados de forma aleatória, independente da presença ou não de necessidades especiais, tendo como critério de exclusão idade menor que 18 anos e não aceitar assinar o TCLE. Num primeiro momento será feita uma avaliação dos pacientes, utilizando como instrumento para coleta de dados um questionário estruturado e a Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola (PMSP. SMS. PSF, 2002). Serão avaliados dados sócio-econômicos-demográficos básicos, além de avaliar o período desde o diagnóstico da infecção pelo HIV e as circunstâncias em que este diagnóstico teve lugar. Para identificar os estratos socioeconômicos será utilizado um indicador fruto de um conjunto de bens duráveis existentes no domicílio e o nível de instrução do chefe da família, definindo-se, então, cinco estratos de A (mais elevado) a E.

Num próximo módulo da entrevista se buscará avaliar o "estado emocional", procurando identificar sentimentos, sinais e sintomas indicativos de quadros de depressão/ ansiedade. Será utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) de Neury Botega (1998), onde se pretende levantar dados sobre eventuais mudanças comportamentais decorrentes do diagnóstico da soropositividade dos entrevistados, eventos correlatos como a soropositividade de seus parceiros e sua vida sexual, além de mudanças em situações diversas como: convívio social, alterações na rotina de vida, estados de humor (tensão; interesse; medo; alegrias; preocupação; lentidão para raciocínio e desenvolvimento de atividades; autocuidado; perspectiva de vida e prazer) relacionado às condições desfavoráveis de saúde e dificuldades nas atividades básicas da vida diária e de locomoção.O último módulo avaliará as características da atenção na esfera pública e privada, com análise da estrutura do serviço, segundo critérios de acessibilidade e serviços de reabilitação (Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência – Cartilha de Inclusão - 2000), onde será questionado sobre a existência ou não de uma rede de apoio social do entrevistado, bem como seu possível vínculo com esta rede e com a sua rotina de vida, além do seu estado de saúde, segundo a percepção do próprio entrevistado.Todas as entrevistas serão realizadas, após assinatura do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido. Serão levantados dados nos prontuários dos pacientes entrevistados para verificar a etiologia da deficiência, data dos primeiros sintomas; data do diagnóstico e tratamento.Os resultados das entrevistas dos sujeitos e dos dados levantados nos prontuários serão apresentados em forma de tabelas e gráficos, seguidas de discussão dos dados obtidos.Esta pesquisa obedece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997). Será garantido o sigilo quanto à identidade dos entrevistados, a confidencialidade das informações e sua liberdade de participação.Os dados serão analisados em conjunto e tornados públicos os resultados da pesquisa, sejam favoráveis ou não.O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será apresentado a todos os sujeitos antes do início da pesquisa.

Unidades Participantes: AE Vila Prudente e Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

Início: Fevereiro de 2007

Fase em que se encontra: Em campo

Previsão de Término: 2010

Avaliação precoce da resposta virológica do VHC em pacientes recebendo Pegintron e Ribavirina – Estudo "APEGIN".

Dimas Carnaúba Junior[1]
dimas.carnauba@terra.com.br

Especialista em Doenças Infecciosas e Parasitárias; Residência Médica pelo Instituto de Infectologia Emílio Ribas – SP; [1]CR Santo Amaro
Co-autores: Estudo Multicêntrico Nacional envolvendo 60 Centros no Brasil

Introdução

A hepatite C é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Causada pelo vírus da hepatite C (VHC) pertencente à família Flaviridae e seu genoma é constituído por uma hélice simples de RNA. Na evolução para cronicidade, pode causar cirrose, hemorragia do trato gastrintestinal, insuficiência hepática e hepatocarcinoma, sendo a maior causa de transplante hepático na Europa e Estado Unidos. Estima-se que, em torno de 3% da população mundial esteja infectada por este vírus, sendo assintomática em sua maioria. No Brasil faltam dados que estimem a prevalência do VHC na população, no entanto, Focaccia R e colaboradores, mostraram que 1,42% dos habitantes do município de São Paulo estão infectados, sendo o genótipo 1 o mais prevalente.

Uma das primeiras tentativas de tratamento da hepatite C foi com a utilização de interferon (IFN), no entanto, os resultados alcançados não foram animadores devido às baixas taxas alcançadas de resposta virológicas sustentadas (RVS). No final dos anos 90 o IFN começou a ser prescrito em associação com a Ribavirina, um análogo nucleosídio, demonstrando melhora acentuada da RVS e histologia. Embora a terapia combinada de iFN e Ribavirina para hepatite C crônica tenha possibilitado taxas superiores de RVS em comparação com a monoterapia, havia ainda uma porcentagem significativa de doentes que não respondiam ou apresentavam recidiva 6 meses após o tratamento.

Em 1998 surgiram as primeiras publicações sobre uma nova formulação de IFN, a alfapeginterferona-2b (PegINF alfa-2b) que agregou a sua estrutura química uma molécula de polietilenoglicol e com isto adquiriu vantagens na farmacocinética, na atividade antiviral e eficácia, podendo ser aplicado apenas 1x/semana.

Com isto, a associação PegINF alfa-2b com Ribavirina foi testada e atingiu as melhores taxas de RVS já alcançadas como as descritas por Manns e colaboradores: 54% para RVS global, 42% para genótipo 1 e 82% genótipos não 1.

A partir deste momento estabeleceu-se um padrão ouro para tratamento da hepatite C crônica: IFN em combinação com Ribavirina ou PegINF em combinação com Ribavirina a depender do genótipo e outras situações especiais, como Por exemplo, pacientes co-infectados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Por outro lado à avaliação laboratorial do sucesso terapêutico tornou-se mais precisa, assim como a sua interpretação. Estabeleceu-se que RVS é a não detecção do RNA do

VHC, no soro, 24 semanas após o término da terapêutica. São considerados recidivante os pacientes que apresentam resposta virológica ao final do tratamento (VHC-RNA indetectável), mas que voltam a positivar o exame durante o seguimento. Não respondedores são aqueles que nunca obtiveram negativação do RNA do VHC.

Outro parâmetro utilizado é a correlação da resposta virológica rápida (RVR) com a RVS mensurando-se o Valor Preditivo de Resposta na 12ª semana de tratamento para pacientes portadores de genótipo 1. Se fosse possível predizer com exatidão quais pacientes com hepatite C crônica não alcançariam a RVS, seria possível reduzir custos e toxicidade do tratamento para estes doentes. Estudos com PegINF associado a Ribavirina demonstraram que a 12ª semana de tratamento é um marco importante para avaliar RVS. Pacientes que obtiveram uma redução igual ou superior a 2 log (100 vezes) no VHC-RNA sérico (PCR) ou indetectabilidade, ou seja, alcançaram RVR – 12ª semana terão um Valor Preditivo Positivo de Resposta de 72 a 80%, o que significa a chance de atingir RVS. Por outro lado, 100% dos pacientes que não alcançaram RVR não apresentarão RVS. Isto nos permite tomar decisões sobre o tratamento mais precocemente.

No dias de hoje, além do tratamento para pacientes monoinfectados com os diversos genótipos conhecidos e suas particularidades, dois desafios se fazem presentes: o tratamento do VHC em pacientes co-infectados com o HIV e o tratamento de pacientes não respondedores e recidivante ao tratamento prévio com INF, os quais já vem sendo contemplados em alguns estudos e guias de tratamento. Juntamente com estes desafios a avaliação da RVS e a da RVR merecem atenção.

Recentes publicações têm demonstrado que a avaliação da resposta virológica precoce (12 semanas) pode ser avaliada mais precocemente ainda. Mangia e colaboradores, concluíram que o tratamento por 12 semanas com PegINF e Ribavirina é tão eficaz quanto o tratamento por 24 semanas para pacientes portadores de VHC genótipos 2 ou 3 que apresentam resposta ao tratamento já na 4ª semana (PCR negativo). Outra recente publicação demonstrou sucesso ao avaliar RVR na 4ª semana de tratamento em pacientes naive genótipo 1 que estavam em uso de PegINF alfa 2b e Ribavirina.

Possivelmente esta estratégia de tratamento tenha implicações econômicas, reduzindo recursos e otimizando os gastos com a terapia para hepatite C.

Estudos com um maior número de pacientes incluindo pacientes que foram tratados previamente com interferon (grupo re-tratamento) e pacientes co-infectados com o vírus HIV (grupo co-infecção) são fundamentais para melhor conhecimento da implicação prática da avaliação da RVR em 4 semanas.

O protocolo 001-05 (Estudo APEGIN) é um estudo fase IV, multicêntrico nacional, aberto, não comparativo, com duração de até 72 semanas de acompanhamento após a inclusão a depender do grupo em que o paciente for alocado. O período de inclusão será de aproximadamente de 32 semanas a partir do primeiro paciente incluído. A duração total do estudo será de até 104 semanas.

Objetivo

Primário: Avaliar qual o percentual de pacientes dos grupos naive, re-tratamento e co-infectados que atingem resposta virológica rápida em 4 semanas

Secundário: Avaliar se a resposta virológica rápida alcançada na 4ª semana é fator preditivo positivo de resposta virológica sustentada (6 meses após término do tratamento) em pacientes dos grupos naive, re-tratamento e co-infectados.

Comparar os resultados laboratoriais do VHC RNA (PCR) da resposta virológica rápida e da resposta virológica sustentada entre as técnicas de papel de filtro e tradicional, em amostra de 1000 pacientes participantes do estudo.

Método

Serão avaliados 1000 pacientes portadores de VHC recebendo tratamento com PegINF alfa-2b e ribavirina, em aproximadamente 60 centros no Brasil. Estes pacientes poderão ser alocados em 3 grupos distintos de acordo com o seu perfil. Não será pré-definido o número máximo de pacientes em cada grupo. Os grupos serão os seguintes:

Grupo I: pacientes naive – Avaliação de resposta virológica rápida através do PCR qualitativo mensurado na 4ª semana. Este resultado será comparado com a avaliação da resposta virológica sustentada na 72ª semana.

Grupo II: pacientes re-tratamento – pacientes não respondedores ou recidivante ao tratamento prévio com interferon convencional associado à ribavirina. Avaliação de resposta virológica rápida através do PCR qualitativo mensurado na 4ª semana. Este resultado será comparado com a avaliação da resposta virológica sustentada na 72ª semana.

Grupo III: pacientes co-infectados com HIV/HCV - Avaliação de resposta virológica rápida através do PCR qualitativo mensurado na 4ª semana. Este resultado será comparado com a avaliação da resposta virológica sustentada na 72ª semana.

Unidade Participante: CR Santo Amaro.

Início: Novembro de 2006

Fase em que se encontra: Em campo

Previsão de Término: 2008

Avaliação do custo efetividade do teste rápido do HIV para gestantes que fazem o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de São Paulo

Carlos Eduardo Gonçalves Goulart[1]
edu1901@gmail.com

Administração de Empresas pela Universidade São Judas Tadeu; [1]Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Programa Municipal de DST/Aids.
Co-autora: Lorena Barberia

Baseada na transferência de metodologia de pesquisa na análise de Custo Efetividade, que envolve o processo de Árvore de Decisão.

Objetivo Geral

Avaliar o custo-efetividade de se adotar o teste rápido do HIV em comparação com o procedimento padrão para todas as gestantes que fazem o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde na Cidade de São Paulo.

Objetivos Específicos

- Estimar a efetividade do teste rápido e do teste padrão para as gestantes que têm seu estado sorológico diagnosticado e que receberam o resultado.
- Estimar a efetividade do teste rápido e do teste padrão para os casos evitados de HIV nas crianças de mães HIV+.
- Estimar o custo direto e indireto para o sistema público de saúde por teste rápido e padrão para as gestantes que fizeram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde em 2005.
- Estimar o incremento no custo e no custo-efetividade do teste rápido e no teste padrão em cenários diferentes.

Métodos

O estudo procura avaliar o custo-efetividade de se adotar o teste rápido do HIV em comparação com o procedimento padrão nas gestantes que fazem o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde na Cidade de São Paulo.

Medida de desfecho/efeito

O estudo utiliza duas medidas de efetividade: 1) para as gestantes que têm seu estado sorológico diagnosticado e que receberam o resultado; e, 2) as gestantes que tiveram seu estado sorológico diagnosticado durante o pré-natal.

Perspectiva

O estudo toma uma perspectiva do sistema público de saúde no qual serão considerados os custos acumulados para este sistema.

Horizonte da intervenção
Será baseado no ano 2006, pois é o ano mais recente de informações disponíveis.

Horizonte analítico
Será desde que a mulher engravida até que os resultados de HIV sejam confirmados apos 9 meses de gestação.

Abrangência geográfica
Propomos que o estudo seja conduzido em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo, onde haja um alto número de gestantes em atendimento na Cidade de São Paulo. Devido à enormidade da Cidade de São Paulo e a complexidade da epidemia, o estudo representa um primeiro esforço para melhorar o diagnóstico da Transmissão vertical na Rede Pública do Município que ainda não atingiu resultados satisfatórios. O modelo desenhado poderá ser aplicado em toda a Rede Básica Municipal, caso haja necessidade.

Início: Julho de 2006

Faze em que se encontra: Em campo

Previsão de Término: Dezembro de 2007.

Re-conhecendo os usuários do SAE DST/Aids Fidélis Ribeiro: pesquisa sobre o uso concomitante de anti-retrovirais, álcool e outras drogas

Maria Aparecida Costa Cardoso[1]
saedstAidsfri@saude.prefeitura.sp.gov.br

Educação em Saúde Pública; Metodologia em Pesquisa em Aids; Faculdade de Saúde Pública – USP; [1]Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids Fidelis Ribeiro
Co-autores: Dagmar C dos Santos Assistente; Edina Aparecida Tramarin Trovões; Miriam Cristina Chiovitti; Susete F Menin Rodrigues -

Introdução

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) DST/Aids Fidelis Ribeiro, localizado na Região leste da Cidade de São Paulo, registra atualmente, 4.318 pessoas matriculadas com diagnóstico de HIV/ Aids, e apresenta uma média de 2.800 consultas médicas/mês.

Este SAE foi convidado pelo Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo, para participar do Projeto Piloto do Ministério da Saúde, denominado SAE Brasil. Este projeto busca refletir, sensibilizar os profissionais e propor ações assistenciais mais adequadas às pessoas em uso de anti-retrovirais, para o controle e tratamento do HIV/Aids e uso concomitante de álcool e outras drogas.

Estas ações deverão ser orientadas no enfoque de Redução de Danos (RD) , que prevê a execução de trabalhos que objetivem a prevenção de conseqüências danosas à saúde dos usuários de drogas, sem necessariamente interferir em seu consumo.

O trabalho na perspectiva de RD vem sendo desenvolvido no Brasil nos campos de uso de drogas, por agentes comunitários de saúde, especialmente treinados e identificados como redutores de danos. As estratégias de prevenção incluem troca e distribuição de seringas, informação, aconselhamento e encaminhamento. Este trabalho é desenvolvido pela equipe do SAE há 5 anos e caracteriza-se como importante espaço de diálogo entre a equipe de saúde e o usuário de drogas, em especial o usuário de drogas injetáveis.

O principio fundamental que orienta as ações de RD é o respeito à liberdade de escolha, minimizando o risco de infecção pelo HIV e hepatites e outros riscos à saúde do usuário de drogas.

Atualmente, o trabalho de prevenção na perspectiva de RD se amplia para o desenvolvimento de ações de saúde voltadas a outras populações, entre elas, pessoas usuárias de outras drogas.

Este trabalho realizado extra muros tem contribuído para articulação da prevenção com a assistência ao portador de HIV/Aids, colaborando para a construção de um modelo de atenção multidisciplinar, e facilitando o desenho de estratégias de adesão de pessoas vivendo com HIV/Aids, que apresentam uso de drogas.

O diálogo sobre o uso de drogas, especialmente as ilícitas, não é um procedimento usual nos serviços de saúde e requer para o seu estabelecimento que os profissionais se despojem de muitos preconceitos e estigmas em torno desta realidade. O discurso de ab-

stinência de drogas, apreendido na saúde é defendido por muitos profissionais e repetido pelo usuário, que não revela seu uso e quando o faz, é sempre como ex-usuário.

No silêncio do uso de álcool e outras drogas entre os usuários do serviço e profissionais, várias informações importantes deixam de ser trocadas, entre elas a interação entre as drogas e os anti-retrovirais.

É preciso refletir e adequar ações às peculiaridades desta população específica para, de fato, incluí-la entre os clientes do serviço de saúde, uma vez que o uso de droga é um dos componentes a serem considerados na vida destas pessoas.

Neste contexto, a presente pesquisa se caracterizou como importante para o entendimento da realidade de uso de drogas lícitas ou ilícitas entre as pessoas vivendo com HIV/Aids, em especial àquelas que fazem uso de medicação anti-retroviral, de forma a propor ações mais condizentes com a necessidade desta população.

Objetivo Geral

Aprofundar o conhecimento sobre a realidade do uso de drogas lícitas ou ilícitas, especialmente dos usuários do SAE DST/Aids FIDÉLIS RIBEIRO que fazem uso concomitante com os anti-retrovirais.

Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos usuários do SAE DST/Aids Fidélis Ribeiro segundo aspectos socioeconômicos e culturais.
- Descrever o padrão de uso anterior e atual de drogas destes usuários;
- Conhecer a opinião de todos os participantes da pesquisa sobre a qualidade geral do atendimento no SAE: críticas e sugestões.

Métodos

O processo de divulgação teve inicio com a exposição de cartazes informativos, convidando os usuários para a participação na pesquisa.

A abordagem e captação dos participantes foram realizadas individualmente, por profissionais de nível universitário do serviço, no período entre 01/03/07 a 30/04/07.

A coleta de dados deu-se através de questionário auto aplicável, anônimo, contendo as seguintes questões: caracterização sócio econômica e cultural, raça/etnia, história de uso anterior e atual de drogas, uso de anti-retrovirais, avaliação do serviço e sugestões quanto ao atendimento. O questionário foi pré-testado em 10 usuários e incluso na pesquisa.

A pesquisa foi pautada pelo respeito aos direitos assegurados na pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96, do Ministério da Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – CEPSMS.

A participação foi voluntária e sua recusa não implicou em nenhuma forma de constrangimento do usuário no serviço.

Foram incluídas pessoas vivendo com HIV/Aids, matriculadas neste SAE, com idade igual ou superior a 18 anos.

Foram excluídas pessoas sem domínio da escrita e aquelas que apresentaram doenças graves ou com alterações neuropsiquiátricas que dificultassem o preenchimento do questionário de coleta de dados

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultado / Conclusão

Observou-se boa receptividade dos convidados para a pesquisa.

Parte das pessoas abordadas não se incluía nos critérios do estudo, por estarem na condição de acompanhantes ou em investigação e tratamento de outras DSTs.

Entre as pessoas vivendo com HIV/Aids, as principais razões de recusa deram-se em função de dificuldades com visão e o não domínio da escrita.

Foram preenchidos 358 questionários, o que representa 13,37% das pessoas vivendo com HIV/Aids em acompanhamento neste serviço.

Pesquisa em fase de tabulação dos dados para posterior análise dos resultados.

Unidade Participante: SAE Fidélis Ribeiro

Início: Pré-Teste realizado pela equipe responsável no período de 12 a 16/02/07 e Período da pesquisa: 01/03/ a 30/04/07

Fase em que se encontra: Em análise

Previsão de Término: Trabalho em fase de sistematização dos dados. Sem data definida para a conclusão dos resultados

Perfil nutricional de pessoas vivendo com HIV/Aids acompanhadas na Rede Municipal Especializada em DST/ Aids da Cidade de São Paulo

Katia Cristina Bassichetto[1]
kbassichetto@prefeitura.sp.gov.br

Nutricionista, Mestre em Epidemiologia, Doutora em Ciências – [1]Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Coordenação de Epidemiologia e Informação
Co-autores: Nivania Fuin Zauith[2], Marta da Cunha Pereira[3], Iraci Cota Bonelli[4], Edina Aparecida Trovões5, Denise Pimentel Bergamaschi
[2]SAE DST/Aids Herbert de Souza; [3]SAE DST/Aids Campos Elíseos;
[4] Hospital e Maternidade Vila Nova Cachoeirinha; [5]SAE DST/Aids Fidélis Ribeiro;
[6]Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo

Introdução

Na história da epidemia da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), na cidade de São Paulo, foram notificados, entre 1980 e 2003, um total 55.772 casos, sendo 54.030 adultos e 1.742 crianças, o que corresponde a cerca de 22% dos casos de Aids do país.

O estado nutricional de uma pessoa é reflexo da relação existente entre as necessidades fisiológicas de nutrição, a ingestão alimentar e absorção dos nutrientes, podendo vir a interferir no estado geral de saúde. Dentre os diversos fatores que podem proporcionar risco nutricional estão incluídos: padrão de consumo de alimentos e nutrientes; fatores psicológicos; condições físicas associadas com estados mórbidos e disfunções; anormalidades bioquímicas; uso de medicamentos e alterações neurológicas. Particularmente, em pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) outros fatores devem ser considerados nesta avaliação, como tempo de diagnóstico de HIV/Aids, presença de co-infecções e tempo de uso de terapia anti-retroviral (TARV).

O conhecimento de potenciais distúrbios nutricionais pode ajudar na predição da evolução da infecção pelo HIV e auxiliar na recuperação ou manutenção do seu estado de saúde, não apenas por se tratar de uma doença crônica e progressiva, que pode levar à desnutrição, decorrente de uma série de mecanismos associados, mas também por estar sofrendo mudanças desde a introdução da TARV.

Neste estudo, a opção será considerar, neste primeiro momento, apenas a avaliação antropométrica, porque permitirá uma visão global da população¬-alvo, do ponto de vista nutricional, além de ser de simples utilização, adequada para estudos populacionais desta magnitude, não invasiva e de baixo custo, o que se adequa as atuais limitações.

O Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo existe desde 1991, no entanto somente a partir de 1996 houve a expansão da Rede Municipal Especializada em DST/Aids de 2 para 15 serviços. Atualmente conta com 24 serviços, que variam segundo sua complexidade. As pessoas diagnosticadas com DST/HIV/Aids podem receber atendimento em 15 desses serviços, os quais seriam alvos potenciais desta pesquisa. Encontram-se em seguimento nesta rede cerca de 15.000 PVHA, sendo 14.500 adultos e 500 crianças e destes 8.000 em uso de TARV (abril/2004), constituindo o maior ambulatório descentralizado neste tipo de atendimento na cidade.

Desde 1996, o nutricionista está inserido na equipe multidisciplinar destes serviços,

atuando não apenas no atendimento nutricional como também envolvendo-se em outras atividades do programa. Em função da especialização que este tipo de atendimento exige, houve a necessidade de criação de um Grupo de Estudos de Nutrição e Aids (GENA), a fim de discutir questões advindas desta nova prática e subsidiar a elaboração de protocolos padronizados de atendimento.

A literatura internacional aborda o tema da avaliação do estado nutricional em PVHA, no entanto a nacional carece desta informação de forma sistematizada e atualizada, com amostras suficientes para que se conheça este perfil. Além disso, pouco se avançou em discussões sobre a cobertura do atendimento nutricional às PVHA, em seguimento nesta rede, e o fato é que atualmente, desconhece-se o quanto esta demanda é reprimida, o que poderia permitir o desenvolvimento de estratégias para atingir os que não tem tido oportunidade de acesso e priorizar os atendimentos aos que apresentarem resultados que comprometem o estado nutricional. Portanto, o desenvolvimento desta pesquisa viria a contemplar a necessidade de elucidar, reavaliar e atualizar este quadro, abordando tanto a classificação do estado nutricional, quanto a cobertura do atendimento de nutrição nesta rede.

Objetivos

Geral

Avaliar o estado nutricional de pessoas vivendo com HIV/Aids, em cada um dos ciclos de vida - crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos - acompanhadas na Rede Municipal Especializada em DST/Aids de São Paulo, por meio de antropometria e de composição corporal.

Específicos

- Descrever a classificação do estado nutricional segundo os seguintes índices de avaliação antropométrica:
  a) Índice de Massa Corporal (IMC), em adolescentes, adultos, gestantes e idosos;
  b) Peso/Idade (P/I), Estatura/Idade (E/I) e Peso/Estatura (P/E) em crianças menores de 10 anos,
  c) Somatórias de Pregas (bicipital, triciptal, supra-ilíaca, subescapular) em adultos;
  d) Circunferência Muscular do Braço em adultos e idosos;
  e) Circunferência da Cintura em adultos.
- Analisar a distribuição do estado nutricional, segundo sexo, faixa etária, tempo de diagnóstico de HIV/Aids, e tempo de uso de TARV e estado fisiológico;
- Avaliar a cobertura do atendimento nutricional a estas PVHA.

Metodologia

Será constituída de uma amostra de PVHA, de ambos os sexos, nos diferentes ciclos de vida (crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos), acompanhados na Rede Municipal Especializada em DST/Aids da Cidade de São Paulo.

Será realizada amostragem aleatória simples em quatro grupos populacionais: idosos, adultos, crianças e gestantes segundo tipo de diagnóstico: 1) com HIV positivo, 2) com diagnóstico de Aids, 3) Co-infecção - Aids e Tuberculose, 4) Aids e Hepatite, 5) Aids+ Tuberculose + Hepatite.

A amostra final respeitará a proporção populacional de indivíduos em cada um dos grupos/ diagnósticos citados, em cada Serviço.

A análise estatística será realizada para cada grupo populacional, de forma independente.

Unidades Participantes: AE Vila Prudente, AE Ceci, CR Nossa Senhora do Ó, CR Penha, CR Santo Amaro, SAR Herbert de Souza, SAE Butantã, SAE Campos Elíseos, SAE Cidade Líder, SAE Cidade Dutra, SAE Fidélis Ribeiro, SAE Ipiranga, SAE Lapa, SAE Mitsutani e SAE Santana.

Início: Outubro de 2007

Fase em que se Encontra:

Este projeto recebeu parecer aprovado do Comitê de Ética em Pesquisas de SMS/SP. Foi submetido ao edital de concorrência pública do MS - Programa Nacional de DST/Aids, tendo como resultado a não aprovação para obtenção de financiamento, não por motivos técnicos. Em função disto, o Programa Municipal de DST/Aids decidiu assumir a compra dos equipamentos a serem utilizados para avaliação antropométrica (adipômetros, balanças digitais para adultos, balanças pediátricas e estadiomêtros), os quais já se encontram à disposição na Rede Municipal Especializada em DST/Aids.

Atualmente está se trabalhando na padronização dos instrumentos para registro dos dados a serem coletados, na concepção do banco de dados e na organização de um treinamento para padronização da tomada de medidas antropométricas, dirigido às nutricionistas da RME, com a participação da Faculdade de Saúde Pública/USP.

Previsão de Término: Outubro de 2008.

Levantamento de práticas de prevenção adotadas por travestis que trabalham como profissionais do sexo usuárias de um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids: uma abordagem qualitativa

Liamar Loddi
lia-loddi@ig.com.br

CTA Sérgio Arouca Itaim[1]
Assistente Social – Universidade Cidade de São Paulo - UNICID
Orientadora: Profª Drª Sandra Maria Greger Tavares- Instituto de Saúde-Secretaria do Estado de São Paulo.

Introdução

De acordo com o Boletim Epidemiológico do município de São Paulo (São Paulo,2005) no mundo existem aproximadamente 40 milhões de pessoas portadoras do HIV, sendo que no Brasil desde 1980 foi registrado um total de 362.364 e em São Paulo nos aproximamos de 60 mil casos. Desde o início, o medo, os riscos e a vulnerabilidade da população cresciam proporcionalmente ao desconhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, mas a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, do ministério da Saúde, já tinha convicção que a primeira estratégia efetiva para a prevenção da infecção era a informação.

Assim foram criados os centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), serviços de procura espontânea, orientação preventiva e testagem sorológica. Hoje esses centros recebem o nome de Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA) que servem como "porta de entrada" às questões psicossociais da epidemia do HIV/Aids, dirimindo as dúvidas de grande parte da população que buscam estes serviços, referenciando de maneira rápida os indivíduos portadores do HIV aos serviços de assistência. Grande parte de suas ações estão voltadas para a prevenção das DST/Aids, mediante promoção da adoção de práticas seguras e da redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas. Os CTA atendem todo e qualquer cidadão com dúvidas em relação ao seu status sorológico e recomenda-se que os serviços tenham atividades dirigidas a grupos populacionais específicos, com comportamento ou práticas de risco, respeitando a privacidade de cada usuário e o sigilo em relação a testagem. Estas ações incluem a demonstração o uso de insumos de prevenção e realizem atividades "extramuros" procurando atingir grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV, por terem sua vulnerabilidade acrescida pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, resgatando sua dignidade e cidadania. (BRASIL,2000).

Objetivo Geral

Investigar as práticas de prevenção às DST/Aids adotadas por travestis que trabalham como profissionais do sexo e que utilizam os serviços de um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids Doutor Sérgio Arouca.

Método

Este estudo adota o método exploratório e qualitativo, com entrevistas semi-estruturadas.

De acordo com Minayo (1994) a pesquisa qualitativa encontra-se nos planos sociológico e antropológico e ocorre num patamar profundo da realidade social. O fato de que não se opera com números e variáveis não significa que o fenômeno não possa ser experimentado, pesquisado e conhecido. No campo da saúde deve ser enfatizado o ponto de que ele deve ser observado em relação com a realidade econômica, política e social mais ampla do que faz parte, por isso é imprescindível considerar as classes sociais, ideologias e visões de mundo dominantes, além das especificidades do modo de produção influenciando tanto a organização dos sistemas de saúde como as estratégias que se estabelecem entre agrupamentos e classes sociais diante do fenômeno saúde e doença.

A interação do pesquisador com os atores sociais no campo, a questão da escolha dos entrevistados e o método são fundamentais na abordagem qualitativa. A preocupação central é estabelecer uma conexão entre as ciências sociais, a filosofia e a lingüística, com a finalidade de disciplinar a análise de textos e entrevistas de pesquisa (MINAYO, 1994).

Resultados Preliminares

Será desenvolvido um esboço de análise qualitativa a partir dos depoimentos obtidos até o presente momento (três entrevistas).

O método de analise será inspirado na proposta de Analise de Conteúdo (LAVILLE e DIONNE,1999).

Foram entrevistados três sujeitos do sexo masculino que se identificaram como travestis que trabalham como profissionais do sexo, na faixa etária de 24 a 37 anos. Esses sujeitos foram convidados a participar do estudo pela pesquisadora, na rotina de atendimento do CTA Doutor Sérgio Arouca. Após solicitação e obtenção do consentimento livre e esclarecido a cada uma delas, foram realizadas as entrevistas em locais preservados e em horários previamente agendados com as mesmas. Um dos sujeitos (S2), alem de usuário do CTA, atua como agente de prevenção no projeto "Tudo de Bom".

As entrevistas foram literalmente transcritas e após exaustivas leituras deste material, foram recortados conteúdos que se destacaram numa análise rudimentar.

Serão apresentadas, a seguir, as categorias preliminares que se destacaram numa primeira abordagem ao material destas duas entrevistas. Após o término do campo, esses conteúdos provavelmente serão reagrupados em categorias analíticas mais abrangentes.

O recorte dos conteúdos dos depoimentos analisados foi orientado pelo objetivo desta pesquisa que é identificar estratégias de prevenção para DST/Aids adotadas ou sugeridas pelas travestis que trabalham como profissionais do sexo e são usuárias do CTA Dr. Sérgio Arouca.

Seguem as categorias preliminares

Ritmo de divulgação: As duas entrevistadas destacam que a abordagem na prevenção DST/Aids deve ser rápida, fazendo breve divulgação do serviço e tirando dúvidas em relação à Aids, DST e Hepatites.

Prevenção com foco na aquisição da camisinha: Em sintonia com a necessidade das travestis, profissionais do sexo, de focalizarem a atenção na prática sexual como trabalho, ambas entrevistadas destacam nos depoimentos, a importância soberana do fornecimen-

to da camisinha como instrumento de prevenção. Como forma de prevenção adotada, as duas entrevistadas citam a camisinha, mas a segunda inclui a utilização complementar de lubrificante íntimo.

Forma intermitente de distribuição da camisinha: A variabilidade, tanto da freqüência, como do período em que é distribuída a camisinha é destacada pelas duas entrevistadas. A segunda destaca que, no campo, o preservativo deve ser distribuído a cada 15 dias, evitando assim a acomodação das usuárias em recorrer aos serviços especializados.

Relação entre pares: As duas entrevistadas indicam a importância da abordagem da prevenção ser feita por pares, ou seja, por pessoas de seu universo sócio-profissional.

Estratégias complementares de prevenção: Na perspectiva da segunda entrevistada, aparece outra situação em que se destaca a preocupação com a prevenção: a aplicação "domestica' de silicone. Ainda assim, relata que na aplicação de silicone, há uma tendência a não preocupação efetiva das travestis em geral com a prevenção. Nota-se que predomina um nível insuficiente de escolarização no que se refere ao universo habitado pela entrevistada que destaca ainda que, se observam estratégias de prevenção frente ao uso de drogas, no caso específico das travestis.

As duas entrevistadas relatam a falta de informação quanto à forma de contaminação e a prevenção em se tratando de sexo oral. A necessidade da ampliação das informações referentes às formas mais desconhecidas de DST também é destacada como forma complementar de prevenção para as entrevistadas.

Impacto do preconceito nas estratégias de prevenção: As entrevistadas deixam subentendida, certa vulnerabilidade a julgamentos "morais" ao freqüentarem ambientes públicos, principalmente durante o dia, devido à aparência "montada".

Ainda no terreno do preconceito, surge o temor frente à rotulação em função da orientação sexual ou ocupação profissional.

Vulnerabilidade Programática: Destaca a necessidade de priorizar a qualidade da forma de abordagem à prevenção, desde a formulação e implantação dos programas, mais do que a valorização dos números.

Diante desses resultados preliminares, pode-se deduzir que a presente linha de investigação mostra pertinência com as especificidades e do campo de pesquisa.

Unidade Participante: CTA Sérgio Arouca- Itam Paulista.

Início: Abril de 2006.

Fase em que se Encontra: Em análise

Previsão de Término: 2008.

Pessoas com transtornos mentais severos e /ou persistentes e vulnerabilidade para DST/Aids: um estudo exploratório qualitativo sobre as estratégias de prevenção adotadas nos serviços especializados em Saúde Mental do SUS

Lúcia de Cássia Tavares[1]
lucia.tavares@terra.com.br

Assistente Social
SAE Santana [1]
Co-autora: Profª Drª Sandra Maria Greger Tavares

Resumo

Acreditamos que aspectos do cotidiano das pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes podem definir essa população como sendo uma população vulnerável para a infecção por DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) em especial pelo HIV/Aids, se comparadas à população em geral. Há que se considerar aspectos específicos de vulnerabilidade social, individual e programática a que é submetida essa população. Pretendemos identificar as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde mental na rede especializada do SUS, na abordagem da vulnerabilidade para às DSTs, em especial à infecção pelo HIV/Aids como tema transversal, no cuidado cotidiano às pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes e seus familiares. Pretendemos realizar um estudo exploratório, qualitativo, junto aos profissionais universitários das equipes técnicas que desenvolvem atividades terapêuticas com pacientes e/ou com familiares, na rede de serviços do SUS especializados na atenção às pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes da região norte do Município de São Paulo (Subprefeituras de Santana e Jaçanã). Selecionaremos os seguintes serviços: dois CAPSs Adulto (Centro de Atenção Psicossocial), um Serviço Especializado em Fármaco Dependência, uma Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral e dois Hospitais Psiquiátricos conveniados com o SUS. Realizaremos entrevistas semi-estruturadas com um técnico de cada um dos serviços, independente de sua área de formação profissional, respeitando-se o princípio da participação voluntária mediante o conhecimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto ainda está em análise e não houve modificações no resumo, já que a situação do estudo é a mesma descrita anteriormente por motivos de saúde da pesquisadora.

Unidades Participantes: Dois CAPSs Adulto; um Serviço Especializado em Fármaco Dependência, uma Enfermaria em Hospital Geral e dois Hospitais Psiquiátricos da Supervisão de Saúde das Subprefeituras de Santana e Jaçanã, Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde - Instituto de Saúde – Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo

Início: Fevereiro de 2006

Fase em que se encontra: Em análise

Estudo do perfil dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Santo Amaro, Município de São Paulo, de janeiro de 1997 a dezembro de 2005

Lucia Regina Gatti Murakami[1]
vkmura@uol.com.br

Assistente Social – CTA Santo Amaro [1]
Co-autora: Cíntia Midori Taba Nicoleti
Orientadora: Profª Drª Norma Sueli Farias

Resumo

Tendo em vista as questões técnico-operacionais em relação ao trabalho de campo desenvolvido na pesquisa, ou seja, coleta de dados; digitação e análise dos dados, e a análise de consistência, não foi possível realizar o estudo num período maior; optou-se, portanto, por utilizar o período dos anos de 2003, 2004 e 2005 pela possibilidade de se conhecer o perfil mais recente da clientela. Assim sendo, não foram utilizadas as fontes de informações referentes aos períodos dos anos de 1996 a 2002.

A fonte de informação para a coleta de dados foi o Programa do Ministério da Saúde: Sistema de Informações dos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids. Elaboração do Banco de Dados, a partir do Banco original do Ministério da Saúde. Verificação da impossibilidade de utilização do Banco Original pela sobre-posição das informações. Observado a necessidade de se realizar uma "limpeza" no Banco original, a fim de se obter o número de usuários que se matricularam no serviço (acessaram a unidade pela primeira vez) nos anos de 2003, 2004 e 2005. Criação de um Banco de Dados com as variáveis proposta no estudo.

Foi concluído que, mesmo após diversas tentativas de "limpezas" do Banco original, o SI-CTA, na versão estudada, não foi possível construir uma base de dados consistentes.

No momento, estamos aguardando da continuidade da parceria da área temática DST/Aids com o Instituto de Saúde, para retomarmos a análise dos dados, considerando os usuários que tenham utilizado o serviços do CTA nos anos de 2003, 2004 e 2005.

Unidade Participante: CTA Santo Amaro

Início: Abril de 2006

Fase em que se encontra: Em análise

Avaliação da qualidade das informações contidas nas requisições dos exames de imunologia e microbiologia recebidos nos Laboratórios Lapa e Ipiranga, do município de São Paulo

Maria Lucia M. Morita e Romilda A. B. Camargo
luciamorita@terra.com.br
romildabaldin@yahoo.com.br

Farmacêuticas Bioquímicas dos Laboratórios de Saúde Pública Lapa e Ipiranga - SMS/SP

Introdução

O processo de realização de todos os exames de análises clínicas é composto de três fases (pré-analítica, analítica e pós-analítica), todas importantes na qualidade dos exames laboratoriais, pois uma falha em uma destas, pode comprometer e até invalidar todo o processo. A fase pré-analítica corresponde à fase que se inicia com o preenchimento da solicitação dos exames, orientação ao usuário, coleta e transporte do material até o laboratório. A fase analítica compreende a execução da análise propriamente dita. A fase pós-analítica refere-se à conferência e análise dos resultados, emissão dos laudos e expedição destes resultados até a unidade de origem.

Nessa perspectiva, esse estudo visa responder em que medida as variáveis da fase pré-analítica influenciam a qualidade dos exames laboratoriais. Em função das dificuldades atualmente apresentadas nos Laboratórios de Saúde Pública Lapa e Ipiranga (ambos servem de apoio diagnóstico para regiões distintas e pertencem a Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo).

O objetivo do presente estudo é avaliar a qualidade das informações contidas nas requisições de exames laboratoriais preenchidas pelos profissionais das Unidades de Saúde e as condições do recebimento dos materiais biológicos coletados nestes Serviços de Saúde. O enfoque será direcionado aos materiais dos setores de Imunologia e Microbiologia, remetidos pelas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de DST/Aids.

A abordagem metodológica utilizada foi a análise das informações coletadas na rotina dos serviços e que correspondem as variáveis que interferem na fase pré-analítica, a saber: variáveis quanto ao preenchimento das requisições de exames e quanto às condições das amostras biológicas.

Os resultados obtidos serão comparados com as recomendações de qualidade para laboratórios clínicos preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, do Ministério da Saúde e o Caderno de Apoio de exames Laboratoriais da SMS-Assistência Laboratorial e as adotadas pelos serviços de saúde envolvidos no estudo.

Espera-se que esse estudo possa fornecer uma avaliação sobre o funcionamento das Unidades de Saúde e Laboratórios, a fim de subsidiar e apontar ações efetivas no sentido da melhoria na qualidade da informação e dos serviços envolvidos como um todo.

Como se trata de um estudo utilizando dados secundários e que não envolve experimentação em seres humanos ou inquéritos, não há riscos para os indivíduos. Os dados coletados e manipulados serão sigilosos e usados apenas para os fins de pesquisa. Não há conflitos de interesse com qualquer laboratório ou serviço, seja público ou privado. Os

resultados serão publicados e de domínio público.

Unidades Participantes: Laboratório Lapa e Laboratório Ipiranga

Inicio: Abril de 2006

Fase em que se encontra: Em análise

Previsão de Término: outubro de 2007

Estudo exploratório: a visão das pessoas vivendo com HIV/Aids sobre a abordagem da prevenção Secundária pelos profissionais de Saúde em unidades municipais especializadas em DST/Aids

Marina Aragão W. Gonçalves[1], Gilvane Casimiro da Silva[2]
mawgoncalves@prefeitura.sp.gov.br
gcsilva@prefeitura.sp.gov.br

[1]Psicóloga – Setor de Assistência do Programa Municipal de DST/Aids
[2]Administrador – Setor de Articulação com a Sociedade Civil Organizada do Programa Municipal de DST/Aids
Co-autora -Orientadora: Profª. Drª. Sandra Maria Greger Tavares - Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Resumo

Os serviços de saúde especializados em DST/Aids apontam para a preocupação com a prevenção em nível primário assim como com a assistência propriamente dita junto às pessoas vivendo com HIV/Aids. O "cuidado" que inclui o tratamento e a preocupação com planos e projetos individuais deve ir além do tratamento normativo e prescritivo, mas também manter em discussão a prevenção tanto dos efeitos adversos da terapia anti-retroviral, de infecções oportunistas como da re-infecção pelo HIV. Esta pesquisa qualitativa tem por objetivo explorar como os profissionais de saúde dos serviços municipais especializados em DST/Aids tratam com seus pacientes, pessoas vivendo com HIV/Aids, as questões de prevenção secundária, isto é, em que momento da assistência, como e por quais profissionais da assistência o tema da prevenção secundária é abordado.

O estudo exploratório e descritivo será desenvolvido através de entrevista semi-estruturada em 04 serviços da rede municipal especializada em DST/Aids e feita a análise de conteúdo dos dados coletados

Unidades: Ainda em fase de seleção

Início: Abril/2006

Fase em que se encontra: A pesquisa foi aprovada pelo CEP -SMS em 2006, estava em fase de entrevistas e ficou paralisada por motivos administrativos. Sua retomada está prevista para o primeiro semestre de 2008

Estudo do perfil dos usuários do aconselhamento no Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids Campos Elíseos – Município de São Paulo, no período de abril a junho de 2006

Marylei Castaldelli Verri Deienno[1]
marylei.verri@terra.com.br

Farmacêutica Bioquímica – USP;
[1]SAE Campos Eliseos
Co-autores: Janice Chencinscki; Renata Nunes Simões

Introdução

O presente projeto foi proposto para ser desenvolvido no Serviço de Assistência Especializada - SAE DST/Aids Campos Elíseos, unidade de saúde de assistência e prevenção em DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/ SP), localizada na região central do município de São Paulo.

Esta é uma região onde sabidamente a prostituição masculina e feminina e o consumo de drogas ilícitas são relevantes, além do grande contingente de moradores de rua e albergados. É também uma área com grande fluxo de pessoas que trabalham na região ou que transitam em busca de trabalho, instituições públicas de saúde e justiça, recreação, lazer e educação.

O SAE Campos Elíseos não trabalha com região de abrangência delimitada, a exemplo das Unidades Básicas de Saúde, mas as atividades de prevenção são direcionadas para a área de abrangência da região Sé/ Santa Cecília.

A região da Supervisão de Saúde Sé/ Santa Cecília apresenta os maiores números de casos de Aids por categoria de exposição hierarquizada, segundo a Coordenadoria de Supervisão de Saúde (de 1980 a 2005), quando comparado com outras Supervisões de Saúde, segundo o Boletim Epidemiológico de Aids, HIV/DST e Hepatites B e C do Município de São Paulo, (SMS, 2005).

Embora a unidade se localize na região central, devido a característica do serviço de não se trabalhar com região de abrangência, não se conhece o perfil de saúde dos usuários desta unidade; também não se conhecem as características clínicas, epidemiológicas e sócio comportamentais dos mesmos, embora estas informações sejam anotadas no cadastro do paciente e na ficha do aconselhamento.

O perfil da clientela dos serviços de DST/Aids já vem sendo estudado no município de São Paulo há alguns anos, como observa-se em vários trabalhos sobre Centros de Testagem e Aconselhamentos, Serviços de Assistência Especializada e Centros de Referência em DST/Aids, sendo que a maioria destes trabalhos refere-se ao perfil do usuário com sorologia positiva para o HIV (Dias et. al., 2003; Mello et. al., 2003; Zacaro et. al., 2003; Zular et. al., 2003; Bassichetto et. al., 2004; Veras et. al., 2005).

As unidades especializadas em DST/Aids são referências para as Unidades Básicas de Saúde e são multiplicadoras de conhecimento na área. Devem conhecer e entender as pessoas que irão beneficiar-se destes serviços. O conhecimento sobre as caracter-

ísticas clínicas, epidemiológicas e sócio-comportamentais dos usuários que freqüentam esses serviços é importante para orientação de ações de prevenção, tanto primária como secundária em DST/Aids, e para a adoção de políticas públicas orientadas para a realidade de cada região.

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo conhecer o perfil epidemiológico e comportamental dos usuários que freqüentam o serviço de aconselhamento no Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids Campos Elíseos, do Município de São Paulo, no período de abril a junho de 2006.

Método

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo que utiliza dados secundários, obtidos a partir dos instrumentos de informação dos usuários adotados no serviço.

População de Estudo

Foram incluídos todos os usuários, homens, mulheres e crianças, atendidos pela primeira vez no período de abril a junho de 2006, no Aconselhamento do SAE Campos Elíseos; ou seja, o mesmo paciente não foi selecionado mais de uma vez na população de estudo.

Variáveis

Inicialmente as variáveis selecionadas foram: Idade, Sexo, Raça/Cor, Estado Civil, Escolaridade, Ocupação, Local de moradia, Local de Trabalho, Origem da procura, Categoria de exposição, Informação sobre a parceria sexual e Resultados de sorologias para o HIV e Sífilis.

Fontes de Informação

Os dados foram coletados a partir dos dados da ficha de cadastro do usuário e da ficha de Acolhimento/ Aconselhamento do usuário, sendo elaborado um novo questionário para coleta das variáveis escolhidas, através dessas fontes secundárias de informação.

Também foi utilizado um mapa do Município de São Paulo com as divisões por distritos administrativos, para que os dados pudessem ser agrupados em regiões.

Análise de Dados

Deverá ser realizada análise univariada dos dados coletados.

Considerações Éticas

O Projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Município de São Paulo , tendo recebido parecer favorável.

Desenvolvimento do Trabalho de campo

Elaboração de questionário

Para a coleta das informações, foi elaborado um questionário para registro dos da-

dos levantados a partir da ficha de cadastro do usuário e da ficha de aconselhamento do mesmo, preenchido pelo aconselhador no local do Aconselhamento. Dessa forma, o Aconselhador foi preenchendo o mesmo a partir da coleta dos dados obtidos na rotina da entrevista.

Foi elaborado um manual de orientações para o preenchimento do questionário para os Aconselhadores.

Elaboração do Dicionário de Dados

Foi elaborado um dicionário de dados sobre as variáveis referentes às características sócio-demográficas, comportamentais e de laboratório, com a descrição das mesmas e os códigos correspondentes para posterior digitação no banco de dados.

Coleta de dados

- Período da pesquisa: de 04 de abril a 30 de junho de 2006.
- Variáveis do estudo: Identificação do usuário; Idade; Sexo; Cor/Raça; Estado civil; Escolaridade; Região de residência; Região de trabalho; Ocupação; Origem da procura; Motivo da procura; Vulnerabilidade/ Exposição; Uso de Preservativos; Resultado do HIV; resultado do VDRL. Foi excluída do questionário, a variável "Informação sobre a parceria sexual", por ser uma variável difícil de ser coletada e que poderia haver resultados não válidos.
- As variáveis: "local de moradia" e "local de trabalho" foram adicionadas na ficha do cadastro do usuário ao serviço e registradas como região de residência e região de trabalho, pois o objetivo é mapear a região onde o usuário reside e onde trabalha.
- Foram utilizadas as regiões que compõem as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo (Centro-Oeste, Norte, Sul, Sudeste, Leste), porém a região Centro foi separada da Oeste por um interesse específico em conhecer a clientela, já que o SAE Campos Elíseos localiza-se na região central da cidade. O agrupamento dos bairros foi feito a partir do mapa do Município de São Paulo com a divisão por Distritos Administrativos (fonte: http://www.prefeitura.sp.gov.br).
- O mapa com as novas divisões de bairros por região de Coordenadoria de Saúde foi afixado no SAME/ Recepção e também nos locais de Aconselhamento, para quando o usuário informasse o bairro, fosse localizada a região.

Análise da consistência dos dados

Após o encerramento do período de coleta, foi feita a análise da consistência dos dados coletados. Foi verificado se todos os dados das variáveis estavam coletados, a existência de erros, e no caso do dado não estar preenchido ou de inconsistência, o prontuário foi verificado.

Na variável "resultados de exames" foi necessário verificar os prontuários daqueles usuários que procuraram a unidade para tratar o HIV, pois não se sabia se o resultado anotado no questionário tinha sido coletado na unidade ou não. Assim, foram revistos e conferidos todos os dados referentes a essa variável.

No presente estudo utilizamos apenas os resultados dos exames coletados na própria Unidade.

Digitação dos Dados

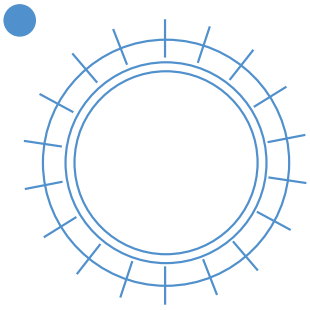
A máscara do questionário utilizada para a digitação dos dados foi feita no programa computacional Epi 6.04. Todos os dados foram digitados e encontra-se em

fase de análise, por isso ainda não é possível apresentar resultados preliminares deste estudo.

Unidade Participante: SAE Campos Eliseos

Início: Abril de 2006

Fase em que se enconta: Em análise



Pesquisador externo

Pesquisador externo

Concluídas

- LIVRE DOCÊNCIA
- TESE DE DOUTORADO
- DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
- MULTICÊNTRICA
- INDEPENDENTE
- TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado ("DOTS") no município de São Paulo-SP

Maria Rita Bertolozzi
mrbertol@usp.br

Livre-Docente. Professora-Doutora junto ao Departamento
de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola
de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Co-autora: Alba Idaly Munhoz Sánchez

Resumo

A adesão ao tratamento constitui-se como um dos aspectos cruciais no controle da tuberculose, e se inter-relaciona com a epidemia da Aids, com a progressiva multirresistência às drogas utilizadas, com a crescente deterioração das condições de vida e com as limitações do acesso à saúde. Com a finalidade de garantir o aumento das taxas de adesão ao tratamento, tem sido envidado esforços, em âmbito mundial, na implementação do Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS, no idioma inglês, sendo também conhecido no Brasil como TS – Tratamento Supervisionado). O presente estudo, teve como finalidade contribuir para a produção do conhecimento em relação ao tema, tendo como objetivos, identificar os significados da estratégia DOTS segundo pacientes e trabalhadores de saúde dos níveis central e local do Município de São Paulo, buscando evidenciar suas potencialidades e limites; e propor alternativas para o aprimoramento da sua implementação. Foram coletados 23 depoimentos de trabalhadores e pacientes de unidades de saúde da Coordenadoria de Saúde da Sé do Município de São Paulo (MSP), região do centro, que concentra um dos mais altos indicadores de incidência da doença; além de depoimentos de trabalhadores do Centro de Prevenção e Controle de Doenças da Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do MSP, no período de setembro a janeiro de 2005. O material empírico, após decodificação, mediante técnica de análise de discurso, foi interpretado com base na Hermenêutica-Dialética. Como produto da relação das pessoas com o trabalho e a vida, os doentes vivenciam a enfermidade estabelecendo projetos de vida, nos quais a superação da doença é um objetivo a ser alcançado e a razão pela qual se concretiza a adesão ao tratamento. Esta se conforma como um complexo de relações de interdependência e de subordinação, no serviço de saúde, onde o vínculo e a acessibilidade são fundamentais. Por sua vez, ainda que com algumas ressalvas, o TS mostrou-se como estratégia que permite ampliar a adesão, a partir do envolvimento dos sujeitos na relação cotidiana, constituindo-se, acima de tudo, para os pacientes do estudo, como uma possibilidade de inclusão social.

Unidades Participantes: SAE Campos Elíseos, Unidades Básicas de Saúde da Região Sé, Centro de Controle e Prevenção de Doenças da Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Início: 2004

Término: 2007

Apresentado em reuniões técnicas de saúde junto ao Centro de Prevenção e Controle de Doenças da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo e junto ao Grupo de Pesquisa "Estudos epidemiológico-operacionais em Tuberculose", liderado pela Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

Apresentado I Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da USP, setembro de 2007.

Aceito para apresentação como poster no 39th Biennial Convention da Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, que ocorrerá em novembro de 2007, em Baltimore, Estados Unidos a América

Nos nervos, na carne, na pele – uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de Aids

Larissa Maués Pelúcio Silva
larissapelucio@yahoo.com.br

Doutora e Ciências Sociais - UFSCar
Orientadora: Dra. Marina Denise Cardoso

Esta tese foca a discussão no modelo oficial preventivo em DST/Aids voltado às travestis que se prostituem na cidade de São Paulo. Por meio de pesquisa etnográfica buscou-se investigar o modo como o discurso preventivo circula no "universo travesti" e qual a lógica que preside esse processo, do ponto de vista do ethos diferenciado desta clientela. As preocupações em campo têm se voltado para a significação da Aids entre as travestis, os sentidos do adoecer e do sofrimento, bem como os cuidados desprendidos com o corpo e, assim, na construção da Pessoa. O projeto Tudo de Bom!, alocado na agência pública de saúde DST/Aids Cidade de São Paulo, da Secretaria Municipal de Saúde, forneceu a base empírica no que se refere ao modo de operacionalização do modelo preventivo. Parte-se do princípio que, mesmo com uma conotação eventualmente específica e diferenciada para determinados segmentos, o modelo preventivo adotado se caracteriza por uma "racionalidade técnico-científica" e valores normativos universalizantes, que não são necessariamente compatíveis tanto com a lógica social que preside a organização dessas redes, quanto com os valores diferenciais que lhes servem de base. Coloca-se, ainda, como hipótese, que as políticas públicas recentes voltadas para esse segmento, focam seu alvo nas sexualidades "desviantes", entre estas as travestis, sem considerar em profundidade a relação pressuposta entre elas e os homens com os quais se relacionam sexualmente, por serem estes corpos "normalizados" e, por isso invisibilizados para as políticas de saúde heterocentradas, e que elegem grupos populacionais como "alvo", a partir de critérios fortemente calcados em referenciais epidemiológicos, mais do que em aspectos sociais e culturais que conformam a relações nos diferentes contextos em que essas populações atuam.

Unidades Participantes: SAE Cidade Líder, AE Alexandre Kalil Yazbeck, SAE Campos Elíseos, SAE Butantã, CR Santo Amaro, CTA São Miguel.

Início: Março de 2003

Término: Junho de 2007

Resultados da pesquisa foram apresentados:
Fazendo Gênero 6 e 7, Florianópolis (SC), agosto/2004 e 2006 – III Enchuman (Encontro de Ciências Humanas), Campinas (SP), outubro/2004 – XXIV Anpocs (Encontro da Associação de Pós-graduação em Ciências Sociais), Caxambu (MG), outubro 2005, VI Reunião de Antropologia do Mercosul, Montevidéu (Uruguai), nov. de 2005, 12º e 13º Congresso de

Sociologia, Belo Horizonte (BH) e Recife (PE), maio de 2005 e 2007.

Resultados apresentados: Parciais

Apresentação: Oral

Foi publicado em:
http://www.scielo.br/pdf/cpa/n25/26528.pdf
http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article/viewArticle/4509
http://64.233.161.104/search?q=cache:DwjxuL8ino0J:damazo.groobyforums.com/files/tlovers.doc+Corpo,+metamorfose+e+identidades+%E2%80%93+de+Alana+Elisa+Star&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=1
http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/L/Larissa_Pelucio_16.pdf
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2006000200012&lng=es&nrm=&tlng=pt
http://www.scielo.br/pdf/ref/v14n2/a12v14n2.pdf

Avaliação do perfil lipídico, fatores de risco cardíaco e síndrome metabólica de pessoas vivendo com HIV/Aids

Érika Ferrari Rafael da Silva
erikaferrari@uol.com.br

Médica infectologista e pós-graduanda da Disciplina de Infectologia
da Universidade Federal de São Paulo
Co-autores: Kátia Cristina Bassichetto, Prof. Dr. David Salomão Lewi
Orientador: Prof. Dr. David Salomão Lew

Introdução

Os avanços na terapia anti-retroviral (TARV) suprimiram marcadamente a atividade viral, melhoraram a saúde e aumentaram a longevidade nos pacientes com Aids. Entretanto, uma variedade de anormalidades metabólicas relacionadas ao tratamento foi reconhecida logo após a introdução da TARV combinada. As mudanças metabólicas observadas incluem: resistência à insulina, hiperlipidemia, mudanças na redistribuição de gordura (lipoatrofia periférica e adiposidade central), alterações ósseas como osteopenia, osteonecrose e osteoporose e mais raramente acidose lática podendo levar os pacientes à morte. A prevalência global de pelo menos uma anormalidade física relacionada a lipodistrofia tem sido estimada em torno de 50% após um ano ou mais de TARV. O padrão destes desarranjos metabólicos relacionados aos pacientes que estão recebendo TARV assemelha-se ao observado na "síndrome metabólica", o qual pode levar a um aumento do risco de doença cardiovascular. Existem dados conflitantes em relação à doença coronariana e a TARV nos pacientes infectados pelo HIV que recebem regimes com inibidores da protease (IP). As alterações metabólicas estão se tornando umas das principais conseqüências do uso da TARV e os estudos até o momento não foram conclusivos em relação ao aumento de risco cardiovascular relacionado a estas mudanças. Entretanto é importante lembrar que o risco absoluto de morte associado à Aids não tratada é muito maior do que aquele associado com a doença cardiovascular decorrente do uso das medicações anti-retrovirais.

As anormalidades do metabolismo lipídico nos pacientes infectados pelo HIV são descritas desde antes do advento da TARV. O aumento nos triglicérides séricos e das concentrações do colesterol total (CT) estão associados com a doença avançada. Pacientes com Aids também têm menores níveis de HDL-C e de LDL-C, diminuição do clearance de triglicérides e predomínio de pequenas partículas densas (LDL) sem relação com a TARV. Além disso, as conseqüências para a saúde, destas anormalidades não estão completamente esclarecidas. Na população sem a infecção pelo HIV o acúmulo de gordura visceral, a hiperlipidemia e a resistência à insulina aumentam dramaticamente os riscos de doença arterial coronariana e de acidente vascular cerebral.

O papel pró aterogênico das alterações no metabolismo lipídico está bem documentado na população em geral, porém, não está bem estabelecido se essas alterações aumentariam significativamente o risco de eventos cardiovasculares em pacientes infectados pelo HIV, que desenvolvem alterações lipídicas após a introdução da TARV. Obviamente a associação dessas alterações com outros fatores de risco (sexo, idade, tabagismo, seden-

tarismo, presença de diabetes, história familiar e hipertensão arterial) deverão ser considerados na avaliação dos pacientes.

Dado a grande importância e freqüência dos efeitos colaterais da TARV como explicado, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo em parceria com a UNIFESP realizaram esta pesquisa para avaliar o perfil lipidêmico dos pacientes infectados pelo HIV em acompanhamento tanto na rede municipal de saúde, quanto no ambulatório de infectologia vinculada a esta universidade.

Objetivos

1. Avaliar e comparar o perfil lipídico colesterol total, lipoproteína de baixa densidade (LDL-c), lipoproteína de alta densidade (HDL-c), triglicérides, apolipoproteína A e B dos pacientes com HIV/Aids que utilizam ou não anti-retrovirais;
2. Analisar e comparar através da Escala de Risco de Framingham (ERF), o risco para desenvolvimento de doença cardiovascular nos pacientes infectados pelo HIV que utilizam ou não anti-retrovirais;
3. Descrever os índices antropométricos (Índice de Massa Corpórea (IMC), Circunferência Muscular do Braço (CMB), prega cutânea do tríceps (PCT), razão cintura/quadril (RC/Q) e área muscular do braço (AMB)) e caracterizar o hábito e freqüência de consumo alimentar em pacientes com HIV/Aids que utilizam ou não anti-retrovirais;
4. Descrever algumas características da síndrome metabólica (circunferência abdominal, HDL-c, triglicérides, hipertensão arterial sistêmica e glicemia) nos pacientes em uso ou não de anti-retrovirais;
5. Analisar o esquema anti-retroviral responsável pelos maiores níveis de hiperlipidemia e
6. Descrever a presença de sedentarismo no pacientes que usam ou não anti-retrovirais.

Métodos

Tipo do estudo: Transversal e descritivo.

Locais de realização: Ambulatório de Infectologia da Disciplina de Infectologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e seis ambulatórios da Rede Municipal Especializada em DST/Aids (RME DST/Aids) vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP): SAE Butantã, SAE Campos Elíseos, SAE Herbert de Souza, SAE Fidelis Ribeiro, AE VI Prudente e CR Penha.

População do estudo

319 pacientes infectados pelo HIV em uso ou não de TARV.

Durante 18 meses (dezembro 2004 a maio 2006) os pacientes foram selecionados e concordaram em participar voluntariamente deste estudo.

Critérios de Inclusão

- Ambos os sexos.
- Idade ≥ 20 anos até 70 anos.
- Infecção comprovada pelo HIV.
- Realização de exames de sangue necessários conforme os designados pelo estudo.
- Entrevista com profissional treinado a fim de preencher o questionário.
- Estar em acompanhamento nos ambulatórios participantes do estudo.

• No grupo com TARV, estes deveriam estar sendo utilizados por um período mínimo de dois meses antes do início do estudo.
• Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de Exclusão

• Idade < 20 anos ou > 70 anos.
• Mulheres grávidas.
• Ausência de infecção pelo HIV.
• Não assinatura do termo de consentimento.
• Não realização dos exames de sangue previstos no estudo.
• Não preenchimento do questionário com o profissional de saúde.
• Uso de drogas ilícitas.
• Presença de doença cardíaca prévia (IAM e Angina).
• Estar em acompanhamento em ambulatório não participante do estudo.
• Início da utilização de TARV por um tempo menor que dois meses a partir da data de preenchimento do questionário.
• Uso de medicação que interfira com os níveis de lípides anti-hipertensivos (tiazidas, clortalidona, espironolactona, beta bloqueadores), imunossupressores (ciclosporina, prednisona, prednisolona), esteróides (estrógenos, progestágenos, contraceptivos orais) e outros como anticonvulsivantes, amiodarona e alopurinol, estatinas e fibratos.

O paciente que cumpriu os critérios de inclusão foi convidado a participar do projeto pelo seu médico, durante a consulta de rotina na unidade participante. Foi aplicado um questionário previamente estabelecido composto por partes distintas: dados demográficos, dados clínicos e antropométricos, hábito alimentar, presença de fatores de risco relacionados com DAC (doença arterial coronária) e uso ou não de TARV. Este foi aplicado por nutricionistas dos serviços participantes ou na ausência destes, por médicos ou enfermeiros, previamente treinados para este fim.

Resultados

No grupo que utiliza anti-retrovirais (GI) foram incluídos 243 pacientes e 76 no grupo virgem de tratamento (GII). A média de idade é de 39,7 anos e 60,9% dos pacientes são do sexo masculino. Os principais fatores de risco para doença cardiovascular encontrados nesta população são: 26,8% de tabagismo, 19,2% de hipertensão arterial, 4,0% de diabetes mellitus, 40,2% de história familiar de aterosclerose e 17,7% de sedentarismo. Em relação ao perfil lipídico, as médias de colesterol total (205 x 180 mg/dL), HDL-c (51 x 43 mg/dL) e triglicérides (219 x 164 mg/dL) foram maiores no GI. A média da apo A foi no GI e GII respectivamente de 130 mg/dL e 113,4 mg/dL, sendo esta diferença estatisticamente significante ($p < 0,001$) e para a apo B, a média também respectivamente foi de 87,6 mg/dL e 79,8 não havendo diferença estatística ($p = 0,042$). Na avaliação das apolipoproteínas, encontramos 30%% e 54,5% dos pacientes dos GI e GII respectivamente com valores acima da normalidade para Apo A. Em relação a Apo B, 14,8% e 19,7% dos pacientes do GI e GII respectivamente estavam com os valores acima da normalidade.

Na avaliação do risco de DAC em 10 anos de acordo com ERF, 88,6% e 95,9% dos pacientes do GI e GII respectivamente foram classificados como de baixo risco para o desenvolvimento de DAC. O presente estudo mostrou uma população relativamente jovem para o desenvolvimento de DCV. A síndrome metabólica estava presente em 12,6% dos

pacientes do GI e 11,6 % dos pacientes do GII.

A análise do IMC evidenciou uma população predominantemente eutrófica, não sendo encontrada diferença estatisticamente significante, em ambos os sexos (p = 0,921). A medida do PCT mostrou predomínio de obesidade entre os homens nos dois grupos e de desnutrição para as mulheres do GI. A análise da reserva muscular pela AMB mostrou diferença significante ente os homens (p = 0,009), com maior proporção de desnutridos graves e menor proporção de eutróficos no GI (50,7% e 33,3%), que no GII (26,5% e 55,1%). Quanto a RC/Q, mais de 50% dos pacientes do GI apresentavam valores de risco, enquanto no GII a maioria apresentava valores normais e a diferença foi estatisticamente significante entre dos homens (p<0,001). A análise do consumo alimentar não mostrou diferenças significantes entre os grupos quanto as médias do consumo alimentar nos Escores I (alimentos considerados de risco para as doenças cardiovasculares, e ricos em colesterol e gordura saturada) e II (alimentos protetores ou não considerados de risco) (p>0,05).

Para a descrição dos níveis de lípides os esquemas anti-retrovirais foram agrupados pela sua maior freqüência na amostra a fim de facilitar análise em cinco grupos conforme tabela 1. Neste grupo foram avaliados 154 indivíduos (71,6%) do total de pacientes incluídos (243 pacientes no total, excluindo-se os 28 sem coleta de exames laboratoriais).

Tabela 1 – Perfil lipídico dos pacientes segundo o esquema anti-retroviral.

Grupo	(CT ± d.p.) (mg/dL)	(HDL-C ± d.p.) (mg/dL)	(LDL ± d.p.) (mg/dL)	(TG ± d.p.) (mg/dL)	N
A	212,5 ± 49,3	53,1 ± 14,2	121,0 ± 42,2	206,6 ± 133,6	80
B	202,4 ± 39,9	54,9 ± 23,0	108,3 ± 28,6	196,1 ± 59,7	14
C	177,9 ± 32,9	46,1 ± 11,6	88,9 ± 31,7	263,6 ± 193,7	14
D	206,6 ± 36,0	53,3 ± 14,0	124,4 ± 34,8	225,6 ± 227,5	27
E	210,4 ± 52,4	43,3 ± 8,4	112,8 ± 39,8	263,9 ± 163,8	19
p	0,136	0,049	0,057	0,495	154

Grupo A – AZT + 3TC + Efavirenz; Grupo B – AZT + 3TC + Lopinavir/ritonavir / AZT + 3TC + Nelfinavir; Grupo C – AZT + 3TC + Atazanavir; Grupo D – d4T + 3TC + Efavirenz; Grupo E – d4T + 3TC + Lopinavir/ritonavir/ d4T + 3TC + Nelfinavir/ d4T + DDI + Lopinavir/ritonavir.

Da tabela acima foram observadas as seguintes diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de anti-retrovirais: HDL-C (p = 0,049), onde o grupo E apresentou média significantemente menor do que a média dos grupos A (p = 0,011), B (p = 0,026) e D (p = 0,026) e o grupo C apresentou os menores níveis de LDL-C.

Quanto a presença de sedentarismo, encontramos 69,3% da amostra classificados como ativos e 30,7% como insuficientemente ativos ou sedentários.

Conclusões

- Observamos que a média dos níveis de colesterol total, HDL-c, VLDL e triglicérides foi significativamente maior no grupo que faz uso de anti-retrovirais. A fração do colesterol LDL-c, não apresentou diferença entre os grupos.
- Não foi encontrada diferença estatisticamente significante entre os dois grupos mesmo com as alterações metabólicas proporcionadas pelo uso de anti-retrovirais como a dislipidemia quanto ao aumento no risco de desenvolvimento de DCV.
- Para a avaliação do estado nutricional de pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA),

o IMC é insuficiente. Por este índice a população estudada seria considerada predominantemente eutrófica. A utilização dos demais índices permitiu observar diferenças significativas, segundo grupo e sexo, que merecem ser melhores avaliadas e evidenciam a importância de instituir como rotina, o acompanhamento do estado nutricional em PVHA para a promoção da saúde, prevenção e tratamento dos agravos associados.

- O uso de anti-retrovirais não elevou a presença da síndrome metabólica, pois a presença desta foi semelhante entre os grupos.
- Todos os esquemas ARV proporcionaram alterações nos níveis de lípides quando comparados aos pacientes sem uso de TARV. As alterações nos níveis de lípides não foram estatisticamente diferentes entre os diversos grupos de TARV avaliados, não sendo possível descrever qual o pior ou melhor esquema em relação ao perfil lipídico.
- A amostra avaliada pratica atividade física e não é sedentária.

Unidades Participantes: Ambulatório de Infectologia da Disciplina de Infectologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e seis ambulatórios da Rede Municipal Especializada em DST/Aids (RME DST/Aids) vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP): SAE Butantã, SAE Campos Elíseos, SAE Herbert de Souza, SAE Fidelis Ribeiro, AE Vila Prudente e CR Penha.

Inicio: Dezembro de 2004

Término: Maio de 2006 (recrutamento da amostra)

As condições que levam as mulheres soropositivas ao HIV/Aids a abrir a privacidade de suas informações às equipes do Programa Saúde da Família

Fernanda Cristina Ferreira
fernandausp@terra.com.br

Enfermeira e Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da USP
Orientadora: Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

Introdução

A Aids é uma doença infecciosa que aparece na década de 1980. Desde sua descoberta até os dias atuais houve mudanças nas características das pessoas infectadas. Uma dessas mudanças foi a feminização. As mulheres devido às questões de gênero possuem singularidades na forma do enfrentamento da doença. O acompanhamento das mulheres infectadas pelo HIV é realizado principalmente, por serviços especializados de saúde. Depois da criação do Programa Saúde da Família, em 1994, e o incentivo às ações de promoção à saúde e prevenção do HIV na atenção básica, torna-se de suma importância a discussão de temas sobre bioética no caso da Aids no PSF. O PSF adentra as residências das famílias e tem uma relação de maior proximidade com a comunidade, e incorpora um novo trabalhador que é o Agente Comunitário de Saúde. É a mulher infectada pelo HIV que tem o direito de decidir a quem, como, onde e quando a informação sobre sua soropositividade deve ser revelada.

Objetivos

Descrever em que condições as mulheres infectadas pelo HIV abrem sua privacidade em relação a informação sobre o diagnóstico de soropositividade a familiares, amigos e vizinhos; e identificar quais as motivações para abrir a privacidade de informações para a equipe de PSF das mulheres infectadas pelo HIV/Aids.

Método

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, com enfoque bioético, realizado no Município de São Paulo, com mulheres em acompanhamento em um serviço especializado em DST/Aids e cadastradas por uma equipe de PSF.

Resultado

Verificou-se neste estudo que as mulheres infectadas pelo HIV/Aids revelam a sua condição de soropositividade a família, amigos e vizinhos quando há identificação com outro soropositivo, pressão de outros, confiança depositada em uma relação, vontade de busca de apoio, preocupação com possível transmissão do vírus ao parceiro, quando houve experiências positivas de apoio, e quando não consegue mentir quando questionada sobre sua soropositividade. E não revelam quando há medo do preconceito, medo de ex-parceiros, medo de se expor, houve experiências negativas como falta de apoio,

rejeição e disseminação da informação, foi estabelecido uma pacto de silêncio, não querem que sintam pena, há medo de que a relação mude, envolve filhos menores de idade, preferem guardar para si e quando utilizam estratégias para manter o segredo. As mulheres abrem a privacidade do diagnóstico para a equipe de PSF quando o diagnóstico de soropositividade foi feito na própria unidade, quando ela sente que é melhor atendida no PSF por ser portadora do HIV, tem vínculo com os profissionais do PSF como se fossem familiares, confiam nos profissionais do PSF, sentem que os profissionais não sentem pena. E, não revelam quando a atitude inadequada do profissional gerou medo e insegurança quando comunicou à usuária o diagnóstico, acham que o PSF está ligado ao cuidado de pessoas com doenças graves e acamados, não confiam nesses profissionais por medo de quebra do sigilo,e já possuem todo suporte assistencial no SAE.

Conclusão

O HIV/Aids, especificamente em mulheres, traz grandes desafios à sociedade e aos serviços de saúde. Esses desafios se referem, especialmente, ao rompimento de preconceitos enraizados no cotidiano e nas significações sobre o HIV. O PSF configura um serviço com grande potencial para o atendimento dessas mulheres, principalmente, nas questões relacionadas a possibilidade de trabalhar para o rompimento de preconceitos e ao processo saúde-doença dessas mulheres no cotidiano. Já que o PSF trabalha na comunidade, em especial, juntamente as famílias, deve-se procurar compreender os processos pertinentes às relações familiares e comunitárias das mulheres portadoras do HIV/Aids.

Unidade Participante: SAE Butantã

Inicio: 2005

Término: Fevereiro de 2007

A organização tecnológica do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no enfrentamento da epidemia de DST/Aids no Estado de São Paulo

Karina Wolffenbuttel
wolffkarina@yahoo.com.br
karina@crt.saude.sp.gov.br

Psicóloga, Mestrado em Saúde Coletiva.
Programa Estadual DST/Aids de São Paulo.
Tese desenvolvida na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Orientador: Prof Dr Nivaldo Carneiro Junior

Introdução

Desde 1988 os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) vêm sendo implantados no Brasil visando facilitar o acesso às ações de prevenção em DST e à testagem anti-HIV. No estado de São Paulo, os CTA, têm procurado responder às mudanças da dinâmica da epidemia de Aids e vêm modificando sua organização, forma de atuação e a concepção de seu papel no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa de DST/Aids. A partir de 1999 o CTA ampliou sua atuação para além da instituição, desenvolvendo ações de prevenção genericamente designadas "extramuros" dirigidas prioritariamente às populações mais vulneráveis e; incorporou às suas diretrizes gerais: a. Capacitar profissionais da área da saúde e de outras instituições para a prática do aconselhamento e testagem; b. Utilizar o Sistema de informação de CTA (SI-CTA) proposto pela CN DST/Aids; c. Implementar a oferta dos exames sorológicos para o diagnóstico das hepatites virais B e C com aconselhamento.

Desse processo de mudanças resultou uma grande heterogeneidade em seus aspectos estruturais, organizacionais, gerenciais e programáticos. Nessa diversidade observamos uma crescente escolha pela implantação de CTA dentro de outras unidades de saúde. A heterogeneidade encontrada nesse estudo foi também reportada por Minayo e colaboradores (1999) sem que, no entanto, as dimensões associadas a tal variabilidade tenham sido exploradas pelos autores. Tendo em vista que o estudo citado, focado na região Nordeste, foi a única avaliação de CTA feita no Brasil, fica evidente o parco conhecimento que temos sobre esses serviços e também, a partir da análise de documentos referenciais dos CTA, a falta de consenso sobre o papel a ser desempenhado por estes serviços.

Objetivo

Optamos por estudar o CTA enquanto organização tecnológica de prevenção no combate à epidemia de Aids, buscando fornecer elementos que possam contribuir para sua (re)definição. Mais especificamente, procuramos caracterizar duas modalidades de CTA – CTA "inserido em uma unidade de saúde" e CTA como uma unidade de saúde em si.

Método

Optamos por uma abordagem qualitativa, por meio de estudo de caso de dois CTA selecionados conforme as modalidades acima mencionadas. O material foi coletado a partir da observação dos serviços e realização de entrevistas semi-estruturadas de gestores, gerentes e profissionais dos serviços no primeiro semestre de 2006.

Ambos os CTA deveriam realizar alguma modalidade de trabalho "extramuros", entendida aqui como qualquer tipo que mobilizasse a equipe desse serviço para a realização de ações fora do âmbito da unidade, voltadas às populações mais vulneráveis, bem como aos profissionais de saúde da rede de atenção básica

Selecionamos os CTA em municípios distintos para podermos identificar aspectos de contexto de sua relação com o programa de DST/Aids de seus municípios, pressupondo que essa relação modifique a organização tecnológica dos serviços, refletindo em parte a concepção que as coordenações têm sobre esses centros. Assim, elegemos, como CTA "inserido em unidade de saúde", um serviço de Santo André que, além de estar no âmbito de uma UBS (Unidade Básica de Saúde), abriga também um SAE (Serviço de Assistência Especializada); e para contemplar a modalidade CTA "como uma unidade de saúde", elegemos um CTA no município de São Paulo.

A principal categoria escolhida para a análise dos CTA é o conceito de "organização tecnológica do trabalho", conforme nomeado por Mendes-Gonçalves (1994). Esse conceito refere-se às formas de articulação dos processos, de organização das intervenções e dos tipos de tecnologias disponíveis para promover uma resposta, e de construção/concepção do objeto de trabalho. Abordar a organização tecnológica implica conhecer as técnicas, os saberes e as concepções presentes, bem como os tipos de problemas que motivam as mudanças, porque a forma como estas se organizam é fruto do modelo tecnológico adotado (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Resultados

O Caso do CTA "inserido em unidade de saúde"

No caso de Santo André o próprio Programa Municipal (PM) se confunde com os serviços (Ambulatório de Referência de Moléstias Infecciosas e CTA) e é, inclusive, em boa parte sustentado em seus recursos humanos. Desta junção decorre que os profissionais do CTA sejam polivalentes e executem diferentes ações dentro do PM, atuando em diferentes áreas. A área de prevenção do PM está funcionando fora da unidade de saúde desde 2005, e o CTA permaneceu instalado na unidade, o que nos leva a concluir que do ponto de vista da concepção da coordenação de Santo André o CTA é um serviço de prevenção cuja finalidade se afina mais com a dinâmica da assistência e da própria Unidade de Saúde. Para a área de prevenção, o CTA é a retaguarda "assistencial" especializada que recebe a população mais vulnerável acessada pelas ações desenvolvidas em campo por essa área.

A proximidade do CTA com a coordenação do programa e sua inserção na Unidade de Saúde o aproximaram o serviço da área programática que tem por objetivo implementar as ações de DST/Aids na rede de serviços da atenção básica do município. Nesse sentido, O CTA é visto como um "modelo" que pode ser levado às outras unidades. No processo de descentralização da testagem do HIV, é atribuída à equipe do CTA a responsabilidade pelo monitoramento e capacitação das novas unidades de CTA implantadas na rede de serviços da atenção básica, acompanhando os profissionais que neles atuam. A estratégia de descentralização proposta prevê justamente a reprodução da situação do CTA estudado

naquelas unidades, ou seja, a definição de uma "miniequipe" especializada na prática da oferta da testagem com aconselhamento.

A inserção do CTA na Unidade permite, por meio da integração entre os setores, criar fluxos de encaminhamento internos que ampliem o acesso principalmente de mulheres usuárias da UBS à realização das sorologias com aconselhamento.

De modo geral, a sistematização das informações é precária. Não há protocolos de rotinas, o SI-CTA não foi implantado e o CTA não fornece informações regularmente para o PM DST/Aids. Entendemos que isso se deva em parte à proximidade da coordenação do Programa, que acompanha o dia-a-dia e quando necessita alguma informação específica organiza esforços pontuais para o levantamento de informações deixando em segundo plano o monitoramento das ações e perfil dos usuários atendidos no CTA. De outro lado, há falta de uma equipe de apoio administrativo e de informática, tanto para o Programa quanto para o CTA, o que dificulta a informatização do serviço.

A principal característica na condução do trabalho desse CTA é a confiança que todos têm na qualidade de trabalho dos profissionais. Em parte, entendemos que isso advém do fato de todos conhecerem os trabalhos dos colegas, pois a capacitação é realizada em serviço e nela o iniciante observa o trabalho dos mais experientes e depois é observado até que seja considerado apto para o trabalho.

No caso de Santo André, é importante levarmos em conta sua proximidade com o SAE (ARMI), dentro da mesma unidade, para entendermos sua relação com as referências assistenciais. A proximidade do ARMI facilita o encaminhamento de usuários para a referência, que nesse caso, passa a ser apenas um encaminhamento interno na maioria das vezes. O ARMI recebe encaminhamento de portadores de HIV, hepatite C, sífilis e homens com suspeita de DST. De outro lado, embora coabitem a mesma unidade de saúde, os serviços não estão integrados no sentido do fornecimento de informações sobre a chegada de usuários do CTA encaminhados à referência.

O Caso do CTA "como uma unidade de saúde"

No caso de São Paulo, o CTA que existe há 17 anos e é bastante conhecido pela sua equipe numerosa e solidez técnica, não ocupa o mesmo local físico do PM DST/Aids. O CTA é um serviço estruturado em uma unidade própria e está vinculado à área de prevenção do PM.

Na relação com o PM, O CTA é um dos serviços da rede de DST/Aids que executa os projetos de prevenção por meio da realização do trabalho de campo, em conjunto com os agentes de prevenção, com foco nas populações mais vulneráveis relacionadas pelo Programa

O Programa propõe ao CTA a saída para o trabalho extramuros, e nesse sentido a relativa autonomia favorece essa estratégia, ainda que, concomitantemente, o programa sinalize ao CTA a expectativa de que haja uma ampliação no número de pessoas atendidas e testadas no próprio serviço, sendo esse um dos parâmetros para a avaliação de seu desempenho. Assim, gera-se uma tensão entre ampliar o trabalho extramuros com a "saída" das aconselhadoras para o campo e a manutenção de uma agenda de atendimentos intensa, necessária para dar conta do grande número de pessoas que realizam os exames sorológicos. Essa situação amplificou-se com a flexibilização do aconselhamento que introduziu a possibilidade do usuário poder escolher realizar a testagem anti-HIV sem passar por aconselhamento pré-teste. Ao ser implantada, ganhou a adesão dos usuários,

ampliando consideravelmente o número de atendimentos.

A flexibilização do aconselhamento não apenas ampliou o número de pessoas atendidas, mas alterou também a organização e a concepção do trabalho realizado pelas aconselhadoras. A realização de exames sem aconselhamento pré-teste desloca para o atendimento pós-teste aspectos usualmente abordados com o usuário no momento anterior à testagem. Além disso, coloca a realização do teste anti-HIV em primeiro plano, subvertendo a lógica de trabalho anteriormente constituída no CTA. A proposta de trabalho dos CTA sustenta-se classicamente na abordagem de aconselhamento que visa a redução da vulnerabilidade dos indivíduos.

Quanto à concepção do aconselhamento entendemos que esse CTA carrega duas marcas principais: sua origem num "serviço comunitário" impregnado pelas concepções de educação em saúde e a influência do campo conceitual da psicologia, apontada nos documentos referenciais e reforçada pela presença das psicólogas na coordenação e entre a equipe de aconselhadoras. Como expressão dessas marcas no trabalho desenvolvido observamos a valorização do aconselhamento coletivo como um espaço de troca de experiências e aprendizado e no aconselhamento individual pós-teste a supremacia da escuta e valorização do acolhimento e apoio emocional do usuário.

Podemos afirmar que a referência para o encaminhamento dos portadores do HIV está bem definida, quais sejam, os 15 SAE do município de São Paulo. Apesar das referências estarem bem estabelecidas para o encaminhamento dos usuários, o CTA não é informado sobre a chegada dos usuários encaminhados às referências.

Os portadores de sífilis e usuários com suspeita de DST deveriam ser encaminhados aos serviços de atenção básica. No entanto, os profissionais, em sua maioria, considerando os casos individualmente e preocupados em garantir o atendimento e tratamento dos usuários do serviço, acabam por encaminhá-los ao SAE. Esse encaminhamento pode ser explicado pela estreita relação do CTA com esse serviço. Tanto os SAE quanto os CTA fazem parte da mesma rede de serviços especializados em DST/Aids

Considerações finais

Os principais resultados indicam que CTA "inserido" caracteriza-se como mais uma ação programática realizada na unidade de saúde. Sua organização aproxima-se da realidade de outros serviços, constituindo-se em modalidade passível de ser transposta para a rede de serviços da atenção básica. Ser um modelo para a rede facilita sua atuação como capacitador na implantação de outros CTA. E, se de um lado, sua inserção na unidade aproxima-o de sua referência assistencial situada na mesma unidade, de outro, a existência de demandas concorrentes no interior do serviço restringe seu potencial de atuação como Centro de Testagem e Aconselhamento. Em contrapartida, a modalidade CTA como unidade de saúde, por possuir relativa autonomia e estrutura própria, tem condições de realizar trabalhos de prevenção "extramuros" e, ainda, testar e implementar novas tecnologias que favorecem a ampliação do acesso da população, em particular as populações mais vulneráveis, à testagem anti-HIV e aos insumos de prevenção, como, por exemplo, a implantação da flexibilização do aconselhamento e da cota negociada de preservativos. Além dos aspectos organizacionais, a inserção do CTA na rede de serviços de referência especializada distancia-o da rede de serviços da atenção básica.

Bibliografia Citada

MENDES-GONÇALVES, R. B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. EDITORA HUCITEC. São Paulo: ABRASCO, 1994.

MINAYO, M. C. et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico /CTA/COAS da região nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 355-367, 1999.

Unidade Participante: CTA Henfil

Inicio: Agosto de 2004

Termino: Outubro de 2006

Análise da implementação das atividades de prevenção ao HIV/Aids desenvolvidas pelo Programa Elos

Laura Rebecca Murray
lmurray@pactbrasil.org

Consultora Técnica da Pact Brasil para Monitoramento e Avaliação. Formada em Ciências Políticas e Estudos de Gênero de Wellesley College (2000) e um Mestrado em Ciências de Saúde de Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2005).
Co-autor: Alessandro de Oliveira Santos, Cely Batista Blessa, Elaine Bortolanza, Lilia Rossi, Valeria Nanci da Silva

Introdução

Implementado no período de Setembro de 2003 a Outubro de 2006, o objetivo principal do Programa Elos foi contribuir para a redução da incidência do HIV entre os grupos populacionais em maior vulnerabilidade das Regiões Sul e Sudeste do país: homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo (PS), transgêneros (TG) e pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA). Para o processo de avaliação da implementação de suas estratégias a Pact Brasil realizou um estudo sobre as ações de prevenção do HIV/Aids desenvolvidas junto a esses três grupos populacionais específicos em 19 munícipios de seis estados das Regiões Sul e Sudeste.

Objetivo

O objetivo geral do estudo foi avaliar a implementação das atividades de prevenção do HIV/Aids desenvolvidas junto a três grupos populacionais específicos (homossexuais e homens que fazem sexo com homens, transgêneros e profissionais do sexo) em 19 cidades de seis estados das Regiões Sul e Sudeste do país. Os objetivos espeficios foram:

- Conhecer o grau de satisfação dos grupos populacionais acessados a partir do trabalho desenvolvido pelas ONGs conveniadas ao Programa Elos.
- Conhecer o grau de articulação entre os projetos conveniados e os representantes locais do setor público de saúde (DST/HIV/Aids).
- Conhecer o grau de percepção-satisfação das ONGs conveniadas em relação ao processo de seleção, financiamento e assessoria técnica do Programa Elos.
- Descrever a logística de distribuição dos preservativos masculinos nas Regiões Sul e Sudeste entre os Programas Estaduais e Municipais de DST/Aids e ONGs conveniadas.
- Analisar o grau de percepção-satisfação dos Programas Estaduais e Municipais de DST/Aids em relação á logística de distribuição dos preservativos masculinos, com ênfase no repasse e na distribuição dos mesmos, freqüência, regularidade, quantidade e locais de obtenção.

Metodologia

Os objetivos, instrumentos e operacionalização desse estudo foram apresentados e discutidos previamente com o PN-DST/Aids, com os Programas Estaduais e Municipais de DST/Aids e com as ONGs conveniadas. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP/SP) e Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Um total de 131 entrevistas em profundidade e 26 grupos focais foi realizado com 272 pessoas de julho ao outubro do 2006. As entrevistas em profundidade englobaram pessoas acessadas pelas ações dos convênios totalizando: 22 HSH, 37 mulheres PS, 4 homens PS, 20 TG, 18 gestores municipais, 6 gestores estaduais, 2 técnicos de Programas Estaduais e 26 coordenadores dos convênios apoiados. Tais entrevistas foram focadas na percepção sobre as atividades de prevenção implementadas pelas ONGs. Vinte e seis grupos focais foram realizados com as pessoas acessadas pelos convênios, com participação de 27 HSH, 93 mulheres PS, 7 homens PS e 11 TG. Os resultados preliminares sobre dados referentes aos grupos populacionais acessados foram apresentados aos coordenadores dos projetos conveniados que identificaram recomendações para aprimoramento de futuras atividades.

Resultados

Dentre as atividades de prevenção ao HIV/Aids desenvolvidas no âmbito do Programa Elos dois pontos fortes são destacados: as capacitações promovidas pelas ONGs, que contribuíram para uma maior integração entre as pessoas acessadas e viabilizaram uma maior reflexão por parte das mesmas sobre sexualidade, práticas sexuais e prevenção das DST/HIV/Aids junto com a distribuição gratuita e direcionada do preservativo masculino. Os resultados qualitativos obtidos pelo estudo apontam uma percepção de aumento no uso do preservativo masculino com parceiros eventuais, no aumento do conhecimento sobre HIV/Aids e formas de prevenção e diminuição da discriminação e estigma. A implementação das atividades também produziu efeitos nas ONGs, sobretudo em termos do fortalecimento institucional e das alianças e parcerias com as contrapartes envolvidas na implementação do Programa Elos (serviços de saúde e de segurança pública, Conselhos de Saúde, entre outros) e da ampliação da cobertura das ações de prevenção ao HIV/Aids realizadas.

Conclusões

Frente a esses resultados, é possível concluir que as atividades dos projetos, somadas as ações contínuas das ONGs contribuíram para atingir o objetivo específico do Programa Elos de promover a adoção de práticas mais seguras e ampliar a cobertura das ações das ONGs nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil. A continuidade das ações de prevenção do HIV/Aids com PS, HSH e TG adequadas às especificidades desses grupos e aos contextos locais nos quais se inserem, é de fundamental importância. Estigma e discriminação continuam sendo temas relevantes para os projetos, sobretudo, na Região Sul do país. O uso do preservativo foi relatado como alto com clientes e parceiros eventuais, mas o uso com parceiros fixos e para o sexo oral (especialmente entre HSH) foram vinculados à dificuldades em termos de adoção da prática, indicando a necessidade de enfocar futuras ações de prevenção nestes dois pontos. Representantes das ONGs e gestores estaduais e municipais têm interesse em compartilhar de forma mais expressiva informações sobre suas respectivas ações e aproveitar o conhecimento adquirido por cada uma dessas

instâncias. As recomendações para futuras ações de prevenção feitas pelos coordenadores dos projetos apoiados incluíram a institucionalização de ações de prevenção junto aos grupos populacionais mais vulneráveis, o aprimoramento do acolhimento e atenção para tais grupos nos serviços de saúde e o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e saberes práticos vinculados à prevenção do HIV/Aids.

Unidades Participantes: Gestores estaduais foram entrevistados dos seguintes Programas Estaduais de DST/Aids: Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul. Gestores municipais foram entrevistados dos seguintes Programas Municipais de DST/Aids: PR: Curitiba, Apucarana; RJ: Rio de Janeiro, São Gonçalo, Mangaratiba, Nova Iguaçu; RS: Tramandaí, Novo Hamburgo, Caxias do Sul, Porto Alegre, Uruguaiana; SC: Florianópolis, Baln. Camburiú; SP São Vicente, São Paulo, Assis, Ribeirão Preto.

Início: Junho 2006

Término: Fevereiro de 2007

Resultados da pesquisa foram apresentados aos coordenadores dos projetos conveniados ao Programa Elos que identificaram recomendações para aprimoramento de futuras atividades. Os resultados finais foram apresentados ao Programa Nacional de DST/Aids, na Comissão de Articulação com Movimentos Sociais (CAMS) do Programa Nacional de DST/Aids e nos capitais dos estados incluídos no estudo com os gestores estaduais, municipais e ONGs participantes.

Resultados apresentados: Finais

Apresentação: Oral

Publicado pela Pact Brasil em novembro do 2006. Cópias da publicação foram entregues ao Programa Nacional de DST/Aids e, todos os gestores e ONGs participantes do estudo. Disponível em PDF no site Pact Brasil (www.pactbrasil.org)

Implicações emocionais dos profissionais da saúde que comunicam o diagnóstico HIV positivo aos usuários da Rede Municipal Especializada em DST/Aids da cidade de São Paulo

Luciana Telles Ferri
luciana.t.ferri@uol.com.br

Psicóloga -Universidade Presbiteriana Mackenzie.
Co-autores: Juliana Mendes Figueiredo Gomes
Orientador(a) Profa.Dra.Dinorah Fernandes Gióia Martins

Introdução

Em pleno século XXI a Aids, síndrome da imunodeficiência adquirida, ainda é motivo de muitas discussões na sociedade. Mesmo com as informações sobre a forma de contágio, as diversas campanhas a favor da prevenção, os avanços no tratamento e nas pesquisas para descobrir a cura da Aids, existem pessoas se contaminando e se re-infectando. Observou-se também, que diversas pesquisas foram realizadas direcionando o foco ao portador da doença e métodos de tratamento, e poucas direcionaram atenção ao profissional que atende essa demanda, em especial àquele que trabalha nos serviços especializados em DST/Aids.

Na Rede Municipal Especializada em DST/Aids diversas categorias de profissionais da área da saúde trabalham com o modelo de acolhimento e aconselhamento, proposto pelo Ministério da Saúde. O acolhimento é uma postura ética, apoiada na escuta ampliada, identificando as necessidades do usuário. Já o aconselhamento, assim como no acolhimento, é um processo centrado no usuário, para que o mesmo se reconheça como responsável por sua saúde, com adesão ao tratamento e adoção de práticas mais seguras.

O Ministério da Saúde (2004, p.9) descreve que este modelo de funcionamento:

"possibilita a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demanda[...]há uma abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, com uma construção de vínculo terapêutico visando a aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde".

O conceito do acolhimento e aconselhamento permite que exista escuta qualificada e capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Então, os profissionais que comunicam o diagnóstico HIV positivo a esses usuários têm muitas vezes seu cotidiano profissional permeado por diversas reações emocionais do conceito do HIV/Aids socialmente difundido. E com a função de acolher e aconselhar passam a lidar com os medos, as angústias e ansiedades dos usuários.

Diante do cotidiano desses profissionais da área da saúde, pode-se mencionar, a partir da abordagem psicodinâmica, os mecanismos de defesa do Ego. Anna Freud (1997) relata que o mecanismo de defesa é a luta do ego contra idéias ou afetos dolorosos e

insuportáveis, assim pode-se dizer que cada sujeito apresenta uma evolução, uma historicidade que reflete suas estruturas defensivas. E de acordo com o modelo de atendimento dos serviços especializados em DST/Aids, do acolhimento e aconselhamento, verifica-se o holding de Winnicott (1988), em que leva-se em consideração toda a rotina de cuidado, ou seja, uma espécie de manejo. É a partir do holding que um espaço potencial pode ser concebido. E além de Winnicott, menciona-se Bion com o termo "continente", referindo-se a uma condição de disponibilidade para receber de um outro, ou de si mesmo, um conteúdo, a espera de ser contido, que consiste em uma carga projetiva repleta de necessidades, angústias, desejos, demandas, etc.

Objetivo

Identificar as implicações emocionais dos profissionais da saúde que trabalham em um serviço pertencente a RME DST/Aids da cidade de São Paulo e que atuam no processo de comunicação do diagnóstico HIV positivo aos usuários desse serviço.

Método

Foram entrevistados 26 profissionais da saúde de ambos os sexos com idades entre 40 e 60 anos pertencentes à Rede Municipal Especializada em DST/Aids da cidade de São Paulo, e estes eram de diversas categorias profissionais (psicologia, fonoaudióloga, serviço social, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, letras, pedagogia, nutricionista e farmácia). Entre os serviços da RME DST/Aids visitados encontram-se três CTAs (Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids), dois CRs (Centro de Referência em DST/Aids) e três SAEs (Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids). Para a coleta de dados, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada uma entrevista semidirigida com roteiro prévio com os profissionais da saúde. Este instrumento pode envolver a percepção desse profissional em relação ao HIV positivo; seus sistemas de valores e crenças, sentimentos morais e sociais, atitude desse profissional em relação ao paciente com HIV positivo; condições de trabalho; formação e satisfação profissional. O tempo de entrevista variou de 20 a 40 minutos, sendo entrevistadas em média de 2 a 5 pessoas por serviço, sendo visitados um serviço por dia. Os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente e relacionado com o referencial teórico psicodinâmico, segundo os critérios de Bardin (2000).

Resultado/Discussão

Observou-se que a maioria dos profissionais da saúde estão inseridos nos serviços especializados em DST/Aids desde a implantação dos mesmos, decorrente de questões políticas relacionadas ao funcionalismo público municipal.

Embora a questão profissional tenha sido o fator determinante para ida desse profissional para o serviço especializado em DST/Aids, 67% referem-se à ajuda ao usuário como fator de motivação para a realização do seu trabalho e 31% se motiva pelos aspectos relacionados a seu papel profissional.

A motivação relacionada com o amparo ao usuário remete ao próprio modelo de funcionamento dos serviços especializados em DST/Aids: acolhimento e aconselhamento. Segundo o Ministério da Saúde (1999), este modelo possibilita que a relação trabalhador da saúde e usuário aconteça de modo humanitário com solidariedade e cidadania, estabelecendo uma relação de confiança (profissional-usuário), para que aconteça o resgate dos

recursos internos do usuário, desenvolvendo a reflexão quanto à adesão do tratamento e a adoção de práticas mais seguras, bem como o amparo emocional.

Os profissionais da saúde são continentes das reações dos usuários frente ao diagnóstico HIV positivo, proporcionando um ambiente de holding. É a partir do holding que o profissional inspira confiança e é presente, mostrando preocupado com o usuário, afastando-se do seu julgamento moral e respeitando o tempo próprio de cada um. O profissional da saúde ao se adaptar as necessidades do usuário, possibilita que este descubra o seu próprio self, encontrando um modo de existir por si mesmo e de relacionar-se com os objetos por conta própria.

Existe ansiedade e angústia por parte desses profissionais, afinal ficam preocupados em realizar um ótimo trabalho, atendendo as necessidades do usuário, amparando-o nas suas dúvidas, como também nas suas reações, podendo fazer um encaminhamento adequado à problemática. Para que esse objetivo seja alcançado acreditam que seja necessário ter um equilíbrio emocional, em que a ansiedade seja controlada. A "escuta" também é mencionada como um recurso, sendo colocada em prática sem dificuldades. Segundo o Ministério da Saúde (2004, p.10) "o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida".

Assim, o trabalho com a temática HIV/Aids faz com que os profissionais utilizem mecanismos de defesa como o Isolamento, Racionalização, Intelectualização e Negação. O profissional acaba justificando as suas reações, dos usuários e as suas possíveis dificuldades de forma racional, como meio de diminuir os eventos desagradáveis e de impedir a falta de iniciativa. Para esse mesmo fim, também intelectualiza as suas respostas, ou seja, remetem os assuntos referentes à temática HIV/Aids a pesquisas, estudos, ou algo a ser analisado.

Por fim mesmo com as discussões de casos entre a equipe, 100% dos profissionais vêm a necessidade de uma supervisão psicológica individual e/ou institucional. O Ministério da Saúde (2004) infere que é importante que o profissional da saúde tenha a percepção das reações contra-transferenciais e procure ajuda de um psicólogo que permita integrar a angústia inerente ao seu trabalho e facilitar o processo, além de ajudar na elaboração e integração dos sentimentos vivenciados (onipotência versus impotência), sendo também necessário procurar espaço de supervisão continuada, discussão dos casos e troca de experiência.

Conclusão

A prática de realizar o acolhimento e o aconselhamento, como meio pelo qual muda-se o objeto de atenção, da doença para o doente (o sujeito), exige que o profissional suspenda seus valores, seus preconceitos e proporcione um ambiente de cuidado, sendo continente de diversas reações como medo e angústia dos usuários. Diante desse dado, conclui-se que o diagnóstico HIV positivo é um aspecto delicado para o manejo profissional, pois o profissional além de ter que lidar com essas reações, este diagnóstico levanta questões socialmente construídas, como a sentença de morte, comportamento sexual, fidelidade do parceiro sexual, a conjugalidade, vulnerabilidade em relação à contaminação, entre outros.

Cada profissional estabelece o contato com o usuário de modo particular. Esse contato permite que exista um vínculo e, no CR e SAE, o atendimento não se esgota em um único momento. Então, agora é hora de olhar para o profissional, ou seja, cuidar de quem cuida. Afinal, é necessário um cuidado a eles, oferecendo continência a suas ansiedades e angústias. Diante dessa comunicação do diagnóstico HIV positivo, os mesmos interagem com o contexto de vida do usuário e, por mais que comuniquem poucos diagnósticos positivos por mês, se vêm a utilizar mecanismos de defesa como o Isolamento, Racionalização, Intelectualização e Negação como forma de proteção da sua saúde psíquica e adequação do exercício da sua profissão frente a esse processo de acolhimento e aconselhamento. Assim, observou-se a necessidade de um suporte psicológico a fim de auxiliar os profissionais no processo de atendimento ao usuário.

Unidades Participantes: CTA Henfil , CTA Santo Amaro, CTA São Mateus, CR Penha, CR Freguesia do Ó , SAE Herbert de Souza, SAE Butantã e SAE Lapa

Inicio: Agosto de 2005

Término: Julho 2006

Tendência da Transmissão Vertical do HIV/Aids no Município de São Paulo 2000 - 2005

Maria Francisca Marranghello Mingione
franciscamingione@terra.com.br

Médica formada pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos; Título de Especialista em Pediatria pela SBP; Título de Especialista em Saúde Pública pela FSP-USP
Orientadora: Profª Dra Cássia Maria Buchalla
Co-autora : Amália Vaquero Cervantes Uttempergher

Introducão

Em 25 anos de história da Aids, apesar do ritmo da epidemia ter diminuído, a doença ainda se constitui em um grave problema de saúde pública. O aumento do número de casos em mulheres desencadeou o crescimento de crianças infectadas pelo HIV por transmissão vertical (TV). A recomendação do protocolo ACTG 076 em 1995 e a notificação compulsória da gestante HIV e crianças expostas em 2000 foram medidas importantes para a prevenção e controle da Transmissão Vertical do HIV em todo território nacional.

Objetivo

Verificar a tendência da TV do HIV/Aids no município de São Paulo de 2000 a 2005 e analisar alguns fatores ligados ao pré-natal, parto e acompanhamento da criança.

Metodologia

Estudo descritivo de 2.986 casos de gestantes HIV+ e crianças expostas residentes no município de São Paulo e notificadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Secretaria Municipal de São Paulo de 2000 a 2005. Analisamos o número de casos notificados por ano de notificação, a distribuição espacial dos casos segundo subprefeitura de residência, o momento da evidência laboratorial do HIV, dados do pré-natal, parto e da criança.

Resultados

Observou-se tendência de queda na taxa de TV do HIV para o município de São Paulo, de 8,5% em 2000 para 2% em 2003. Os casos de gestantes HIV+ e crianças expostas ocorrem em todas as subprefeituras da cidade, com predomínio de casos na periferia e região central. Baseado no estudo sentinela parturiente para o Estado de São Paulo de 2004, observamos um crescimento da cobertura de notificação de 6,5% em 2000 para 84,5% em 2005.

Conclusão

Os resultados obtidos pelo presente estudo mostram que a notificação da gestante HIV+ e crianças expostas contribuem para monitorar e identificar os fatores relacionados à transmissão vertical do HIV e para avaliar as medidas de controle preconizadas, subsidi-

ando o planejamento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento a nível local.

Unidades Participantes: pesquisa realizada através das Notificações no SINAN

Inicio: Junho 2006

Término: Novembro 2006

Pesquisador externo

Em andamento

- LIVRE DOCÊNCIA
- DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
- MULTICÊNTRICA
- INDEPENDENTE
- TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Estigma e discriminação relacionados ao HIV/Aids: impactos da epidemia em crianças e jovens em São Paulo

Ivan França Junior
ifjusp@gmail.com

Médico Sanitarista, Doutor em Medicina Preventiva.
Professor da Faculdade de Saúde Pública – USP
Co-autores: Vera Paiva, José Ricardo Ayres, Wolney Conde, Eliana Zucchi, Claudia Barros, Lidia Chongo, Janete Costa, Andrea Paula Ferrara, Sueli Moreira Takushi, Luzia Oliveira, Neide Kurokawa Silva, Cely Blessa, Renata Bellenzani, Laura Murray, Alessandro Santos, Denise Zakabi, Daniele Liciardi e Bruna Bronhara

Introdução

No Brasil, de 1980 até hoje, uma pessoa, em cada duas adoecidas por Aids, faleceu deixando crianças e jovens órfãos. No único estudo de base populacional, identificou-se que em Porto Alegre (RS), a cada 100 óbitos, surgiram 87,8 órfãos de 1998-2001. Há indicações que órfãos da Aids - especialmente portadores do HIV - defrontam-se com o medo do estigma e com atos de discriminação que têm obstaculizado o gozo de seus direitos.

Objetivo

Este estudo, na cidade de São Paulo, analisa como o estigma e a discriminação aumentam a vulnerabilidade individual e programática de crianças e jovens afetados pela epidemia, obstruindo o seu acesso à saúde, educação, lazer, convivência familiar e ao gozo de diversos outros direitos.

Método

Para a consecução destes objetivos, este estudo combina abordagens qualitativas e quantitativas

Na abordagem qualitativa, destinada a mapear as cenas de estigma e discriminação, foram entrevistados 14 profissionais de saúde e 7 de educação, 13 cuidadores de crianças e 19 jovens. Ainda nesta fase, foi criado um cadastro com os endereços constantes nas notificações de casos e óbitos ocorridos na cidade de São Paulo, entre 2000 e 2004. Nesta fase, com base nos resultados das entrevistas e grupos focais com os informantes-chave, foram definidos e pré-testados os instrumentos de coleta domiciliar. Os participantes, que aceitaram participar, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e do Programa Estadual de DST/Aids.

Resultados

Durante todas as entrevistas, poucos participantes lembravam rápida e espontaneamente experiências de estigma e discriminação relacionadas à Aids. Por outro lado, o segredo acerca da Aids como causa de morte dos pais era ativamente apontado como um modo de enfrentar o estigma vinculado à Aids; muitas crianças simplesmente não sabem

por que seu cuidador principal não havia contado; a maioria, dos que sabiam, escondia esta informação na escola e na comunidade. Nós igualmente observamos que: a) Perder a mãe é percebido como mais lacunar do que a perda de um pai. Em geral, mulheres da família da mãe assumem a responsabilidade pelo órfão; b) Homens aparecem como cuidadores adequados de seus filhos e irmãos, ainda que tenhamos ouvido muitas referencias a eles como irresponsáveis ou ausentes; c) Meninas órfãs são percebidas como frágeis e precisando de proteção, ao passo que os meninos são descritos como independentes, impulsivos e perigosos porque são considerados mais "sexuais", por conseguinte sendo mais "negligenciáveis" d) Sexualidade é temida como promíscua (como se herdada) ou negligenciada de cuidado; informação integral sobre sexo para os jovens é frequentemente negada ou pobre, sejam eles portadores do HIV ou não; e) As cenas mais fortes de estigma e discriminação foram aquelas relacionadas à sexualidade dos jovens portadores do HIV positive ou de seus parentes; f) Profissionais das escolas pareciam esperar que o desempenho e bem-estar dos órfãos dependiam da estrutura familiar (escolaridade, condições econômica e de moradia do cuidador) e as histórias de vida de seus pais, muitas vezes percebida como associadas ao uso de drogas e à sexualidade imprópria. Educadores acreditam que a família teme o preconceito, deixando assim crianças soropositivas e órfãs invisíveis; a orfandade e a Aids são secundários a questões como violência, desemprego, abuso de drogas e a sexualidade "irresponsável". A análise qualitativa ajudou na formulação mais adequada dos instrumentos da segunda fase.

Na segunda fase, destinada a quantificar a ocorrência do estigma/discriminação e seus significados entre os afetados, foram visitados 2021 domicílios, selecionados dentre 6503 falecimentos por Aids ocorridos entre 2000 e 2004 na cidade de São Paulo. O sorteio dos domicílios foi feito em dois estágios com partilha proporcional ao tamanho, sendo sorteadas no primeiro estágio 50 UPAs (unidade primária da amostragem) baseadas nos quatro primeiros dígitos do CEP e, no segundo estágio, 40 endereços em cada UPA. Os óbitos sem a informação do CEP foram agrupados em um estrato, representando 4,1%. A amostra selecionada foi equiprobabilística. Foram selecionados e treinados entrevistadores que formaram equipes que implementavam o Formulário geral com questões sociodemográficas, sexualidade e práticas alimentares, enquanto outra equipe procedia à avaliação física (antropometria e força muscular).

Foram identificados 1.553 órfãos abaixo de 24 anos de idade nos 764 domicílios. Destes, não conseguimos informações sobre a idade de 179 filhos (11,53%). Os demais dividiram-se entre 626 (45,56%) de 0 a 15 anos e 748 (54,44%) de 15 a 24 anos. A taxa de resposta entre as crianças foi de 54,8% e de 36,7% entre os jovens. Ao examinarmos as razões para as pequenas taxas de resposta, observamos que o maior fator de perdas foi a não localização do endereço efetivo de moradia de 29% das crianças (n=182): os informantes não sabiam onde moravam (n=82) ou as crianças mudaram para outro município da grande São Paulo (sem endereço ou telefone disponível) (n=25), para interior do estado de SP (n=24), para outro estado (n=47) ou, até mesmo, de país (n=4). Houve ainda 43 recusas (6,9%) e 31 (4,95%) respondentes adiaram ou não estavam em casa. Outras 27 crianças não foram localizadas por outras razões. No tocante aos jovens órfãos, a maior razão para perdas foi igualmente a não localização do endereço efetivo de moradia de 29% (n=218): informantes não sabiam onde moravam (n=116), jovens haviam se mudado para outro município da grande São Paulo (sem endereço ou telefone disponível) (n=21), para interior do estado de SP (n=41), para outro estado (n=35) ou, até mesmo, saído do Brasil (n=5). Houve

ainda 67 (8,96%) recusas de cuidadores e 69 recusas (9,2%) dos próprios jovens. Setenta e oito (10,43%) respondentes adiaram ou não estavam em casa. Outros 58 jovens não foram localizados por outras razões, sendo que 19 (2,54% do total) destes estavam presos. O que é notável nesta situação é que não houve maneira de localizar cerca de 30% de crianças e jovens, porque os informantes não sabiam dos endereços. Foi comum ouvirmos de avós, tios e outros parentes que tinham perdido contato com o cônjuge sobrevivente e seus filhos. Assim, se a cidade de São Paulo já era conhecida pela grande mobilidade geográfica, descobrimos que há importante apartamento nas famílias afetadas pela epidemia de Aids.

Das 343 crianças órfãs estudadas, 43,1% ainda eram cuidadas por suas mães e 4,7% por seus pais. As avós maternas eram cuidadoras de 16,9% das crianças, seguidas pelos tios maternos (10,2%) e pelos avôs paternos (8,75%). Os demais 16,35% dividiam-se entre outros cuidadores que, individualmente não chegavam a mais de 3%. Dos 275 jovens entrevistados, 42,5% (n=117) relataram não serem cuidados por ninguém. Destes 117, 6% tinham menos de 18 anos de idade. Quarenta e nove por cento (n=78), dos 158 com cuidador adulto, referiram a mãe como a principal cuidadora e 3,8% o pai. Dezessete por cento (n=27) eram cuidados pelas avós maternas e 8,9% pelos tios maternos. Quarenta e seis por cento dos jovens eram órfãos de pai, 22% de mãe e 31,6% de ambos.

Chama a atenção que o cuidado dos órfãos era mais frequentemente exercido por mulheres (mães sobreviventes e avós) ou por parentes maternos. A orfandade por Aids reforça os papéis tradicionais de gênero, que coloca o cuidado infanto-juvenil como uma responsabilidade feminina.

Tanto crianças quanto jovens, eram mais frequentemente órfãos de pai, 50,7% e 44,5%, respectivamente. No caso das crianças, a orfandade de mãe ou de ambos têm freqüência similar (21,6% e 19,8%). Por outro lado, nos jovens vem, 31,6% e em segundo lugar, a orfandade por ambos. Estas diferenças são compreensíveis se levarmos em consideração que a epidemia, desde os seus primórdios, tem afetado mais fortemente os homens. Na última década, passou a atingir mais as mulheres, o que explica uma maior proporção entre as crianças.

A maior parte dos órfãos era negra, se somados pretos (crianças 10,5% e jovens 24,4%) e pardos (crianças 46,9% e jovens 38,5%) . Eles estão em situação de vulnerabilidade econômica, pois a maioria têm renda familiar per capita menor que 1 salário mínimo (77% das crianças e 51% dos jovens) ou foram classificadas como classe C, D ou E. A idade mediana das crianças foi de 10,7 anos de idade (mín/máx=2,7/15; p25/p75=7,9/12,9), ao passo que a dos jovens foi de 19,3 (mín/máx=15,2/24,96; p25/p75=17,3/21,8). No tocante ao estado marital dos jovens, 15,6% estavam casados ou em união consensual. As jovens apresentaram proporção significativamente maior de casamentos/uniões do que seus pares masculinos (22,4% versus 7,8%; p<0.001).

Os relatos de episódios de tratamento preconceituoso/discriminatório foram similares entre crianças e jovens. O contexto-chave mais citado foi a escola, onde 1 entre 10 órfãos relatou ter passado por tal situação. Nos serviços de saúde, a ocorrência foi de 2,6% para crianças e 2,9% para jovens. Em situação de lazer, foram de 3,8% e 4,4%, respectivamente.

Como esperado, uma pequena proporção dos órfãos por Aids era portador do HIV, sendo soropositivos 4,7% das crianças e 0,7% dos jovens. É importante lembrar que 20,4% das crianças e 44% dos jovens não haviam sido testados. Não sabiam se tinham sido testa-

dos 2,9% das crianças e 1,82% dos jovens.

Conclusão

A implementação efetiva do inquérito mostrou as dificuldades para localizar crianças e jovens órfãos por Aids em uma cidade como São Paulo. Ainda que tivéssemos aumentado o número de domicílios selecionados para o rastreamento, é muito provável que teríamos perdas de, no mínimo, um terço. Isto aumenta, sobremaneira, a complexidade e o custo de estudos com órfãos em cidades como a nossa.

Crianças e jovens órfãos estão em situação de vulnerabilidade social e econômica e têm vários direitos afetados, em especial, a participação da vida familiar e comunitária, sem discriminação (artigo 16o, item V do ECA).

Os depoimentos e os bancos de dados coletados sobre as condições de vida, saúde e direitos humanos dos órfãos da cidade de São Paulo constituir-se-ão em fonte de muitas publicações e de oportunidade para formação de profissionais e pesquisadores dedicados a esta população ainda negligenciada em nosso país.

Unidades Participantes: SAE Santana, SAE Butantã e SAE Fidélis Ribeiro

Inicio: Fevereiro de 2005

Previsão de Término: Fevereiro de 2008

Resultados da pesquisa foram apresentados no VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids-2006, 2006, Belo Horizonte; XVI International Aids Conference, 2006, Toronto; 11º Congresso Mundial de Saúde Pública / 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2006, Rio de Janeiro; Aids Impact 2007, Marselha; VIII Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional 2007, São João del-Rei; X Congresso Latino Americano de Medicina Social; IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas e Saúde e XIV Congress of the International Association of Health Policy 2007, Salvador.

Resultados apresentados: Parciais

Apresentação: Pôster

Estudo da resposta celular e humoral ao herpesvírus 8 (HHV8) em indivíduos HIV, com e sem Sarcoma de Kaposi e imunidade restaurada após terapia anti-retroviral, e em indivíduos não infectados por HIV e sorologia positiva para o HHV8

Tania Regina Tozetto Mendoza
tozetto@usp.br

Biólogo, Mestre em Ciências: Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo
Orientadores: Gil Benard e Cláudio Sérgio Pannuti
Co-autores: Cláudio Sérgio Pannuti, Gil Benard, Vanda Akiko Ueda de Souza, Harutaka Katano, Max Igor Lopez, Murilo Sarno, Laura Masami Sumita, Wilton Santos Freire, Sueli Fátima de Bastos, Paulo César Cotrim

Introdução

Estudos apontam o Herpes vírus do tipo 8 (HHV8) como o agente etiológico do Sarcoma de Kaposi epidêmico (SK), doença caracterizada por lesões tumorais cutânea ou visceral, transmitida através do coito, principalmente entre homens que fazem sexo com homens (HSH), havendo recentemente relatos de transmissão via saliva. Indivíduo na condição de imunodeficiência, como ocorre na infecção por HIV, são considerados de alto risco para desenvolver o SK. Após o emprego da terapia antiretroviral altamente eficaz (HAART) contra o HIV, observou-se o declínio na incidência de SK nesses pacientes. A soroprevalencia do HHV8 em HSH infectados por HIV ocorre numa variação de 15% a 39,2%, segundo os trabalhos atuais. O padrão-ouro para o diagnóstico do HHV8 em indivíduos do grupo de risco é a sorologia, embora os testes tenham desempenho restrito em relação à especificidade e sensibilidade. Não há parâmetros laboratoriais que definam precocemente o diagnóstico ou estabeleça o grau de risco do desenvolvimento do SK em indivíduos infectados por HIV. No entanto, há indicações de que a resposta imune celular possa ser importante no controle da infecção por HHV8, na eliminação de células neoplasicas e na evolução do SK, inclusive pesquisas realizadas no nosso laboratório apontam que a sororeatividade do antígeno de fase latente do HHV8 é dependente da contagem de linfócitos CD4 em pacientes com Aids/KS.

Objetivo

A proposta do presente trabalho é comparar a resposta imune celular específica contra o HHV8 de voluntários HSH (sopositivo para HHV8, sem SK e não infectados por HIV) em relação aos pacientes com Aids/KS (com imunidade dita restaurada após terapia antiretroviral), a fim de verificar parâmetros laboratoriais que possam servir de prognóstico da doença.

Método

Células mononucleares do sangue periférico serão submetidas ao ensaio de linfoproliferação contra antígenos de HHV8 in vitro, a partir de um volume de 10 mL de sangue colhido da veia cubital dos grupos de voluntários. O trabalho está em fase de obtenção, produção e seleção de antígenos de fase lítica e latente do HHV8 para aplicação nos ensaios celulares e de pesquisa de anticorpos anti-HHV8.

Considerações

Esperamos que a caracterização da resposta celular dos grupos de estudo possa ser útil às interpretações das investigações sorológicas e como parâmetro complementar de prognóstico do desenvolvimento do tumor.

Unidades Participantes: SAE Butantã, CTA São Miguel, Secretaria Municipal da Saúde. Outras unidades: "Casa da Aids", Departamento de Dermatologia-HCFMUSP, Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias-HCFMUSP, Departamento de Patologia do Instituto Nacional de doenças infecciosas-Japão, CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

Início: 01/06/2006.

Fase em que se Encontra: Em campo e análise

Previsão de Término: 01/06/2008

Protocolo/Emenda Nº 023-01 Versão 7, de 18 de julho de 2005, Merck V520-023- HVTN 502: "Estudo multicêntrico, duplo-cego, randomizado, controlado por placebo de avaliação de conceito fase II para avaliar a segurança e eficácia de um regime de 3 doses da vacina anti-HIV-1 gag/pol/nef em vetor Adenovírus Sorotipo 5 da Merck (MRKAd5 HIV-1 gag/pol/nef) em adultos com alto risco de infecção pelo HIV-1 "

Artur Olhovetchi Kalichman
vacinas@crt.saude.sp.gov.br

Médico sanitarista, mestre em Medicina Preventiva, Diretor Técnico Substituto do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenador Adjunto do Programa Estadual DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Investigador Principal da Unidade de Pesquisa de Vacinas Anti-HIV, vinculada à HIV Vaccine Trials Network - HVTN- DAids-NIH.

Introdução

Este protocolo está sendo conduzido pela Merck Research Laboratories (MRL) em colaboração com a Rede de Estudos da Vacina do HIV (HVTN) e a Divisão de Aids (DAids) do Instituto Nacional de Saúde (NIH) dos EUA. Este protocolo será o primeiro estudo planejado para medir a eficácia da vacina MRKAd5 HIV-1 gag/pol/nef .

A vacina MRKAd5 HIV-1 gag/pol/nef é desenhada para induzir respostas imunológicas mediada por células (CMI) que pode ser capaz de proporcionar proteção parcial ou completa da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). As respostas de CMI não podem prevenir a infecção de células pelo HIV, mas poderiam abortar uma infecção antes dela se estabelecer, ou conter o vírus em um nível significantemente menor se o HIV não for eliminado.

Objetivo

Primário de Segurança: Demonstrar que a injeção intramuscular da Vacina Anti-HIV-1 gag/pol/nef de Adenovírus Sorotipo 5 da Merck (MRKAd5 HIV-1 gag/pol/nef) é geralmente segura e bem tolerada em adultos soronegativos com 18 a 45 anos de idade com titulações de Ad5 de baseline ≤200.

Primário de Eficácia: Demonstrar que a injeção intramuscular da vacina MRKAd5 HIV 1 gag/pol/nef (a) reduz a proporção de indivíduos que adquirem a infecção pelo HIV-1 com titulações de Ad5 de baseline ≤200 e/ou (b) resulta em uma redução do set-point de carga viral do HIV-1 (RNA do HIV-1 ~3 meses após o diagnóstico), em indivíduos que se tornam infectados pelo HIV-1 em comparação com indivíduos que recebem placebo com titulações de Ad5 de baseline ≤200.

Secundário de Segurança: Demonstrar que a injeção intramuscular da Vacina anti-HIV-

1 gag/pol/nef em vetor de Adenovírus Sorotipo 5 da Merck (MRKAd5 HIV-1 gag/pol/nef) é geralmente segura e bem tolerada em adultos soronegativos com 18 a 45 anos de idade independente das titulações de Ad5 de baseline.

Secundário de Eficácia: Demonstrar que a injeção intramuscular da vacina MRKAd5 HIV-1 gag/pol/nef (a) reduz a proporção de indivíduos que adquirem a infecção pelo HIV-1 em todos os indivíduos, independente da titulação de Ad5 de baseline e/ou (b) resulta em uma redução do set-point da carga viral do HIV-1 (RNA do HIV-1 ~3 meses após o diagnóstico), em indivíduos que se tornam infectados pelo HIV-1, independente das titulações de Ad5 de baseline.

Métodos

Desenho e duração do estudo

Este é um estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego (participante, investigador, e equipe clínica que faz a monitoração dos resultados de segurança e laboratoriais) com sigilo interno, controlado por placebo. A randomização será pré-estratificada por sexo, titulação de baseline de anticorpo neutralizante do adenovírus tipo 5 (<18 ou 18-200, 201-1000, e > 1000) e centro do estudo.

As visitas de acompanhamento clínico e laboratorial, testes de HIV-1, e/ou visitas de acompanhamento de imunogenicidade serão realizadas no Dia 1, Semanas 2, 4, 8, 12, 26, 30, 52, 78, 104, 130, 156, 182, 208, e 210 após a primeira injeção. Os indivíduos que forem infectados pelo HIV-1 durante o estudo farão visitas de acompanhamento clínico complementares, medidas de sub-populações de células T e de RNA viral plasmático do HIV-1, e avaliações de imunogenicidade, assim como, opcionalmente, medidas de RNA viral do HIV-1 e seqüenciamento de isolados virais de secreções genitais. Vide Fluxograma do Estudo para maiores detalhes.

Este é um estudo orientado por evento. Os indivíduos serão testados para verificar a aquisição da infecção pelo HIV-1 aproximadamente a cada 6 meses até que um número suficiente de eventos tenha sido acumulado para avaliação dos endpoints. Com base na incidência projetada de infecção pelo HIV-1 na população do estudo, a duração total do estudo prevista, desde a randomização do primeiro indivíduo até o final das visitas de acompanhamento após a infecção primária do último indivíduo que se infectar pelo HIV-1 no estudo, será ~ 4,5 anos.

Amostra

A população do estudo incluirá adultos soronegativos para o HIV-1 com 18 a 45 anos de idade com alto risco de infecção pelo HIV-1 em regiões do mundo onde o tipo B for a cepa predominante de HIV-1. Aproximadamente 3000 adultos soronegativos para HIV-1 com idade entre 18 e 45 anos (inclusive) com alto risco de infecção pelo HIV-1 serão incluídos e randomizados na proporção de 1:1 no dia da injeção (Dia 1) para receber a vacina MRKAd5 HIV-1 gag/pol/nef ou placebo. Serão incluídos aproximadamente 1500 indivíduos com titulações de Ad5 de baseline ≤200, e aproximadamente 1500 indivíduos com titulações de Ad5 de baseline > 200. Serão feitos esforços especiais para incluir mulheres de alto risco neste estudo.

Dosagem, via de administração

Três doses de 1,0 ml da vacina anti-HIV-1 gag/pol/nef em vetor adenovírus sorotipo

5 da Merck (MRKAd5) na dose de 1,5x1010genomas de adenovírus (Ad vg) por dose ou placebo no Dia 1, Semana 4, e Semana 26. Cada dose de 1,0 ml da vacina ou placebo será administrada via intramuscular (IM) por agulha/seringa.

Medidas de Eficácia

Este estudo tem 2 endpoints de eficácia primários, aquisição de infecção pelo HIV-1 e set-point de carga viral (RNA do HIV-1 ~3 meses após o diagnóstico) em indivíduos que se infectarem.

Os indivíduos serão triados para verificar a aquisição da infecção pelo HIV-1 nas Visitas de Supervisão a partir de 12 semanas após a primeira injeção e aproximadamente a cada 6 meses a partir de então.

Medidas de Imunogenicidade

O teste de imunogenicidade incluirá os seguintes ensaios: IFN-γ ELISPOT não fracionado, anticorpo neutralizante do Ad5, ensaio multiplex de anticorpo gag/pol/nef do HIV-1 e ensaio de marcação de citoquina intracelular (ICS). .

Medidas de Segurança

Os co-presidentes do Protocolo e o Supervisor Médico da DAids revisarão todos os dados de segurança clínica e laboratorial durante o estudo, independente da intensidade do evento. Além disso, o PATROCINADOR indicará um Comitê de Monitoração de Dados e de Segurança (DSMB) independente para monitorar a segurança neste protocolo. O DSMB revisará todos os relatos de eventos adversos sérios em tempo real, de forma cega, monitorará a inclusão e descontinuação dos participantes, receberá relatórios periódicos de eventos adversos não sérios, e revisará os dados de eficácia à medida em que se acumularem. O DSMB determinará se o estudo deve continuar, ser modificado ou interrompido por razões de segurança ou eficácia. O endpoint de segurança primário deste estudo é a incidência de eventos adversos sérios (EASs) relacionados à vacina durante toda a duração do estudo.

Análise

Análises Primárias

Segurança

Para endereçar a hipótese de segurança primária, a ocorrência de todos eventos adversos sérios (EASs) relacionados à vacina no estrato Ad5 ≤ 200 será resumida e comparada entre os 2 grupos de tratamento. Além disso, os dados sobre as reações no local da injeção (Dia 1 ao Dia 5 após cada injeção), temperatura corporal, eventos adversos sistêmicos (Dia 1 ao Dia 15 após cada injeção) e medidas laboratoriais (nos time points pré-especificados) do estrato Ad5 ≤ 200 serão resumidos e comparados entre os grupos de tratamento. Todos os eventos adversos sistêmicos serão agrupados por sistema corporal e será calculado um valor de p e o intervalo de confiança para o risco relativo (vacina:placebo) de cada EA sistêmico.

Eficácia

Para endereçar a hipótese de eficácia primária para o endpoint infecção, o número de infecções pelo HIV-1 adquiridas ("eventos") no braço vacina será comparado com o

número correspondente no braço placebo no estrato Ad5 ≤ 200.

Para endereçar a hipótese de eficácia primária para o endpoint de carga viral, para os indivíduos que se infectarem pelo HIV-1 no estrato Ad5 ≤ 200, a média dos valores de RNA do HIV-1 log10 ("carga viral") aproximadamente 2 a 3 meses após o diagnóstico de infecção pelo HIV-1 será resumida para cada grupo de tratamento, e um valor de p unicaudal será calculado utilizando o teste estratificado de Wilcoxon "rank sum" de ausência de diferença entre grupos.

A hipótese de segurança secundária será avaliada da mesma forma para a hipótese de segurança primária, mas será baseada nos dados de eficácia de todos os participantes, ou seja, indivíduos nos estratos Ad5 ≤ 200 e > 200 combinados. Mais especificamente, será realizada uma análise estratificada (sexo e Ad5) para resumir a eficácia geral da vacina (combinando os estratos Ad5 ≤200 e >, sendo que cada estrato de Ad5 receberá peso igual).

Análises Secundárias/Exploratórias

Embora não haja hipótese de eficácia formal para o estrato Ad5 >200, para fins de descrição, também serão fornecidos resumos de eficácia separadamente para indivíduos com Ad5 >200.

Dada a natureza experimental deste estudo, serão realizadas várias análises secundárias e exploratórias. Por exemplo, as diferenças entre grupos serão analisadas para outros endpoints de eficácia como dados de carga viral de prazo mais longo (por ex., carga viral 6, 12 e 18 meses após o diagnóstico de infecção pelo HIV-1), taxa de declínio das contagens de células CD4, tempo até atingir os critérios para início de terapia antiretroviral e assim por diante.

Análise Interina

Este estudo empregará um desenho de número fixo de eventos. Especificamente, o estudo é desenhado para acumular 50 eventos primários no estrato Ad5 >200 e no mínimo 50 eventos primários no estrato Ad5 ≤ 200 (100+ no geral). Será realizada uma análise interina "alpha spending" para a hipótese de eficácia primária após 30 eventos primários terem sido acumulados no estrato Ad5 ≤ 200, e os dados de carga viral correspondentes para os indivíduos infectados pelo HIV-1 estarem disponíveis (para aqueles que não iniciarem a terapia antiretroviral precocemente). Da mesma forma, será realizada uma análise interina "alpha spending" para a hipótese de eficácia secundária após 30 eventos primários terem sido acumulados no estrato Ad5 > 200 e no mínimo 30 eventos primários terem sido acumulados no estrato Ad5 ≤ 200, e os dados de carga viral correspondente para os indivíduos infectados pelo HIV-1 estarem disponíveis (para aqueles que não iniciarem a terapia antiretroviral precocemente).

Resultados

Os resultados preliminares da análise interina do estudo, quando foram analisados dados de cerca de 1500 voluntários, mostraram que, dentre os 741 voluntários que receberam a vacina em teste, 24 se infectaram após exposição ao vírus. No grupo de 762 participantes que receberam placebo houve 21 infectados. Esta análise indicou que a vacina não foi capaz de proteger da infecção pelo HIV. Também não se observou diferenças na carga viral de pessoas que receberam a vacina e o placebo, indicando que a vacina experi-

mental em estudo não se mostrou capaz de modular a infecção pelo HIV. Baseados nestes resultados o Comitê de Monitoramento de Segurança e Dados recomendou a interrupção das vacinações das pessoas que ainda não tinham completado o esquema de três vacinações previsto no protocolo. Esta recomendação foi aceita pelos patrocinadores do estudo e suas lideranças da Merck e HIV Vaccine Trials Network – HVTN.

O estudo não foi interrompido e os voluntários continuarão a serem acompanhados pela equipe de pesquisa. Não se identificou problemas referentes à segurança do produto até o momento. Não houve infecções nos voluntários brasileiros, até o momento.

Conclusão

A vacina experimental em estudo não foi capaz de prevenir a infecção pelo HIV nos participantes que se expuseram ao vírus, nem de diminuir a carga viral nos voluntários que se tornaram infectados. Estes eram os dois principais objetivos do estudo.

O desenho utilizado neste estudo (Fase IIb) foi capaz de proporcionar aprendizado rápido dos resultados, envolvendo menos recursos e menos participantes do que o usual em estudos tradicionais de eficácia de um produto experimental (Fase III).

Mais análises estão sendo feitas para se aprofundar o conhecimento em relação aos resultados deste estudo.

Unidades Participantes:

Inicio: Julho 2006

Fase em que se Encontra: Em Campo

Previsão de Término: Fevereiro 2011

Estudo de sobrevida da Aids pediátrica no Brasil, 1999 - 2002

Luiza Harunari Matida
lmatida@uol.com.br

Médica, Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo
Co-autores: Alberto Novaes Ramos Júnior, Marinella Della Negra, Heloisa Helena de Souza Marques, Norman Hearst, Regina Célia Menezes Succi, Eliseu Waldman

Introdução

É de grande importância o conhecimento dos tempos de sobrevivência dos pacientes com Aids. Além de se prestar para o dimensionamento das necessidades, no que se refere à assistência e ao estabelecimento de políticas públicas, é fundamental para a avaliação das estratégias de intervenção que visam ao prolongamento da vida destes pacientes.

Objetivo

Conhecer o tempo de sobrevida de crianças infectadas pelo HIV, diagnosticadas no período de 01/01/1999 a 30/12/2002, acompanhadas ambulatorialmente até dezembro de 2006, de acordo com: categoria de transmissão, ano do diagnóstico, sexo, ano do nascimento, idade da criança ao diagnóstico, medidas profiláticas adotadas na mãe (no caso de transmissão vertical), intervenções profiláticas utilizadas.

Método

Será sorteada amostra probabilística dos pacientes com menos de 13 anos de idade, com diagnóstico de Aids feito entre janeiro de 1999 e dezembro de 2002 e notificados no Sistema de Vigilância Epidemiológica do Programa Nacional de DST/Aids. Os casos sorteados serão investigados, através de um questionário, que será preenchido com informações coletadas no prontuário hospitalar/ambulatorial.

Unidades Participantes: A amostra conta com 60 municípios participantes de todo o país, com um total de 1400 casos a serem coletados em 170 serviços de saúde.

Início: Janeiro de 2006

Fase em que se encontra: Em Campo

Previsão de Término: Dezembro 2007

Estudo de sobrevida dos pacientes de Aids no Brasil, 1998 –1999

Ione Aquemi Guibu
ione@cealag.com.br - ione.guibu@fcmscsp.edu.br

Médica formada pela Faculdade Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Co-autores: Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros e Profa. Dra. Maria Rita Donalísio Cordeiro da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; Ângela Tayra do Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids-São Paulo; Prof.Dra. Maria Cecília Goi Porto Alves do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

Introdução

No Brasil, desde 1992, tem sido garantido o tratamento com os antiretrovirais disponíveis a todos os pacientes e acesso a exames como contagem de CD4 e de Carga Viral. Estudo realizado por Marins et. al (2003) mostrou que os pacientes diagnosticados em 1995 tiveram sobrevida mediana de 16 meses, tendo ampliado para 58 meses nos diagnosticados em 1996.

Objetivo

Avaliar o tempo de sobrevida após o diagnóstico de Aids em pacientes com mais de 12 anos de idade diagnosticados no período de 01/01/1998 a 31/12/1999, e notificados ao Sistema de Vigilância Epidemiológica do Programa Brasileiro de DST/Aids.

Método

O estudo é do tipo coorte não concorrente, constituída por uma amostra dos pacientes de Aids diagnosticados durante 1998 e 1999 e notificados no Sistema de Vigilância Epidemiológica do Programa Nacional de DST/Aids. Serão excluídos os casos de municípios que tenham menos de 40 casos diagnosticados no período. Com isto a população de estudo será constituída por 92,8% do total de casos do país. A amostra permitirá realizar estimativas de sobrevida para o conjunto de pacientes do país e separadamente para as regiões Sudeste, Sul, Nordeste e conjuntamente Centro-Oeste/Norte. Para tanto, foi estimado um tamanho mínimo de amostra de 4000. Considerando uma taxa de não resposta de 20% referente a casos não localizados, sem informação ou que não atendam ao critério de inclusão no estudo, serão sorteados 5000 casos. Os dados serão coletados em um formulário especialmente desenhado, colhidos de prontuários de pacientes sorteados para comporem a amostra. A variável tempo de sobrevida será criada a partir da data do diagnóstico e da data do óbito para os pacientes que faleceram e, da data do diagnóstico e da última consulta no serviço, para os pacientes que sobreviveram.

Resultados

Espera-se obter: a sobrevida dos pacientes segundo fatores sócio-demográficos e epidemiológicos, em especial o impacto das desigualdades sociais e das diferenças regionais; características clínicas e laboratoriais dos pacientes; tendência da sobrevida dos pacientes

em comparação a pesquisas prévias; presença de comorbidades.

Conclusão

Os resultados permitirão avaliar as propostas do pograma de controle da Aids e com isto possibilitará adequá-lo às diferentes realidades regionais.

Unidades Participantes: Dezenas de serviços da Rede Municipal de São Paulo e de outras localidades foram sorteadas para compor a amostra.

Início: Setembro de 2006

Fase em que se encontra: Em campo

Previsão de Término: Dezembro de 2007

Resultados da pesquisa foram apresentados no Seminário "Métodos em Epidemiologia Estudos de Coorte", promovido pela Comissão de Epidemiologia da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, realizado no Rio de Janeiro, de 1 a 3 de agosto de 2005.

Resultados então apresentados: Metodologia

Apresentação: Oral

Metodologia para cálculo de custo-padrão de tratamento de pacientes HIV/Aids em seguimento

Antonio Carlos Coelho Campino
campinol@usp.br

Doutor em Ciências Econômicas FEA/USP e FIPE
Co-autores: Denise C. Cyrillo, Marislei Nishijima, Flavia Mori Machado

Introdução

Levando em conta o processo de tratamento de pacientes HIV/Aids em ambulatórios e hospitais dia possibilitados principalmente após a introdução da terapia anti-retroviral múltipla, pouco ainda se conhece sobre os custos de tal tratamento. Esse baixo grau de desconhecimento pode impedir que os recursos financeiros possam ser alocados da maneira mais eficiente. Assim, estudos que aumentem a informação sobre seus custos serão orientadores das políticas internas à SMS.

Objetivo

O projeto tem por objetivo desenvolver uma metodologia de cálculo do custo padrão de tratamento de paciente HIV/Aids em seguimento. Adicionalmente, calculará efetivamente o custo padrão de tratamento para um paciente "médio".

Método

Levantamento de insumos e sistematização de seus usos através de pesquisa em prontuários de pacientes HIV/Aids em seguimento.

Resultado

Projeto ainda não concluído. Resultado esperado é o valor do tratamento padrão do paciente HIV/Aids em seguimento.

Conclusão

Projeto ainda não concluído.

Unidades Participantes: CR Nossa Senhora do Ó, CR Penha, CR Santo Amaro, SAE Campos Elíseos e SAE Fidélis Ribeiro.

Inicio: Dezembro de 2006

Fase em que se Encontra: Em análise

Previsão de Término: Outubro de 2007

Avaliação da resposta imunológica em pacientes recentemente infectados pelo HIV-1, identificados pela técnica sorológica de ensaio imunoenzimático com estratégia de testagem dupla (detuned)

Esper Georges Kallás

Médico infectologista
Co-autores: Katia Cristina Bassichetto, Maria Cristina Abbate, Fabio Mesquita, Solange Maria Oliveira, Ieda Goldenberg, Reginaldo Bortolato, Ana Regina Willy Campos, Mirtes Aparecida F. Fernandes, Maria da Conceição Silva Pinto, Cecília Etsuko Homa, Sueli Moraes Fernandes Pita, Ivone Bellotti, Suzi Marie Kozaka Osanae,Ricardo Sobhie Diaz.

Resumo

A infecção pelo HIV-1 tornou-se uma pandemia, acometendo todos os continentes e constitui, seguramente, um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. O entendimento dos mecanismos imunológicos no combate ao vírus pelo hospedeiro é fundamental para implementar estratégias de prevenção e tratamento. Entretanto, os fenômenos que ocorrem nas fases iniciais da infecção precisam ser elucidados.Este projeto tem como objetivo identificar pacientes recentemente infectados pelo HIV-1 através da técnica de testagem sorológica dupla (detuned), comparando os resultados com técnica de avaliação de avidez de anticorpos anti-HIV, criar repositório de amostras de soro, plasma e células mononucleares de sangue periférico, caracterizar o tipo de vírus destes pacientes e avaliar a resposta imunológica celular no momento da identificação dos casos e durante seguimento de seis meses. Para isso, serão incluídos 200 pacientes com sorologia convencional indicando presença de anticorpos anti-HIV-1 (imunoenzimático e Western-Blot) e com estratégia de testagem dupla identificando infecção recente. Após inclusão, os pacientes serão avaliados a cada três meses com realização de exames de segurança, CD4, carga viral, sorologia com estratégia de testagem dupla, teste de avidez de anticorpos, imunofenotipagem ampliada de linfócitos circulantes, ELISPOT e ensaio de detecção de IFNA pela citometria de fluxo. Será realizado estudo descritivo dos parâmetros analisados acima: características clínicas e laboratoriais destes pacientes, circulação de cepas virais e resposta imunológica do tipo celular nas fases precoces da infecção. Estes parâmetros serão também avaliados prospectivamente por dois anos. Será ainda realizada comparação da técnica de sorologia com estratégia de testagem dupla com a técnica de avaliação de avidez de anticorpos, como proposta alternativa à primeira, por ser de mais fácil execução.

Unidades Participantes: CR Santo Amaro, SAE Butantã, SAE Campos Elíseos, SAE Cidade Dutra, SAE Lapa, SAE Mitustani, CTA Henfil, CTA Parque Ipê, CTA Pirituba, CTA Santo Amaro e Laboratório Lapa

Início: Maio de 2002

Fase em que se Encontra: Já foram incluídos 91 dos voluntários. Dados de incidência da infecção pelo HIV na clientela dos primeiros quatro serviços já estão em análise. Dados de avaliação imunológica estão em andamento. Dados de circulação de cepas circulantes do HIV na cidade de São Paulo também estão sendo gerados, juntamente com avaliação de resistência primária das cepas isoladas aos medicamentos anti-retrovirais.

Previsão do Término: sem previsão, até completar a inclusão e acompanhamento de 240 pacientes.

Diversos aspectos do trabalho foram divulgados em momentos diferentes, foi apresentado na seção de pôsteres da IV IAS Conference on HIV Pathogenesis and Prevention. Sydney, em julho de 2007. Sauer M. M., Tomiyama H. , Bassichetto K. C., Oliveira S. M., Sucupira M.C., Diaz R. S., Palacios R. G.1, Kallas E. G.. Lack of association between primary retroviral syndrome and progression to immunodeficiency in HIV-1-infected subjects.

Apresentada na seção oral da IV IAS Conference on HIV Pathogenesis and Prevention. Sydney, Julho de 2007. Maidana Giret M.T., Silva T.M., Levi J.E., Bassichetto K.C., Ana N., Sabino E., Palácios R., Kallás E.G. "GBV-C infection is associated with less T cell activation in recently HIV-1-infected subjects and is independent of HIV-1 viral load"

Apresentado em seção oral da XV International Aids Conference, realizada em Bankoc, Tailândia, em julho de 2004. Dercy J Sá-Filho, Katia Bassichetto, Sabri S Sanabani, Ester C Sabino, Mario Janini, Ricardo Sobhie Diaz, Fabio Mesquita, Esper G Kallas."Full-Length Genome Characterization of HIV-1 Samples Obtained from Recently Infected Subjects in Sao Paulo, Brazil.

E no prelo para publicação no Aids Research and Human Retroviruses Sa Filho DJ, Kallas EG, Sanabani S, Sabino EC, Sucupira MC, Tomiyama H, Bassichetto KC, Janini LM, Diaz RS. Characterization of full-length HIV-1 genome obtained from recently infected subjects in Brazil.

Publicado: Kallas EG, Bassichetto KC, Oliveira SM, Goldenberg I, Bortoloto R, Moreno DMFC, Kanashiro C, Chaves MMS, Sucupira MC, Diniz A, Mesquita FC. Establishment of the serologic testing algorithm for recent human immunodeficiency virus (HIV) seroconversion (STARHS) strategy in the City of São Paulo, Brazil. Brazilian Journal of Infectious Diseases 8(6):399-406,2004.

Estudo sobre comportamentos sexuais e contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres

Naila Janilde Seabra Santos
naila@crt.saude.sp.gov.br

Médica Sanitarista
Co-autores: Dra Elvira M Felipi, Dra Wilza Vilela

Os perfis socio-demográficos e de comportamento sexual associados à infecção pelo HIV têm sido definidos, principalmente, através das notificações dos casos de Aids. A análise da disseminação da Aids no Brasil mostra algumas tendências, entre elas o aumento da transmissão heterossexual e consequentemente o aumento substancial dos casos em mulheres. A "feminização" da Aids parece envolver a maior vulnerabilidade biológica da mulher ao HIV e uma desigualdade na distribuição de poder entre os gêneros.

O objetivo deste projeto é conhecer o comportamento sexual das mulheres buscando informações sobre a sua vulnerabilidade no campo do comportamento, da parceria, das relações de gênero e do acesso aos serviços e insumos de saúde.

Para a realização deste projeto será utilizado um estudo quanti-qualitativo com mulheres HIV-positivo atendidas em SAEs e HIV-negativo das cinco regiões brasileiras. O total da amostra foi de 4645, sendo 2175 mulheres HIV-positivo e 2470 mulheres atendidas em serviços de Saúde da Mulher. Estas mulheres serão convidadas a preencher um questionário anônimo, estruturado, contendo questões sobre dados demográficos, história da infecção e do diagnóstico, história sexual, assistência e tratamento. Para aprofundar essas questões, entre as mulheres HIV positivo, serão aplicadas entrevistas, utilizando-se um roteiro menos estruturado e mais detalhado, em uma sub-amostra do universo das 2175 mulheres, e realizados grupos focais.

Justificativa e relevância da pesquisa

O aumento substancial do número de casos de Aids em mulheres mostra a necessidade de investigar o perfil epidemiológico das mulheres HIV positivo, as situações de vulnerabilidade feminina para a infecção pelo HIV, as circunstâncias em que as mulheres fazem ou não uso do preservativo, os fatores que influenciam e/ou determinam a adoção de práticas sexuais mais seguras e a relação com seus parceiros.

Objetivos

Geral

Conhecer o perfil das mulheres HIV positivo e as situações de vulnerabilidade feminina para o HIV no campo do comportamento sexual, das parcerias e do acesso aos serviços e insumos de saúde.

Específicos

Estudar as características sócio-demográficas e comportamentais das mulheres HIV-positivo em serviços de referência para o atendimento de HIV/Aids e das mulheres atendidas nos serviços de Saúde da Mulher.

Avaliar a qualidade do serviço prestado a essas mulheres.

Material e métodos

Estudo quali-quantitativo realizado em serviços de referência para o atendimento de HIV/Aids e em serviços de Saúde da Mulher que possuam mais de 50% dos seus atendimentos voltados à consultas de pré-natal e/ou planejamento familiar, nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Centro Oeste e Sul, em mulheres acima de 18 anos de idade.

Foram utilizados dois questionários estruturados, um para cada grupo estudado, auto-aplicáveis, contendo questões sobre características sócio-demográficas, história sexual pregressa e atual, além de questões sobre assistência e tratamento. Para as mulheres HIV positivo será investigada a história da infecção e do diagnóstico do HIV e sobre as mudanças na vida sexual depois deste diagnóstico. Foi realizado um piloto com 22 questionários em um Encontro de Mulheres Soropositivas, ocorrido em São Paulo, no início de dezembro de 2002. As pessoas analfabetas foram incluídas no estudo qualitativo.

O cálculo de amostra populacional para os dois grupos foi realizado utilizando-se uma estimativa de 50% de prevalência para as variáveis pesquisadas, o que maximiza o tamanho da amostra. Para o grupo de mulheres que freqüentam os serviços de Saúde da Mulher o número de entrevistas por região ficou em 380, após o uso da fórmula de cálculo de amostra populacional.

Para o grupo de mulheres soropositivas o cálculo da amostra foi feito utilizando-se uma estimativa da população soropositiva por macrorregião efetuado pela Dra Célia Landman em trabalho publicado em Boletim Epidemiológico da CN-DST/Aids (TMI - Boletim - Ano XV n 01 - julho a setembro de 2001 - ISSN: 1517-1159). O resultado final é uma amostra de 1673, divididas por região como está discriminado: Norte-163, Nordeste-376; Sul-380, Sudeste-383, Centro-Oeste-371.

Os cálculos foram feitos por macrorregião, para um intervalo de confiança de 95% e erro bilateral de 5%, exceto na região norte onde aceitamos um erro bilateral de 7,5% para o grupo de soropositivas, porque não seria possível obter uma amostra maior na região, devido ao número de pessoas atendidas nos SAEs e período de tempo de coleta de dados.

Considerando-se que o questionário foi auto aplicável, a possibilidade de questões incorretamente preenchidas ou não preenchidas, é grande. Assim, a amostra foi aumentada em 30% chegando-se a um total de 2175 para as soropositivas e 2470 para as mulheres atendidas nos serviços de Saúde da Mulher.

As entrevistas em profundidade foram aplicadas por entrevistadores especialmente treinados em 50 mulheres soropositivas, numa amostra de conveniência, sendo 10 mulheres por macrorregião, em locais selecionados segundo a estrutura dos serviços. Estas entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise de conteúdo. O roteiro para as entrevistas também foi submetido a um piloto no mesmo encontro citado anteriormente.

Foram ainda realizados 10 grupos focais (5 grupos com as mulheres atendidas nos serviços de saúde da mulher e 5 grupos com as mulheres HIV positivo) objetivando aprofundar a discussão das questões relativas à vulnerabilidade feminina.

O estudo quantitativo será realizado nos seguintes municípios: Manaus, Belém, Campina Grande, Recife, Vitória da Conquista, São Paulo, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Distrito Federal, Goiânia, Campo Grande, Curitiba e Pelotas.

O estudo qualitativo foi realizado em Belém, Recife, Ribeirão Preto, Campo Grande e Curitiba.

Plano de coleta e análise de dados

Os questionários foram propostos por um funcionário da recepção dos serviços incluídos a todas as usuárias quando do seu comparecimento rotineiro aos mesmos. Cada serviço teve um supervisor responsável pelo convite, entrega dos questionários e esclarecimento de dúvidas. Depois de respondidos, os questionários foram depositados em urnas com numeração específica para cada serviço de saúde. Estas urnas foram lacradas e encaminhadas para o local onde se procedeu à digitação dos dados.

A análise dos dados quantitativos e qualitativos foi efetuada pelo grupo de pesquisadores com assessoria de um estatístico.

Área de intervenção geográfica: Municípios das cinco regiões brasileiras.

Região Norte: Manaus/AM e Belém/PA

Região Nordeste: Campina Grande/PB, Recife/PE e Vitória da Conquista/BA

Região Centro-Oeste: Distrito Federal, Goiânia/GO e Campo Grande/MS

Região Sudeste: São Paulo/SP, Ribeirão Preto/SP, Belo Horizonte/MG e Rio de Janeiro/RJ

Região Sul: Pelotas/RS e Curitiba/PR

População-alvo

Mulheres HIV positivas que freqüentam serviços de referência e mulheres atendidas nos serviços de Saúde da Mulher em 14 municípios das cinco regiões brasileiras.

Avaliação crítica e riscos em relação aos objetivos do projeto

Sabe-se que a amostra planejada não é representativa das mulheres brasileiras, mas, ainda assim, espera-se que o perfil encontrado aproxime-se da realidade dos dois grupos estudados.

Os riscos individuais para as mulheres pesquisadas são mínimos e restritos a um eventual desconforto frente a perguntas de caráter íntimo. As mulheres não serão submetidas a nenhum procedimento invasivo. Os questionários serão voluntários e anônimos. Para a análise dos dados, tanto os questionários estruturados quanto das entrevistas serão identificados por código.

Unidades Participantes: CR Santo Amaro e UBS Jardim Sapopemba

Início: 2003

Fase em que se encontra: Por problemas de ordem administrativa a pesquisa não evoluiu no decorrer de 2007 até outubro quando foi retomada.

Pessoas com deficiência e HIV/Aids: interfaces e perspectivas

Marta Esteves de Almeida Gil
martaalmeidagil@gmail.com

Co-autores: Ana Rita de Paula;Fernanda Sodelli;Mina Regen
Autores da primeira versão do Projeto: Kátia Cristina Bassichetto; Dráurio Barreira;Alexandre Grangeiro e Dolores Cristina Gomes Galindo

Introdução

A relevância do tema "Sexualidade e Pessoas com Deficiência"

O presente Projeto se insere num campo de estudos muito recente; em decorrência, apresenta pequena produção teórica e reduzido número de pesquisadores e estudiosos. Os fatores explicativos dessa situação são vários e fogem ao escopo desse Projeto. Limitar-nos-emos a afirmar que a Deficiência ainda é vista, lamentavelmente, por muitos, como um campo de estudos de importância secundária.

A produção de conhecimento sobre a Deficiência, no Brasil, concentra-se nas áreas da Pedagogia, Psicologia Clínica e, recentemente, Inserção no Trabalho. Gradativamente ela começa a conquistar espaço e credibilidade em outras áreas.

Ora, se o tema da Deficiência em geral ainda está restrito a disciplinas voltadas para o atendimento da pessoa com deficiência, seja no que se refere a aspectos educacionais, psicológicos ou clínicos, o que dizer da produção de conhecimento no campo da Sexualidade?

A despeito da escassez de produção teórica sobre o tema em questão (Deficiência e Sexualidade), profissionais de diversas áreas que têm contato com pessoas com deficiência constatam que elas estão exercendo seu direito à sexualidade, embora nem sempre de modo seguro. Dados, ainda que preliminares, assim como depoimentos de pessoas com deficiência mostram que elas também são vítimas de violência e abuso sexual, situação essa que recebe pouca atenção e divulgação, seja da mídia, seja de pesquisadores, de profissionais especializados ou mesmo de familiares.

O levantamento da bibliografia existente evidencia as lacunas e o nível de desconhecimento dos assuntos pertencentes à interface Deficiência e Sexualidade, que são muitos e que apresentam interrelações com outras áreas do saber.

O estudo mais abrangente que localizamos foi o "Global Survey on HIV/Aids and Disability", realizado pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Yale, com apoio do BancoMundial, coordenado pela Dra. Nora Groce e publicado em abril de 2004.

Objetivo Geral

Identificar condições de vulnerabilidade ao HIV/Aids entre pessoas com deficiência visual, auditiva e física, visando subsidiar o planejamento de ações de prevenção, controle e ampliação do acesso destes segmentos ao conjunto de serviços de atendimento às DST/Aids da rede municipal de saúde, inclusive à testagem sorológica.

Método

O Projeto ora apresentado irá focalizar a realidade de pessoas com deficiência física, visual e auditiva com idade acima de 18 anos.

Considerando, de um lado o desconhecimento existente sobre o tema HIV/Aids e Deficiência e, por outro, a necessidade (e até a premência) de começar a intervir nessa situação, utilizando como instrumentos o levantamento de dados, a disseminação de informações de qualidade e a oferta de testagem sorológica, optamos por fazer uma pesquisa de caráter exploratório, que se coaduna com a opção pela pesquisa-ação

Uma vez que essa pesquisa está voltada para o processo de interação com os indivíduos e os grupos, oferecendo informações de qualidade e acessíveis, além de aprofundar o conhecimento sobre o segmento de pessoas com deficiência, podemos considerá-la como sendo de natureza qualitativa.

Entendemos ser possível e desejável adotar linhas de atuação que integrem a discussão em grupo, por meio dos grupos focais e a pesquisa-ação, através da atuação dos Agentes de Pesquisa e as entrevistas em profundidade. Essas estratégias têm um ponto em comum: possibilitam a participação das pessoas, individualmente e/ou em grupo.

Resultado e Conclusão

Como a pesquisa está na fase preliminar, ainda não há dados referentes a estes itens.

Inicio: Fase de contatos preliminares

Fase em que se encontra: Antes de entrar em campo

Diagnóstico situacional das unidades especializadas em DST/ Aids do Município de São Paulo em relação às condições de assistência aos deficientes físicos e/ou motores

Carolina Terra de Moraes Luizaga
carolinaterra@usp.br

Graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)
Co-autora e Orientadora: Prof. Dra. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryschek

Introdução

A epidemia da Aids é hoje um grande problema de saúde pública no Brasil. Atualmente, o risco de exposição à doença é praticamente igual para qualquer indivíduo. No caso de pessoas com deficiência, há a noção errônea de que estes indivíduos não são sexualmente ativos, não fazem uso de drogas ou álcool e são menos suscetíveis à violência sexual e estupro que pessoas não portadoras de deficiência. Isso tem contribuído para a inserção dessa população no conjunto de indivíduos com DST que vêm apresentando novos casos de Aids. Da mesma forma, não têm sido constatados esforços para a criação de programas voltados para a educação sexual ou para a expansão do acesso a informações sobre sexualidade, assim como, os deficientes não são considerados uma população mais vulnerável para a contaminação pelo HIV. A disseminação da informação sobre a questão é um dos elementos contribuintes para que alguns tabus sejam revistos e, conseqüentemente, o exercício da sexualidade seja possível, saudável e seguro.

Objetivo

Realizar diagnóstico situacional da Rede Municipal Especializada em DST/Aids do Município de São Paulo (RME DST/Aids) em relação ao acesso e permanência de deficientes físicos e/ou motores.

Método

Trata-se de estudo exploratório, descritivo, de abordagem quali-quantitativa. As informações foram obtidas junto aos gestores das 24 unidades da RME em DST/Aids, através de roteiro versando sobre a existência de programas específicos para deficientes físicos e/ou motores e caracterização do ambiente físico. Foi realizada visita às unidades para observação das entradas de acesso e áreas de circulação de usuários. Utilizou-se como referência a Norma Técnica Brasileira 9050 (2004), elaborada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas, que estabelece critérios e parâmetros técnicos de acessibilidade. Entende-se por acessibilidade, "condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos (...) por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida" (Decreto Federal de 2/12/2004, Cap.3, Art.8, Inc.I); e por acessível, "espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento que possa ser

alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa, inclusive aquelas com mobilidade reduzida" (NBR 9050).

Resultados

Das 24 unidades, apenas uma possui ações para deficientes no âmbito da prevenção e educação. Quanto ao ambiente físico, cinco não possuem entrada acessível, dez não dispõem de estacionamento de veículos ou vaga exclusiva para deficientes interligados à entrada acessível através de rota acessível. Nenhum dos estabelecimentos possui sinalização do acesso adequado à pessoa com deficiência, três unidades não oferecem e 4 oferecem, parcialmente, piso com superfície regular, estável, firme e antiderrapante. 14 possuem degraus ou escadas fixas não tratados na forma de rampa, seis não têm corrimãos instalados em ambos os lados das escadas ou das rampas. Uma não possui portas com largura suficiente para a passagem de uma cadeira de rodas e somente seis possuem sanitários acessíveis.

Conclusão

A maioria das unidades da RME DST/Aids do Município de São Paulo não oferece condições adequadas para o acesso e permanência de pessoas com deficiência, prejudicando a qualidade da assistência e infringindo seus direitos individuais e sociais, assegurados pela Lei Federal nº 7853 (24/10/1989). Entre eles, a igualdade de tratamento e oportunidade (Art.1, Par.1) e na área da saúde, promoção de ações preventivas e desenvolvimento de programas de saúde específicos, assim como, a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento neles (Art.2, Inc.II). Esses resultados serão disponibilizados para a coordenação do Programa Municipal de DST/Aids no sentido de melhorar a integração de pessoas com deficiência ao fluxo de atendimento desta rede especializada, tornando-a acessível.

Unidades Participantes: AE Vila Prudente, AE Ceci, CR Nossa Senhora do Ó, CR penha, CR Santo Amaro, CTA Chabilândia, CTA Henfil, CTA Itaim, CTA Parque Ipê, CTA Pirituba, CTA Santo Amaro, CTA São Mateus, CTA São Miguel, CTA Tiradentes, SAR Herbert de Souza, SAE Butantã, SAE Campos Elíseos, SAE Cidade Líder, SAE Cidade Dutra, SAE Fidélis Ribeiro, SAE Ipiranga, SAE Lapa, SAE Mitsutani e SAE Santana.

Inicio: Setembro de 2006

Fase em que se encontra: Em análise

Previsão de Término: Novembro de 2007

Resultados Parciais da pesquisa foram apresentados no I Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva (SINPESC), realizado nos dias 3 e 4 de setembro de 2007, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Forma de apresentação: Oral

Publicado no Livro de Resumos do I Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva.

Alimentação de lactentes filhos de mulheres portadoras do vírus HIV

Simone Heliotrópio de Matos
shmatos@usp.br

Graduanda em Nutrição pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Co-autores: Professor Dr Ivan França Junior e Janete Costa
Orientador: Prof Dr Ivan França Junior

Introdução

A OMS recomenda que as mulheres portadoras do HIV não amamentem seus filhos, desde que seja factível, seguro e acessível (WHO, 2003). Poucos são os estudos, no Brasil, que levam em consideração os diversos aspectos que podem influenciar na escolha do tipo de alimentação dos lactentes filhos de mulheres portadoras do HIV, inclusive o papel do estigma e discriminação que informam estas decisões.

Objetivo

Compreender como as mulheres portadoras do HIV, acompanhadas em um serviço especializado em DST/Aids, da rede municipal de São Paulo, lidam com a questão da alimentação do lactente de 0 a 6 meses de idade e quais são suas estratégias e dificuldades para amamentar ou desmamar. Identificar de que maneira o estigma relacionado à Aids pode influenciar na decisão das mulheres quanto ao aleitamento materno.

Metodologia

Estudo qualitativo de natureza exploratória, realizado através de entrevistas semi-estruturadas, com roteiro pré-definido. A população sob estudo está sendo composta de mulheres portadoras do HIV que tenham engravidado ou concebido crianças nos últimos 12 meses (2004-2005). A participação nas entrevistas é voluntária, sem prejuízos, ou vantagens para as participantes, o sigilo é garantido, seguindo os preceitos éticos, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). As mulheres são convidadas a participar a partir da apresentação do pesquisador por um profissional do serviço. Ao término da entrevista é oferecido às mulheres um guia prático de orientação nutricional para lactentes no primeiro ano de vida. A pesquisa encontra-se na fase de execução do campo.

Como ainda não foi concluído o trabalho de campo, não há dados novos este ano, a situação do estudo é a mesma descrita no ano anterior.

Unidades Participantes: SAE Santana

Inicio: 2005

Fase em que se encontra: Em análise

Previsão de Término: Segundo semestre de 2007

Anotações

Anotações

Anotações

DST / AIDS
CIDADE DE SÃO PAULO
SMS - PMSP

PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

UNESCO
Organização
das Nações Unidas
para a Educação,
a Ciência e a Cultura