

Esta edição em livro do VII Congresso Virtual HIV/AIDS destina-se a ser distribuída gratuitamente a profissionais de saúde, ONG's e instituições que se dediquem à luta contra o VIH/SIDA.

Teve suporte financeiro das seguintes instituições:





7 HIV-AIDS

Virtual Congress



**O VIH/SIDA NA
CRIANÇA E NO IDOSO**

©SIDAnet, Associação Lusófona

CAPA

ETAVARES

com desenhos de crianças internadas no Serviço de Pediatria do Hospital de S. Maria

PRODUÇÃO e PAGINAÇÃO

Metatexto, produção de conteúdos multimédia, Lda. - Santarém

IMPRESSÃO

Normagrafe, Lda. - Santarém

ISBN: 978-972-95977-6-3

Depósito Legal: 259097/07

Maio de 2007

SIDAnet - ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA

Direcção

Victor Manuel Pereira Bezerra - Presidente

Nuno Eduardo Moura dos Santos da Costa Taveira - Vice-Presidente

Rita de Cássia Vieira de Meireles Corte-Real - Tesoureira

Maria de Fátima Ramos Lampreia da Dores - Secretária

Maria José Manata - Vogal

Eugénio Teófilo - Vogal

Filomena Frazão Aguiar - Vogal

Conselho Fiscal

Pedro Nuno Ramos Roque - Presidente

Maria Teresa Carretero Camilo Branco

Fernando Rosas Vieira - Vogal

Assembleia Geral

Joaquim António Machado Caetano - Presidente

Maria Emília Monteiro - Vice-Presidente

Sofia de Azeredo Gaspar Pereira - Secretária

Conselho Científico

Alfredo Ribeiro-da-Silva - Dept. Pharmacology & Therapeutics - McGill Univ. - Montreal-Canadá

Amílcar Soares - ONG - Positivo

Ana Horta - Infecçiology - H. Joaquim Urbano

Ana Paula Fonseca - Medicina Interna - H. de Faro

Ana Sousa Passos - Enfermagem - H. Cascais

António Dinis - Pneumologia - H. Pulido Valente

Barros Veloso - Medicina Interna - H. Capuchos

Carlos Araújo - Medicina Interna, Infecçiology - H. Egas Moniz

Carlos Vasconcelos - Medicina Interna - H. S. António

Cristina Guerreiro - Ginecologia e Obstetrícia - M. Alfredo da Costa

Domitília Faria - Medicina Interna - H. do Barlavento Algarvio

Eulália Galhano - Ginecologia e Obstetrícia - M. Bissaia Barreto

Fátima Pinto - Medicina Interna - H. de Horta

Fernando Araújo - Biologia Molecular - Imunohemoterapia - H. S. João

Fernando Borges - Medicina Interna - Hospital Egas Moniz

Fernando Rosas Vieira - Medicina Interna - C.H. Vila Nova de Gaia

Fernando Ventura - Pneumologia, Infecçiology - H. Egas Moniz e F. Ciên. Méd. de Lisboa
Francisca Avillez - Biologia - Instituto Ricardo Jorge
Francisco Antunes - Infecçiology - Faculdade de Medicina de Lisboa
Germano do Carmo - Serviço de Doenças Infecciosas - Hospital de S. Maria
Graça Rocha - Pediatria - H. Pediátrico de Coimbra
Helena Valle - Virologia - Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge
Helena Ângelo - Parasitologia - Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge
Isabel Loureiro - Saúde Pública - CCPES - Ministério da Educação
Jaime Nina - Medicina Interna - H. Egas Moniz
João Brandão - Micologia - Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge
Jorge Cardoso - Dermatologia - H. Curry Cabral
Jorge Nóbrega Araújo - Medicina Interna - C. H. do Funchal
Jorge Pereira - Patologia Clínica - L. Virologia - Instituto Português do Sangue
Jorge Torgal - Epidemiologia e Saúde Pública - Instituto de Higiene e Medicina Tropical
José Calheiros - Saúde Comunitária - Inst. de Ciências Bioméd. Abel Salazar Univ. do Porto
José Carvalho Teixeira - Psiquiatria, Psicologia - Instituto Superior de Psicologia Aplicada
José Poças - Infecçiology - H. Setúbal
José Vera - Medicina Interna - H. de Cascais
Kamal Mansinho - Infecçiology - H. Egas Moniz
Laura Brum - Bacteriologia - Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge
Laura Rosado - Micologia - Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge
Leon Bernardo - Infecçiology - H. Prisional S. João de Deus
Lígia Pinto - Virologia - N.I.H. - USA
Lino Rosado - Pediatria - H. D. Estefânia
Luís Rodrigues - Patologia Clínica - H.S. Francisco Xavier
Luísa Rodrigues - Imunologia - Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge
Machado Caetano - Imunologia - F. de Ciências Médicas - Lisboa
Manuel João Gomes - Medicina Interna - H. de Santarém
Manuel Pinheiro - Infecçiology Pediátrica - H. S. Maria
Manuela Bonmarchand - Infecçiology - H. Pitié Salpêtrière - Paris
Manuela Mafra - Anatomia Patológica - H. S. José
Maria Helena Lourenço - Virologia - Faculdade de Farmácia de Lisboa
Maria João Faria - Infecçiology - Hospital dos Covões - Coimbra
Maria Jorge Arroz - Patologia Clínica - H. Egas Moniz
Maria José Campos - Medicina Interna - Abraço
Maria José Manata - Infecçiology - H. de Almada
Meliço Silvestre - Infecçiology - H. Universidade de Coimbra
Miguel Castanho - Química Física Molecular - Faculdade de Ciências da U Lisboa
Mota Miranda - Infecçiology - H. S. João e F. Medicina de Porto
Nélio Santos - Patologia Clínica - H.D. de Faro
Nuno Santos - Bioquímica - Faculdade de Medicina de Lisboa
Nuno Taveira - Virologia - Instituto Superior de Ciências da Saúde - Sul

Odete Ferreira - Virologia - Faculdade de Farmácia de Lisboa
Paula Brum - Psiquiatria - Centro das Taipas - Lisboa
Paula Lobato de Faria - Direito - CNLCS e Escola Nacional de Saúde Pública
Paulo Rodrigues - Medicina Interna - H. Curry Cabral
Ricardo Camacho - Imunohemoterapia - H. Egas Moniz
Rui Sarmento - Medicina Interna - H. Joaquim Urbano
Saraiva da Cunha - Infecçiology - H. Universidade de Coimbra
Teresa Paixão - Epidemiologia - Instituto Ricardo Jorge
Victor Bezerra - Medicina Interna - H. de Santarém
Vitor Duque - Virologia - H. Universidade de Coimbra

Administrador do Registo

Victor Bezerra

Conselho Técnico

Pedro Ferreira
Eduardo Tavares
Victor Bezerra

INTRODUÇÃO AO VII CONGRESSO VIRTUAL DA SIDANET

13/10/2006 a 1/12/2006

“A INFECÇÃO VIH NA CRIANÇA”

O VII Congresso Virtual HIV/AIDS, a realizar entre 15 de Outubro e 1 de Dezembro de 2006, apresenta-se com duas novidades temáticas que permitirão, por certo, alargar o entendimento da infecção por VIH no nosso país: a Criança e o Idoso. Ao fazê-lo contribuirá naturalmente para que esta questão seja enquadrada e enfrentada de forma global e concertada. E só assim podemos esperar melhorar o panorama epidemiológico desta infecção e, não menos importante, melhorar também os cuidados prestados aos doentes infectados e a sua qualidade de vida.

Coube-me o papel de coordenar a parte da Criança, o que se deve à minha qualidade de membro da comissão coordenadora do Grupo de Trabalho sobre a Infecção por VIH na Criança (GTVIHC), que integra pediatras de 36 hospitais nacionais. O Grupo foi criado em 1998 com os seguintes objectivos: conhecer a realidade nacional sobre a infecção VIH na criança; promover encontros regulares entre pediatras que trabalham nesta área; elaborar recomendações no âmbito da infecção VIH na criança; promover e coordenar estudos multicêntricos.

Uma das principais áreas de actuação do Grupo foi a da prevenção da transmissão vertical. A infecção VIH na criança no nosso País ocorre quase exclusivamente por transmissão mãe-filho, tornando possível sonhar com uma redução drástica do número de crianças infectadas nos próximos anos. De facto, o cumprimento das regras de profilaxia da transmissão vertical do vírus pode reduzir a taxa de transmissão a menos de 2%. E este foi o objectivo traçado pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA para o ano de 2006.

Os dados coligidos pelo GTVIHC em 2004, envolvendo 43 maternidades e um total de 85 135 partos, mostram uma prevalência de grávidas infectadas de 3,6 por mil e uma taxa de transmissão vertical de 3,6%. Mas sabemos também que em Portugal, nos últimos dois anos, não ficou infectada nenhuma criança cujas medidas preventivas tenham sido correctamente cumpridas. O problema surge assim quando o diagnóstico só é efectuado intra ou pós parto, a grávida não cumpre a terapêutica, o tempo de tratamento é curto, há falência terapêutica, ou na presença de outros factores de risco de transmissão.

Estes dados devem ser analisados em conjunto com os fornecidos pela Comissão de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis, referentes à situação conhecida em Junho de 2005. E que mostram que dos 27.013 casos notificados, 12.355 (45,7%) foram diagnosticados como portadores assintomáticos; que destes, 25,7% eram mulheres em idade

fértil; e que a categoria de transmissão heterossexual se tem tornado predominante sendo responsável por 57% das infecções em 2004.

Estamos pois perante uma epidemia ainda não controlada, que afecta progressivamente mais mulheres, muitas das quais sem sintomas quando pensam em engravidar.

O tema primordial e essencial da vertente pediátrica deste Congresso tem assim que ser o da prevenção da transmissão vertical. E que deve envolver os seguintes aspectos:

1. Promoção do rastreio universal das mulheres pré gravidez ou durante a gravidez.
2. Assegurar a existência, em todas as Maternidades, de teste rápido de diagnóstico e dos fármacos utilizados em quimioprofilaxia.
3. Garantia do aleitamento artificial do RN e da administração da quimioprofilaxia ao RN, se necessário sob observação directa.
4. Revisão das medidas profilácticas a adoptar na grávida e no recém-nascido quando o esquema ideal de profilaxia não foi cumprido. Ocorrendo a transmissão vertical predominantemente no período periparto, no qual pode ocorrer uma transfusão de 3 a 5 ml de sangue materno para o RN, torna-se razoável que em circunstância de maior risco de transmissão se adopte uma profilaxia semelhante à da pós-exposição accidental, utilizando dois ou três fármacos antiretrovirais (ARVs).

Outra questão premente é a da terapêutica antiretroviral (TARV). A terapêutica altamente eficaz (HAART) reduziu drasticamente a mortalidade associada à infecção por VIH também nas crianças. Contudo, confrontamo-nos agora com um número crescente de crianças com falências virológicas, imunológicas e/ou clínicas.

Numa avaliação efectuada em 2004, de 166 crianças com infecção por VIH1 20,5% não estavam medicadas. Mas do grupo etário entre os 6 e 9 anos, 12 em 58 (20,7%) estavam medicados com 3 classes de ARVs ou em esquemas com pelo menos quatro ARVs.

A TARV na criança requer uma abordagem diferente das mesmas questões que se põem ao adulto, como sejam, quando e como a iniciar e como assegurar a aderência à terapêutica. Com algumas dificuldades acrescidas: a menor disponibilidade de fármacos; o menor conhecimento da sua farmacocinética; a carga viral inicial muito superior; a maior dificuldade em suprimir a replicação viral; e a menor previsibilidade no lactente dos valores da carga viral e da contagem de CD4 na evolução para SIDA.

Temos pois temas suficientes, actuais e com tradução para a prática clínica para iniciar este congresso.

Naturalmente que a discussão não tem que, nem deve, restringir-se a estas questões. Serão bem vindos todos os que queiram debater quaisquer dos diversos aspectos que se relacionam com a infecção por VIH na criança.

Dr. José Gonçalo Marques
Hospital de S. Maria

INTRODUÇÃO AO VII CONGRESSO VIRTUAL DA SIDANET

13/10/2006 a 1/12/2006

“A INFECÇÃO VIH NOS IDOSOS”

Ao longo do curso desta pandemia têm-se verificado frequentes alterações epidemiológicas.

Inicialmente era uma infecção de grupos de risco - toxicodependentes, homossexuais e profissionais do sexo, com franco predomínio dos toxicodependentes, progressivamente os heterossexuais passaram a destacar-se e são actualmente os principais responsáveis pelos os novos casos de infecção VIH.

Na 1ª e 2ª década de infecção o grupo etário mais atingido era o escalão entre os 15 e os 49 anos, nos últimos anos tem-se verificado um número crescente de novos casos entre os idosos ou seja com idade superior a 60 anos.

Em Portugal, e até Junho de 2005, foram notificados 27.013 casos de infecção VIH, dos quais 581 apresentavam mais de 60 anos, ou seja, representando 4,7% do total. Destes 581 casos, 274 foram diagnosticados antes do ano 2000 (1983 -1999) e 307 entre o ano 2000 e Junho de 2005.

Podemos assim constatar um franco crescimento de Infecção VIH entre os idosos.

A infecção VIH nos pacientes idosos apresenta particularidades inerentes ao envelhecimento do organismo, ou seja, apresenta um curso clínico mais rápido, com manifestações mais precoces e severas, com um desenvolvimento precoce e número mais elevado de infecções e/ou neoplasias oportunistas, provavelmente relacionadas com as comorbilidades e declínio fisiológico das competências imunológicas (imunosenescência).

Em relação à terapêutica ARV instituída, verifica-se uma resposta virológica sobreponível aos mais jovens, mas quanto à resposta imunológica esta é mais atenuada tendo em conta o envelhecimento imunológico já referido previamente.

Uma maior incidência de efeitos laterais, muito provavelmente relacionados com um enfraquecimento da função renal e hepática, níveis mais baixos de albumina, logo níveis séricos de fármacos mais elevados.

Para além destes problemas de índole clínico e fisiológicos, outros problemas se levantam, de importância sobreponível ou até superior: informar a família, sua reacções, a debilidade física progressiva, os lares de 3ª idade que excluem estes pacientes, a falta de profissionais nas nossas instituições para dar apoio psicológico ao doente e sua família.

As campanhas de sensibilização e de informação da Infecção VIH estão direccionadas aos grupos etários mais jovens e aos toxicodependentes, esquecendo-se da população mais idosa.

É urgente esclarecer e desmistificar esta população sobre esta infecção, bem como estimulá-los a efectuar o teste de rastreio.

Os próprios profissionais de saúde ainda não estão familiarizados para este problema, é frequente que o teste para a Infecção VIH seja pedido após uma "bateria" prévia de exames auxiliares de diagnóstico, alguns dos quais invasivos.

É urgente tomar medidas efectivas e imediatas de modo a evitar esta tendência crescente da incidência da Infecção VIH entre a nossa população idosa.

É também importante realizar estudos multicêntricos, visando um melhor conhecimento da curso natural, factores de risco, inter-acção com as co-morbilidades, patogénese, resposta aos tratamentos e condicionantes destas respostas, de modo a efectuar uma abordagem individualizada, de forma a obter um aumento da sobrevida dos nossos pacientes, mas e sobretudo com qualidade de vida.

Esperemos estimular, através deste Congresso virtual, todos os interessados, a participar activamente e principalmente iniciar a actividade no terreno.

Dr^a Margarida Mota
Centro Hospitalar de Gaia

AUTORES

Alcolea E E G	Havana - Cuba
Alvarez E R	Havana - Cuba
Alves E R P	João Pessoa - Brasil
Alves H	Coimbra - Portugal
Alves L	Felgueiras - Portugal
Amaral A C G	João Pessoa - Brasil
Amorim A	Lisboa - Portugal
Araújo L F	João Pessoa - Brasil
Azevedo R L W	João Pessoa - Brasil
Barroso H	Lisboa - Portugal
Bártolo I	Lisboa - Portugal
Cabral S	Coimbra - Portugal
Caldas J M P	Barcelona - Espanha
Canavarro M C	Lisboa - Portugal
Casas C	Coimbra - Portugal
Cavaco Silva P	Lisboa - Portugal
Cordeiro I D	Brasília - Brasil
Coutinho M P L	João Pessoa - Brasil
Cunha J G	Coimbra - Portugal
Dias I	Gaia - Porto
Diniz R F	João Pessoa - Brasil
Duque V	Coimbra - Portugal
Figueiredo M A	Ribeirão Preto - Brasil
Floriano A P	Lisboa - Portugal
Fontes K S	João Pessoa - Brasil
Freitas G	Lisboa - Portugal
Galvão M T	Fortaleza - Brasil
Gama A	Lisboa - Portugal

Gessolo K M	Barcelona - Espanha
Gomes R	Coimbra - Portugal
González I	Coimbra - Portugal
Lavandeira T A	Felgueiras - Portugal
Lisboa M E S	Porto Alegre - Brasil
Lopes M M	Lisboa - Portugal
Marcelino J	Lisboa - Portugal
Margalho R	Coimbra - Portugal
Meliço-Silvestre A A	Coimbra - Portugal
Monteiro M J	Vila Real - Portugal
Mota M	Gaia - Porto
Mota M	Gaia - Porto
Nascimento T M S	Lisboa - Portugal
Pádua E	Lisboa - Portugal
Paiva M S	Salvador - Brasil
Paiva S S	Fortaleza - Brasil
Pereira M	Coimbra - Portugal
Pinto I	Coimbra - Portugal
Provinciali R M	Ribeirão Preto - Brasil
Rocha C	Lisboa - Portugal
Rocha G	Coimbra - Portugal
Rocha G	Coimbra - Portugal
Rosado L	Lisboa - Portugal
Ruiz A P	Havana - Cuba
Saldanha A A W	João Pessoa - Brasil
Serra J E	Coimbra - Portugal
Silva A C O	João Pessoa - Brasil
Sotero J G	Havana - Cuba
Sousa V C	João Pessoa - Brasil
Taveira N	Lisboa - Portugal
Taveira N	Lisboa - Portugal
Vieira R	Gaia - Porto
Xará S	Gaia - Porto

Índice

CIÊNCIA SOCIAL E COMPORTAMENTAL

HIV/AIDS EM PESSOAS IDOSAS. VULNERABILIDADE, CONVÍVIO E ENFRENTAMENTO Figueiredo M A, Provinciali R M	21
GRAVIDEZ EM ADOLESCENTE COM INFECÇÃO PELO HIV/AIDS: UM ESTUDO DE CASO Paiva S, Galvão M T	27
VIVER COM AIDS NA TERCEIRA IDADE Sousa V C, Saldanha A A W, Araújo L F	35
FREQÜÊNCIA DO USO DO PRESERVATIVO E PERCEPÇÃO DE VULNERABILIDADE PARA O HIV ENTRE ADOLESCENTES Azevedo R L W, Coutinho M P L, Saldanha A A W	45
A VULNERABILIDADE À AIDS ASSOCIADA AO USO DE ÁLCOOL POR ADOLESCENTES Amaral A C G, Saldanha A A W	53
A AUSÊNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO IDOSO SOROPOSITIVO PARA O HIV Diniz R F, Saldanha A A W, Araújo L F	61
REPRESENTAÇÕES DO HIV NA TERCEIRA IDADE E A VULNERABILIDADE NO IDOSO Fontes K S, Saldanha A A W, Araújo L F	73
VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS ENTRE HOMENS E MULHERES COM MAIS DE 50 ANOS Silva L S, Paiva M S	85

EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

A INVISIBILIDADE DA POPULAÇÃO ACIMA DE 50 ANOS NO CONTEXTO DA EPIDEMIA HIV/AIDS Lisboa M E S	107
AS CRIANÇAS E O VIH/SIDA NA ÁFRICA SUB-SAHARIANA - O CASO DE MOÇAMBIQUE Florianio A P	113
AIDS DEPOIS DOS 50: UM NOVO DESAFIO PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA Caldas J M P, Gessolo K M	127
TRANSMISSÃO MÃE-FILHO DO VIH-1 E VIH-2: ANÁLISE DE CASOS RECEBIDOS NO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA DA SIDA ENTRE 1999 E 2005 Pádua E	133
A PATOLOGIA ORAL EM DOENTES HIV Alves L, Lavandeira T A, Mota M, Vieira R	143
ENTRE O SABER E O AGIR Monteiro M J	151

CLÍNICA E TRATAMENTO

TRATAMIENTO DE LA RETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON VIH-SIDA	159
Alvarez E R, Sotero J G, Alcolea E E G, Ruiz A P	

ESPAÇO EDUCATIVO BRINQUEDOTECA HORTÊNSIA DE HOLLANDA: O LÚDICO NA MEDIAÇÃO DO TRATAMENTO DA AIDS PEDIÁTRICA	169
Cordeiro I D	

A AIDS NA TERCEIRA IDADE NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS, CUIDADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	179
Saldanha A A W, Araújo L F	

A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA) COM BASE NA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA) E DIAGNÓSTICOS EM ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO	189
Alves E R P, Silva A C O	

NUTRIÇÃO E VIH: PARTICULARIDADES NO IDOSO	205
Xará S, Dias I, Mota M	

COLONIZAÇÃO ORAL FÚNGICA NOS INDIVÍDUOS VIH/SIDA SUBMETIDOS A TERAPÊUTICA ANTI-RETROVIRAL	211
Nascimento T M S, Lopes M M, Amorim A, Freitas G	

UM CASO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH - O PROBLEMA DA RESISTÊNCIA AOS ANTI-RETROVÍRICOS	219
González I, Rocha G, Duque V	

A PROPÓSITO DE UM CASO DE ADAPTAÇÃO DA MÃE E DO BEBÉ AO CONTEXTO VIH	223
Casas C, Rocha G, Pinto I, Gomes R	

MULHERES INFECTADAS PELO VIH/SIDA: ADAPTAÇÃO AO NASCIMENTO DE UMA CRIANÇA?	227
Pereira M, Canavarro M C	

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA COM ESTUDO DAS CAPACIDADES NEUROCOGNITIVAS NUM DOENTE COM INFECÇÃO PELO HIV	239
Margalho R, Cabral S, Alves H, Serra J E, Cunha J G, Meliço-Silvestre A A	

CIÊNCIA BÁSICA

DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV-1 EM ÁFRICA	245
Taveira N, Cavaco Silva P, Gama A	

EVOLUÇÃO MOLECULAR DO GENE ENV DO HIV-2 E COLAPSO DO SISTEMA IMUNITÁRIO EM DOENTES INFECTADOS POR VIA VERTICAL	251
Rocha C, Barroso H, Bártole I, Marcelino J, Rosado L, Taveira N	

CIÊNCIA SOCIAL E COMPORTAMENTAL

HIV/AIDS EM PESSOAS IDOSAS. VULNERABILIDADE, CONVÍVIO E ENFRENTAMENTO

Figueiredo M A, Provinciali R M - Ribeirão Preto - Brasil

1. INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento e Terceira Idade

Atualmente, o crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1900 milhões de pessoas. No Brasil, segundo o censo de 2000, a população de 60 anos ou mais de idade configurava um contingente de quase 15 milhões de pessoas, correspondendo a 8,6% da população total (IBGE, 2000; MINAYO, COIMBRA JR, 2002; UCHÔA, 2003).

Estudos realizados sobre a terceira idade revelam que o aumento do número de idosos se deve a vários fatores: (1) tendência crescente da expectativa de vida, estando hoje o nível de esperança de vida ao nascer em torno de 71,3 anos; (2) melhoria geral das condições de saúde e mudança dos padrões de doença e saúde; (3) redução dos índices de mortalidade e (4) diminuição da taxa de natalidade (SILVA, 1996; MOTTA, 2003). As pessoas estão vivendo cada vez mais tempo, despertando questionamentos sobre o modo como se percebe o processo de envelhecer e trazendo transformações nos valores éticos, estéticos e sociais.

1.2. A Aids entre as pessoas idosas

A sexualidade na terceira idade é um tema pouco conhecido e menos entendido pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais da saúde (STEINKE, 1997). A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estão inexoravelmente ligados, tem sido responsável pela pouca atenção dada a uma das atividades mais fortemente associadas à qualidade de vida, como é a sexualidade (BALLONE, 2001; ZAMLUTTI, 1996).

Muitas vezes, devido ao desconhecimento e à pressão cultural, pessoas de terceira idade, nas quais ainda é intenso o desejo sexual, experimentam um sentimento de culpa e de vergonha, podendo levar a uma inibição de todos os aspectos referentes a qualquer expressão sexual (BALLONE, 2001; CAPODIECE, 2000). Considerar a sexualidade em idosos como algo saudável e natural está longe de ser compreendida e aceita pela sociedade. O preconceito, aliado à falta de informação, reforça o estereótipo da velhice assexuada, determinando atitudes e propensões comportamentais que exacerbam a vulnerabilidade do idoso para as Doenças Sexualmente Transmissíveis e, entre elas, a aids. Apesar dos recursos imensos que já foram mobilizados para controlar a epidemia, a questão do estigma continua no centro de toda a luta contra a pandemia global de aids. O conjunto de reações sociais, culturais, individuais e políticas que a Aids despertou no mundo foi considerado preocupante, e ainda hoje representa um dos maiores desafios na luta contra a doença. Tais respostas revelaram uma epidemia de medo e discriminação, inclusive no mundo científico (FIGUEIREDO, 1994; 2000). Apesar da aids ser considerada uma enfermidade que pode acometer indivíduos de uma sociedade como um todo, segundo LIEBERMANN (2000) um grupo específico da população vem sendo negligenciado, tanto em termos de acesso a informação quanto suporte social e serviços de referência especializados no trato de HIV/Aids – os idosos.

Segundo Linsk (1994), os avanços tecnológicos no campo da medicina ajudaram a estender a longevidade, acarretando um aumento da expectativa de vida e da sub população de pessoas com idades acima de 60 anos . De acordo com as estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, no Brasil, pelos índices do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e segundo análise pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), “a população idosa está crescendo a uma taxa oito vezes maior que a jovem. O que se espera é um número crescente de idosos, comparado às camadas mais jovens da população brasileira” (SEADE, 1990, p1). Segundo Leiberman (2000), a possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece invisível aos olhos da sociedade. Seu estudo sobre atitudes sociais sobre aids na velhice reflete uma prevalência de concepções errôneas sobre como o idoso se comporta:

- As pessoas idosas não estão mais interessadas em sexo;
- Se acaso estiverem interessadas, ninguém está interessado nelas;
- Fazem sexo num contexto de um relacionamento heterossexual e monogâmico;
- Não são usuárias de drogas;

Até o diagnóstico da doença é um tanto complexo entre os idosos. Primeiramente pelo fato de que muitos profissionais raramente consideram doenças sexualmente transmissíveis - HIV/Aids – na velhice, seja por julgamentos próprios, ou por concepções errôneas, em função de crenças sobre a sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV nesta faixa etária (WOOTEN-BIELSKI, 1999; ROSSIM et al, 2001).

2. OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo estudar crenças e representações de pessoas idosas sobre seu convívio com HIV/aids, visando compreender seus próprios sentidos e significados. Com base nestes resultados, espera-se poder subsidiar programas de atendimento psicossocial à terceira idade, e em especial às pessoas idosas que convivem com HIV/aids, visando contemplar as necessidades desta subpopulação.

3. MÉTODO

3.1. Trabalho de campo

A pesquisa foi desenvolvida junto a duas instituições públicas que prestam assistência a pessoas com HIV/aids, nas cidades de Ribeirão Preto e São José do Rio Preto, Brasil

3.2. Participantes

Foram estudadas 7 pessoas soropositivas para o HIV, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, estabelecendo-se os seguintes critérios de inclusão no estudo: a) ter conhecimento sobre sua condição sorológica; b) estar em tratamento médico para HIV/aids; c) apresentar condições físicas e psíquicas que viabilizem as entrevistas; d) aceitar o convite de forma expressa para participar, após assinatura de um termo de consentimento informado. Esta amostra foi composta por 5 homens e 2 mulheres, com idades entre 61 e 71 anos de idade, com nível de escolaridade de ensino fundamental, via de contaminação sexual.

3.3. Coleta de dados

A. *Anamnese*: Foi elaborado um roteiro sobre informações pessoais, permitindo uma caracterização adequada da amostra, complementando o trabalho de análise e discussão dos resultados. Nesta entrevista foram abordados, além de dados demográficos sobre a pessoa, sua identificação, tempo de contágio e a forma presumida de contaminação por HIV.

B. *Entrevista temática*: Visando a avaliação de crenças sobre estar na terceira idade e ser soropositivo para o HIV, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, compreendendo três níveis de procedimento: *evocação, enunciação e averiguação*.

C. *Histórias de vida*: Foram realizadas entrevistas abertas sobre vicissitudes, ao longo da vida, antes e após o diagnóstico de soropositividade para o HIV, para investigar questões relevantes sobre as perspectivas do sujeito frente à própria vida, relacionadas às vicissitudes da aids e ao convívio na terceira idade.

3.4. Análise dos dados

Foram feitas análises de conteúdo sobre as transcrições das entrevistas, baseadas em categorias determinadas *ex post facto*, partindo de diversos temas suscitados nas entrevistas e processadas segundo procedimentos de análise qualitativa segundo Figueiredo et al (1993).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nos permitiram oferecer uma visão geral da vida de cada um dos participantes, vistas como uma construção da identidade, na qual eles nos contam quem são e como têm vivido as suas vidas, especialmente no que se refere às suas experiências após o conhecimento da soropositividade para o HIV. Seus depoimentos refletem as emoções, os sentimentos, os pensamentos em relação aos acontecimentos e fatos da vida, além da forma como cada um a reconstrói enquanto contam suas histórias. Estas pessoas não se mostraram como simples depositários de suas experiências, mas como indivíduos ativos, presentes e envolvidos, que articulam os diferentes eventos da vida numa história coerente. Da análise exaustiva das entrevistas transcritas, entrevistas temáticas e histórias de vida, derivaram algumas categorias que constituem a base dos significados que fundamentam esta pesquisa:

Pela análise dos dados observou-se que conversar sobre a velhice e o envelhecimento com os idosos foi estabelecer uma distinção entre os velhos em geral e a experiência pessoal de cada uma das pessoas. Discorrer sobre velhos em geral é reproduzir estereótipos com os quais a velhice é identificada. Já, falar da experiência pessoal é, pelo contrário, enumerar uma série de atitudes e ações que tornam os indivíduos radicalmente distintos dos *outros* velhos, mesmo quando consideram sua idade avançada. Assim, os depoimentos referentes à categoria terceira idade apresentaram-se em duas vertentes: uma, que faz referência ao conceito de terceira idade/velhice, ou seja, a visão que cada um deles tem sobre o que é estar na terceira idade/ser velho; e outra, sobre o modo como cada um se sente em relação a esta etapa da vida.

Considerando o *convívio com o HIV/aids no cotidiano da pessoa idosa*, foi retratado ao longo de um processo que envolve uma série de etapas e que teve sua origem no momento em que o diagnóstico soropositivo foi revelado.

A *descoberta de ser soropositivo para o HIV* ocorreu quase sempre em função do surgimento de alguns sintomas ou adoecimento, e a decisão de submeter-se ao teste para HIV partiu de uma solicitação do médico, não se constituindo como iniciativa da própria pessoa.

Pelos depoimentos dos participantes deste estudo, pudemos observar que não houve, para a maioria deles, uma percepção de risco de contaminação pelo HIV: os entrevistados relataram que, ao receber o diagnóstico, ficaram ressentidos, desorientados, desesperados, amargurados.

A *culpa* foi outro sentimento que surgiu com grande destaque e de forma maciça, no discurso dos entrevistados, vivenciada sobre diferentes vertentes, intimamente associadas às histórias de vida, especialmente no que diz respeito às relações de gênero, forma de contágio e de reconhecimento da própria soropositividade. Esta convivência com o sentimento de culpa aparece como um tormento, uma perturbação que incomoda e contamina os pensamentos, acarretando grande desconforto. Surge como uma condenação que não pode ser dividida com ninguém e reconhecer-se responsável pela própria condição de portador do HIV parece agravar os sentimentos de impotência, ou seja, a sensação de que nada pode ser feito para dissipar tais sentimentos, tornando o convívio com a soropositividade difícil e doloroso.

Neste primeiro momento, o enfrentamento se dá pela *manutenção do resultado em sigilo*, tendo quase que exclusivamente como único confidente a família nuclear, esposa e filhos. Contudo, o silêncio é mantido, envolvendo a questão, existindo uma desconfiança de que outras pessoas possam também ser informadas sobre a sua condição da soropositividade. Assim, a doença torna-se um caso particular, inerente ao indivíduo com aids e vivido pelos familiares. Não a socializam por temerem, por parte da sociedade, atitudes preconceituosas e discriminatórias, muitas vezes apresentada de forma velada ou declarada. A necessidade de silenciar-sobre o contágio por HIV se apresenta no intuito de afastar a discriminação.

Para as pessoas entrevistadas a aids trouxe à tona, de maneira nova e assustadora, os fantasmas construídos no imaginário social sobre a sexualidade e a morte, o desfiguramento e o enfraquecimento físico, a vulnerabilidade e o risco visto na cara do outro. Assim, o *estigma*, a dor da própria enfermidade e a dor dos olhos dos outros, o *medo da rejeição*, principalmente no ambiente de trabalho, e o sofrimento causado pelo *preconceito* e pela possibilidade de ser discriminado passam a afetar, de forma contundente, as pessoas

entrevistadas. Sentimentos de ansiedade, perseguição e dúvida podem vir a constituir fontes estressoras no seu cotidiano.

Após o impacto sofrido pelo diagnóstico de HIV segue a necessidade de reestruturação e manutenção da vida em seus vários papéis. Quando focalizamos nas pessoas entrevistadas os seus respectivos discursos, percebemos que a aids foi incorporada à vida de formas distintas, afetando-as, contudo, em profundidade.

Para alguns, parece não ter havido mudanças drásticas no estilo de vida. A condição de soropositivo é incorporada como mais um aspecto a ser vivenciado, não interferindo no modo de vida anterior ao diagnóstico. Para outros, a aids desperta sentimentos vívidos intensamente, acarretando grandes alterações, principalmente a nível emocional/psicológico, tornando-se um incômodo constante. Sentimentos ambivalentes de tristeza, desorientação e desânimo, por um lado e tranquilidade, por outro, surgem como características do modo de encarar o dia a dia. E, neste sentido, conviver com a soropositividade passa a requerer muito esforço.

Alguns depoimentos deixaram transparecer que o convívio com HIV/aids torna-se mais complexo quando não se pode mais negar a doença, pois os primeiros sintomas começam a aparecer e a pessoa torna-se mais debilitada, mais magra e com a saúde mais frágil. Os momentos angustiantes e depressivos são mais intensos do que os vívidos no período assintomático da aids. Apesar de tudo, o desejo de viver e de aproveitar a vida prevalece, em alguns momentos, onde ainda são preservados, originando sentimentos de esperança.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento vem ganhando destaque nos debates sobre políticas públicas, na ciência e na mídia, enfatizando o sentido das mudanças que esse grupo social, crescente em número, em vigor e em organização, provoca na reorganização do poder, do trabalho, da economia e da cultura, atribuindo novo sentido ao espaço tradicionalmente percebido como o da decadência física e da inatividade. A tendência atual é de rever os estereótipos associados à envelhecimento, substituindo a idéia de perdas pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas.

O que se percebe nos depoimentos, de forma clara, é que idade cronológica não é um marcador importante na vida; outros elementos, relacionados à histórias de vida, experiências e outros acontecimentos de ordem geral se sobrepõem, evidenciando-os não só como um segmento da sociedade, mas como indivíduos com vontade de viver.

O envelhecer conjugado ao convívio com HIV/aids é marcado pela subestimação de risco, em virtude de crenças e mitos sobre sexualidade e falta de informação. O silêncio, em relação à soropositividade, além de sentimentos disruptivos, torna o cotidiano comprometido pela instabilidade emocional e a grande sensibilidade às vicissitudes deste convívio.

Este trabalho procurou, além da promoção de recursos para fazer frente à exclusão e vulnerabilidade deste seguimento da sociedade, uma ascensão dos idosos a um patamar de destaque e evidência, resgatando-os do *limbo* onde muitas vezes são relegados, especialmente no cenário da sexualidade e da aids.

Mais do que definições conclusivas, como acontece com a maioria dos trabalhos científicos, este estudo buscou um contato com uma diversidade de idéias por parte de

pessoas fantásticas e suas ricas e emocionantes histórias, que demonstram, acima de tudo, superação, vontade de viver e necessidade de falar sobre si.

Neste sentido, a realização de programas voltados para o atendimento de pessoas de terceira idade portadoras do HIV/aids, deveria estar atento às questões de sexualidade, comprometimento conjugal, relações de gênero e estigma, além de promover a inclusão do idoso como alguém que possui desejos e planos de vida.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALLONE, G.J. O Sexo nos Idosos. **PsiquWeb Psiquiatria Geral**, Internet, 2001. Disponível em <http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html>. Acesso em 03/11/2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental**. Seminário Internacional de Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final de século. Brasília, 1996.
- CAPODIECE, S. **A Idade dos Sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos**. Bauru: EDUSC, 2000.
- FIGUEIREDO, M.A.C. **Profissionais de Saúde e atitudes frente à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)**. Um estudo diferencial com base no modelo afetivo/cognitivo de Fishbein/Ajzen. 1994. 132fls. Tese de Livre Docência, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1994.
- FIGUEIREDO, M.A.C. Estudo de representações sobre aids em pacientes, para a formação profissional visando grupos de suporte para pessoas contaminadas pelo HIV, sintomáticas ou não. **Jornal Brasileiro de Aids**. v.1(5): 22-32, 2000.
- LIEBERMAN, R. HIV in Older Americans: an epidemiologic perspective. **Journal of Midwifery & Women's Health**. V.45(2): 176-182, 2000.
- LINSKY, N. L. HIV in the Elderly. **Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services**. v. 75 (6), 362-372, 1994.
- MINAYO, M. C. S; COIMBRA JR, C.E.A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C.E.A. (orgs) **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002, p.11-24.
- MOTTA, A.B. Chegando pra idade. In: LINS DE BARROS, M.M.(org) **Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 2003, p. 223-235.
- ROSSIM, I.R. et al. Perfil clínico-epidemiológico de indivíduos idosos com Aids atendidos em um Hospital Universitário de Ribeirão Preto, Brasil. **Jornal Brasileiro de Aids**. v.2(3): 13-18, 2001.
- SILVA, M.A.M.O. Velhos de Rua no Brasil: a morte silenciosa. **A Terceira Idade**. São Paulo: SESC, Ano IX (12): 35-43, 1996.
- STEINKE, E. Sexuality in Aging: Implications for Nursing Facility Staff. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 28 (2): 59-63, 1997.
- UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19(3), 2003. Disponível em www.scielo.com.br. Acesso em 03/11/2004.
- WOOTEN-BIELSKI, K. HIV & AIDS in Older Adults. **Geriatric Nursing**. v.20 (5), p. 268-272, 1999.
- ZAMLUCCI, M.E.M. **O Mito da Velhice Assexuada: um ponto de reflexão**. São Paulo: Ed. Maturidade, 1996.

GRAVIDEZ EM ADOLESCENTE COM INFECÇÃO PELO HIV/AIDS: UM ESTUDO DE CASO

Paiva S¹, Galvão M T² - Fortaleza - Brasil

INTRODUÇÃO

No breve percurso histórico, a infecção pelo HIV progrediu a proporções alarmantes e, apesar dos avanços técnico-científicos no campo da infectologia, particularmente no que diz respeito ao HIV/aids. A terapêutica disponível atualmente ainda não é de caráter curativo, embora tenha aumentado a sobrevida e a qualidade de vida do portador do vírus.

Dados demonstram a inserção cada vez mais freqüente de mulheres em idade fértil entre os infectados pelo HIV. Dos 42 milhões de adultos portadores do vírus, aproximadamente metade correspondem a mulheres em idade fértil⁽¹⁾. No Brasil foram identificadas 17.198 grávidas portadoras do vírus em 2001⁽²⁾.

Estudos revelam uma série de determinantes facilitadores da vulnerabilidade feminina ao HIV, dentre os quais citam-se as desigualdades sociais e de gênero, a dependência financeira e afetiva, a antiga concepção de "grupos de risco", além da vulnerabilidade biológica⁽³⁻⁵⁾. Observa-se ainda a difusão crescente da infecção entre os jovens, embora o percentual de adolescente infectados pelo HIV ainda seja considerada pequena⁽⁶⁾. Entretanto, estima-se que pelo menos metade das novas infecções ocorram em pessoas com menos de 25 anos de idade⁽⁷⁾.

Outro aspecto que considera-se importante é que os jovens tornam-se mais susceptíveis à infecção em decorrência de uma série de fatores, dentre os quais destacam-se as características típicas do período que vivenciam. O jovem rompe com sua situação de dependência, despertando para novos relacionamentos e experiências, inclusive sexual, o que vem ocorrendo de maneira cada vez mais precoce, julgando que nada poderá lhe ocorrer e ao não estabelecendo conexões entre seus atos e possíveis consequências futuras⁽⁸⁾, justificando-se em parte a não adoção de métodos preventivos.

Paralelamente a infecção ao HIV, os adolescentes se expõe à outro risco potencial, ligado às suas práticas sexuais, a gravidez. Na maioria dos países a taxa de fecundidade tenha decrescido nos últimos anos, o mesmo não tem acontecido com o grupo etário de 15 a 19 anos⁽⁹⁾.

¹ Enfermeira. Mestranda do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

² Enfermeira, Prof^a Dr^a do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e-mail: marlinalgalvao@gmail.com

Ao associarmos o novo perfil epidemiológico do HIV e a gravidez precoce percebemos a dimensão dos problemas atuais que interferem na saúde do adolescente e materno-infantil. Nesse caso, a gestação torna-se duplamente de risco. A transmissão do vírus à criança pela mãe tem sido responsável pelo crescimento do número de casos da infecção em menores de 13 anos. O esquema medicamentoso de AZT (Zidovudina®) como terapêutica preventiva tem sido eficaz no decréscimo dessa forma de transmissão do vírus à criança.

Nesta perspectiva, este estudo teve por objetivo descrever e analisar um caso de adolescente portadora de HIV vivenciando a gestação.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Desenvolveu-se um estudo de caso informal de caráter qualitativo com uma adolescente grávida e com diagnóstico de infecção pelo HIV.

Utilizou-se o método de estudo de caso, pois tal metodologia permite a descrição aprofundada das dimensões e processo essenciais de um fenômeno contemporâneo, funcionando assim como método eficaz no planejamento do cuidado em enfermagem⁽¹⁰⁾. A sua elaboração baseou-se no roteiro instrucional proposto por Galdeano et al⁽¹¹⁾, cujas fases consideradas para o desenvolvimento do presente estudo foram: o resumo do problema e a fundamentação teórica. As demais fases sugeridas não foram implementadas pelo fato de o estudo tratar-se de um recorte de pesquisa mais ampla que investigava os sentimentos de gestantes e puérperas portadoras de HIV em relação a não amamentação⁽¹²⁾, inviabilizando, portanto todas as fases do modelo para sua apresentação nessa investigação.

O interesse das autoras para apresentação do caso se deu em virtude de observar uma “mulher” vivenciando a fase da adolescência, portando o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e grávida da terceira gestação, a qual em um só indivíduo observa-se três problemáticas relacionadas à saúde da mulher- gravidez precoce, multiparidade, doença transmissível sem possibilidade terapêutica que conduza a cura até o presente momento, implicando em um atendimento e entendimento especializado.

O cenário do estudo se deu em ambulatório de um hospital que na sua complexidade presta atendimento aos portadores de HIV/Aids em Fortaleza-CE, durante dezembro de 2003. A apresentação do caso foi realizada a partir de entrevista e de dados documental, obtidos pelo prontuário hospitalar.

Apresentar-se-á o caso em duas partes. A primeira descreve o caso em três seções: contexto individual e sócio-econômico; história da doença atual e história obstétrica, oferecendo alguns elementos que a adolescente se insere. A segunda parte apresenta o resumo dos problemas e a fundamentação teórica e encontram-se descritos em uma seção, categorizada como: vivências da maternidade.

Seguiram-se as instruções da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Comitê Nacional de Pesquisa, que trata de estudos que envolvem os seres Humanos⁽¹³⁾. Para manter o anonimato da paciente foi atribuído um pseudônimo, designado um nome de flor: “Rosa”.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Descrição do Caso

- Contexto individual e sócio-econômico

Rosa, 16 anos, mora com dois filhos (um de três anos e outro de nove meses) e com o parceiro que vive a três anos na periferia de Fortaleza-CE. Dona de casa, evangélica, abandonou o quinto ano do ensino fundamental, informa renda per capita de quinze reais (Salário mínimo vigente na época: R\$ 240,00). Grávida de cinco meses procurou na primeira quinzena do mês de dezembro de 2003 o ambulatório especializado em HIV/Aids onde faz acompanhamento (irregular) da evolução da doença com a finalidade de comunicar seu novo estado gravídico (3ª gravidez).

Seu primeiro filho tem diagnóstico definitivo, que revela não ter a presença do HIV no organismo (soronegativo ao HIV) e o segundo filho faz acompanhamento e, até o momento não tem diagnóstico definitivo quanto a presença do vírus.

Paciente informa ter mãe, irmã de sete anos e seu padrasto, igualmente portadores do HIV.

- História da doença atual

Rosa informa que descobriu a infecção pelo HIV em meados de 2001, aos treze anos de idade, durante acompanhamento pré-natal da primeira gravidez em serviço básico de saúde. Foi encaminhada para hospital de referência para seguimento da infecção. No entanto, fez apenas uma consulta recebeu a medicação para um mês e não mais retornou ao serviço. Informa que no serviço solicitaram a apresentação de documentos (Carteira de identidade/RG) para seu cadastramento oficial na unidade, e como a mesma não os possuíam, acrescentando que também estava mudando de domicílio (na mesma cidade), não retornou ao serviço para acompanhamento. Apenas, voltou ao serviço de saúde no início de 2003, aos quinze anos de idade, entretanto, de posse de documentos solicitados e informando sua segunda gestação (6º mês de gravidez). Dados de história pregressa da doença informa: nega hemotransfusão, refere parceria sexual única, exclusiva e fixa desde o início da atividade sexual. Parceiro não apresenta a infecção até o momento. Informa vida sexual ativa e nega uso de preservativos.

- História obstétrica

Rosa, em dezembro de 2003, já com 16 anos, na sua terceira gestação, informa ter dois filhos vivos, nascidos de parto cirúrgico. Relata história de tentativa de aborto da gestação atual devido, ao fato de ter tido um filho recentemente (nove meses). Nega intercorrências pré-natais. Quanto aos procedimentos para prevenção da transmissão vertical informa: Primeira gestação: fez uso de um mês de AZT oral (não sabe precisar o período gestacional) e informa ter recebido medicação antes e durante o trabalho de parto com AZT endovenoso. Administrou para o recém-nascido AZT suspensão por seis semanas e não ofereceu aleitamento materno. Segunda gestação: Iniciou a terapêutica profilática a partir do sexto mês de gestação, e recebeu AZT endovenoso antes e durante o parto. A criança recebeu medicação indicada por tempo adequado. Informa tê-lo amamentado uma única vez em decorrência de dificuldades financeiras para conseguir o alimento da criança. Na atual gestação (Terceira), fazendo uso do esquema terapêutico para redução na transmissão vertical, iniciado no quinto mês da gravidez.

Ainda, Rosa relatou ter apresentado intercorrências mamária no período puerperal dos dois filhos, desconhecendo o uso do inibidor do processo de lactação, além de desconhecer a indicação do uso da técnica de enfaixamento, conforme se sugere a puérperas com HIV/aids.

Vivências da maternidade: delineamento da problemática e a fundamentação teórica.

No decorrer da entrevista observou-se elementos primordiais que corroboraram na descrição e compreensão dos aspectos pertinentes ao caso adolescente gestante com HIV, sendo pontuados à seguir:

Os resultados de estudos referentes às conseqüências da gravidez em idade precoce apresentam-se contraditórios. Pesquisas advertem sobre maiores riscos de complicações obstétricas quando a gravidez ocorre na segunda década de vida da mulher⁽¹⁴⁾. Outros estudos apontam as precárias condições sócio-econômicas e culturais como fatores mais determinantes de complicações em uma gravidez do que o fato da gestante ser jovem⁽⁹⁾. Embora não haja um consenso entre as diversas pesquisas sobre o tema gravidez na adolescência, o caso em foco encontra-se inserida nos dois contextos predisponentes as complicações. Ressalta-se também que uma jovem que engravida uma primeira vez tendem a gestar pela segunda vez ainda durante a adolescência⁽¹⁵⁾, como ocorreu com a paciente entrevistada em um intervalo curto de tempo.

No que diz respeito a gravidez no contexto do HIV, os profissionais de saúde parece não se acharem preparados a lidar com o desejo de muitos casais com HIV que almejam filhos. Há relatos de casos em que a mulher portadora de HIV sente-se culpada pelo desejo de ser mãe e decide engravidar de maneira clandestina e não planejada⁽¹⁶⁾. A decisão de mulheres com HIV em manter uma gestação ou interrompê-la pode ser influenciada pelo curto intervalo de tempo entre a gravidez anterior e a atual⁽¹⁷⁾ e por fatores independentes de sua condição sorológica⁽¹⁸⁾.

Em centros especializados, encontram-se profissionais que espelham valores e significados para o sexo e para a aids, em geral conservadores, estigmatizadores, tratando o paciente como culpado pelo fato de não usar o preservativo como se fazer sexo seguro dependesse sempre da vontade e da razão informada, acusando os que não absorvem adequadamente os “guias” para a proteção sexual⁽¹⁹⁾. No caso *Rosa* referiu o receio de falar da gravidez devido o julgamento do profissional que a acompanhava, podendo ser este um dos motivos que levaram a jovem a procurar o serviço de saúde em fase mais avançada de gestação e com uma indução fracassada de aborto.

Neste sentido, o período da adolescência, o contexto social e familiar envolvidos na vida da paciente pode ser considerado como um complexo emaranhado de fatores que se interligam indicativos pelas inúmeras gestações de *Rosa* em idade tão tenra, enquanto a história relatada da tentativa de aborto provavelmente como alternativa para romper com as questões de sofrimentos das questões relacionadas a infecção e a gravidez precoce, inclusive as referentes à adoção de estratégias preventivas e de autocuidado. A multiparidade é indicativo do não planejamento familiar e do descrédito da possibilidade do contágio ao parceiro sorodiscordante, provavelmente foram poucos os momentos de discussão sobre sexualidade no serviço. As discussões que envolvem sexualidade se dá no aconselhamento pós-teste, entretanto o foco deste aconselhamento tem sido falar da necessidade de usar o preservativo como uma receita sem considerar outras dimensões da sexualidade do portador ou sequer pensar sobre suas intenções reprodutivas⁽¹⁹⁾.

Outra questão constatada no caso foi a dificuldade da adesão inicial do tratamento profilático da transmissão vertical (TV). A administração de AZT deve ser iniciada a partir da 14ª semana de gestação, fato que não impede sua utilização em momentos posteriores ao preconizado, uma vez que ainda há a diminuição do risco de TV. *Rosa*, aponta as

circunstâncias que dificultaram seu acompanhamento logo após o diagnóstico, foi a solicitação de documento e a mudança de endereço na mesma cidade, estes fatos não seriam os únicos motivos que a levariam a procurar novamente o serviço especializado em HIV/aids somente após dois anos, podendo ter sido um meio de negação da infecção e do medo da possibilidade de contaminação do filho. Estudo com gestantes portadoras do HIV refere ao questiona-las sobre a situação do feto quando a mãe é soropositiva, deram respostas evasivas, provavelmente pela difícil realidade de aceitar o percentual de possibilidade da probabilidade de contaminação da criança, acabando por negar o cuidado⁽²⁰⁾.

Os efeitos colaterais que o tratamento anti-retroviral (ARV) acarreta podem ser fatores que também dificultam a sua adesão. Já, o indivíduo por ser jovem se encontra em estado de transição de seu mundo interno para o mundo externo⁽⁸⁾, sentindo-se frustrado em seus empreendimentos de aceitação social quando inserido no contexto de uma doença estigmatizada, que muda o cotidiano do portador, particularmente da adolescente mulher, uma vez que os efeitos colaterais dos medicamentos são mais severos na população feminina⁽²¹⁾, sentindo sua sorologia descoberta em decorrência dessas alterações. *Rosa* não recebeu a profilaxia completa para a redução da transmissão vertical em nenhum dos filhos, uma vez que na primeira gravidez houve a desistência da mãe em prosseguir com o tratamento, embora tenha relatado uso do AZT durante o parto e posteriormente pela criança durante seis semanas e nas duas últimas gestações procurou o serviço de saúde somente com idade gestacional superior a 14 semanas. Pesquisa realizada no mesmo município do presente estudo indica que apenas 47,5% das gestantes com HIV fizeram uso do AZT como preconizado⁽²²⁾. Estudos futuros devem esclarecer o que de fato está relacionado a estas cifras.

A adesão ao tratamento faz parte de um processo politizado, não deve ser imposta, a adesão aos anti-retrovirais é uma co-construção entre profissional e pacientes⁽¹⁹⁾. A adesão é um processo de aprendizado individual e coletivo de como lidar com as dificuldades materiais, sociais e individuais de ingerir a medicação e com a condição de pessoa infectada⁽¹⁹⁾. Assim, o indivíduo deve entender que a medicação quando necessária se deve ao fato de manter um padrão mínimo de saúde. Quando trata-se de gravidez na vigência da infecção pelo HIV indica-se a terapêutica para impedir a transmissão vertical do vírus. Entretanto, os aspectos subjetivos envolvidos na dinâmica do indivíduo com aids são mais complexos e tornam-se difíceis de serem entendidos, julgados e com isso as intervenções mais eficientes são alcançadas com longos investimentos assistenciais.

Com relação a recomendação da exclusão ao aleitamento natural, muitas mães com HIV encontram dificuldades na aquisição do leite artificial, devido a baixa renda familiar. Embora haja programa específico para a nutrição de filhos dessa população, a distribuição do leite artificial, ainda é limitada⁽¹²⁾. No presente estudo a informação de *Rosa* sobre a ocorrência de um episódio de oferecimento da amamentação ao recém-nascido, expõe que dispunha do auxílio governamental, mas a séria dificuldade financeira para conseguir qualquer alimento para a família, é seu percalço do dia-a-dia. Sendo que a fórmula infantil destinada àquela criança era partilhada com a família.

Outro problema informado por *Rosa* tratou-se de sua vivência na maternidade no contexto da aids é o relato de intercorrência mamária durante o puerpério. Hoje se dispõe de técnicas e medicações que impedem a lactação ou minimizam seus efeitos na mulher que está impossibilitada de amamentar. Recomenda-se a compressão das mamas com atadura, imediatamente após o parto, sem causar desconforto na mãe, entretanto, essa prática foi negligenciada nos períodos do puerpério.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso retrata uma adolescente vivenciando um ambiente familiar marcado pela aids, num contexto o qual agrupa os fatores estruturais facilitares da disseminação do vírus, os quais envolvem principalmente o subdesenvolvimento econômico e a pobreza.

Frente ao caso sugere-se estabelecer um exercício constante de escuta ativa, apoio emocional e respostas úteis e contextualizadas para construir junto com a adolescente um momento de crescimento, estimulando sua participação no atendimento evitando-se julgamentos e valores.

Dos achados nos leva a crer que o caso retrata uma realidade que tende a crescer em nosso país, uma vez que a o jovem apresenta um risco maior tanto para adquirir a infecção pelo HIV quanto de experimentar uma gestação na segunda década da vida, decorrentes, por um lado, da própria fase que vivencia e por outro pelo fato de ser mulher. Ademais, ressalta-se que historicamente estamos em pleno início da terceira década da epidemia e que crianças ora contaminadas em anos anteriores, quando não se dispunha de terapêutica, e que sobreviveram hoje, são adolescentes.

No que considera-se o aconselhamento limitado muitas vezes devido à pedagogia verticalizada, pouco adequada ao adolescente, dificulta o entendimento e a aceitação do HIV pelo jovem que vive uma fase marcada por mudanças internas e externas, geradora, portanto, de crise, particularmente quando vivida em um contexto de grande complexidade, que exige responsabilidades e impõe restrições. A deficiência na busca ativa de gestantes com o vírus, a burocratização da assistência, os efeitos colaterais dos ARV, mais intensos na mulher, e a negação da contaminação de uma doença socialmente estigmatizada podem ser considerados motivos para postergar o acompanhamento clínico da infecção.

A reação negativa, já esperada pelas clientes, pelos dos profissionais diante da gravidez demonstra o quanto de valores pessoal impõe-se sobre as mulheres.

Finalmente, as autoras destacam que apesar de estratégias preventivas educacionais os órgãos governamentais não de considerar as adversidades que se encontram as famílias com HIV e auxilia-los de outras maneiras, além da distribuição da fórmula láctea, apenas nos primeiros meses de vida, mas considerar as diferentes esferas envolvidas no contexto da aids em nosso país.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS (2002). Aids epidemic update. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
3. - ALVES, Rozilda Neves, KOVACS, Maria Júlia, STALL, Ron *et al.* Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Rev. Saúde Pública*, ago. 2002, vol.36, no.4, supl, p.32-39. ISSN 0034-8910.
4. Artigo citado no trabalho de IC
5. Galvão Qualidade de Vida
7. Koniak-Griffin, D.; Lesser, J.; Uman, G.; Nyamathi, A.(2003). Teen Pregnancy, Motherhood, and Unprotected Sexual Activity. *Research in Nursing & Health*, 26, 4-19.
8. Zagonel, IPS. O ser adolescente gestante em transição: sob a ótica da enfermagem. Pelotas: Editora Universitária/ UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999.
9. Corrêa H. Aspectos sociodemográficos sobre a maternidade na adolescência: o contexto brasileiro. *Feminina*, set 2003 vol 31 n.8, p. 691-5.
10. LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001
11. Gadeano LE, Rossi LA, Zago, MMF. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Ver Latino americana de Enfermagem* 2003 maio-junho; 11(3): 371-5
12. Texto e Contexto
13. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº196/96. Cadernos de Ética em Pesquisa. Brasília:CNS/ABRASCO; 1998.
14. Heilborn ML, Bozon M, Aquino E, Knauth D. Por uma abordagem sócio-antropológica dos comportamentos sexuais e reprodutivo da juventude no Brasil: a construção da pesquisa GRAVAD. Rio de Janeiro; 2002.
15. Kurauchi, Martins
16. Tunala
17. Giffin K, Costa SH. Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
18. Gestantes Infectadas pelo HIV- caracterização e diagnóstico de enfermagem
19. Paiva V. Sem mágicas
20. Aids em Gestantes: possibilidade de reduzir a TV
21. Liss em o HIV
22. Artigo da Socorro

VIVER COM AIDS NA TERCEIRA IDADE

Sousa V C¹, Saldanha A A W², Araújo L F³- João Pessoa - Brasil

I- INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005), o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos até 2025, o que corresponderá a 15% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 30 milhões de pessoas.

O aumento da expectativa de vida, trouxe uma melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas, o que juntamente com as descobertas científicas para aumentarem a atividade sexual (Butin, 2002), associado à resistência ao uso do preservativo (Silva, Paiva & Santiago, 2005), tornaram os indivíduos mais velhos mais vulneráveis ao HIV/Aids. Acrescenta-se ainda que a ascensão das taxas de infecção pelo HIV entre gerações velhas pode ser um sinal de uma lacuna nos esforços de prevenção com este grupo de idade (Un aids, 2005).

No Brasil, de 1980 a junho de 2005, foram registrados 31356 casos de Aids em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos de idade, observando-se um incremento proporcional para as pessoas com maior idade: de 1993 a 2003 houve um aumento de 130% entre os homens e de 396% entre as mulheres dessa faixa etária (Ministério da Saúde, 2005).

O diagnóstico do vírus HIV em idosos é, freqüentemente, adiado em mais de 10 meses, já que certos sintomas da infecção, tais como o cansaço, a perda de peso e problemas na memória, não são específicos dessa infecção, podendo acontecer em outras doenças que são comuns nos idosos (The Merck Manual of Geriatrics, 2005). Além disso, os médicos raramente consideram que seus pacientes mais velhos possam ser contaminados pelo vírus HIV, pois, muitos, os vêem como assexuados, e, com isso, dificilmente perguntam sobre a vida sexual deles e discutem os fatores que reduzem os riscos de ter HIV (Inelmen, Gasparini & Enzi, 2005). Com isso, o teste HIV que deveria ser feito também nos idosos, dificilmente acontece, adiando ainda mais a descoberta do HIV nessa faixa etária.

Partindo destes pressupostos, este estudo teve como objetivo identificar as representações que emergem em face da infecção pelo HIV em pessoas idosas, explorando questões enfrentamento e suporte social, cercando as complexidades física, social, espiritual e emocional, as quais constituem barreiras para o auto-cuidado adequado e adesão ao tratamento.

¹ UFPB - Universidade Federal da Paraíba, e-mail para contato: valdileia@gmail.com

² Universidade Federal da Paraíba - Pós-Graduação em Psicologia

³ Universidade Federal da Paraíba - Pós-Graduação em Psicologia

Vale salientar que, neste trabalho, resolveu-se operacionalizar como idoso a pessoa com idade igual ou superior a 50 anos, a fim de abarcar tanto os indivíduos que se contaminam com o vírus HIV após os 60 anos de idade, como aqueles com idade entre 50 e 60 anos, pois estes indivíduos tornar-se-ão idosos com Aids.

II – MÉTODO

Amostra:

Trata-se de amostra não-probabilística, intencional e acidental, sendo composta por 21 pessoas soropositivas, metade dela residindo na Capital do Estado e a outra metade no interior deste, com as seguintes características: 76% têm de 50 a 59 anos de idade e 24% possuem 60 anos ou mais; o sexo masculino é predominante (71%); 67% são separados, viúvos ou solteiros; 62% têm escolaridade até a 4ª série do ensino fundamental (62%). E, embora a maioria dos sujeitos tenha renda (aposentadoria) de até 1 salário mínimo (61%), 81% dos idosos entrevistados são os provedores da família.

Em relação aos aspectos clínicos da convivência com o HIV/Aids, o tempo de diagnóstico variou de 01 à 12 anos, predominando a categoria heterossexual como via de contaminação (81%), embora, 9% tenham contraído o Hiv em relação homossexual, 5% em transfusão sanguínea e 5% não sabiam como se contaminaram.

Observa-se, portanto, que os dados acerca dos idosos soropositivos compactuam com a tendência atual da epidemia, principalmente no referente à interiorização, pauperização e heterossexualização (Brito, Castilho & Szwarcwald, 2001; Butin, 2002).

Instrumentos:

A) Questionário Sócio-Demográfico: contendo questões referentes a sexo, idade, situação conjugal e funcional, escolaridade, renda, principal provedor da família, se mora na capital do estado ou no interior, e dados clínicos (tempo de infecção diagnosticada e de tratamento, via de contágio), visando à caracterização da amostra.

B) Entrevistas Individuais : semi-estruturadas com o objetivo de saber dados acerca da convivência com a Aids na velhice.

Procedimento para coleta de dados:

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, foi feito contato com uma Organização Não-Governamental (ONG) e com o Hospital de referência no Tratamento da Aids, ambos na cidade de João Pessoa (PB), especializados no atendimento de pessoas soropositivas, para apresentação do projeto. Desta forma, com as devidas autorizações e dados os esclarecimentos aos participantes acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como dos princípios do anonimato e do sigilo das informações, além da autorização para gravação, com consentimento assinado, iniciou-se a coleta dos dados.

A aplicação dos instrumentos foi executada individualmente, porém, administrado e preenchidos pelo pesquisador, devido ao baixo nível de escolaridade dos participantes, na seguinte ordem: Questionário sócio-demográfico e clínico e Entrevistas Individuais.

Para delimitação do número de entrevistados utilizou-se o critério de saturação de Sá (1998), o qual afirma: *"quando os temas e/ou argumentos começam a se repetir isto significaria que entrevistar uma maior quantidade de outros sujeitos pouco acrescentaria de significativo ao conteúdo da representação; pode-se então realizar mais umas poucas*

entrevistas e parar” (p. 92). Realizaram-se, então, 21 entrevistas individuais, as quais foram gravadas e transcritas.

Análise dos Dados

A análise dos conteúdos das entrevistas foi realizada com base em Categorias Temáticas, determinadas a partir dos temas suscitados nas entrevistas, e processada em uma série de etapas, de acordo com a proposta de Figueiredo (1993).

III – DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os discursos dos idosos soropositivos, obtidos através de entrevistas, possibilitaram, através da análise de discurso, a formação da classe temática “Cotidiano com Aids”, a qual traz a emergência de especificidades da convivência com o HIV em idade mais avançada, sendo formada pelas seguintes categorias: “Aids na Velhice”, “Rede de Apoio”, “Enfrentamento”, “Preconceito”, “Sexualidade” e “Ganhos Secundários”.

A) Categoria “Aids na Velhice”

Nesta categoria emergiram conteúdos referentes às Sub-categorias *Constrangimento*, *Sofrimento*, *Restrição* e *Conformações*.

Em relação à sub-categoria “*Constrangimento*”, ao serem questionados sobre a vivência da Aids na velhice, o embaraço dos idosos soropositivos é evidente e, a primeira resposta, em sua maioria, é a de que não sabem falar. E, mesmo para aqueles que a respondem, observa-se constrangimento associado aos estereótipos criados para os velhos que buscam a vida sexual ativa ou para a própria doença, associada à *imoralidade*.

“Eu acho, eu sei lá: a gente fica até sem jeito de falar” (Suj. 1). “Rapaz, é meio chato estar com Aids. Porque diz que o véi é sem vergonha demais..Diz que o caba é sem-vergonha, véi inchirido.” (Suj6).

A Aids na velhice também é associada ao sofrimento (Subcategoria: “*Sofrimento*”) causado pela incerteza da sobrevivência, medo e desprezo.

“É uma vida sacrificada, né!Eu fiquei assim medrosa...e pensei em fazer alguma coisa com a minha cabeça...” (Suj8). “Eu me sinto mais enrolado, mais desprezado” (Suj 21). “Essa doença pra matar é ligeiro: é de repente. ... eu estou esperando qualquer hora porque eu sei que é ligeiro. Eu não acredito que eu vou viver muito tempo não porque eu vejo o resultado.” (Suj 21).

Entretanto, reconhecem que a vida na situação de soropositividade na velhice pode impor restrições (Subcategoria “*Restrições*”), como as físicas, que os impossibilitam de trabalhar.

“Não é normal como as outras pessoas que não tem esse problema. Quem não tem sintoma de Aids, levanta cedo, chega tarde,, brinca, se cansa, mas não tem o corpo esmorecido. Se for pra trabalhar, você não tem mais aquele ânimo de lutar, de trabalhar como antes: não tem.” (Suj. 16).

E, apesar do trabalho ter assumido diversas concepções ao longo dos tempos, desde castigo até virtude, hoje em dia, aprende-se que ele dignifica o homem (Colossi, Cosentino & Giacomassa, 1997). Desta forma, o desemprego causa um sofrimento psíquico (Wickert,

1999) e este é associado a um sentimento de invalidez e de não-potenciamento social (Castell, 1998), além de levar à segregação e exclusão (Peres, Silva & Carvalho, 2003).

Outra restrição sentida pelos participantes é em relação aos relacionamentos afetivo-sexuais, decorrentes do medo da descoberta do diagnóstico ou da contaminação do outro, o que os leva à solidão e, muitas vezes, à depressão.

"Pra me chegar perto dela e ela vir falar comigo e eu não poder falar ou ela me dar o fora, sei lá, de eu ter AIDS. Eu falar eu tenho isso e a pessoa não querer aceitar: então, fica difícil Tando (estando) com esse problema, eu não quero mais. Pode ser um namoro assim, mas não sério" (Suj 11).

Estudos anteriores com soropositivos comprovam a dificuldade em encontrar um parceiro, devido ao medo de revelar o diagnóstico e também devido à rejeição do companheiro (Paiva, Latorre, Gravato, Lacerda & Initiative–Brazil, 2002), além do medo de se transmitir o vírus (Santos & cols, 2002).

B) Categoria "Rede de Apoio"

O apoio social (percepção de que outras pessoas são sensíveis e receptivas às nossas necessidades) é uma estratégia de enfrentamento importante (Aronson, Wilson & Akert, 2002), pois um suporte social ou familiar limitado é um dos fatores que contribuem para a não-aderência ao tratamento (Garcia, Schooley & Badaró, 2003).

Nesta categoria, então, formaram-se duas subcategorias: "Restrita" e "Extensa". A subcategoria "Restrita" é formada pelos discursos dos soropositivos idosos que possuem uma rede de apoio limitada, geralmente restrita a um familiar, a um amigo mais íntimo ou até mesmo a um ex-companheiro, decorrente da dificuldade em revelar o diagnóstico e ao medo de ser discriminado, conforme pode ser observado nos discursos seguintes:

".. Mas, meus meninos nenhum sabe: nenhum sabe disso. Não, ninguém sabe: só quem sabe é minha menina...(não diz) com medo do meu menino, do rapaz que eu tenho porque ele disse a mim que se ele souber que eu tenho isso, ele morre enforcado ou envenenado. Nem ele (marido) sabe também" (Suj 8).. Eu não falo nada que eu tenho. Só quem sabe é eu e o pai da menina" (Suj 14) "Só tem dois vizinhos meus que sabem...." (Suj. 1).

A outra subcategoria, denominada de "Extensa", diz respeito aos sujeitos que possuem uma rede de apoio mais ampla, já que não escondem sua soropositividade. No entanto, este comportamento é referente a uma minoria junto à amostra de idosos soropositivos estudada.

"Todo mundo sabe que eu não escondo não.(...) Se ninguém quiser me receber na sua casa, não me receba. Mas, eu não vou esconder que eu estou doente... eu nunca escondi não. Toda vida eu disse..." (Suj6). "Eu conto" (para todo mundo que é soropositiva)" (Suj 7).

C) Categoria "Enfrentamento"

Diz respeito às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos soropositivos, sendo subdivididas nestas subcategorias: "Espiritualidade", "Recursos Internos", "Naturalização", "Conformismo" e "Família".

Na subcategoria "Espiritualidade", estão os discursos dos soropositivos que utilizam o enfrentamento apoiado em Deus.

Estudos afirmam que a espiritualidade, além de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, é um importante apoio no enfrentamento de frustrações, sofrimentos e

desafios, como também no prolongamento da vida (Negreiros, 2003), sendo ainda importante em soropositivos porque os ajudam a compreenderem e elaborarem suas perdas (Souza & Shimma, 2004).

"... eu sem Deus não sou nada. Tudo com Deus na frente: Deus me ajuda, eu tenho fé em Deus. Primeiro Deus, segundo as amizades que eu tenho dos meus amigos e amigas" (Suj.2). "Encontrei Deus, por isso que eu sou feliz" (Suj 3). "Mas, se a gente tem fé e cria num Deus vivo, nada derruba a gente. A gente vence o mundo, vence tudo" (Suj5).

A importância dada à religião também foi encontrada no estudo de Santos e cols (2002) com mulheres soropositivas: 88% destas declararam ser a religião algo importante em suas vidas.

Os discursos emergentes na subcategoria *"Recursos Internos"* indicam que formas de enfrentamento à doença são também preditos por fatores de diferenças individuais e experiências de vida. A utilização de recursos internos, enquanto estratégias de enfrentamento diante das dificuldades, impulsiona a manutenção e a reestruturação do bem-estar psicológico.

"a cura também vai muito da sua cabeça: você vai levando o tempo, né, o dia-a-dia, desde que não ponha problema um em cima do outro: deixar se debater por certas coisas...energia forte: nada de coisa negativa..."(Suj 17). "Eu tenho certeza que eu não baixei muito a cabeça... aqui morreram muitos na época que eu me internei aqui porque baixavam logo a cabeça" (Suj 10).

Estudos realizados por Aronson e cols (2002) com pessoas portadoras de doenças graves, dentre as quais a Aids, mostraram que quando as pessoas acreditavam que podiam controlar as conseqüências da doença, mais ajustados esses indivíduos eram. Desta forma, acreditar e confiar na capacidade e eficácia para enfrentar o meio ambiente com efetividade e êxito (auto-eficácia), torna as pessoas menos ansiosas e deprimidas, como também mais saudáveis (Myers, 2000).

A naturalização da doença (subcategoria *"Naturalização"*) é outro tipo de enfrentamento utilizado pelos participantes, ou seja, tornar as coisas as mais normais possíveis, sem procurar informações ou situações que tornem a soropositividade presente no seu cotidiano. Suas energias são despendidas em fatores de resolução imediata do seu dia a dia, e estes ocupam todos os seus pensamentos, relegando a soropositividade para segundo plano.

"eu comecei a ler, a estudar. Eu digo: a vida é mais pra frente: a gente tem que procurar as coisas. Tenho visto muito colega meu: morreram cinco ou foi seis de câncer, de batida. Eu não to me vangloriando, mas dá pra ir pra frente" (Suj. 13). "Faço (as coisas que fazia antes)... em casa normalmente: lavo, faço comida, faço tudo" (Suj 4). "Eu não me envolvo em relação a questão da Aids...Eu acho que quanto mais eu me aproximar desse problema, ele me machuca..." (Suj 20). "Aids pra mim é uma doença como outra qualquer... é como uma gripe" (Suj3).

A quarta subcategoria emergente foi *"Conformação"* advinda do sentimento de já terem vivido o suficiente e que, de qualquer maneira, restar-lhes-iam poucos anos de vida, como também, por já terem deixado os filhos grandes. Consideram ainda que a Aids em jovens é muito pior, tanto pela própria personalidade revoltada, reportada aos jovens, como pelo não-aproveitamento da vida por estes. Os participantes acreditam ainda que os idosos têm mais responsabilidade, aderindo melhor ao tratamento e as prescrições médicas e, ainda, que a única solução é conformar-se, pois não podem mudar a condição de

soropositividade.

"Eu ia sofrer mais se eu tivesse deixado (os filhos) tudo pequenininho. Se Deus me deu com ... já passando do quarenta e poucos anos, eu muito agradeço, também eu já vivi. (...). "A gente, como já passou de meio século, já tem experiência devido ali, morre com 60, 70 anos: pouco tempo, não perdeu tanto.... É mais difícil pra juventude porque tá começando uma vida: não desfrutou de nada, não teve experiência de vida..." (Suj 17)." Já tem mesmo, não tem mais jeito. Chorar pelo leite derramado não vale mais nada: já derramou mesmo" (Suj1)

D) Categoria "Preconceito"

A Aids, desde o começo, foi apresentada como uma doença incurável e fatal, sem esperança e sem destino a não ser a morte. De acordo com Herbert de Souza, o Betinho (Souza, 1992), essa visão fatalista foi responsável pela disseminação de condutas discriminatórias, desumanas e terroristas em relação às vítimas da doença. Muita gente tomou carona na tragédia para expressar todos os seus preconceitos e culpar as vítimas e suas condutas, ao invés de atacar a causa real da doença: o vírus.

Esses fatores passados, ainda estão presentes, gerando associações simbólicas com a doença que atingem profundamente os indivíduos infectados, influenciando-os na percepção de sua doença, como também no comportamento de outras pessoas frente a eles, resultando em sentimentos de ansiedade, motivados pelo medo da rejeição social (Saldanha, 2003).

Para os participantes desta pesquisa, o preconceito emerge em duas subcategorias: "*Social*" e "*Auto-Preconceito*".

As significações culturais ligadas à noção de contágio, associadas à ocorrência da doença ao sentido do tato (contato) e olfato (pelo ar), permanecem nas representações que os indivíduos fazem do adoecimento (Saldanha, 2003). Estas representações carregam a soropositividade de estigmas, atualizando vivências de medo, exasperação, negação e rejeição ao outro, e que estão presentes no discurso destes idosos, configurando a subcategoria "*Social*":

"...a gente foi para uma novena e quando eu cheguei lá numa casa bem pertinho, me deu sede.... eu pedi água. Aí o dono da casa não me falou nada. Foi depois que eu soube que ele tinha quebrado o copo" (Suj 6). "Preconceito, é direto, direto mesmo, é triste a coisa lá. Ninguém entra na minha casa. Moro sozinho" (Suj 10). "...porque muita gente não aceita, né, acha que pega assim fácil: num abraço, num aperto de mão, até mesmo assim... no ar." (Suj 19).

O preconceito existente em torno da doença faz com que os portadores se tornem carregados de medo, o que os leva a um mundo de meias verdades, evitamentos e disfarces. E, na tentativa de proteger-se e proteger aos que preza, eles têm comportamentos que acham que irão impedir a contaminação do outro. Isso deu origem à subcategoria "*Auto-Preconceito*":

"...o preconceito é comigo mesmo e de lá para cá tudo que era bom, assim, pra mim acabou, morreu. Eu era uma pessoa muito alegre, feliz, só que hoje eu me escondo dentro de mim mesmo" (Suj4). Eu digo meu caneco é esse, eu não posso mais pegar minha netinha, eu não posso mais jogar bola, não posso mais beijar. Isso eu digo a ela. Só que minhas filhas e meu filho não perceberam nada com relação a minha inibição... eu tenho

que me conscientizar porque vai que eu estou com uma infecção e às vezes, eu faço a barba e me corto” (Suj 17). “O meu (talher) eu não deixo ninguém usar” (Suj 18).

E) Categoria “Sexualidade”

Segundo o discurso dos idosos soropositivos, a sexualidade pode ser classificada em *ativa* ou *inativa*, conformando, assim, duas subcategorias. Menciona-se que, de todos os entrevistados, 57% possuem vida sexual inativa e, daqueles com vida sexual ativa, a maioria referiu possuir medos e/ou problemas referentes à sexualidade.

A subcategoria “*Ativa*” traz os discursos daqueles sujeitos que, apesar da doença, continuam tendo uma vida sexual. O uso do preservativo depois do diagnóstico tornou-se presente na vida deles, os quais relatam a necessidade de usá-lo devido à indicação do médico, ressaltando a importância do discurso médico na construção das representações dessas pessoas.

“Tenho (relação sexual), mas com camisinha...”(Suj.2). “Uso (preservativo) que foi recomendado aqui pelo hospital, então, tem que usar” (Suj 6). “Hoje se eu vou ter um caso com um homem, eu já me previno. Antes, eu não me prevenia, né!” (Suj. 14).

Entretanto, ainda que ativa, a atividade sexual no contexto da soropositividade, para alguns idosos, é acompanhada pela frustração de não executar a relação sexual devido ao temor da transmissão, pois alguns parceiros negam-se a usar preservativo, ou ainda pela ausência do prazer despreocupado devido à possibilidade de reinfeção, como também diminuição da capacidade sexual, do prazer e do apetite sexual:

“Às vezes, a gente se sente até mal em ter relação porque a gente pensa que vai prejudicar mais a gente: mais a saúde da gente. A gente faz, mais é sempre nervoso” (Suj 6). “...a gente encontra é que não tem mais prazer como antes.. .Hoje acabou 50%.(vida sexual). Eu acho que o problema mais é na cabeça... A gente bota na cabeça pra não passar pra ninguém, né!” (Suj. 15). “Na Aids a potencia nunca é como era antes: é cansativo” (Suj. 16).

Há também casos em que os idosos fizeram ou fazem ainda sexo sem dizer ao parceiro da sua soropositividade:

“Nem ele sabe também (o marido)... Eu só tive relação com ele: duas, três vezes (desde o diagnóstico e foram sem preservativo), e cadê que ele pegou (o vírus) mulher?!” (Suj. 12). “Às vezes eu ainda saio, ainda saio (com outras mulheres), mas só com camisinha. (O senhor conta pra pessoa?) Não” (Suj. 13).

Contudo, para outros, o diagnóstico soropositivo significou o fim da atividade sexual (Subcategoria “*Inativa*”).

“... fazer sexo, com ninguém. Com medo de transmitir” (Suj3). “Num rola mais nada com sexo, meu negócio agora é só lazer. Eu acho que aquela máquina de sexo, sabe, uma célula de sexo que tinha dentro de mim, eu acho que ela morreu” (Suj.4). “Tô sem vida sexual” (Suj 19).

O desejo da atividade sexual, no entanto, fica evidente, através deste discurso:

“pra relacionamento, pra sexo, eu tenho dificuldade. Mas eu faço tratamento psicológico, mas ainda não encontrei o certo pra mim: ter uma relação normal. Eu não faço sexo depois do dia que eu to doente. Eu me masturbo mesmo” (Suj. 3).

Além do medo e do ressentimento, outros fatores são preponderantes na decisão de não ter mais vida sexual ativa, como o uso do medicamento, a dificuldade em usar preservativo, a religião e o próprio desgaste do relacionamento. A esse respeito, estudos de Le Gall, Mullet e Shafighi (2002) apontaram que mulheres mais velhas religiosas têm menores escores em relação a comportamentos sexuais. Ainda, fatores psicológicos, como conflitos conjugais, relacionamentos desequilibrados, problemas de comunicação, perda da confiança, são fontes de queixas freqüentes de insatisfações sexuais em todas as idades e, em pessoas mais velhas, esses fatores podem ser amplificados devido a raivas e ressentimentos que podem ter sido construídos por anos (Meston, 1997):

“É uma coisa pra mim que nem existe. Não, não foi por causa do exame, não, porque eu já não vinha mais: não dá certo mais” (Suj 14). “Não, eu não quero. Não é porque eu tenho Aids: é porque eu não quero mesmo mais. Não porque quem segue um Deus de verdade não pode viver no mundo da prostituição, no mundo da infidelidade..... Sofri muito, foi o suficiente. Sofri muito com o meu ex-marido, foi o suficiente pra mim. Não dá mais” (Suj5).

F) Categoria “Ganhos Secundários”

Se por um lado a Aids é fonte de angústia, medo e dificuldades, os entrevistados deste estudo relatam um outro lado, aqui denominado de “*ganhos secundários*”. Estes ganhos, para eles, referem-se à presença mais próxima da família:

“De bom pra mim foi amor, foi afeto, foi o carinho da minha família, do pai da minha filha” (Suj 14) . “De bom, que eu vivo hoje mais pra minha família. Antes eu brincava demais e hoje eu vivo só pra minha família” (Suj. 15).

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viver com Aids na terceira Idade é associado pelos idosos soropositivos principalmente a aspectos negativos, como tristeza, sofrimento, preconceito. Contudo, esses idosos utilizam o enfrentamento focado na emoção para lidarem com as adversidades da soropositividade, como a espiritualidade, a naturalização da doença e o conformismo. Conformar-se que a Aids na velhice é melhor do que na juventude, é uma maneira de ajudá-los a superar a doença.

Tornar a sexualidade um assunto do dia-a-dia, tanto de idosos soropositivos como nos soronegativos, é fundamental para se acabar com o mito de que o idoso é assexuado. Isso deve ser feito principalmente pelos profissionais de saúde que, começando a abordar assuntos desse tipo, irão estimular os idosos a também discorrerem sobre eles, sendo importante ainda o encaminhamento desses pacientes a outros profissionais, a fim de se trabalhar questões que vão além do tratamento medicamentoso.

O atendimento psicossocial faz-se necessário, pois apenas o atendimento médico e a prescrição de medicamentos não são suficientes para uma pessoa aderir ao tratamento, já que percepções negativas são responsáveis por uma suspensão voluntária do tratamento ou por uma ingestão do coquetel em doses insuficientes ou descontroladas (Ortiz & cols, 2000 em Remor, 2002).

Trabalhar os temores desses indivíduos, tais como o medo em se transmitir o HIV, como o pavor da descoberta pelos outros da soropositividade deles, é fundamental, pois esses receios propiciam uma vida triste e repleta de temores e limitações a esses indivíduos.

Ainda, conforme é afirmado pela Unaid (2005), a ampliação da Aids entre os idosos pode estar acontecendo devido a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo de idade. Desta forma, objetivar campanhas para a faixa etária idosa é fundamental. Contudo, como afirma a Unesco (2006), somente o conhecimento não é suficiente para mudar o comportamento, de maneira que o indivíduo seja capaz de adotar práticas seguras, a fim de evitar a infecção, mas é necessário focar aspectos sócio-culturais para se reduzir os riscos e as vulnerabilidades.

V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aronson, E.; Wilson, T. D. & Akert, R. M. (2002). *Psicologia Social*. 3ª edição. Rio de Janeiro: LTC
- Brito, A. M.; Castilho, E. A. & Szwarcwald, C. L. (2001, março/abril). Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2), 207-217.
- Butin, N. G. (2002). *Finitude e envelhecimento: significados da morte no idoso soropositivo*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Castell, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes.
- Colossi, N.; Cosentino, A. & Giacomassa, L. C. (1997, maio). Do Trabalho ao Emprego: uma releitura da evolução do conceito de trabalho e a ruptura do atual modelo. *Revista Teoria e Evidência Econômica*, 5(9), 53-66.
- Figueiredo, M.A.C. (1993, abril/junho). Profissionais de Saúde e Aids. Um estudo diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 26(3), 393-407
- Garcia, R.; Schooley, R. T. & Badaró, R. (2003). An Adherence Trilogy is Essential for Long-Term HAART Success. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 7(5), 307-314
- Inelmen, E. M.; Gasparini, G. & Enzi, G. (2005, setembro). HIV/ Aids in older adults: a case report and literature review. *Geriatrics*. 60(9).
- Le Gall, A.; Mullet E. & Shafighi, S. R. (2002, agosto). Age, religious beliefs, and sexual attitudes. *Journal of Sex Research*, 39 (3), 207-216.
- Ministério da Saúde (2005, novembro). 1ª a 26ª Semanas Epidemiológicas- janeiro a junho de 2005. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*, 2(1), 1-48.
- Myers, D. G. (2000). *Psicologia Social*. 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC.
- Meston, C. M. (1997, outubro). Aging and Sexuality. *Western Journal of Medicine*, 167(4), 285–290.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde* (S. Gontijo, Trad). Brasília: Organização Pan Americana da Saúde.

- Negreiros, T. C. G. M. (2003, setembro). Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(2), 275-291.
- Paiva, V.; Latorre, M. R.; Gravato, N.; Lacerda, R. & Initiative–Brazil, E. C. (2002, novembro/dezembro). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 18(6), 1609-1619.
- Peres, R. S.; Silva, J. A. & Carvalho, A. M. R. (2003). Um olhar psicológico acerca do desemprego e da precariedade das relações de trabalho. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 97-110.
- Remor, E. A. (2002, setembro/dezembro). Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 283-287.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, SP
- Santos, N. J. S.; Buchalla, C. M.; Fillipe, E. V.; Bugamelli, L.; Garcia, S. & Paiva, V. (2002, agosto). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev. Saúde Pública*, 36(4), 12-23.
- Silva, L. S. S.; Paiva, M. S. & Santiago, U. C. F. (2005). Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da Aids. *6HIV-Aids. Virtual Congress*. Recuperado em 7 out. 2005: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=264
- Souza, H. (1992). Carta contra o Preconceito. Recuperado em 20 jul de 2006: http://www.aids.gov.br/betinho/contra_preconceito.htm
- Souza, T. R. C. & Shimma, E. (2004, jul/agos). Os lutos da Aids. *JBA*, 5(4), 145-188.
- The Merck Manual of Geriatrics (2005). *Human Immunodeficiency Virus Infection*. Recuperado em 01 fev 2006: <http://www.merck.com/mrkshared/mmg/sec16/ch134/ch134a.jsp>
- Unids (2005). Aids epidemic update: December 2005. Recuperado em 21 out 2006: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi_update2005_en.pdf
- Unesco (2006). Educação Preventiva e HIV/AIDS. Recuperado em: 21 out 2006: http://www.unesco.org.br/areas/educacao/areastematicas/edaids/index_html/mostra_documento
- Wickert, L. F. (1999). O adoecer psíquico do desempregado. *Psicologia Ciência e Profissão*, 19(1), 66-75.

FREQÜÊNCIA DO USO DO PRESERVATIVO E PERCEPÇÃO DE VULNERABILIDADE PARA O HIV ENTRE ADOLESCENTES*

Azevedo R L W¹, Coutinho M P L², Saldanha A A W³ - João Pessoa - Brasil

Uso de preservativo na adolescência.

Vive-se numa época de excessos de estímulos sexual em que a mídia promove um certo incentivo para o ato sexual sem dar a mínima noção de segurança. Com o advento da internet, a globalização e a pouca censura nos meios de comunicação de massa, surge um apelo sexual freqüente e precoce, levando os jovens a experiências ainda incompreendidas por eles. Os adolescentes desejam ser adultos, falando como adultos e querendo se comportar como tal e ter os privilégios da maturidade. Contudo, para o significado real do envolvimento sexual, falta-lhes a experiência e a responsabilidade, e a AIDS passa a ser uma das conseqüências desastrosas desta situação atual.

Segundo o Ministério da Saúde, no mundo todo, 1 entre 20 adolescentes contrai algum tipo de doença sexualmente transmissível (DST) a cada ano. Diariamente, mais de 7 mil jovens são infectados pelo HIV, num total de 2,6 milhões por ano, o que representa a metade de todos os casos registrados. Estima-se que 10 milhões de adolescentes vivem hoje com o HIV ou estão propensos a desenvolver a AIDS no decorrer dos próximos 15 anos. Aproximadamente 80% das transmissões do HIV no mundo decorrem de práticas sexuais sem proteção. Vale ressaltar que, na presença de uma DST, o risco de transmissão do HIV é de 3 a 5 vezes maior. (Thiengo, Oliveira e Rodrigues, 2000).

Tomando também como referência os números do Boletim Epidemiológico AIDS/DST com os dados recebidos do Setor de Produção do DATASUS do Ministério da Saúde do Brasil, transferidos das secretarias estaduais de saúde até 30 de junho de 2005, verifica-se que houve 4.573 casos notificados de soropositividade em adolescentes do gênero masculino, e 3.502 casos do gênero feminino nesta mesma fase de desenvolvimento. Observa-se um aumento no índice de contaminação entre as adolescentes do gênero feminino, demonstrando que estas meninas estão sendo alvo de crescente vulnerabilidade.

Este quadro de contaminação nos adolescentes, público alvo deste estudo, justifica o

¹ Universidade Federal da Paraíba, Psicóloga Clínica, Mestranda em Psicologia Social.

² Universidade Federal da Paraíba, Pós-Doutorada em Psicologia pela Universidade Aberta de Lisboa-Portugal

³ Universidade Federal da Paraíba, Doutorada em Psicologia pela Universidade de São Paulo

*Artigo elaborado a partir do desenvolvimento da dissertação de mestrado de AZEVEDO, R. L. W., intitulada Representações Sociais da sexualidade na adolescência, associadas à vulnerabilidade ao HIV/Aids. Órgão financiador: CAPES

impacto social causado pela AIDS; impacto este demonstrado por inúmeras pesquisas realizadas na área, como é o caso do estudo de Taquette e colaboradores (2004), com jovens residentes no Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, trazendo como resultado aspectos considerados na literatura como resultado de alto grau de vulnerabilidade ao HIV/AIDS como: a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros e o não uso de preservativo nas relações sexuais, sendo também influenciados por um sistema de gênero que se pauta na dominação masculina, mostrando que os rapazes têm maior número de parceiros e iniciam a atividade sexual mais cedo. Este resultado corrobora com uma pesquisa realizada pela UNESCO (2004), também no Brasil, demonstrando a idade média da primeira relação sexual, que acontece em média aos 14,5 entre os meninos e 15,5 anos entre as meninas, considerando também a multiplicidade de parceiros e a ausência do uso de preservativo, como fator preponderante na vulnerabilidade dos adolescentes ao HIV/AIDS

Dito de outra forma, verifica-se que a adolescência, por ser essa fase de transição e conflitos, na qual o comportamento sexual e os padrões reprodutivos estão altamente susceptíveis a influências da sociedade, torna-se um período mais vulnerável a contrair DST's. A sexualidade, neste sentido, ganha ampla conotação dentro do contexto sociocultural e biológico no qual está inserido, sendo demonstrado que esta diminuição da idade de início das práticas sexuais, a multiplicidade de parceiros e a ausência do uso de preservativos, aliados a hábitos socioculturais e crenças, apresentam-se como fatores relevantes pela vulnerabilidade, o que dificulta a quebra da cadeia de transmissão da AIDS. (Castro, Abramovay e Silva, 2004).

Estes pressupostos, segundo Seffner (1998), evidencia que ~~esta~~ vulnerabilidade da população a um determinado agravo é determinada por uma série de circunstâncias, que podem ser ordenadas em fatores que envolvem não apenas planos individuais, mas também sociais. Nos planos sociais, a vulnerabilidade vem sendo avaliada através das formas de comunicação e difusão em que a Aids está sempre como conteúdo principal.

Apesar da evidente melhoria na abertura do diálogo dos adolescentes com a sua família e amigos, com os quais eles falam com mais liberdade sobre sexualidade, e apesar das informações acessíveis na mídia, muitos jovens não se sentem vulneráveis a estes riscos, principalmente em se tratando dos jovens masculinos. Fato comprovado em pesquisa realizada por Guerriero, Ayres e Hearst (2002) acerca da masculinidade e vulnerabilidade ao HIV, cujo resultado mostrou a representação que os homens têm de sentirem-se fortes, imunes a doenças, serem impetuosos, correrem riscos, serem incapazes de recusar uma mulher, e considerarem que têm mais necessidade de sexo do que a mulher e que seu desejo sexual é incontrolável.

Considerando também o gênero feminino, a vulnerabilidade neste público está em ascensão, dado encontrado em inúmeras pesquisas, dentre elas uma realizada na cidade de Pelotas – RS por Silveira e colaboradores (2002) acerca da autopercepção de vulnerabilidade as DST's/AIDS nas mulheres, tendo como resultado que 64% das mulheres achavam impossível ou quase impossível adquirir este tipo de doença. Os principais comportamentos de risco encontrados na pesquisa foram o não uso de preservativo na última relação sexual; início das relações com menos de 18 anos de idade; uso de álcool ou drogas pelo parceiro ou pela mulher antes da relação sexual; dois a três parceiros nos últimos três meses e sexo anal na última relação sexual.

A crescente participação dessa forma de exposição na epidemia HIV/AIDS traz alguns desafios importantes, destacando-se esta questão de gênero. Portanto, a decisão pela adoção de medidas preventivas contra o HIV passa pela maneira como os adolescentes estão social e culturalmente estruturados nas suas relações com os jovens adolescentes do sexo oposto, bem como pela forma que a masculinidade ou feminilidade é concebida e afirmada.

Assim, é atribuído à adolescência o seu despreparo inicial para compreender e desfrutar da sua sexualidade; o seu sentimento ilusório de proteção e poder sobre a vida, minimizando os seus riscos e a sua eventual baixa auto-estima, manifestação de conflitos emocionais, relacionamentos instáveis com a família, amigos e namorados, justamente no momento de cobrança e definição do seu papel a ser assumido na vida em sociedade. Ademais, existe uma série de dificuldades a ser enfrentada para tomar decisões, definir a própria identidade, afirmar-se diante do seu grupo e contemporizar a satisfação do desejo com a sua permissão social. Todos esses fatores influenciam diretamente na adoção ou não de hábitos saudáveis para a prevenção das DST, em especial da Aids. É primordial, portanto, promover e fortalecer a participação ativa da juventude no processo de sua educação, incluindo aqui principalmente estimulação ao uso do preservativo.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi fazer um levantamento da frequência do uso do preservativo na prática sexual dos adolescentes residentes na cidade de João Pessoa/PB, Brasil, bem como verificar a percepção de vulnerabilidade ao HIV que estes jovens possuem.

Método

Participantes

Participaram do estudo 395 adolescentes de ambos os sexos e com idades entre 12 e 19 anos, sendo considerados apenas aqueles que já haviam iniciado sua vida sexual, ou seja, 165 adolescentes. Estes jovens foram abordados em meio as suas atividades no contexto escolar onde estavam inseridos. Para coleta de dados foi utilizado um questionário com questões acerca da prática sexual, da importância da utilização do preservativo e percepção de vulnerabilidade. Os dados foram processados através do software SPSS versão 13.0 e analisados através de estatística descritiva.

Instrumento

Utilizou-se um questionário auto-aplicado em sala de aula (de forma coletiva). Considerou-se, além de questões de caracterização e sócio-demográficas, uma questão acerca se o jovem já teve ou não sua primeira experiência sexual e com que idade aconteceu; uma segunda pergunta sobre o uso do preservativo considerando todas as relações sexuais e por fim, foi questionado se estes jovens se consideram ou não vulneráveis as DST's/Aids. É importante ressaltar que nesta última questão foram consideradas as respostas da amostra total, e não apenas daqueles sexualmente ativos.

Procedimento

Inicialmente, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do CCS (Centro de Ciências da Saúde) da Universidade federal da Paraíba, Brasil, com o intuito de averiguar os parâmetros éticos, tendo como base a Resolução n° 196/96 e

recebendo parecer de aprovação para realização da pesquisa, uma vez que sua operacionalização, de acordo com os pareceristas, não traria nenhum dano à saúde física e/ou psíquica dos participantes. Posteriormente, solicitou-se a autorização das diretorias das escolas, objetivando a realização da pesquisa. É válido mencionar que não foi verificada nenhuma recusa por parte dos adolescentes em participar da presente pesquisa.

Análise dos dados

A análise dos dados obtidos através do questionário foi realizada através de uma descrição estatística (frequência e média) e estatística correlacional (teste Qui-quadrado). Para isto foi utilizado o programa informático *Statistical Package for Social Sciences - SPSS 13.0*

A análise da questão sobre o motivo do jovem se perceber vulnerável ou não a contrair a Aids, foi realizada através do levantamento de todas as respostas passando, em seguida pelo processo de categorização realizada por 5 (cinco) juízes, demonstrando explicitamente a confiabilidade e validade das respostas.

Resultados e Discussão

Dos 395 estudantes que participaram da pesquisa 51 % era do sexo feminino e 49 % do masculino. A média de idade foi de 15 anos e 4 meses com desvio padrão de 2 anos e 2 meses.

Destes adolescentes que participaram da pesquisa, foi questionado a respeito da sua prática sexual. A primeira questão foi se o adolescente já havia tido sua primeira experiência sexual, tendo como resultado que 122 adolescentes do gênero masculino (31,3%) e 44 do gênero feminino (11,3%) disseram já ter vivido a prática sexual. Enquanto que 72 homens (18,4%) e 152 mulheres (39%) declararam ainda não ter vivenciado esta experiência. Este dado demonstra que a prática sexual nesta população está mais prevalente entre aqueles do gênero masculino, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1: Número e proporção de adolescentes segundo atividade sexual.

Variável	Perfil do adolescente				Total		p*
	Masculino		Feminino		N	%	
	N	%	N	%			
Relações sexuais							
Sim	122	31,3	44	11,3	166	42,6	0,000
Não	72	18,4	152	39,0	224	57,4	
Total	194	49,7	196	50,3	390	100	

*Nível descritivo do teste de associação pelo qui-quadrado

Com o intuito de verificar esta prática sexual, bem como a importância que estes jovens direcionam ao uso do preservativo, foi averiguado acerca da faixa etária da primeira relação sexual, sendo constatado que a média de idade da primeira relação sexual dos adolescentes masculinos é 13,7 anos (desvio padrão = 2), em comparação com as adolescentes do gênero feminino, com média de idade de 15,1 anos (desvio padrão = 2,33). A partir da tabela 2, pode ser observada esta prática tomando como referência a faixa etária, demonstrando que para 31 meninos (7,9%) que tiveram sua primeira experiência sexual na faixa do 9 a 12 anos, houve apenas 4 meninas (1%). Este número aumenta significativamente nas idades de 13 a 15 anos, quando 82 jovens masculinos

(20,8%) e 25 femininos (6,3%) relataram ter sido nesta faixa etária sua primeira relação sexual. Verificou-se ainda, que a primeira relação sexual no período dos 17 a 19 anos aconteceu com apenas 5 adolescentes masculinos (1,3%) e com 14 adolescentes femininas (3,6%). (tabela 2)

Através dos resultados, foi possível observar que a tendência de antecipação da idade da primeira relação sexual das jovens, foi estatisticamente significativa em comparação com a idade do início da vida sexual dos adolescentes do gênero masculino.

Neste sentido, pode-se afirmar que, no que diz respeito a idade da primeira relação sexual dos adolescentes, diferente de outros estudos realizados no Sudeste do Brasil onde a média de idade da primeira experiência é semelhante entre os gêneros, os adolescentes do gênero masculino da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil, iniciam-se sexualmente mais cedo que as adolescentes do gênero feminino, dado igualmente encontrado nas pesquisas de Pirota (2002), Almeida (2003) e Aquini (2003). Supõe-se que esta diferença seja devido a questões culturais construídas, uma vez que o comportamento sexual e os padrões reprodutivos são altamente susceptíveis a influências socialmente sancionadas. Além disso, é importante ressaltar que a primeira relação sexual destes jovens pode variar nas diferentes regiões devido a fatores tais como o grau de escolaridade que gera impactos diretamente proporcionais a idade em que ocorre a iniciação sexual (Contreras, Hakkert, 2001).

Este estudo também corrobora com uma pesquisa realizada pela UNESCO (2002), acerca deste mesmo tema, considerando adolescentes de vários Estados brasileiros, quando foi verificado que os jovens do gênero masculino iniciaram-se sexualmente na faixa entre 10 a 14 anos e as jovens, em sua maioria, têm sua primeira relação sexual entre os 15 e 19 anos.

Para aprofundar a busca da vulnerabilidade as DST's, foi questionado quanto a frequência do uso de preservativo nas relações sexuais destes jovens, tendo como respostas dos jovens masculinos: 28% sempre utilizou, 39,6% utilizou algumas vezes e 6,1% nunca fez uso do preservativo. As jovens femininas demonstraram o mesmo teor de vulnerabilidade em relação ao uso do preservativo: 14% disseram que sempre utilizaram o preservativo, 11% algumas vezes e 1,2% nunca utilizaram. Percebe-se, portanto, que apenas 42% dos adolescentes que mantêm prática sexual utilizam o preservativo em todas as suas experiências. Este dado expõe que o adolescente de João Pessoa, Paraíba, Brasil, é um jovem que está negligenciando a prevenção.

Tabela 2: Número e proporção de adolescentes segundo o gênero e frequência do uso do preservativo no ato sexual

Variável	Prática sexual				Total		p*
	N	Masculino %	N	Feminino %	N	%	
Uso de preservativo (em todas as relações)							
Sempre usou	46	28,0	23	14,0	69	42,1	0,197
Algumas vezes usou	65	39,6	18	11	83	50,6	
Nunca usou	10	6,1	2	1,2	12	7,3	
Total	121	73,7	43	26,2	164	100	

*Nível descritivo do teste de associação pelo qui-quadrado

Pode-se constatar através dos resultados, que esta prática não é consistente quando se referem à todas relações sexuais, deixando explícito a alta prevalência do uso inconsistente do preservativo, sendo assim, considerado um fator de vulnerabilidade.

O estudo realizado na Bahia, Brasil, por Almeida, Aquino, Gaffikin e Magnani (2003) pode ser citado no que diz respeito ao uso ou não de preservativo entre os adolescentes. Neste estudo foi avaliada as relações sexuais dos últimos seis meses de 5.512 adolescentes, sendo verificado que a utilização do preservativo foi declarado por 41% dos rapazes e 56,1% nas moças, sendo que a imprevisibilidade das relações foi para ambos os sexos o motivo citado mais freqüente para não usá-lo.

De acordo com a UNESCO (2002), a confiança no parceiro, principalmente por parte das mulheres, é destacada como uma das razões mais comuns para que se deixe de lado o comportamento preventivo.

Mesmo não fazendo uso regular do preservativo nas suas práticas sexuais, foi verificado que estes jovens não se percebem como vulneráveis a contrair Aids, quando foi questionada qual a sua chance de pegar Aids e 79,1% responderam ser impossível ou quase impossível disto acontecer. Em contraposição, 20,9% disseram ser bastante possível ou possível de contrair a doença. (tabela 3).

Este dado demonstra a característica marcante desta fase da vida em que o jovem não tem o medo e a preocupação dos riscos que está exposto se percebendo como imune aos perigos e as doenças como um todo.

Considerações Finais

No presente estudo o comportamento sexual e a vulnerabilidade ao HIV/Aids dos adolescentes são analisados desde a iniciação sexual, ou seja, a média de idade da primeira relação sexual; a freqüência do uso do preservativos nas demais relações sexuais, bem como a percepção de vulnerabilidade para o HIV.

Tabela 3: Número e proporção de adolescentes segundo o gênero e visão de “auto” vulnerabilidade ao HIV/AIDS

Variável	Masculino		Feminino		Total		p*
	N	%	N	%	N	%	
Chance de pegar Aids							
Bastante possível	14	3,6	14	3,6	28	7,2	0,006
Possível	35	9,0	18	4,7	53	13,7	
Quase impossível	67	17,3	53	13,7	120	31,0	
Impossível	77	19,9	109	28,2	186	48,1	
Total	193	49,8	194	50,2	387	100	

*Nível descritivo do teste de associação pelo qui-quadrado

No contexto da Aids entre os adolescentes, verifica-se que nos últimos anos o Brasil tem demonstrado um significativo aumento de adolescentes soropositivos, expressando a necessidade do desenvolvimento de novas estratégias de intervenção dirigidas especialmente aos adolescentes em condições desfavoráveis de vida, os quais constituem o segmento populacional de maior vulnerabilidade às DST's/Aids.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), é na adolescência e na fase adulta jovem que se concentra metade das infecções por HIV em todo o mundo. Estes

dados nos permitem identificar uma situação preocupante, colocando os jovens em primeiro lugar no *ranking* do debate público sobre as políticas em resposta à epidemia pelo HIV/ Aids, no Brasil e no mundo.

Por meio da análise dos dados do presente estudo, verificou-se que os jovens de João Pessoa, Paraíba, Brasil estão iniciando sua vida sexual bastante cedo, que não estão se prevenindo nas suas práticas e que mesmo assim não se vêem vulneráveis a qualquer tipo de doenças. Estes dados demonstram a necessidade da elaboração de um planejamento mais cuidadoso e detalhado, para que programas de prevenção sejam bem-sucedidos, no qual sejam consideradas as necessidades e características dos adolescentes.

Considerando-se a diversidade cultural, social e econômica destes jovens, é importante haver uma regionalização das campanhas preventivas que visem a minimizar a incidência das DST's, em especial a Aids. São necessários ainda direcionamentos específicos para as diversidades encontradas dentro de uma mesma região. Neste enfoque, deve-se considerar que os resultados aqui apresentados podem ser utilizados para grupos de adolescentes com características socioculturais semelhantes aos sujeitos deste estudo.

Referências

- Almeida MCC, Aquini EML, Gaffikin L, Magnani RJ. (2003). *Uso da contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia*. Cad. Saúde pública; 37(5): 566-75
- Aquini EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Meneses G. (2003). *A adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais*. Cad. Saúde pública; 19(Sup 2):377-88
- Castro, M.G., Abramovay. M., Silva, L. B., (2004). *Juventude e sexualidade*. São Paulo: UNESCO.
- Contreras JM, Hakkert R. (2001). *La sexualidad y la formación de uniones*. In: Guzmán JM et al. (Orgs.). Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y Caribe. México, D.F.: UNFPA, p. 57-104.
- Guerriero, I., Ayres, J. R. C., Hearst, N. (2002). *Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais*. São Paulo, SP. Revista Saúde pública, 36(4 supl), 50-60.
- Pirota K. (2002). *Não há guarda chuva contra o amor : estudo do comportamento reprodutivo e e seu universo simbólico entre jovens universitários da USP*. São Paulo, SP Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M. & Paula, M. C., (2004, maio-junho) *Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 37(3):210-214.
- Thiengo, M. A., Oliveira, D. C. de, Rodrigues, B. M. R. D. (2000). *Dissertação de mestrado*. Faculdade de enfermagem, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Seffner F. (1998) Aids e (é) educação. In: Silva, Luis Heron (org.). *A escola cidadã no contexto da globalização*. Vozes: Petrópoles
- Silveira, M. F., Béria, J. U., Horta, B. L. & Tomasi, E. (2002). *Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres*. Revista Saúde Pública, 36(6), 607-7.
- _____. UNESCO. *Aids: O que pensam os jovens? Políticas e Práticas Educativas*. Brasília: UNESCO, NAIDS, 2002. (Cadernos UNESCO Brasil. Série educação para a saúde; 1).

A VULNERABILIDADE À AIDS ASSOCIADA AO USO DE ÁLCOOL POR ADOLESCENTES

Amaral A C G, Saldanha A A W - João Pessoa - Brasil

Introdução:

Na maioria dos países, vem crescendo nas últimas décadas estudos que visam contemplar vários aspectos da adolescência, fase que tem sido vista desde a Antiguidade pela ótica da impulsividade e excitabilidade. Aristóteles (300 a.C.) os definia enquanto apaixonados irascíveis e inclinados a se deixarem levar por seus impulsos (Newcombe, 1999) e Platão advertia quanto ao uso de bebida alcoólica antes dos 18, ao alegar que não se pode colocar fogo no fogo (Newcombe, 1999).

A adolescência é uma fase caracterizada por mudanças, tanto na esfera sexual quanto nos aspectos cognitivos e emocionais. No âmbito psíquico, a adolescência é o momento de definição da identidade caracterizada pela experimentação e influência do grupo, onde o pensamento abstrato e a impulsividade fazem com que se sintam invulneráveis, se expondo a riscos sem prever suas conseqüências. Na esfera social, os baixos níveis escolar e socioeconômico podem ser associados as DST, assim como uso de álcool e drogas, já comprovados por diversos estudos (Taquette, Andrade, Vilhena, *et al* 2005).

Na adolescência as modificações sociais, acompanhadas de grande expectativa e ansiedade, caracterizam essa fase peculiar de desenvolvimento, na qual uma imensa gama de comportamentos e atitudes é experimentada pelo indivíduo. Segundo Bukstein (1995) alguns dos comportamentos oriundos do desenvolvimento típico dessa fase e das tarefas “esperadas” de um adolescente normal podem promover o uso de substâncias, como o álcool e o cigarro. Este autor denomina essas atividades de *Tarefas de desenvolvimento da adolescência, que são:*

- estabelecimento de independência e uma identidade separada dos pais;
- experimentação de atitudes, estilos de vida e comportamentos alternativos;
- aumento nas atitudes e nos comportamentos voltados para seus pares;
- desejo por *status* adulto e por comportamentos percebidos como adultos.

Os adolescentes constituem um grupo singular, cuja especificidade está vinculada ao fato de que eles expressam, mais que outros grupos, a natureza transitória de seu status. Eles estão em busca de sua identidade e têm de incorporar tanto os valores de seus pais de sua cultura de origem, quanto acomodar, ao mesmo tempo, os valores com que se deparam em seu ambiente imediato. Sendo assim, estudos transculturais devem, levar em conta não só a origem étnica e cultural dos sujeitos, mas também suas histórias individuais e familiares.

Nas sociedades ocidentais, mesmo quando contempladas sob diferentes aspectos (diferenças regionais, religiosas, de classe social e de grupos), existem características comuns a esta etapa da vida: maior autonomia; transitoriedade e, conseqüentemente, ambigüidade

(nem criança, nem adulto); conflitos com o mundo adulto e construção de uma nova identidade sexual. De acordo com Paulilo e Jeolás (2005), as modificações biológicas e fisiológicas levam o sujeito a se defrontar com um novo corpo, e este tem de integrar esses novos elementos a fim de construir uma nova imagem de si mesmo. Momento intermediário, de mudança, portanto, quando a ansiedade em relação ao risco está presente de maneira profunda.

Ainda de acordo com os autores, as características comuns de ser jovem nos tempos atuais, onde o risco, mesmo que de forma ambivalente, é valorizado, seja nos esportes radicais, nos negócios, na paixão, na velocidade e na adrenalina de viver intensamente o momento presente trazem certamente consequências para a percepção do risco da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Para os jovens de baixa renda e pouca escolaridade (a maioria em nosso país) expostos à violência diária, à falta de perspectivas de um futuro melhor, o risco do HIV/Aids será avaliado e hierarquizado de forma comparativa aos outros riscos presentes em sua vida.

Recentes estudos mostram uma elevada prevalência de comportamentos de alto risco entre jovens, tanto sexuais quanto relacionados ao uso de drogas, e consequentemente ao HIV/Aids, devido, principalmente, a falta de percepção de vulnerabilidade, o que torna difícil à inserção de medidas preventivas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1998), as DST específicas por faixas etárias são maiores nos grupos de 15 a 29 anos, o que, associado aos dados epidemiológicos em pacientes com Aids sugerem, que em muitos casos, a infecção pelo HIV foi contraída durante a adolescência. (Torres, Davim e Almeida, 1999).

Atualmente, 1,7 bilhões de pessoas (mais do que a quarta parte dos habitantes do planeta) encontram-se na faixa etária de 10 a 24 anos, sendo que 86,0% dos indivíduos deste grupo etário habitam em países em desenvolvimento. Esta geração atual de jovens é a mais educada e a mais urbana da história, todavia, ao mesmo tempo em que a urbanização tem aumentado o acesso à educação e aos serviços de saúde, os adolescentes são mais expostos aos riscos do uso de drogas lícitas e ilícitas, à violência e às infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV/Aids (Miranda, Gadelha e Szwarcwald, 2005).

Sendo assim, os jovens têm sido apontados, no mundo todo, como população-alvo para a prevenção da Aids, a partir da idéia de ser esta faixa etária mais suscetível a comportamentos de risco, de um modo geral. Ao pensar em adolescência, ignora-se o fato que esta é uma categoria sócio-histórica, expressando, portanto, diversidades na sua forma de existir, o que a coloca em diferentes graus de vulnerabilidade em relação a Aids, às outras DSTs, ou às drogas.

O Brasil é um dos países em que o número de casos de Aids é dos mais elevados do mundo, principalmente quando se tem em conta o número de casos notificados, resultado que, parcialmente, se deve à dimensão de sua população (Parker et al., 1994) e a fatores socioeconômicos identificados como estruturantes da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, tanto pelo grau de heterogeneidade que exibem, quanto pela desigualdade vigente entre as regiões brasileiras (Parker e Camargo Jr., 2000). Por outro lado, a dinâmica da epidemia da Aids no Brasil não evolui nem se distribui de forma homogênea entre as regiões brasileiras, tanto no que diz respeito ao perfil da transmissão, quanto à sua evolução nos espaços sociais e geográficos (Szwarcwald et al., 2000).

Na região Sul, a epidemia está assumindo um perfil diverso do verificado no restante do país, caracterizado por um percentual alto de usuários de drogas injetáveis e a

predominância do subtipo C do vírus - comum na África do Sul e na Ásia, mas raro no Brasil - que tornam a epidemia do sul atípica. Até dezembro de 2004, foram registrados 63.519 casos de Aids, sendo 29.970 no Rio Grande do Sul, predominando nos municípios de Porto Alegre, Rio Grande e Santa Maria (Brasil, 2005).

Dessa forma, a abordagem teórica da vulnerabilidade, que neste trabalho é entendida enquanto uma análise da dimensão cultural do risco nas sociedades atuais foi proposta no contexto da epidemia da Aids por pesquisadores atuantes na área de confluência da saúde pública e das ciências humanas, preocupados com as múltiplas dimensões da epidemia, suas conseqüências e impacto social. Pode-se entender então que o conceito de vulnerabilidade foi formulado a partir de novas formas de pensar acerca do contágio da aids.

A introdução da idéia de vulnerabilidade à epidemia, desenvolvida por Mann e colaboradores (Mann, 1992), tem expressado melhor a complexidade da doença que, embora possa afetar biologicamente qualquer pessoa, faz com que a chance de contrair o vírus não seja igual para todos os países, regiões, grupos ou indivíduos. A vulnerabilidade à aids está sendo pensada sob três planos: o social (condições socio-econômicas, acesso à informação, escolarização, garantia de acesso aos serviços de saúde, garantia de respeito aos direitos humanos, situação socio-política e cultural da mulher, etc.); o individual (comportamentos que possibilitam a infecção pelo HIV ou a nossa capacidade de adotar comportamentos seguros); e o programático ou institucional (programas e atividades voltadas para combater a epidemia). Desta forma, a maior ou menor vulnerabilidade dos jovens ao HIV/Aids decorre do conjunto dos elementos destes três planos (Paulilo e Jeloás, 2005).

Da mesma forma pode se pensar acerca da vulnerabilidade dos adolescentes para o uso do álcool. Os fatores de risco para o uso indevido de álcool são características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a probabilidade da ocorrência deste uso. É importante ressaltar que os fatores de risco, bem como os de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida adolescente: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental. Tais fatores não ocorrem de forma estanque, havendo entre eles considerável transversalidade e conseqüente variabilidade de influência.

Atualmente, a maior parte dos pesquisadores (Soldara, Dalgalarrrondo, Corrêa Filho e Silva, 2004) considera que o uso de drogas por estudantes não é causado por um único fator, mas por uma combinação de vários deles, tais como os genéticos, psicológicos, familiares, socioeconômicos e culturais. Assim, entende-se que o uso e a dependência de drogas são fenômenos bastante complexos que não podem ser reduzidos a uma faceta da dimensão biológica, psicológica ou social.

De acordo com Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004), o uso de bebidas alcoólicas faz com que o adolescente envolva-se mais em atividades sexuais sem proteção, com maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis, como ao vírus HIV, e maior exposição à gravidez. Essa relação entre sexo desprotegido e uso de álcool parece ser afetada pela quantidade de álcool consumida, interferindo na elaboração do juízo crítico. Além disso, os autores apontam para uma associação entre uso de álcool, maconha e comportamentos sexuais de risco – como início precoce de atividade sexual, não uso de preservativos, pagamento por sexo e prostituição.

Dessa forma, acredita-se que a ação de drogas como o álcool, capaz de causar desinibição e aumento do desejo sexual, deixe os indivíduos (em especial os adolescentes) mais propensos a práticas sexuais de risco. A noção de vulnerabilidade busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a sua maior exposição ao HIV ou sua menor chance de proteção (Ayres, 1996).

Nas ciências sociais, tem-se acompanhado uma série de situações qualificadas como problemas sociais contemporâneos, como os decorrentes da presença da Aids, do uso de drogas ilícitas, da violência especialmente urbana, mas tem-se dado menor peso ao uso definido como problemático de bebidas alcoólicas. O interesse da pesquisa sobre a ingestão de bebidas alcoólicas tem sido mais concentrado sobre a embriaguez do que o beber e o beber, mais como desvio individual do que comportamento social. O beber é um ato social inserido no contexto de valores, atitudes, normas e concepções de realidade, cujas funções e significados são consoantes ao contexto cultural em que ocorre (Neves, 2004).

Nesse sentido, entende-se que, discutir o uso de bebidas alcoólicas não é necessariamente discutir a doença alcoolismo (Dependência de Álcool ou Transtorno de Comportamento decorrente do Uso de Álcool). Nesse estudo foi utilizado a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que define “uso” como qualquer consumo, independente da frequência; “abuso”, um consumo associado a consequências adversas recorrentes, porém não caracterizando “dependência”. Esta última manifesta-se quando o uso de uma substância passa a caracterizar um estado disfuncional.

Segundo estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999), o Brasil está situado no 63º lugar do uso per capita de álcool na faixa etária de 15 anos, entre 153 países, um consumo razoavelmente discreto. Porém, quando a OMS compara a evolução do consumo per capita entre as décadas de 1970 e 1990, em 137 países, o Brasil apresenta um crescimento de 74,5% no consumo de bebidas alcoólicas.

Em estudo de Soldara, Dalgalarrodo, Corrêa Filho e Silva (2004), foi identificado que o uso pesado de drogas esteve relacionado com fatores sociodemográficos, culturais e psicopatológicos, que podem ser agrupados em “protetores” e “facilitadores”. Como fator protetor foi identificada a educação marcadamente religiosa na infância, o que talvez indique um meio familiar mais controlador ou estruturado. Como fatores facilitadores do uso pesado de drogas lícitas e ilícitas, foram identificados a maior disponibilidade financeira (nível socioeconômico e trabalho), padrões de socialização “*adulto mórficos*” (trabalho e ensino noturno) e um possível pior ambiente familiar (sentir-se menos apoiado e compreendido pela família).

As peculiaridades de cada história de consumo de álcool trazem, paralelamente, um conjunto de crenças e expectativas de efeitos que refletem esta história. Inicialmente, as relações entre o uso do álcool e suas consequências são aprendidas vicariamente, existindo antes da experiência direta com bebidas alcoólicas. Estas expectativas de consequências influenciam a decisão de beber. Expectativas de confiança e bem-estar podem ser confirmadas pela experiência com o álcool e fortalecer as expectativas previamente existentes, especificando-as. (Araújo e Gomes, 1998).

Partindo dessas premissas, o objetivo deste estudo foi estimar perfis de vulnerabilidade à Aids associado ao uso de álcool por adolescentes.

Método

Amostra:

A amostra foi composta por 260 adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária dos 14 aos 19 anos, estudantes do Ensino Médio, residentes em cidades do interior do Rio Grande do Sul. Os resultados obtidos estão representados no gráfico 1, o qual oferece uma leitura que representa as variações semânticas na organização do campo espacial, revelando aproximações e oposições das modalidades. Sua análise foi realizada a partir da leitura das palavras evocadas ou representações distribuídas de maneira oposta sobre estes eixos ou fatores.

O fator 1 (F1), na linha horizontal do gráfico e representado pela cor vermelha, concerne ao fator de maior poder explicativo com 35,4% da variância total das respostas. No que tange ao fator 2 (F2), na linha vertical e representado pela cor azul, possui 32,3% da variância total das respostas (em anexo). Na totalidade, os dois fatores têm poder explicativo de 65,7% de significância, possuindo assim, parâmetros estatísticos com consistência interna e fidedignidade.

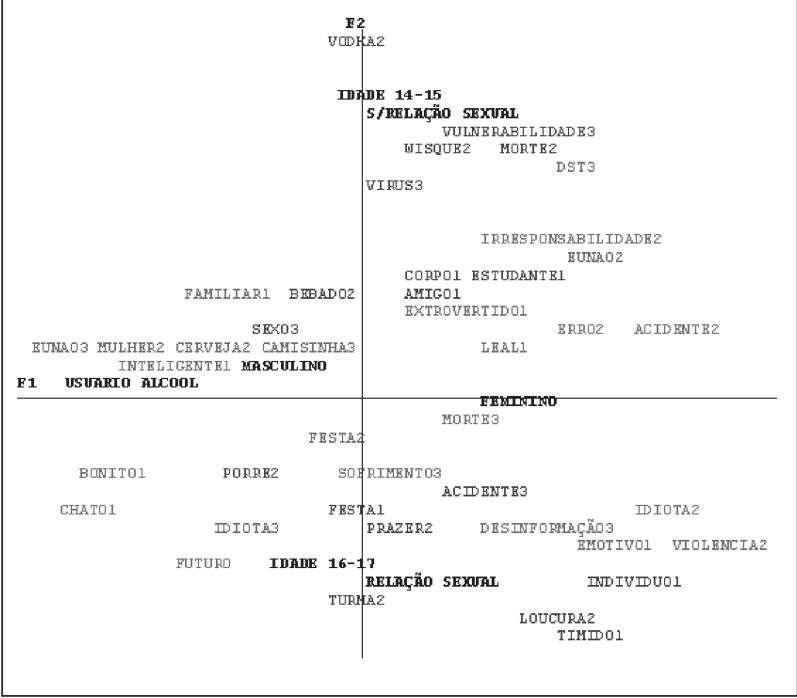
Coleta dos Dados:

Os dados foram coletados através da Técnica de Associação Livre de Palavras, utilizando como estímulos indutores: Eu mesmo (auto-conceito); Beber (associação com a bebida alcoólica) e Aids, nesta ordem. Os dados foram processados através do software Tri-Deux-Mots, utilizando a análise fatorial de correspondência.

Resultados e Discussão dos Resultados

Os dados coletados por meio da técnica de associação livre de palavras, enquanto instrumento de apreensão de significados do conhecimento prático, possibilitaram, juntamente com as variáveis fixas (idade, gênero, prática sexual e uso de álcool na vida), a emersão de campos semânticos sobre o autoconceito dos adolescentes (eu mesmo), da prática de beber (beber) e Aids, conforme pode ser observado no plano fatorial (gráfico I), através dos dois fatores contemplados (F1 e F2). Emergiram 1.818 palavras principais com similaridade semântica. Palavras com o mesmo significado foram agrupadas em categorias, como por exemplo, "alegria", "feliz", "alegre" foram agrupadas na mesma terminologia "alegre".

GRÁFICO1: Análise Fatorial de correspondência das representações dos adolescentes acerca de si mesmo, beber e AIDS.



1. LEGENDA

PLANO FATORIAL	VARIÁVEIS DE OPINIÃO
	Estímulos Indutores
F1 – Eixo Horizontal à esquerda e direita, cor vermelha.	1 = Eu Mesmo 2 = Beber
F2 – Eixo Vertical superior e inferior, cor azul.	3 = Aids
•	
Faixa etária	Gênero
14 a 15 anos/ sem relação sexual - em negrito, sublinhado.	Masculino – Negrito
16 a 17 anos/ relação sexual - em negrito, sublinhado.	Feminino - Negrito

O primeiro fator (F1), revela à esquerda o campo semântico das representações sociais da auto-imagem, *eu mesmo* (estímulo indutor 1) elaborados por adolescentes do sexo masculino usuários de álcool e à direita por adolescentes do sexo feminino. Para o primeiro grupo o estímulo 1 fez emergir representações como *inteligente, familiar, bonito, preocupado com o futuro* e em alguns momentos, *chato*. As adolescentes do sexo feminino se representam como *leais, extrovertidas e emotivas*.

O ato de beber (estímulo indutor 2) é representado pelos adolescentes do sexo masculino na *cerveja*, na imagem da *mulher*, dando ênfase às *festas*. As adolescentes femininas por sua vez

representam o beber como um *erro*, que pode causar *acidentes*. Além disso, enfatizam o *eu não*, no sentido de não fazerem uso da bebida que representaram também como algo *idiota* e que gera *violência*.

Ainda no fator 1, verifica-se através dos adolescentes do sexo masculino, que estes enfatizam a Aids (estímulo indutor 3) enquanto algo distante de sua realidade — *eu não*, na *camisinha* - indicando uma resposta estereotipada dos programas de prevenção à Aids veiculados e em certos aspectos como algo pejorativo, ao usarem a palavra *idiota*. Em oposição, as meninas representam a Aids denotando a questão da *morte*, enquanto algo que gera *sofrimento*, fruto da *desinformação*.

No fator 2, na parte superior em azul, encontram-se as representações dos adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 14 e 15 anos e que não tiveram relação sexual. Tomando como referência o estímulo 1 (eu mesmo), este grupo se representa fazendo emergir questões referentes ao culto do *corpo*, ou seja, na aparência, também se representando como *estudante* e *amigo*. Considerando o fator 2, na parte inferior, os adolescentes de ambos os sexos, mas com faixa etária de 16 a 17 anos, que já tiveram relações sexuais têm como representação de si mesmo, as *festas*, a preocupação com o *futuro*, salientando também, aspectos da personalidade como o *individualismo* e a *timidez*.

O uso do álcool é visto pelos adolescentes com menor idade (14-15 anos), em bebidas como a *vodka* e o *wisque*, fazendo referência também à *morte* (enquanto algo nocivo para a saúde) e à figura do *bêbado*. Destaca-se aqui, o tom depreciativo com que esses adolescentes representam o ato de beber, inferido através do conhecimento da cultura local que atribui ao adjetivo bêbado os aspectos negativos do abuso do álcool. Considerando a pouca idade deste grupo, a representação do beber através de bebidas fortes e a figura do bêbado, pode-se inferir então, tal representação, provavelmente, refere-se ao beber por figuras de proximidade desses adolescentes, como pais, ou demais figuras de autoridade. Em contrapartida, os adolescentes mais velhos (16-17 anos), representaram o ato de beber na sensação de *prazer*, compartilhada com a *turma*, no *porre*, referindo-se ao abuso (embriagar-se) e na *loucura* que esse fato proporciona.

A Aids entre os adolescentes de 14 e 15 anos, é objetivada no *vírus*, na sua forma de transmissão - o *sexo* e na *vulnerabilidade*, trazendo como principal consequência à *morte*. Considerando o fato de que esses adolescentes pertencem à faixa de menor idade da amostra e que ainda não tiveram relações sexuais, as representações por eles elaboradas têm estreita ligação com as informações veiculadas pela mídia nas campanhas de prevenção à Aids. Já os adolescentes da faixa etária ente 16 e 17 anos representam a Aids como um *acidente*, ou seja, algo que não pode ser evitado e, desta forma, indicam o quanto estão vulneráveis à doença, representando também na *desinformação*.

Conclusão

Embora a prática do uso do álcool tenha sido representada por alguns adolescentes dessa amostra, de forma negativa, onde ressaltaram consequências do uso dessa substância, não foi observada a associação do tipo causa-efeito do álcool com a vulnerabilidade ao HIV. Os adolescentes citaram violência e acidentes, enquanto consequências do uso de álcool. Além disso, verificou-se que as meninas representam o álcool de uma forma mais negativa que os meninos, enquanto representam na questão da irresponsabilidade. Entretanto, embora esses adolescentes demonstrem muita clareza com relação às informações sobre os efeitos e consequências do uso do álcool e da Aids, observou-se que o uso do álcool para os adolescentes que relacionam a festas e a loucura, pode representar uma maior vulnerabilidade ao HIV, no sentido de que, ao estarem

alcooolizados, os adolescentes apresentam uma baixa percepção das conseqüências decorrentes a essa prática, tornando-se, assim, mais vulneráveis.

Observou-se, portanto, dentre outros fatores, que a associação entre a bebida alcoólica e a busca pelo prazer se acentua a partir da experiência com a bebida e atividade sexual, ao mesmo tempo em que cai a percepção de vulnerabilidade à Aids: se o grupo de usuários masculinos se coloca à parte do risco de contaminação, o grupo que tem a sexualidade ativa e maior idade representa a Aids como um acidente e, portanto, um acaso difícil de prevenir.

Referências Bibliográficas

- Araújo; L. B. & Gomes; W. B. (1998). Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool. *Psicologia Reflexão e Crítica*. v.11 n.1.
- Ayres, J. R. C. M. (1996). *HIV/Aids e Abuso de Drogas entre Adolescentes: Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas*. São Paulo: Casa de Edição. Departamento de medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Bukstein OG. Adolescent Substance Abuse. New York: Wiley-Interscience; 1995.
- Jeolás, L. S. O jovem e o imaginário da aids. O bricoleur de suas práticas e representações.(1999). *Tese de Doutorado em Ciências Sociais – Antropologia*, PUC-SP.
- Mann, J. et al. (org.). (1992). *A Aids no Mundo*. R.J.: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ.
- Miranda, A. E.; Gadelha, A. M. J.; Szwarcwald, C. L. (2005). Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1.
- Newcombe, N; trad. Cláudia Buchweitz. (1999). *Desenvolvimento Infantil: abordagem de Mussen*. 8ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde – OMS.(1998). *A saúde no Brasil. Representação da OPS/OMS no Brasil*. Disponível em: www.opas.org.br
- Parker (Org.).(1994). *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/Editora Relume-Dumará.
- Parker, R.; Camargo Jr, K. R.(2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1): 89-102.
- Paulilo, M. A. S.; Jeolas, L. S.(2005). Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005.
- Pechansky, F.; Szobot, C. M.; Scivoletto, S.(2004). Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic factors. *Rev. Bras. Psiquiatr*. São Paulo, v. 26.
- Soldera, M.; Dalgalarrodo, P; Correa Filho, H.; et al. (2004). Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev. Saúde Pública*. vol. 38, no. 2 pp. 277-283.
- Szwarcwald, C. L. et al.(2000). A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1): 7-19.
- Taquette, Stella R., Andrade, Renata Bessa de, Vilhena, Marília M. et al.(2005). Comparative study between female adolescents with and without sexually transmitted diseases. *Rev. Assoc. Med. Bras*, vol.51, no.3, p.148-152.
- Torres, G. de V., Davim, R.M.B., Almeida, M. do C. S. (1999). Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre a prevenção da AIDS. *Rev.Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v 7, n°2, p.41-46.

A AUSÊNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO IDOSO SOROPositIVO PARA O HIV

Diniz R F¹, Saldanha A A W², Araújo L F³ - João Pessoa - Brasil

INTRODUÇÃO

A Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) se constitui em uma doença que se estende para além do corpo do indivíduo que a adquiriu, atingindo também os familiares, amigos e a toda a sociedade. É conceituada por Seffner (1998), como uma síndrome, ou seja, um conjunto de doenças derivadas da infecção e manifestações do vírus HIV as células do sistema imunológico, mas também enquanto um fenômeno social de amplas proporções englobando aspectos tais como: morais, religiosos e éticos. A Aids suscita questões polêmicas nos mais diversos grupos sociais, pois aborda a sexualidade, uso de drogas injetáveis, as questões de ética nas investigações científicas, lutas de direitos a medicamento, contra a discriminação e muitas outras questões.

Sendo assim, a Aids surge como categoria de acusação, à medida que produz os culpados e vítimas da doença. As mulheres de relacionamentos estáveis, hemofílicos e crianças são aos símbolos da injustiça de um vírus devastador transmitidos por indivíduos promíscuos e irresponsáveis, os culpados (Seffner, 2002). Aos últimos, uniram-se os homossexuais, bissexuais e profissionais do sexo, vistos e denominados como agentes da Aids, revelando todo seu caráter de discriminação, estigmatização e exclusão social dos contaminados pelo vírus HIV (Saldanha, 2002).

No Brasil, as pesquisas recentes têm demonstrado que o processo de envelhecimento da população tem crescido. De acordo com a OMS - Organização Mundial da Saúde (2005) aponta que no ano de 2025 o país se tornará o sexto do mundo a conviver com a população numerosa de idosos. Neste contexto, surge a Aids como uma das dificuldades eminente do crescimento humano, doença que atinge cada vez mais os idosos, evidenciando-se, segundo Silva (2005) uma das tendências atuais de incidência da Aids, no processo de envelhecimento.

Neste sentido, a preocupação com a saúde do idoso torna-se um desafio ao confrontar-se a Aids e a terceira idade tanto para as instâncias político-administrativas quanto para a sociedade em geral. A OMS (Organização Mundial de Saúde) propõe uma política de envelhecimento ativo a fim de possibilitar o favorecimento da qualidade de vida das pessoas na terceira idade a partir de seis aspectos determinantes: econômicos, sociais, ambiente físico, pessoal, comportamentais, serviços sociais e de saúde. Abarca ainda, a idéia do idoso como possível portador do vírus HIV ou como cuidador de familiares portadores do vírus. Além disso, assinala a necessidade do desenvolvimento de pesquisas em Aids direcionadas para esta população (OMS, 2005).

¹ Universidade Federal da Paraíba, e-mail para contato: raquelfdiniz@gmail.com

² Universidade Federal da Paraíba - Pós-Graduação em Psicologia

³ Universidade Federal da Paraíba - Pós-Graduação em Psicologia

A gama de estereótipos e preconceitos frente à velhice torna o idoso vulnerável ao HIV. E dentre todos, a percepção do idoso como assexuado, ou seja, que não tem vida sexual ativa torna-se o mais importante (Barbosa, 2002). A partir dos avanços tecnológicos, com os recursos farmacológicos produzindo drogas de estimulação sexual favorecendo a atividade sexual aos idosos em dificuldade erétil, o tratamento de reposição hormonal para as mulheres permitindo a manutenção do desejo sexual, houve um prolongamento da possibilidade da atividade sexual na velhice.

Por outro lado, a resistência em utilizar preservativo (Silva, 2005), aliado a ausência de uma possível gravidez devido à menopausa (Lieberman, 2000), a descrença, pela sociedade em geral, do uso de drogas injetáveis pelos idosos (Feitosa, Souza & Araújo, 2004) e a representação em torno da falta de sexualidade do idoso, concorrem para a vulnerabilidade do idoso à Aids, corroborando os índices epidemiológicos que apontam a transmissão sexual com principal via de contaminação nesta faixa etária (Wooten-Bielski, 1999).

Tendo em vista o apoio de familiares como essencial no processo de envelhecimento, quando a diminuição das capacidades do organismo torna-se evidente, ocorrendo aumento da dependência física e a necessidade de ajuda de terceiros (Sommerhalder, 2001), Néri e colaboradores (2002) destacam a figura do cuidador, ou seja, a pessoa – familiar ou não - que presta ajuda, formal ou informal ao indivíduo incapacitado de exercer todas as suas funções independentes de auxílio. A necessidade de um cuidador para o idoso é determinada pela sua incapacidade funcional (Costa; Firmo; Giacomini & Uchoa, 2005).

O cuidado ao indivíduo que necessita pode ser de natureza formal e/ou informal. A rede de apoio formal é remunerada e realizada por hospitais, ambulatorios e consultórios médicos e outra especialidade da área médica. O apoio informal ao idoso não é remunerado e se configura por princípios de solidariedade quando oferecido por pessoas de mesma geração: cônjuge, e parentes e amigos de idade próxima; e reciprocidade entre gerações quando se procede do cuidado dos filhos para com os pais ou parentes de geração precedência (Néri; Perracini; Pinto; Sommerhalder & Yuaso, 2002). Ainda nos estudos destes autores, destaca-se que o ato de cuidar de idosos, no contexto brasileiro, se dá no vínculo informal, onde a família é a fonte primária de assistência, sendo que esta ajuda perpassada por uma troca intergeracional com prevalência de filhos cuidando de pais, na presença de troca mútua entre quem cuida e quem é cuidado.

Ao descobrir-se soropositivo para o HIV, imagina-se que a figura do cuidador tem um papel essencial, visto que toda a rede de relacionamento e suporte se desfaz e precisa ser reconstruída para ajudá-lo no enfrentamento da doença. Colombine, Figueiredo e Paiva, (2001) destacam a dificuldade de aceitação da família no cuidado de um portador, devido ao medo do contágio, dificuldade financeiras, falta de informação da doença e as alusões moralistas em relação à identidade sexual e sexualidade e uso de drogas.

A Aids desencadeia um efeito desagregador em toda a estrutura familiar e o sofrimento não atinge somente o paciente, mas também seus familiares, amigos e parceiros sexuais que irão enfrentar com ele as dificuldades, preconceito e estigma, ocasionando alto nível de stress (Plowright, 1996 em Silveira, 2004).

COMO É REPRESENTADA A AIDS PELOS CUIDADORES?

Este questionamento encontra-se no cerne do estudo a ser aqui apresentado em vista da importância que a família tem para a sobrevivência do indivíduo soropositivo e as possíveis

dificuldades no atendimento. Tratou-se de um estudo de campo de cunho quantitativo e qualitativo, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. A idéia inicial consistia em ter como participantes do estudo os familiares/cuidadores de pessoas idosas soropositivas para o HIV/Aids. Foi utilizada a entrevista individual semi estruturada.

O fato é que nos deparamos com uma realidade diferente da esperada: a dificuldade no acesso aos familiares/cuidadores de pessoas idosas soropositivas para o HIV/Aids. Esta dificuldade deve-se a alguns fatores como: o impedimento da coleta em algumas instituições cujas justificativas alegavam a grande quantidade de estudos já realizados com os pacientes ou ainda através da imposição de barreiras burocráticas. Quando nos foi possível chegar até o paciente, que serviria como ponte para chegar ao cuidador, constatou-se que: o idoso portador mora sozinho; a família não está ciente de sua condição de soropositividade e se está não aceita; ou ainda o paciente opta por contar à uma pessoa próxima.

Neste sentido, coube a nós discutir este fato inesperado e para atingir tal intento lançar mão da literatura escassa que aborda questionamentos e indicações acerca deste fenômeno.

A REDE DE APOIO SOCIAL

Na presença do suporte social é esperado que as pessoas idosas sintam-se amadas e seguras diante de problemas de saúde e apresentem alta auto-estima (Cicirelli, 1990; apud Ramos, 2002). As redes sociais formadas por amigos e familiares atenuam os efeitos do estresse na saúde do idoso ao fornecer suporte na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. A ausência deste suporte potencializa maior dificuldade no trato com situações de estresse. De acordo com Orth-Gomer e Johnson (1987, apud Ramos, 2002) a ausência de parentes próximos, tais como cônjuges ou os filhos, está associada à doença e mortalidade entre pessoas idosas.

De acordo com Camarano e El Ghaouri (2002) uma das tendências esperadas do envelhecimento populacional é o crescimento das famílias unipessoais, ou seja, de idosos morando só. Pesquisas recentes mostram que a universalização da Seguridade Social, as melhorias nas condições de saúde e outros avanços tecnológicos, tais como nos meios de comunicação, elevadores, automóveis, entre outros, podem apontar para a uma alternativa ao padecer do descaso e abandono (Debert, 1999; apud Camarano & El Ghaouri, 2002). Porém as sucessivas mudanças estruturais observadas nas famílias, no sentido de torná-las cada vez mais nucleares também dificultam a participação da família na assistência ao idoso, podendo contribuir para uma carência assistencial do mesmo (Duarte, Lebrão & Lima, 2005; apud Camarano & El Ghaouri, 2002).

Assim como os resultados do estudo aqui apresentado, parte da literatura que aborda esta temática revela que no contexto da soropositividade para o HIV/Aids, mais do que uma opção, morar sozinho se torna inevitável diante do movimento de afastamento por parte da família e amigos. Situações de preconceito e discriminação têm suscitado o interesse pelo suporte social. Tais situações potencializam reações sociais que podem levar ao isolamento, restrição dos relacionamentos interpessoais e a dificuldades no campo afetivo-sexual, com impacto negativo na rede social de apoio de pessoas que vivem com HIV/Aids (Green, 1993; apud Seidl, Zannon & Trüccoli, 2005).

Em um estudo realizado por Lopes e Fraga (1998) quase metade da amostra relata auto-isolamento e opção por não revelar sua condição de soropositividade. Concluem que o

relacionamento com os amigos é tão valorizado pelos soropositivos que são levados ora a esconder o próprio diagnóstico para não sofrer com o possível afastamento deles, ora tomam a iniciativa de evitar o convívio pela mesma razão. Sendo assim o medo de perder o contato com os amigos revela-se como um fator estressor na sobrevida do paciente.

Os significados que a cultura atribui à doença podem influenciar as reações da família em relação ao indivíduo soropositivo para o HIV/Aids, passando inclusive a discriminá-lo e excluí-lo do grupo familiar. Neste contexto de doença, Sousa, Kantorski e Bielemann (2004) afirmam que cada família possui uma movimentação singular, interpretando a situação de acordo com sua cultura, código e regras o que traz implicações pro seu comportamento e comunicação entre os membros. Em seu estudo as autoras revelam que a movimentação de afastamento dos próprios familiares e de outras pessoas do convívio social do doente e dos filhos, assim como do ciclo de amizades sobressaem nos discursos.

O estudo realizado por Stefanelli, Gualda e Ferraz (1999) foi orientado na busca do que estaria levando as famílias a abandonarem seu familiar doente com Aids e fazendo com que o próprio paciente esconda que é portador da síndrome. Os discursos resultantes mostram que diante do impacto do diagnóstico surgem sentimentos de depressão, solidão e desesperança, oriundos da dúvida sobre contar ou não para amigos, familiares ou um familiar específico. Esta dúvida afeta também os processos de comunicação e relacionamento com as pessoas, o que pode levar o paciente a enfrentar, sozinho, sua nova condição. Porém a importância do suporte familiar no processo de adaptação à nova realidade do paciente é também evidenciada.

Após passar por um momento de querer manter para si o diagnóstico, alguns pacientes procuram amigos, grupos e, alguns, só em fase mais avançada procuram a família. Antes avaliam a repercussão possível decorrente desta revelação Stefanelli, Gualda e Ferraz (1999).

Quando o paciente decide revelar à família sua condição o silêncio passa, em alguns casos, a ser usado na tentativa de manter afastada uma realidade que não se quer aceitar. Sousa, Kantorski e Bielemann (2004) afirmam que este silêncio é uma forma pela qual a família pode criar um ambiente supostamente tranquilo e seguro. Segundo as autoras as metáforas nas quais o silêncio se traduz possibilitam a compreensão de que há entre os sujeitos um contrato social explícito que se revela em palavras não-ditas e ações que indicam uma relação familiar não-dialogal.

Até aqui é possível então observar que uma limitada literatura contempla ainda à nível exploratório a realidade das relações paciente e rede de apoio social informal.

COM A VOZ: OS CUIDADORES

Embora tenhamos nos deparado com a dificuldade de encontrar a amostra, contamos com a participação de quatro familiares/cuidadores cujas entrevistas favoreceram indícios interessantes no tocante à vivência do cuidador de um idoso soropositivo. A amostra caracteriza a forma de apoio proposta por Néri (2002) como informal, pois não é remunerado e é oferecido por cônjuges e um amigo de idade próxima.

Em relação às esposas, uma delas teve conhecimento recentemente e a outra era separada do marido há 10 anos, retornando ao convívio por não ter quem mais cuidasse dele, conforme pode ser observado no discurso abaixo:

“...eu mesma assim pessoalmente num era pra ta cuidando dele não, porque ele é ex-marido meu. Nós somos separado há dez anos, mas ninguém quis cuidar, só eu mesmo assim...” (Sujeito 1).

De acordo com Colombrine, Figueiredo e Paiva, (2001) existem dificuldades de aceitação da família no cuidado de um portador, consequentemente a decisão de cuidar ou não de uma pessoa soropositiva ao HIV está atrelada ao grau de parentesco, relação com indivíduo e gênero da pessoa que convive com HIV/Aids. A AIDS afeta tanto a vida das pessoas quanto a qualidade de suas relações humanas fazendo-se necessário a revisão de valores, crenças e ainda a mudança no estilo de vida envolvendo aspectos sociais, econômicos, psicológicos, culturais entre outros (Stefanelli; Gualda & Ferraz, 1999).

A partir da análise de discurso das entrevistas transcritas, emergiram três categorias: Concepções da Aids; Aids na Velhice; Ser Cuidador.

Em relação a primeira Categoria – Concepções da Aids – Sousa, Kantorski e Bielemann (2004) acreditam que da percepção sobre a doença decorrem as reações da família e que seu modo de agir será influenciado por diversos significados estigmatizantes na qual a doença está envolta, podendo interferir nas relações dentro ou fora do grupo familiar.

Através da análise dos discursos aqui apresentados observa-se que a doença é naturalizada como outra doença qualquer, conforme a fala da esposa e de um amigo que assumiu o papel de cuidador, também ele soropositivos para o HIV.

“É como outra qualquer doença, vê que não tem cura...” (Suj.1)

“...os médicos diz que isso é uma doença que já tem outras coisa pior do que essa tal de Aids, e como se diz, e eu num levo a gosto, eu tenho ela mas eu nem penso nem que tenho, num boto na cabeça que tenho. Eu tenho ela mas faço que nem tenho. Eu penso assim no meu organismo, na minha cabeça tudinho mas eu penso assim na minha cabeça que eu não tenho.” (Suj 3)

No estudo realizado por Seidl (2005) a normalização da doença, entendida como viver independentemente do HIV, assumindo papéis sociais e a construção de projetos de vida, caracteriza uma estratégia de enfrentamento.

No entanto, predomina uma confusão, decorrente de uma falta de explicação.

“...to meio confusa ainda, ainda não to entendendo bem. Eu gostaria muito que alguém me explicasse... Eu tenho muita vontade de assim conversar com um médico, com uma pessoa que entenda, uma pessoa que explique o que é. Porque dizem que tem o vírus né? Que tem a Aids e que tem o vírus. Então eu gostaria muito de que alguém me explicasse a diferença.” (Suj 2)

A falta de informação sobre a doença também compõe para Colombrine, Figueiredo e Paiva, (2001) um fator que dificulta a aceitação da família no cuidado ao portador. Nesse sentido torna-se necessária a busca de suporte oferecido pelo serviço de saúde, cuja finalidade é ajudar o familiar a permanecer ao lado do cliente (Bossá; Figueiredo, 2001).

Para a voluntária de uma ONG, trabalhando há dez anos com pacientes soropositivos, a Aids é explicada pela vulnerabilidade, ou seja, pelo quantitativo do número de casos.

“Aids pra mim é uma epidemia que há uns tempos atrás a gente... eu pensava que estava assim, estacionada num canto né? Que a gente só ia ver e cuidar daqueles portadores que a gente já sabia que era... aquelas pessoas que já sabiam que era portadoras. Mas de

seis meses pra cá a gente ta vendo que a Aids está cada dia se alastrando mais. (...)E assim minha filha, Aids pra mim é como uma sarna como o povo chama, que começa a coçar e num termina mais não.” (Suj. 4)

Em um estudo realizado por Figueiredo e Fioroni (1996) com voluntários de ONGs que atuam diretamente em programas de atendimento e prevenção à Aids, quando consideram conteúdos relacionados à doença em si, emergem pensamentos de cunho social que envolvem morte, vergonha dentro da família e o silêncio das pessoas decorrente do medo de contrair o HIV. Surgiram ainda respostas teológicas relacionadas ao surgimento da doença devido a hábitos censurados pela sociedade.

Quando questionados acerca da Aids na terceira idade – segunda categoria emergente -, as respostas mostraram-se diversificadas, com concepções negativas, associadas ao cuidado e às dificuldades inerentes da velhice como agravantes. Emergem como decorrentes do tipo de laço que os coloca no papel de cuidador. Sendo assim, para o sujeito 1, a esposa que depois de 10 anos de separada, tem sob sua responsabilidade o ex-marido, a Aids na velhice é uma indicação de morte, embora seu argumento apresenta alguma inconsistência.

“Tem que morrer logo. Eu acho que sim... Acho que depois de “véi” se pegar essa doença é pra morrer, porque existe muitos problemas, doença, né? Ninguém morre de Aids. De Aids num morre não... morre de outros problemas que vai surgindo na pessoa, uma gripe, é... uma diarreia tudo isso é que traz na pessoa. Morre daquilo. Mas de Aids mesmo eles num morre não!” (Suj. 1)

Quando apenas a negatividade do processo de adoecer é percebida conduz então a um olhar bitolado, já que não são mapeadas as mudanças que decorrem desse processo. Deste modo é apenas salientado o lado triste e sombrio da doença não focando a possibilidade de fortalecimento familiar ocasionada nesta trajetória (Bielemann, 2002).

Para a esposa que convive com o marido, a Aids na velhice é conceituada através dos cuidados, dando amostras do papel de gênero atribuído às mulheres, mãe-esposa, exercendo o papel de cuidadora, vigilante do comportamento do outro. De acordo com Floriani (2004) a família costuma ser a principal origem do cuidador e as mulheres adultas e idosas preponderam nestes cuidados e alguns aspectos norteiam esta escolha: proximidade parental (esposas e filhas), proximidade física, proximidade afetiva e o fato de ser mulher.

“Olhe o que eu penso assim, porque o pessoal diz assim que se a pessoa se cuidar né? Se cuidando quando aparece algum sintoma é mais fácil de lidar com a doença. Já no caso dele (marido) demorou muito pra se cuidar, não sei como vai ser...(...) O que eu penso é que tem que se alimentar bem né? Evitar alguns tipos de comida... Evitar bebida né? O médico disse que não pode fumar. Nem beber, nem fumar, nem comer alguns tipos de comida...” (Suj. 2)

De acordo com Neri (2002) sendo as mulheres mais longevas que os homens, e em geral mais novas que o marido, a cuidadora familiar preferencial é a esposa. Na ausência da esposa, e em segundo lugar na hierarquia vêm os descendentes da segunda geração, e neste caso, o papel de cuidador é direcionado à filha mais velha. Em seguida na hierarquia vem a filha viúva, depois a solteira.

A convivência com o portador ultrapassa as fronteiras físicas que a doença apresenta. Para o amigo, também soropositivo, a Aids na velhice é associado ao cuidado integral, indo além de uma boa-alimentação, atingindo o psicossocial. Sousa, Kantorski e Bielemann (2004) afirmam que o cuidado com o portador vai além das fronteiras físicas decorrentes

da doença, mas abarca todo um arsenal de interpretações e representações a cerca da mesma. Existindo este cuidado o participante cuidador também soropositivo, afirma não haver diferença em relação à faixa-etária mais nova.

“Eu penso que é a mesma coisa de hoje, porque se a pessoa ficar estressado né e pensando, botando certas coisa na cabeça, eu penso que a mesma coisa de hoje. Se a pessoa tiver aborrecimento, tiver estressado tudinho, sem comer bem, num dormir bem, aí a pessoa cada vez mais vai ficando pior.” (Suj. 3)

As implicações para o manejo do tratamento de idosos com HIV/Aids não são diferentes daquelas para o tratamento de pessoas mais jovens. Observar o progresso da doença através de exames regulares da taxa de imunidade é fundamental para fazer escolhas apropriadas por tratamentos efetivos (Wooten-Bielski, 1999).

No entanto o participante acima, ressalta que, caso a pessoa não tenha os cuidados necessários, os aspectos inerentes à velhice se tornam um agravante.

“Eu penso isso comigo, que é a mesma coisa. Agora se a pessoa tiver bebendo cachaça, passando fome, não comendo bem, aí na velhice as coisa fica mais pior. E a pessoa num se conservar já quando a pessoa tiver poucas idade depois... Olhe a pessoa quando ta velho tudo chega. A pessoa, como se diz, que não tem, que num sente uma dor de cabeça, num sente uma dor na unha nem nada quando ta mais novo... mas quando a pessoa chega em certas idade tudo chega... é dor nos pés, é dor nas pernas, é dor na cabeça, é dor nas costas, é dor de coluna, é tudo no mundo... né isso?” (Suj 3)

Para a voluntária da ONG, a Aids na velhice é mais complicada devido à todas as especificidades decorrente da velhice, ressaltando ainda as questões do feminino. Destaca ainda a ausência de conhecimento decorrente da falta de instrução como entrave para a adesão aos cuidados e tratamento.

“Eu creio que muito... É pior do que abaixo de cinqüenta. Porque uma pessoa com cinqüenta anos, sessenta anos, mulher ou homem não tem mais estrutura de uma pessoa com vinte, trinta né, num tem mais... quarenta, até quarenta, num tem mais né... Principalmente quando é mulher, porque chega a fase da menopausa, começa a ter a história da osteoporose, a osteo-artrite... e ainda mais quando é em pessoas sem instrução, sem conhecimento, e tem até pessoas que num sabem nem o que é a doença, num sabe nem como pegou a doença aí nessa faixa etária é mais difícil, mais complicado, até pra gente que trabalha com Aids lidar com essas pessoas. Porque tem gente que não quer... tem gente que nem sabe que ta com ela, chega aqui a gente num pode nem contar, nem comentar sobre Aids, que ele num sabe nem que ta, e se sabe num sabe nem o que é. Aí são geralmente são pessoas semi-analfabetas ou totalmente analfabetas. A Aids nessa faixa etária é muito mais perigosa do que nas pessoas mais novas, eu acho muito pior”. (Suj. 8)

A terceira categoria – *Ser Cuidador* – refere-se ao papel desempenhado que para os participantes deste estudo foram decorrentes tanto da falta de quem cuidasse, como inerente ao próprio papel de esposa, ou ainda, do voluntariado.

“Num tem que aceitar e cuidar? Tem que aceitar né?” (Suj.1)

“É porque assim a família dele fica muito distante. E ele nem tem contato com outras pessoas porque tem gente que não gosta de fazer favor pra ninguém, só gosta de fazer favor por dinheiro, né isso? Enfim, a gente se dá muito bem...” (Suj. 3).

Neste sentido Sousa, Kantorski e Bielemann (2004) colocam que dentro do contexto da Aids diversos mecanismos de enfrentamento são adotados tanto pelos familiares como pelo portador do HIV/Aids. Dentre eles os autores destacam a negação e a sublimação e acreditam que tais mecanismos são formas de reação por parte da família às ameaças reais ou imaginadas, que originam ansiedade, medo e sentimentos difíceis de serem controlados.

Quando questionado acerca de como era feito o cuidado, o Sujeito 1 trouxe um discurso voltado ao auto-cuidado, falando da ausência de riscos. Trata-se de um discurso contraditório onde fala das medidas preventivas ao mesmo tempo em que deixa evidente um afastamento do risco, beirando o descaso.

“Eu cuido normalmente... Eu cuido normalmente porque ele não vai transmitir pra mim, só pega no sexo ou com transfusão de sangue... só isso né e nada mais. Assim elas explicam aqui né? Eu já fiz pergunta sobre a saliva e ela disse que num foi constatado ainda né? Eu acho assim se a saliva tiver sangramento... Porque essas pessoas que tem essa doença, fica com a boca ferida, então é mei perigoso, mei arriscado né? Ninguém deve... Não! A pessoa assim com suas luvas... Toda prevenida, num tem nadas a ver né?”

(...) É! Não tem problema... Em casa mesmo eu cuido dele sem nada, porque eu não tenho nada pra me prevenir. Mas aqui no hospital não as meninas dá as luvas, aquela... máscara, roupas, tudinho, aí num tem problema de a gente pegar, tocar nele, no paciente né? Essa semana mesmo teve um aí correndo com uma seringa e o sangue espirrou em mim, só fiz lavar e pronto. Num tenho medo de nada não.” (Suj. 1)

Novamente surgem aspectos relativos às questões de gênero no discurso da esposa (suj. 2), que coloca disponibilidade integral ao cuidado, que é vigilante, visando a manutenção do um comportamento prescrito pelos médicos, embora ressalte uma parcela de responsabilidade ao marido.

“Eu da minha parte posso fazer tudo assim pra ajudar ele, agora vai depender dele também né? Ele gostava de beber, e ta sem beber, num ta “farrando” mais. Ele tem que ter o máximo de respeito agora né?...” (Suj. 2)

Para o amigo, o desempenho do cuidado está ancorado no companheirismo, nos aspectos afetivos, principalmente por compartilharem a vivência com o vírus da Aids. No estudo realizado por Stefanelli, Gualda e Ferraz (1999) alguns temas emergiram como mais relevantes na convivência familiar dos portadores de HIV/Aids sendo eles: “sentimentos de solidão e isolamento”, e “relevância do suporte familiar” no processo de adaptação a uma nova condição de vida.

“Sabe por que, porque se ele diz uma coisa - eu to sentindo isso, to sentindo aquilo... Eu disse – olha não bota isso na cabeça não, tu esquece, tu vai fazer outra coisa! Ou se não eu ligo o rádio, a gente fica escutando música e... – se você botar isso na cabeça, cada vez mais, cada minuto que passa você vai se esquecendo mais, você num vê a doutora dizendo que a gente num pode ter aborrecimento, não pode ter agonia, num pode ter nada que aí cada vez mais o (índice) abaixa, vai pra baixo e agente fica sem o apoio de nada...” (Suj. 3)

Para a voluntária da Ong, o discurso tem um embasamento técnico, abordando a importância e da satisfação trazida pelo trabalho, ao mesmo tempo em que fala do desgaste de trabalhar com esta população de maior idade, trazendo alguns estereótipos associados à velhice.

“Pra mim é uma... é um trabalho muito importante, muito importante mesmo. É um pouco cansativo, até porque você tem que trabalhar com essas pessoas de várias maneiras, trabalhar a adesão à medicação, trabalhar a prevenção, o uso do preservativo, trabalhar a alimentação e trabalhar o “aceitar”, é muito... é um trabalhinho cansativo sabe... é gostoso, eu gosto, eu adoro, adoro esse cuidar de um soropositivo, mas nessa faixa etária é mais cansativo e mais trabalhoso pra pessoa que vai cuidar porque tem esse horror de agravantes. São pessoas que não aceitam nada em suas opiniões, que já tem opinião própria já há muito tempo e pelo fato de não saber ler, escrever, não querem tomar o remédio, por mais que você trabalhe a adesão à medicação eles não querem, não aceitam, é ruim, é ridículo, é horrível.” (Suj 4)

Segundo Figueiredo e Fioroni (1996) o tratamento do paciente com AIDS traz seqüelas que podem se tornar irreversíveis na vida da pessoa que presta serviço nesse contexto. As exigências conflitantes que envolvem simultaneamente responsabilidade e auto-preservação, o indivíduo se encontra diante de situações ambivalentes que necessitam ser esclarecidas. Os resultados apresentados pelos autores apontam para uma clara percepção destas dificuldades por parte dos entrevistados.

CONCLUSÃO

Perseguimos a idéia de que a família e os amigos desempenham um papel fundamental na sobrevivência de idosos portadores do HIV/Aids. Inicialmente acreditou-se que onde houvesse um idoso soropositivo ao seu lado estaria um parente, um amigo, um companheiro. Mas nos deparamos com pessoas que não contavam com uma rede de apoio informal.

O apoio buscado é encontrado em muitos casos nas ONGs destinadas à este público e que favorecem aos portadores a oportunidade de exercer sua cidadania, seu convívio social e formar laços de afeto com pessoas que carregam o mesmo peso.

Encontramos o medo da solidão, do abandono, do preconceito, selados com o silêncio. A negação e o afastamento por parte das pessoas mais queridas. Porém vimos também força e coragem. Encontramos ainda a fé e a religião como uma alternativa para a ausência do apoio emocional, em muitos casos, erroneamente creditado à família e amigos. A busca pela prática religiosa torna-se a base para seguir à diante.

Finalmente, buscamos algo e encontramos algo bem maior. E com isso esperamos que sejam ampliados os estudos acerca desta temática ainda pouco abordada pela literatura para desta forma levar à intervenções e práticas que melhorem a situação dos pacientes.

Referências Bibliográficas

- BARBOSA, S. M.C. A Representação da Sexualidade e das Doenças Sexualmente Transmissíveis. CONGRESSO VIRTUAL DE ANTROPOLOGIA E ARQUEOLOGIA, 2000. . [www.antropologia.com.ar](http://www.antropologia.com.ar/out/2005), out/2005.
- BIELEMANN, V. de L. M. Uma experiência de adoecer e morrer em família. In; Elsen, I. *et al.* (Org.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002. (p. 221-246)
- BRASIL, Ministério da Saúde. Anvisa participa de congresso sobre Aids nos EUA. Brasília, 2005. Boletim Epidemiológico – AIDS. Brasília: CNDST/AIDS. Ano I (01), 2004.
- CAMARANO, A. A. & EL GHAOURI. Família com idosos: Ninhos Vazios? Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.
- DUARTE, Y.; LEBRÃO, M. L. & LIMA F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento das demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica, 2005. v. 17 (5/6): 370-378
- FIGUEIREDO, M. A. C. & FIORONI, L. N. Uma análise de crenças relacionadas com a Aids entre participantes em O.N.G.s. Rev. Estudos de Psicologia, [s.l.], , 1996. v. 2 (1): 28-41.
- FLORIANI, C. A. Cuidador Familiar: sobrecarga e proteção. Rev. Brasileira de Cancerologia, [s.l.], v.50 (4): 341-345, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Dados estatísticos da população. Brasília, 2003.
- LOPES, M.V.de O. & FRAGA, M.de N.O. Pessoas vivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento, Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, 1998, v. 6 (4):75-81.
- LIEBERMAN, R. HIV in older Americans: an epidemiologic Perspective. Journal of Midwifery & Women's Health, Março/Abril 2000. v.45, n.2.
- NERI, L. A. (Org), PERRACINI, R. M., PINTO, B. E. M., SOMMRHALDER, C & YAUSO, R. D. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas-SP, Alínea, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS/OMS, 2005.
- RAMOS, M. P. Apoio Social e Saúde entre Idosos. Sociologias, Porto Alegre, 2002 (7): 156-175.
- SALDANHA, W. A. A. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. Tese (Doutorado), 2002, 323 p. Departamento de Educação. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2002.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. & TRÜCCOLI B. T. Pessoas vivendo com HIV/Aids: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, v. 18 (2): 188-195.
- SEIDL, E. M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/ AIDS. Rev. Psicologia em Estudo, Maringá, 2005 v.10 (3): 421-429, set/dez.
- SEFFNER, F. Prevenção da Aids: uma política pedagógica. In: SEMINÁRIO DE PREVENÇÃO À AIDS: LIMITES E POSSIBILIDADES DA TERCEIRA DÉCADA. Rio de Janeiro. Anais...Rio de Janeiro. 2002. p 28-38.
- SEFFNER, F. O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório. Aids é falta de educação. In; Silva, Luiz Heron (org.). A escola cidadã no contexto da Globalização. Petrópolis:

Vozes, 1998 (p. 452).

- SILVA, Lucineide Santos. Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da Aids. In: CONGRESSO: IV JORNADA INTERNACIONAL E II CONFERENCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 1; 2005, João Pessoa. Anais... João Pessoa, Hotel Tambaú, 2005.
- SILVEIRA, A. A. E. Compreendendo o sentimento do visitante portador de Aids. Dissertação (Mestrado) 2004, 97p. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- SOUSA, A. S.; KANTORSKI, L. P. & BIELEMANN, V. L. M. A Aids no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social. Rev. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, 2004, v.26 (1): 1-9.
- SOMMERHALDER, C. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta Dependência no contexto familiar. Dissertação (Mestrado), 2001. Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2001.
- STEFANELLI, M. C.; GUALDA, D. M. R. & FERRAZ, A. F. A convivência familiar do portador de HIV e do doente com Aids. Rev. Família Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, 1999. v.1 (1/2): 67-74.
- VIEIRA, E.B. Manual de Gerontologia – um manual teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS DE ASSISTENCIA AIDS. Estimativas de HIV/AIDS nos países. Genebra, 2005.
- WOOTEN-BIELSKI, K. HIV & AIDS in Older Adults. Geriatric Nursing, Setembro/Outubro 1999, v.20 (5).

REPRESENTAÇÕES DO HIV NA TERCEIRA IDADE E A VULNERABILIDADE NO IDOSO

Fontes K S ¹, Saldanha A A W ², Araújo L F ³ - João Pessoa - Brasil

1. INTRODUÇÃO

A AIDS não é apenas uma doença, mas um fenômeno social de grandes proporções que causam impacto nos princípios morais, religiosos e éticos, procedimentos de saúde pública e de comportamento privado, nas questões relativas a sexualidade, ao uso de drogas e a moralidade conjugal (Seffner, 2005).

É uma doença que dinamiza a forma com que a sociedade lida com ela, e até o próprio vírus transmissor possui um caráter mutante. Um dos aspectos mais atuais da epidemia é o surgimento de uma nova população vulnerável, os idosos. O número de casos tem aumentado na faixa etária acima dos 50 anos, com um crescimento proporcionalmente maior, de 1993 a 2003 do que em qualquer outra idade, 130% para os homens e de 396%, entre as mulheres (Iwasso, 2005). Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil se contabiliza 2.245 homens e 1.261 mulheres casos de infecção pela Aids em maiores de 50 anos. Números aparentemente pequenos, mas que há uns 15 anos apareciam como traço nas estatísticas e hoje representam 2,5% do total de casos confirmados no Brasil.

São várias as causas responsáveis por esse aumento, como por exemplo: (1) as notificações tardias; (2) o número de pesquisas insuficientes na área; (3) dificuldades no diagnóstico e (4) resistência para aderir ao tratamento (Lieberman, 2000). A possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece ser invisível aos olhos da sociedade e dos próprios idosos, visto que a sexualidade nesta faixa etária ainda é tratada como tabu, tanto pelos idosos como pela sociedade em geral (Vieira, 2004). Além disso, o aumento da expectativa de vida, das oportunidades sociais e da disponibilização de medicamentos para disfunção erétil (Pimenta, 2005), tem impulsionado a vida sexual do idoso.

Ressalta-se também algumas questões culturais que ainda permanecem, como a infidelidade e a multiplicidade de parceiras aceitas socialmente na trajetória da vida dos homens que hoje têm mais de 60 anos, e que não praticam sexo seguro porque isso nunca fez parte da vida deles e que expõem suas esposas, resultantes da construção social de gênero (Saldanha, 2003).

É relevante observar ainda que, com o surgimento dos medicamentos antiretrovirais, a partir de 1996, A Aids passa para o grupo das doenças crônicas (Ribeiro et al., 2005), contribuindo para o envelhecimento das pessoas soropositivas que contraíram o vírus na fase adulta, e passam, dessa forma, a fazer parte do quadro epidemiológico da AIDS na

¹ Universidade Federal da Paraíba, e-mail para contato: katharinefontes@yahoo.com.br

² Universidade Federal da Paraíba - Pós-Graduação em Psicologia

³ Universidade Federal da Paraíba - Pós-Graduação em Psicologia

velhice. Quanto à prevenção, a falta de campanhas direcionadas a Aids na velhice faz com que esta população esteja geralmente menos informada sobre o HIV e menos consciente da vulnerabilidade (Prilip, 2005).

Sendo saudável ou não, a pessoa idosa, já é passível de discriminação no Brasil, o que dirá se considerarmos um idoso doente, ainda mais sendo decorrente de relações sexuais ou do uso de drogas. O quadro da soropositividade na velhice é bastante polêmico, onde os preceitos da ética, moralidade, religiosidade e dos padrões de bons costumes deveriam vir à tona para serem discutidos. Fato que provoca o afastamento do idoso do meio social e até mesmo familiar, postura que muitas vezes é adotada e escolhida pelo próprio paciente, que busca se resguardar frente a estas adversidades (Gorinchteyn, 2005).

A partir destes aspectos, emerge a representação do idoso acerca da Aids como doença do outro, levando-o a acreditar na impossibilidade de sua contaminação, fato que é contrastante diante do aumento da expectativa de vida e do desenvolvimento de recursos científicos, sociais e outros, que resultam na melhoria da saúde dos idosos, ampliando a capacidade de atuação.

Partindo destas premissas que observa-se a necessidade da intervenção psicossocial buscando amenizar as questões relacionadas ao preconceito frente ao portador do vírus HIV, derivados do medo e do desconhecimento com relação a AIDS, ou ainda advindos de razões religiosas ou morais. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi estudar os fatores *de risco ou de proteção* relacionados a vulnerabilidade à Aids, em pessoas na faixa etária acima de 50 anos.

2. MÉTODO

2.1- AMOSTRA

Trata-se de um estudo de campo de cunho quantitativo e qualitativo em uma abordagem multimétodos, tendo como referencial a Teoria das Representações Sociais. Participaram desta pesquisa 35 idosos, de ambos os sexos, dos quais 5 pertencentes ao sexo masculino e 30 ao sexo feminino, suas idades variavam de 52 a 87 anos. A coleta foi feita nos Grupos de Convivência da Terceira Idade localizados na cidade de João Pessoa/PB. A maioria indicou ser viúva (40%), com escolaridade equivalente ao Ensino Superior ou Pós-Graduação (48,5%), a renda familiar correspondia de onze a trinta salários mínimos para 54,3% da amostra, em que a maioria dos participantes afirmava ser o principal provedor da família (57,3%).

2.2 - INSTRUMENTOS

2.2.1- Questionário sócio-demográfico

Foi utilizado um questionário sócio-demográfico com itens relacionados a identificação dos participantes quanto ao sexo, idade, data de nascimento, situação conjugal e funcional, nível de escolaridade, renda familiar, número de pessoas que vivem desta renda e qual o principal provedor da família.

2.2.2- Técnica de Associação Livre de Palavras

A Técnica de Associação Livre de Palavras foi desenvolvida por Jung (Rapaport et

al., 1965 citado por Coutinho et al, 2003) na clínica, e visa diagnosticar psicologicamente a estrutura da personalidade dos indivíduos. É uma técnica orientada pela hipótese de que é possível captar características da estrutura psicológica do sujeito por meio das condutas de reações, evocações, escolhas e criação. Tal técnica atua trazendo esta estrutura a tona por meio das seguintes condições de um teste projetivo: estimular, tornar observável, registrar e obter a comunicação verbal (Nóbrega e Coutinho, 2003). É um tipo de investigação estruturada na evocação de repostas frente ao lançamento de um ou mais estímulo(s) indutores(s) (Coutinho, Gonttiès, Araújo e Sá, 2003). Nesta pesquisa os estímulos foram as palavras: AIDS na velhice (primeiro estímulo); Prevenção (segundo estímulo) e Risco de contrair (terceiro estímulo). Consta de um instrumento anteriormente validado em pesquisas que envolvem a teoria da Representações Sociais (De Rosa, 1988 citado por Coutinho et al, 2003). A pesquisa foi aprovada pela Comissão Comitê de Ética Médica-CCS/ da UFPB, com o intuito de confirmar os padrões reconhecidos de competência e responsabilidade para as pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

2.2.3- QSG 12 (Questionário de Saúde Geral)

O Questionário de Saúde Geral (QSG) é constituído por 12 itens que são perguntas do tipo: aqueles que negam a saúde mental (por exemplo: *Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono?*; *Tem se sentido pouco feliz e deprimido?* as alternativas de resposta variam de 1 (Absolutamente, não) a 4 (Muito mais que de costume); e para os itens afirmativos (por exemplo: *Tem se sentido capaz de tomar decisões?*; *Tem podido concentrar-se bem no que faz?*), as respostas foram de 1 (Mais que de costume) a 4 (Muito menos que de costume). A resposta é dada de acordo com o quanto a pessoa tem experimentado os sintomas descritos, escala de quatro pontos. Os itens negativos foram invertidos, de modo que a maior pontuação total nesta medida indica melhor nível de saúde mental. É uma versão que é bastante utilizada para medir o bem-estar psicológico, principalmente em estudos ocupacionais (Borges & Argolo, 2002; González-Romá & Espejo, 1993).

2.2.4- Entrevista Semi-estruturada.

A entrevista semi-estruturada constou de quatro questões norteadoras: 1. O que o/a senhor(a) entende por depressão? 2. Qual o risco que uma pessoa idosa tem de contrair o vírus HIV? 3. O/a senhor(a) conhece ou conheceu alguém que contraiu HIV? 4. Qual a idéia que o/a senhor(a) tem de uma pessoa idosa que contraiu HIV? Tais entrevistas foram aplicadas de forma individual e o conteúdo apreendido pelas questões acima citadas foram analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo.

2.3- PROCEDIMENTOS

Inicialmente foi esclarecido aos idosos de que se tratava a pesquisa, em seguida foi aplicado o questionário sócio-demográfico nos indivíduos que aceitaram participar. Depois foi usada a TALP (Técnica de Associação Livre de Palavras) em 100% da amostra, em seguida foi aplicado o QSG-12 em 32 participantes, e por fim, foi feita a entrevista semi-estruturada compostas de quatro perguntas norteadoras em 20 dos participantes.

Os dados extraídos das entrevistas transcritas foram analisados pela Análise de Conteúdo de Bardin (2002), que é uma técnica que permite obter através de um conjunto de procedimentos (o qual se dividem em etapas operacionais) a compreensão crítica do conteúdo das verbalizações, seja ele latente ou manifesto e das significações. Foi feita a análise quantitativa com o somatório das frequências e percentuais das classes, categorias e subcategorias que emergiram. Para

a TALP (Técnica da Associação Livre de Palavras), o material coletado por meio desta foram processados através do software *Tri-Deux-Mots* (Cibois, 1990) e sua interpretação foi realizada por meio da análise fatorial de correspondência (AFC), o qual o tem como princípio básico os eixos que explicam as modalidades de respostas, mostrando estruturas constituídas de elementos do campo das representações. Os dados conseguidos com o QSG-12 foram analisados pelo *Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS – Statistical Package for the Social Sciences)* para Windows.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 - TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS:

Os dados coletados pelo Teste de Associação Livre de Palavras, envolvendo as Representações Sociais da **AIDS na velhice**, da **Prevenção** e do **Risco de Contrair**, baseados nestas palavras como estímulos indutores, nesta ordem respectivamente.

Mostram as variações semânticas na organização do campo espacial, revelando aproximações e distanciamentos das modalidades dos fatores, representados como fator 1 (F1) e fator 2 (F2). O F1 na linha horizontal apresentou-se como detentor de maior poder explicativo com 38,6% da variância total das respostas, enquanto o F2, na linha vertical, apresentou 22% da variância total das respostas. Portanto, os dois fatores têm poder explicativo de 58,6% de significância, dados que de acordo com Coutinho (2001) demonstram possuir parâmetros estatísticos de consistência interna e fidedignidade, levando em consideração que esta pesquisa está sendo realizada no âmbito das Representações Sociais.

Emergiram no gráfico, universos semânticos associados as categorias: escolaridade, sexo e idade.

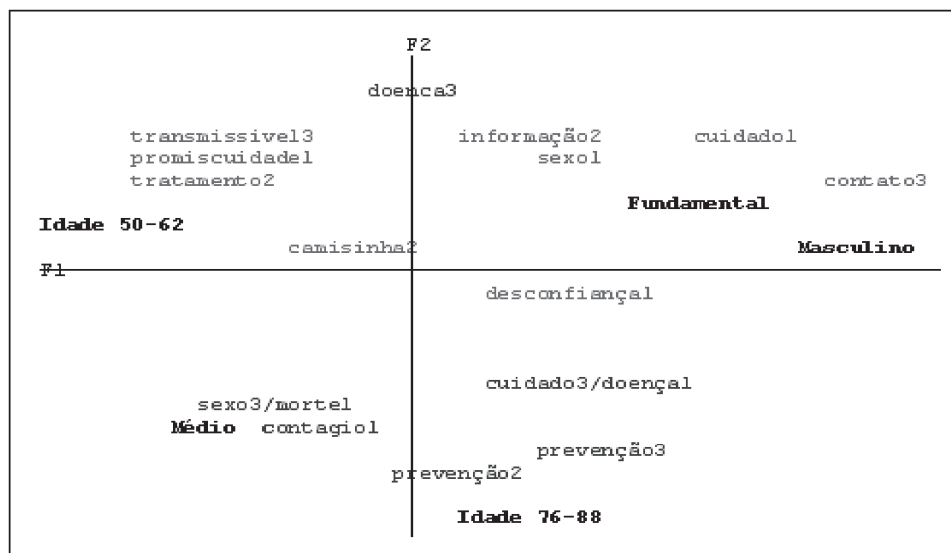


Gráfico 1. Plano fatorial de correspondência das representações sociais da AIDS na Velhice, Prevenção e Risco de Contrair pelos idosos.

Observa-se que o gráfico 1 destaca, com clareza. No eixo à direita o fator 1, em vermelho, na parte horizontal encontram-se aglomeradas as representações que caracterizam os idosos do sexo masculino cujo grau de escolaridade era o **ensino fundamental**, os quais referem a AIDS na velhice como um *cuidado* necessário para com o *sexo* por causa da infidelidade que existe e acaba gerando *desconfiança*. É interessante notar esta representação proveniente do sexo masculino, quando se percebe que historicamente a aceitação social da multiplicidade de parceiras é uma especificidade da cultura machista, ou seja, a infidelidade é um aspecto visto como normal para os homens, mas para as mulheres não. A Prevenção para este grupo denota *informação*, contrariando o que foi encontrado na pesquisas de Camargo (2000), para este autor, tanto os homens quanto as mulheres compartilham da noção de AIDS ligada à promiscuidade, as mulheres atribuíram à desinformação o fato das pessoas contraírem o vírus, já para os homens a infecção era devido a um descuido da pessoa que se infectava.

Já o termo Risco de contrair (estímulo 3), por sua vez, é objetivada pelos elementos associados ao *contato* corpóreo, ou afetivo, refletindo um tipo de metáfora que está aderido a AIDS. A idéia da “peste”, como cita Saldanha, Figueiredo & Coutinho (2004), de algo que pode haver de pior em termos de calamidade e males coletivos, é uma espécie de *doença* que transforma o corpo em algo repulsivo. Daí a necessidade manter distância, evitar o contato, para não correr o risco de contrair o vírus.

Os idosos do **ensino médio** representam a AIDS na velhice como uma doença cujo *contágio* causa *morte* posteriormente. Corroborando Seffner (2005) ao mencionar em suas pesquisas que o anúncio da soropositividade pode funcionar como um anúncio de morte, devido ao binômio semântico AIDS = MORTE tem completa força no imaginário social quando há referência da doença, já que a AIDS é uma enfermidade incurável até os dias de hoje, apesar de ter grandes possibilidades de tratamento e melhorado significativamente a qualidade de vida dos soropositivos para o HIV. A morte acaba sendo uma representação social vinculada a uma doença que se apresenta como um evento social. Com relação Risco de contrair (estímulo 3), encontra-se uma associação com o *sexo*, associação devida a forma de contrair a doença, mesmo o idoso sendo visto como um ser assexuado. Algo interessante de se observar, visto que segundo Lieberman (2000), a possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece ser invisível aos olhos da sociedade e dos próprios idosos. Pois a sexualidade nesta faixa etária ainda é tratada como tabu, tanto pelos idosos como pela sociedade em geral (Vieira, 2004).

Com relação ao grupo de idosos pertencentes a faixa etária de **50 – 62 anos**, a AIDS na Velhice (estímulo 1) representa, *promiscuidade*, corroborando Butin (2002), quando afirma que: “... o portador ainda é socialmente visto como “diferente”... ele é o “outro”, é aquele que é promíscuo, que morre e vive fora das “normas” (escolha sexual diferente)”. Assim como nas entrevistas, essa relação apareceu na associação livre de palavras.

A Prevenção pode ser feita através do uso de *camisinha* dado também encontrado nas entrevistas o que se apresenta como um dado surpreendente, pois de acordo com Saldanha (2003) algumas questões socioculturais para as pessoas idosas ainda permanecem, como a prática do sexo desprotegido pelos homens, simplesmente porque o uso de preservativo nunca fez parte da vida sexual deles, e essa falta de hábito no uso de camisinha acaba expondo as mulheres idosas sexualmente ativas ao vírus, devido à situação de submissão ao parceiro que muitas vezes contraem o HIV pela infidelidade e multiplicidade de parceiras, tudo isso conseqüente de uma educação conservadora e machista. O que permite concluir

que a representação sobre a prevenção da AIDS ainda se configura em elementos resultantes das propagandas na mídia, mas que na prática são contraditórias. Para esta faixa etária ainda, a Prevenção é representada como forma de evitar que se contraia o vírus, para que não se necessite de *tratamento*. Observa-se que, apesar de a possibilidade e acessibilidade ao tratamento poder produzir um “relaxamento” da população em relação à prevenção, Herbert de Sousa (1994), contraria esta afirmação quando assegura que “não é a perspectiva de morte que dá sentido as nossas existências, mas a perspectiva de vida mesmo”, ou seja, a melhoria na prevenção é impulsionada pela possibilidade do tratamento.

Por outro lado o Risco de contrair (estímulo 3) está na grande capacidade do HIV em ser *transmissível*, principalmente em uma população tão vulnerável, por diversos motivos já citados na introdução, o que corrobora os dados do Ministério da Saúde, das organizações não-governamentais e dos médicos infectologistas que alertam que homens e mulheres na terceira idade estão fazendo sexo sem prevenção e se contaminando com o vírus da Aids (Gazeta do Povo/PR, 2005).

Já o grupo compreendido na faixa etária de **76 - 88 anos**, ligado ao fator 2 (em azul), refere a AIDS na velhice (estímulo 1) como uma *doença*, o que na verdade é uma síndrome, que reduz a imunidade e após a exposição a algum tipo de doença dificulta e impede o corpo do soropositivo de resistir a várias doenças, as chamadas “oportunistas” (Seffner, 1998).

3.2-ENTREVISTAS:

As representações sociais elaboradas acerca da AIDS estão intensamente ligadas aos processos sócio-cognitivos, comportamentais, afetivos e normativos, que são produtores de orientações de condutas, atitudes e comunicações, que conduzem a um maior conhecimento da dinâmica sobre a mesma.

O conhecimento elaborado sobre a representação social da AIDS pelos idosos, dividiu-se em seis Classes: **concepção/descrição (34%)**, **preconceito (10%)**, **vulnerabilidade (23%)**, **proximidade da AIDS (6,3%)**, **prevenção (15%)** e **vida na soropositividade (12%)**.

As representações na classe **concepção/descrição** ancoraram a AIDS na velhice como: doença, ruim, perigosa, terrível, triste, muito preocupante, que causa medo, mágoa, arrependimento e sofrimento. A partir destes discursos, pode-se perceber que existe uma idéia de peso emocional que a AIDS ocasiona nas pessoas. A visão da AIDS como um flagelo, uma vergonha, mostra o lado estigmatizante da doença, que causa discriminação e afastamento das pessoas que contraíram de seus amigos, namorados, familiares, trabalho etc.

A conceituação da AIDS para os participantes confirmou a fala de Joffe (1998a) quando ela se refere que há uma importante influência emocional diante da AIDS.

Observa-se que a AIDS por ser uma doença incurável, e profundamente ligada a comportamentos considerados promíscuos, a mesma está envolvida e revestida de estigmas, estereótipos negativos e preconceitos. As idéias pré-concebidas parecem se atenuar quando os casos são por transfusão sanguínea, os estigmas que sobrecam neste tipo de portador passam a colocá-lo na condição de “vítima”. E justamente dos estigmas, estereótipos, e preconceitos surgem às práticas de discriminação e a falta de integração social junto a

percas afetivas, sociais, profissionais e de saúde que simbolizam uma morte em vida para estes soropositivos.

Entende-se que contrair o vírus HIV pressupõe uma transgressão que fortalece a estereotipia de acusações e culpa. Uma culpa individualizada, cujos comportamentos implicam em ameaças à sociedade por serem portadores de uma doença tão temida. Estas condutas seriam a consequência de um comportamento julgado negativamente por certos grupos da sociedade, como forma de punição moral pelo pecado (Martin, 1995).

Já para a classe **Preconceito** corrobora o fato das propagandas ressaltarem apenas jovens, porque subentende-se que estes possuem uma vida sexualmente ativa fazem com que os idosos continuem a se sentir à margem dos riscos de contaminação (Silva, Paiva & Santiago, 2005), resultando em continuadas exposições desprotegidas nas relações sexuais. Além disso, a sociedade entende que o idoso é assexuado, não possui uma vida sexualmente ativa. Nas entrevistas o idoso representa a AIDS como uma doença distante de si mesmo e inserida no contexto psicossocial dos jovens.

No que tange a **Vulnerabilidade**, há mais uma vez o reforço de que a prevalece a questão do idoso ser assexuado. No entanto, dados do Ministério da Saúde sobre a sexualidade do brasileiro, afirmam que 67% da população entre 50 e 59 anos se diz sexualmente ativa. E na população acima de 60 anos, o índice também é expressivo: 39%. A média de relações na parcela acima de 50 anos é de 6,3 ao mês (Anvisa, 2005). T a l fato provavelmente deve-se ao desenvolvimento de medicamentos para a disfunção erétil, assim como o aumento da longevidade sexual, que de certa forma aumenta também a possibilidade de contágio de Doenças Sexualmente Transmissíveis, sobre as quais deve-se intensificar a prevenção em saúde. E entre os idosos que se descobrem portadores do vírus, há dois perfis clássicos: o homem casado que se contamina com uma parceira mais jovem e o das viúvas que redescobrem o sexo. Um fato merece destaque é que são muitos os obstáculos ao uso da camisinha: os homens temem perder a ereção e ainda acham que o cuidado só é necessário nas relações com as profissionais do sexo. Já as mulheres não sentem necessidade de exigir o preservativo porque já perdem a capacidade de engravidar, considerando que não necessitam mais de prevenção. Fato que complica mais ainda, pois fazer sexo sem camisinha é particularmente arriscado depois da menopausa, devido ao ressecamento das paredes vaginais, as quais se tornam mais finas, e isto favorece o surgimento de ferimentos que abrem caminho para o HIV (Kitner, Melo & Figueiredo, 2006).

Concernente ao gênero os dados que trazem 71% de infectados na categoria de homo/bissexuais masculinos, enquanto que em 1999/2000, as notificações caíram para 16%, devido às campanhas de prevenção direcionadas para esta categoria. Enquanto isso, o número de heterossexuais tem aumentado (Dhalia, Barreira & Castilho, 2000; citado por Butin 2002), principalmente entre crianças, mulheres e idosos.

No caso da feminização da doença, a desigualdade que há no exercício da sexualidade, como também fatores ligados à pobreza e menos instrução, que quanto mais presentes na mulher, mas as tornam vulneráveis. Ainda mais as idosas mulheres, que são excluídas duplamente, pois a maioria não possui uma vida sexual e quando a tem, são podadas de exercerem sua sexualidade de forma segura (Butin, 2002).

Quanto às mulheres casadas, a dependência econômica, violência doméstica, baixa auto-estima ou falta de conhecimento sobre o assunto dificultam a negociação do uso de preservativos com os parceiros (Lopes, 2005). Deve-se levar em consideração que a fidelidade,

muitas vezes é provada no tocante ao uso do preservativo, o qual historicamente esteve atrelado às doenças sexualmente transmissíveis, e à desconfiança na relação psicoafetiva. De modo que dificulta o diálogo acerca da necessidade do uso do preservativo, como se este só devesse ser usado apenas por quem se desconhece e desconfia.

Uma outra classe que surgiu foi à **Prevenção** (15%) mostra o quanto é significativo a presença tanto de uma conscientização dos idosos no uso de preservativos como método de evitar o contágio, assim como o cuidado ao escolher o parceiro e em não ter contato com o vírus.

A maior parte dos idosos reconhece a camisinha como um meio de prevenção, apesar de que para os mesmos o uso não deve ser freqüente quando se trata de sexo numa relação estável com um(a) parceiro(a), de modo que corrobora a premissa do sexo com preservativo apenas nas relações extraconjugais e com pessoas não conhecidas (Silva, Paiva & Santiago, 2005).

A respeito da classe **Proximidade da AIDS** com apenas 6,3%, tais dados sinalizam devido ao fato dos idosos terem mencionado que não possuíam nenhum contato com soropositivos, os mesmos se consideram distante da possibilidade de contrair o vírus, a chamada Síndrome da Onipotência, ou seja, “sempre vai acontecer com o outro e não comigo”. Esta representação provavelmente foi ancorada na sócio-gênese da AIDS que por muito tempo foi associada a “grupos de risco”, termo posteriormente modificado para “vulnerabilidade” (Lopes, 2005).

Esta abordagem de grupos de risco permanecem no imaginário popular, deixando subentendido que as pessoas que não fazem parte dos homo/bissexuais masculinos, assim como profissionais do sexo, travestis, não precisam se preocupar com prevenção, fato que contribui para a disseminação da epidemia e mudança no perfil epidemiológico. No entanto, devido às pesquisas talvez esta concepção tenha sido modificada no âmbito das políticas públicas.

A sexta classe corresponde à **vida na soropositividade** relativo a (12%). Os idosos ressaltaram a questão da tristeza que traz a condição da soropositividade, assim como a necessidade do portador do HIV ter cuidados em não transmitir o vírus a outras pessoas, a questão da imunidade baixa e o incômodo de tomar constantemente os medicamentos do coquetel anti-retroviral.

Utilizar-se dos medicamentos antiretrovirais significa dar início a uma “nova” vida, muitos pacientes através desta demanda conseguem abster-se de uma vida desequilibrada de álcool e/ou drogas (Cardoso & Arruda, 2005), priorizando a própria qualidade de vida.

Pode-se perceber também nas representações dos idosos paraibanos que o fenômeno da depressão como sintoma presente na vida dos soropositivos, corroborando os estudo de Malbergier e Schöffel (2001), que afirmam haver maior índice em pacientes HIV positivos, a depressão está associada a vários fatores como: (1) descoberta da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela impostas além das complexas questões psicossociais envolvidas; (2) invasão do sistema nervoso central pelo HIV, por infecções oportunistas ou por tumores intracranianos; (3) desencadeamento de episódio depressivo em populações vulneráveis. Mas o diagnóstico de depressão em pacientes infectados pode ser difícil porque alguns dos indicadores de depressão (anorexia, fadiga, fraqueza e perda de peso) são de pouca valia como critério diagnóstico em algumas fases da doença (especialmente na fase avançada), já que os sintomas físicos debilitantes podem mimetizar tais indicadores.

Esses resultados expressam que as representações da AIDS nos idosos estruturam-se na interface da pluralidade e complexidade do funcionamento de elementos afetivos, sociais, comportamentais e ambientais. Em síntese, os resultados apreendidos pela TALP reforçam e complementam os resultados adquiridos pelas entrevistas de que a AIDS para os idosos significa *Promiscuidade e Morte*.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que o objetivo geral de estudar os fatores de risco ou de proteção relacionados com a qualidade de vida e vulnerabilidade à AIDS, relativos às dimensões físicas, psicológicas e socioculturais em pessoas idosas, foram aspectos explorados tanto pela Técnica de Associação Livre de Palavras quanto pelas entrevistas. Além disso, os estímulos estudados nesta pesquisa: AIDS na Velhice, Prevenção e Risco de Contrair são elementos interligados, ou seja, as representações sociais elaboradas acerca destes três fatores estão bem próximas no âmbito semântico ou campo representacional.

Na TALP e entrevistas verificou-se que os participantes ancoraram suas representações da AIDS como uma doença transmitida por vias sexuais que resulta da promiscuidade, por isso se deve ter o cuidado e desconfiança para evitar o contágio. Assim como na TALP, as entrevistas trouxeram AIDS ancorada pelos idosos enquanto uma doença incurável, triste, proveniente do pecado, da promiscuidade, da vida sexual libertina da juventude, que pode ser transmitida por meio dos comportamentos de risco, inclusive de homens casados que trazem a doença para suas esposas. A AIDS exige cuidados e métodos de evitar o contágio, no entanto não são usados de maneira disciplinada pelas pessoas. E dentro deste universo de pessoas que não se previnem adequadamente se encontram os idosos por não se considerarem próximos à doença.

Denotou-se que a vida na soropositividade foi representada pelos idosos como uma rotina que se necessita de cuidados para não contaminar a família. Pode causar depressão, diminuir a qualidade de vida, juntamente com a capacidade de realizar tarefas, exigindo aceitação das restrições, pois inclui um tratamento medicamentoso regrado.

O Questionário de Saúde Geral mostrou que os idosos participantes apresentavam uma boa condição de saúde geral, sem alterações anormais para os fatores depressão, ansiedade nem auto-eficácia.

É válido salientar que os idosos acima de 50 anos em geral, não se percebem vulneráveis a doença, subestimando a sua possibilidade de contrair, o que pode facilitar o contágio, dado este que se constitui em uma barreira para a prevenção, assim como a ausência de campanhas efetivas direcionadas para esta faixa etária.

Enfim, pretende-se com este estudo contribuir para uma melhor compreensão dos fatores de risco ou de proteção relacionados com a qualidade de vida e vulnerabilidade à AIDS, referentes às dimensões físicas, psicológicas e socioculturais em idosos integrantes de grupos de convivência localizados na cidade de João Pessoa, e, desta maneira alertar para uma tomada de direcionamento quanto a propagação de informações preventivas frente às infecções de HIV que têm aumentado de forma alarmante.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Assessoria de Imprensa da Anvisa. (2005). *Anvisa participa de congresso sobre Aids nos EUA*. Brasília: Anvisa. Recuperado em 20 ago. 2006, www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2005/230905_3.htm
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Persona.
- Borges & Argolo, 2002; González-Romá & Espejo, 1993 Borges, L. de O. & Argolo, J.C.T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, 1, 17-27.
- Butin, N. G. (2002). *Finitude e envelhecimento: significados da morte no idoso soropositivo*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica-PUCSP, São Paulo.
- Camargo, B. V. (2000). Sexualidade e Representações Sociais da AIDS. *Revista de Ciências Humanas -Especial*, (8), (pp. 97-110).
- Cardoso, G. P. & Arruda, A. (2005). As representações sociais da soropositividade e sua relação com a Observância Terapêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1), 151-162.
- Cibois, P. H. (1990). *L'analyse factorielle*. Paris: PUF.
- Coutinho, M. P. L. Gontíes, B., Araújo, L. F. & Sá, R. C. N. (2003, julho/dezembro). Depressão , um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre criança e idosos. *Psico-USF*, 8(2), 183-192.
- Coutinho, M. P.L. (2005). *Depressão Infantil: uma Abordagem Psicossocial*. João Pessoa-PB, EdUFPB. *Gazeta Do Povo (Pr)*. Aumentam casos de aids entre idosos (1/5/2005).
- Gorinchteyn, J. C. (2005, mar-abr). Avanço da Aids na Terceira Idade (Depoimento a Cynthia de Oliveira Araújo) – Rev. [on-line] *Prática Hospitalar*, 7, (38). Recuperada em 17 de fev. 2006, da <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2038/paginas/materia%2018-38.html>.
- Iwasso, S. [2005?]. Aids Se Alastra Entre Os Mais Idosos. *O Estado De São Paulo*. Recuperado em 01 de mai. 2005, da página: www.oestadodesaopaulo.com.br.
- Joffe, H. (1998). “Eu não, o meu grupo não”: Representações Sociais transculturais da Aids. Em P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em representações Sociais* (pp. 297-323). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Kitner, D., Melo, H. R. L. & Figueiredo, E. A. (2006). Aids em idosos: um problema de importância crescente (p. 82). In *Painel, XV. Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia; II Jornada Goiana de Geriatria e Gerontologia e II Encontro Nacional de Ligas Acadêmicas de Geriatria e Gerontologia*, 2006, Goiânia/GO. Goiânia: Centro de Convenções de Goiânia – GO.
- Lieberman, R. (2000, março/abril). Hiv in older Americans: an epidemiologic Perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(2).
- Lopes, C. R. (2005, dezembro) A epidemia mudou, e o mundo também. *RADIS: Comunicação em Saúde*, 40, (pp. 10-16).
- Malbergiera, A. & Schöffelc, A. C. (2001). Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23(3), 160-7.
- Martin, D. (1995). *Mulheres e aids: uma abordagem antropológica*. Dissertação Não- Publicada, Universidade de São Paulo.
- Nóbrega, S. M. & Coutinho, M. P. L. (2003). O teste de Associação Livre de Palavras. In: Coutinho, M. P. L., Lima, A. S., Oliveira, F. B., Fortunato, M. L. (Org.), *Representações Sociais: Abordagem Interdisciplinar*. (pp.67-78). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Prilip, N. B. A. [2005?]. *Aids atinge idosos*. Recuperado em 22 de nov. 2005: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/aids2.htm>.
- Ribeiro, C. G., Fontes, K. S., Aragão, T. A., Saldanha, A. A. W, & Coutinho, M. P. L. (2005).

- Representações Sociais da Aids elaborada pelos Pacientes Soropositivos para o HIV. [CD]. In *Anais XXXV da Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 2005, Curitiba, PR. Curitiba, PR Pontifícia Universidade Católica.
- Saldanha, A. A. W., Figueiredo, M. A. C., Coutinho, M. da P. L. (2004). Atendimento Psicossocial à AIDS: a busca pelas questões subjetivas. *Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis* 16(3), 84-91.
- Saldanha, A.A.W. (2003). *Implantação de um Programa de Pesquisa e Atendimento Psicossocial à Aids. Estudo de Representações sobre a Aids e seus Determinantes Visando a Formação Profissional para o Atendimento Psicossocial a Pacientes*. Programa de pesquisa financiado pelo CNPQ. São Paulo/USP.
- Seffner, F. (1998). *O Conceito de Vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório*. Recuperado em 17 de nov. 2005: www.aids.gov.br/final/dh/afroatitude/vulnerabilidade_protagonismo/vulnerabilidade
- Seffner, F. (2005). *Atividade profissional e aids: Impacto das situações de morte civil e morte anunciada*. Recuperado em 20 jul. 2006: <http://www.unilasalle.edu.br/seffner/artigo02.htm>
- Silva, L. S., Paiva, M. S. & Santiago, U. C. F. (2005). Representações Sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da AIDS. In *resumos, IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais: Teoria e Abordagens Metodológicas*, 2005, João Pessoa. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba.
- Souza, H. (1994). *A cura da Aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Vieira, E. B. (2004). *Manual de Gerontologia – um manual teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares* (2 ed.). Rio de Janeiro: Editora Revinter.

VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS ENTRE HOMENS E MULHERES COM MAIS DE 50 ANOS

Silva L S ¹, Paiva M S ² - Salvador - Brasil

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) tem sido um dos mais sérios agravos já enfrentados pela humanidade. Estima-se que 38,6 milhões de pessoas no mundo vivem com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) ou com aids (UNAIDS, 2006), sendo que destas, 370.333 são brasileiras (BRASIL, 2005). Diante dessas cifras, muitos(as) pesquisadores(as) se dedicam a conhecer as diversas dimensões que norteiam a vulnerabilidade de indivíduos à contaminação pelo HIV.

Durante a primeira década da epidemia de aids (1980 – 1990), a probabilidade de um indivíduo ou grupo se contaminar pelo HIV foi analisada sob uma perspectiva epidemiológica, na qual o risco de contaminação estava associado aos comportamentos individuais, resultantes de escolhas ou decisões autônomas, guardando íntima relação com a idéia de grupos de risco (PAIVA, 2004).

Contudo, as chances que indivíduos ou grupos tinham de adquirir a soropositividade não foram totalmente explicadas pela epidemiologia, em decorrência da complexidade de fatores que permeavam as facilidades e dificuldades de contaminação pelo HIV, emergindo assim, o conceito de vulnerabilidade.

Esta perspectiva considera não apenas o comportamento individual, mas também o contexto social e político quando se pretende avaliar as chances que um indivíduo tem de se contaminar. Dessa forma são relevantes, dentre outras coisas, as condições sociais, o acesso aos serviços de saúde e a existência de políticas públicas.

Na segunda década (1990-2000), a epidemia passou a apresentar outro padrão epidemiológico em muitos países, inclusive no Brasil. Avançou entre os heterossexuais, intensificou a feminização e a transmissão vertical e, a atual tendência, aponta para um crescimento acentuado na população jovem e entre as pessoas com mais de 50 anos.

A contaminação entre os indivíduos com mais de 50 anos cresce no Brasil como em nenhum outro grupo etário. Contudo, evidencia-se que as pessoas com idade entre 50 a 59 anos correspondem a 74,5% deste total, tendo sido constatado – de 2000 a 2004 – um

¹ Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Integrante do grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher - GEM. End: Av. Manoel Dias da Silva, nº. 1227, aptº 602, Bairro Pituba, Salvador. E-mail: enflucineide@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem da UFBA. Pesquisadora do GEM. E-mail: mirian@svn.com.br

incremento nos casos confirmados de 50,1% entre os homens e de 65,5% entre as mulheres.

Muitas são as causas atribuídas ao aumento nos índices de contaminação pelo HIV em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos. As mudanças sócio-culturais, sobretudo na sexualidade, representam papel de destaque para justificar tal assertiva. Lemos (2003, p. 69) assinala que: “transitamos numa época de mudanças, sendo que a visão de sexualidade tem-se alterado rapidamente nas últimas décadas”. Para a autora, os meios de comunicação, sobretudo a televisão, têm contribuído para acelerar a transformação de valores que antigamente mudavam devagar.

Destacam-se ainda, as mudanças demográficas que apontam para um envelhecimento populacional dos(as) brasileiros(as) e as inovações na área da saúde que, por sua vez, têm contribuído para o aumento da expectativa de vida da população, incluindo a dos soropositivos, a partir do acesso à terapia antiretroviral (SANTOS et al, 1997).

As inovações na área medicamentosa levaram ao uso de drogas que melhoram o desempenho sexual, a exemplo do citrato de sildenafil (princípio ativo do Viagra) e da reposição hormonal, favorecendo ao aumento da frequência e à qualidade das relações sexuais. Acredita-se que tais inovações têm contribuído para que esse grupo etário se sinta mais seguro nas conquistas amorosas, embora não devam ser consideradas diretamente responsáveis pelo aumento da infecção pelo HIV nessa população.

Dados do Ministério da Saúde, relativos a uma pesquisa envolvendo o comportamento da população brasileira sexualmente ativa, comprovaram que 17,3% dos(as) entrevistados(as) com mais de 50 anos relataram ter tido cerca de 6,3 relações sexuais por mês, nos últimos 06 (seis) meses, aproximando, assim, da média de 9,2 da população de 40 a 49 anos (BRASIL, 2003).

Contudo, a possibilidade de aumentar a frequência e melhorar o desempenho das relações sexuais não tem sido acompanhada por incentivos à prática do sexo seguro, o que requer maiores investimentos na educação dessa população. Embora o Ministério da Saúde reconheça, desde 2001, a necessidade de incluir as pessoas com mais de 50 anos nas campanhas de prevenção à aids (BRASIL, 2001), o que se observa atualmente é que os trabalhos educativos – em sua maioria – continuam sendo direcionados ao público jovem, à gestante, ao usuário de droga, aos homossexuais e às profissionais do sexo. Dessa forma, esta população que viveu uma juventude sem o apelo à utilização de preservativos, não incorpora a necessidade de fazer seu uso.

A resistência por parte dessa população em utilizar o preservativo também tem contribuído para o aumento nos índices de contaminação pelo HIV (BRASIL, 2001; CÔRTEZ, 2001). São vários os obstáculos ao uso da camisinha, pois, muitos homens temem perder a ereção e/ou não possuem habilidades para colocar o preservativo, e acreditam que o cuidado só é necessário nas relações extraconjugais ou com profissionais do sexo. Por outro lado, a cultura machista enaltece o homem por ter a capacidade de gerar filhos em qualquer idade, assim sendo, o uso do condom os priva dessa possibilidade.

Já entre as mulheres com mais de 50 anos, a possibilidade de já terem família constituída, de estarem laqueadas ou de não poderem engravidar, pode levá-las a falsa impressão da inutilidade do preservativo em sua vida sexual. Entretanto, fazer sexo sem camisinha é particularmente arriscado no climatério e depois da menopausa, quando as paredes vaginais se tornam mais finas e ressecadas, favorecendo ao surgimento de ferimentos que abrem caminho para as infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Por essas razões, esses indivíduos se expõem, cada vez mais, a situações de vulnerabilidade, que além de estarem relacionadas às atitudes pessoais, se estendem à dificuldade em diagnosticar precocemente o vírus HIV nessa faixa etária. Isto porque, nem sempre sua vida sexual é questionada nas consultas, predominando o mito de que são monogâmicos(as), têm um ritmo sexual diminuído ou já não fazem sexo.

Por outro lado, Azambuja (2000) considera um desafio diagnosticar pacientes soropositivos nessa faixa etária, por se tratar de mais um diagnóstico diferencial para um grupo já exposto a múltiplas patologias, o que leva à possibilidade de sub-notificação de casos, ou se reflete em diagnósticos tardios e em terapêuticas incorretas, acelerando a instalação de infecções oportunistas e de complicações.

Além disso, esta é uma população que pode estar utilizando medicamentos para o combate a agravos crônicos que ao interagirem com o coquetel produzem reações indesejáveis. Certamente, a intensidade dessas reações sofre a influência da idade, da(s) patologia(s) pregressa(s) e do tipo de medicamento, podendo apresentar variações expressivas entre os indivíduos com mais de 50 anos. Tais variações vão desde os discretos desconfortos até complicações severas que poderão resultar em morte.

Estes motivos têm contribuído para que a morte por aids se evidencie em menor tempo para essa população, quando comparada com outras faixas etárias. Os raros estudos internacionais sobre a infecção nesse grupo etário indicam que até 37% dos pacientes acima de 50 anos morrem no mesmo mês em que descobrem a doença, enquanto que para os que estão entre 13 a 49 anos é de 10% (SEGATTO, 2003).

Diante deste contexto, este estudo pretende responder à seguinte questão: quais as situações de vulnerabilidade ao HIV/aids que homens e mulheres de 50 a 59 anos, soropositivos e soronegativos, se submeteram ou estão submetidos? Dessa forma, este trabalho objetiva identificar situações de vulnerabilidade em relação ao HIV/aids entre homens e mulheres de 50 a 59 anos, soropositivos(as) e soronegativos(as).

2. VULNERABILIDADE DOS INDIVÍDUOS COM MAIS DE 50 ANOS AO HIV/AIDS.

O conceito de vulnerabilidade foi desenvolvido por Mann e cols, em 1992, ao estabelecerem padrões de referência para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Foram definidos três planos interdependentes para mensurar a vulnerabilidade: vulnerabilidade individual (cognitiva e comportamento pessoal), vulnerabilidade social (contexto social) e vulnerabilidade programática - anteriormente designada como "Programa Nacional de Combate à AIDS" (AYRES, 2003).

Inicialmente esses três planos eram avaliados por meio de escores e modelos quantitativos que reafirmavam que a possibilidade de um indivíduo ou grupo se contaminar pelo HIV, estaria vinculada a índices de baixa, média e alta vulnerabilidade (SOUZA, 2001). Contudo, alguns anos depois - 1996 - Mann e cols retomam de modo mais amplo a questão da vulnerabilidade ao HIV/aids, substituindo o extenso espaço ocupado pelos indicadores sócio-econômicos por uma ênfase nos direitos humanos.

Fundamentados nos ideais de Mann, Ayres (1999) proporciona uma visibilidade subjetiva e condensada à vulnerabilidade individual, social e programática. Com este enfoque menos positivista, "os comportamentos individuais de maior ou menor exposição ao risco são considerados em relação a um conjunto mais amplo de determinantes, que devem ser contemplados no planejamento das intervenções preventivas" (SANCHES, 1999, p.110).

A seguir destacamos de modo específico e separadamente a influência da vulnerabilidade individual, social e programática na contaminação de indivíduos com mais de 50 anos de idade pelo HIV/aids. É válido salientar que a interação desses fatores de âmbitos e magnitudes distintas, amplia ou reduz a possibilidade de uma pessoa se infectar pelo HIV, além de subsidiarem o diagnóstico da vulnerabilidade em indivíduos e/ou coletividades.

2.1 Vulnerabilidade Individual

A vulnerabilidade individual envolve tanto a dimensão cognitiva quanto a comportamental, estando dessa forma, associada às informações sobre a doença, percepção de risco, valores e crenças que determinarão as formas de prevenir a contaminação e a possibilidade de execução de práticas seguras (AYRES *et al*, 2003; SANCHES, 1999).

Entretanto, para além de uma análise subjetiva, a vulnerabilidade individual também se estende às características biológicas. Dessa forma, as mulheres se mostram mais suscetíveis à contaminação pelo HIV do que os homens, pois além do sêmen apresentar maior concentração de HIV, a superfície vaginal é relativamente extensa (SILVEIRA *et al*, 2002).

Um dos motivos que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos é o modelo ideológico relacionado à aids que a representa como sendo uma “doença do outro”, que possivelmente, está vinculado a um “grupo de risco” (SANCHES, 1999; PAULILO e JEOLÁS, 2005). Este modo de pensar faz com que muitas pessoas se sintam invulneráveis à contaminação pelo HIV não aderindo a práticas de sexo seguro. Guerriero, Ayres e Hearst (2002, p. 09) enfatizam: “o fato de ser entendida como uma doença ‘dos outros’ serve como justificativa para não se sentir vulnerável, nem ter interesse em receber informações”. Silveira *et al* (2002, p. 03) acrescentam que: “indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas”.

Lima (2003) sinaliza que a dificuldade em perceber-se vulnerável à infecção pelo HIV geralmente advém da confiança no(a) parceiro(a), na paixão e no amor. Tomados por estes sentimentos muitos indivíduos, ainda que informados sobre os meios de transmissão e prevenção da aids, dispensam o uso do preservativo e se expõem ao risco de contrair o HIV.

Uma pesquisa envolvendo pessoas idosas concluiu que estas, mesmo possuindo um bom nível de conhecimento sobre os meios de transmissão e prevenção da aids, não utilizam o preservativo (MALTA, 2000; SILVA, L., 2002). Esse resultado comprova que o nível de informação, analisado isoladamente, não determina uma maior ou menor vulnerabilidade, reforçando a importância de considerar os aspectos subjetivos concomitantemente.

A confiança é citada em estudo de Costa e Lima (1998) como responsável pela percepção de invulnerabilidade à aids, sendo esta, decorrente de um processo de intimidade entre os parceiros. Lima (2003, p.230 e 231) acrescenta: “quanto maior a confiança no parceiro, menor a percepção de vulnerabilidade à SIDA”. Em relação ao amor e a paixão, a autora enfatiza: “... a paixão, produzindo uma avaliação particularmente favorável da pessoa amada, induz também a uma percepção dela como segura relativamente à SIDA, mais segura até do que o próprio sujeito”.

É relevante considerar que os valores e as crenças também influenciam significativamente na adoção de práticas de sexo seguro, especialmente na utilização de preservativos. Nesse sentido, a religiosidade torna-se um fator importante, já que algumas religiões condenam o uso do preservativo e o divórcio, incentivando, muitas vezes, mulheres – e homens – a

permanecerem casadas(os) mesmo diante da vivência de relações extraconjugais pelo(a) parceiro(a).

Embora a vulnerabilidade de indivíduos e coletividades esteja atrelada a características pessoais de magnitudes distintas, não se pode perder de vista a influência dos fatores sociais na determinação de uma maior ou menor probabilidade de infecção pelo vírus HIV. Partindo dessa premissa, uma abordagem mais detalhada sobre a vulnerabilidade social se faz necessária.

2.2 Vulnerabilidade Social

A vulnerabilidade social tem uma forte influência tanto na vulnerabilidade individual quanto na programática, pois valoriza o impacto socioeconômico provocado pela aids e as construções sociais que interferem na vulnerabilidade dos indivíduos. Dessa forma, são relevantes a situação sócio-econômica, as relações de gênero e geracionais, os valores culturais, e outros que possibilitem o acesso do indivíduo às condições capazes de reduzir sua vulnerabilidade (SANCHES, 1999).

No Brasil grande contingente de pessoas com mais de 50 anos têm um rendimento nominal mensal de até 05 salários mínimos, sendo que destes, a maior parte possui rendimento de até 01 salário (IBGE, 2003). Deste modo, torna-se evidente a situação de pobreza a qual se insere grande parcela dos indivíduos nesta faixa etária. Esta situação de vulnerabilidade social implica em dificuldades de acesso aos meios de informação, saúde e outros indicadores importantes.

É válido salientar que o analfabetismo também apresenta números elevados entre as pessoas com mais de 50 anos no Brasil, o que além de dificultar o acesso às informações essenciais sobre a aids - como formas de transmissão e prevenção – aumentam, ainda mais, a vulnerabilidade dessa camada social menos favorecida.

Contudo, a vulnerabilidade social não se restringe apenas ao aspecto negativo dos indicadores sócio-econômicos, as relações de gênero também são relevantes nesta temática por serem consideradas construções sociais e por repercutirem na saúde. Para Joan Scotth (1989, p. 14) a definição de gênero baseia-se na conexão integral entre duas proposições: “[1] gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e [2] o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Estudos têm demonstrado que a cultura sexual que rege o comportamento de homens e mulheres é um dos fatores que dificultam conter a epidemia de aids. Afinal, no momento em que são definidos os roteiros “próprio do homem” e “próprio da mulher”, ambos se tornam mais vulneráveis (PAIVA *et al*, 1998).

A cultura machista e latina contribuem negativamente na vulnerabilidade dos homens, principalmente por dois motivos: (1) reforça o caráter impulsivo e necessário que o sexo deve se apresentar para que os homens possam provar sua masculinidade e virilidade e (2) concorda com a não utilização do preservativo para não “atrapalhar o prazer” e não por em risco sua reputação sexual (PAIVA *et al*, 1998). Além disso, eles têm dificuldade de verbalizar suas necessidades de saúde, pois – em seu imaginário – pode significar demonstração de fraqueza e feminilidade (FIGUEIREDO, 2005).

Culturalmente espera-se que o homem satisfaça sexualmente uma(s) mulher(es), jamais recuse insinuações de uma parceira, e que consiga ereções imediatas e bem sucedidas. Guerriero, Ayres e Hearst (2002, p. 11) sinalizam que “nessa situação, a mulher é

considerada poderosa e exigente, a quem é preciso satisfazer a custo de manter sua honra masculina. Assim, a mulher tem o poder de legitimar se um homem é macho ou 'viado'".

Paiva *et al* (1998, p. 02) considera que as normas de gênero, também, estimulam a repressão dos homens que têm desejos homoeróticos, obrigando-os a vivenciarem suas experiências na clandestinidade, dificultando, dessa forma, a adesão ao sexo seguro ou a proteção das mulheres com quem têm relações sexuais.

No que diz respeito às mulheres, as relações desiguais de poder e a dependência econômica, principalmente nos países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas (SILVEIRA, *et al*, 2002). Soma-se a isso, o fato de não se perceberem vulneráveis principalmente quando cumprem o papel que socialmente se espera delas: monogamia e dedicação ao trabalho doméstico. Na maioria das vezes, priorizam o cuidado à família antes de cuidar de si e não conseguem negociar sexo seguro com o parceiro (PAIVA *et al*, 1998).

Por outro lado, é relevante enfatizar que muitas mulheres se recusam a exigir o uso do preservativo por questões religiosas ou simplesmente para não por em discussão a confiança conjugal, pois como assinala Silva, C. (2002, p.03) "o uso do preservativo masculino nas relações estáveis leva a uma situação de desconfiança entre o casal por funcionar como um elemento questionador da fidelidade, sentimento importante, definidor e idealizado do casamento".

Além dos entraves na prevenção ocasionados pelas construções de gênero, deve-se considerar que as relações geracionais também afetam diretamente a vulnerabilidade ao HIV de homens e mulheres com idade superior a 50 anos. Para Britto da Motta (1999, p. 207): "gênero e idade/geração são dimensões fundantes de análise da vida social. Expressam relações básicas, por onde se (entre)tecem subjetividades, identidades e se traçam trajetórias". Em relação à aids, o preconceito geracional constitui-se em uma barreira para a prevenção, já que alguns indivíduos mais jovens consideram que o sexo é uma atividade exclusiva da juventude ou que o avançar da idade encerra as atividades sexuais.

Além das implicações das relações sociais e situação sócio-econômica na vulnerabilidade de pessoas com mais de 50 anos ao HIV, o desenvolvimento de ações institucionais voltadas a essa epidemia, também determinam uma maior ou menor probabilidade de adoecimento ou morte pelo HIV/aids, influenciando na vulnerabilidade programática.

2.3 Vulnerabilidade Programática

A vulnerabilidade programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV/ aids na redução da vulnerabilidade pessoal e social. Para Ayres (2005) ela se estende ao acesso aos serviços de saúde, qualidade da atenção, e implantação e implementação de programas de combate à aids e outros desta natureza, que propiciam a existência de contextos sociais favorecedores à adoção de medidas de proteção.

Atualmente a Coordenação Nacional de IST/ aids mantém em vigor o seu terceiro projeto voltado para ações nesta área – AIDS III. Este projeto conta com financiamento do Banco Mundial e deverá ser executado até 2006 (2003-2006). Um dos objetivos do AIDS III diz respeito à implantação e implementação de ações de enfrentamento e redução de perdas em face das características da nova dinâmica da epidemia da aids no Brasil: interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização. O que chama atenção neste objetivo é a omissão do fenômeno do envelhecimento da epidemia, já que antes da

elaboração do AIDS III esta tendência já era reconhecida no Brasil pelos órgãos competentes.

Em 2001, a revista Súmula - vinculada à Fiocruz - registrou que o aumento nos casos de contaminação pelo HIV entre as pessoas com mais de 50 anos motivou o Ministério da Saúde em incluir esta população nos programas de prevenção das IST/aids, além de traçar estratégias de distribuição de preservativos femininos e masculinos para este público (BRASIL, 2001). Desde então, estudiosos e pesquisadores que se dedicam ao aprofundamento do fenômeno do envelhecimento da epidemia de HIV/aids no Brasil, aguardam por uma iniciativa do governo para tentar conter a crescente contaminação entre as pessoas desta faixa etária.

Em 01 de maio de 2005, jornais brasileiros - a exemplo da Gazeta do Povo (AUMENTAM..., 2005) e O Estado de São Paulo (IWASSO, 2005) - publicaram que o Programa Nacional de IST/aids e a Coordenação de Saúde do Idoso, ambos vinculados ao Ministério da Saúde, firmaram uma parceria e elaboraram um documento que será enviado como referência aos programas estaduais e municipais de combate à aids. O objetivo é incluir pessoas com mais de 50 anos entre os grupos que precisam de atenção especial quanto à prevenção.

Essa parceria prevê a elaboração de folhetos explicativos, cartilhas, cartazes e campanhas publicitárias, que deverão ser veiculadas na televisão e no rádio a partir do segundo semestre. Além disso, pretende distribuir preservativos masculinos e femininos em programas voltados para a terceira idade e incluir a sorologia para o HIV nos procedimentos feitos nesta faixa etária (IWASSO, 2005). Até então (outubro de 2006), o programa não foi totalmente implementado.

Apesar do reconhecimento dos órgãos governamentais frente à situação de vulnerabilidade dos indivíduos com mais de 50 anos ao HIV/aids, certamente, a redução no impacto da epidemia e a prevenção de novas infecções não podem ser totalmente contempladas apenas com a existência de políticas públicas de combate à aids. É preciso que os programas sejam devidamente implementados por todas as instâncias, sobretudo, pelas unidades de saúde que oferecem serviços voltados à atenção primária.

No Brasil, tendo em vista as dificuldades sócio-econômicas enfrentadas por grande parcela da população, o Sistema Único de Saúde (SUS) responde pela maioria dos atendimentos no setor – 57,2%. No entanto, embora se constitua em um serviço de extrema importância, o acesso às unidades de saúde nem sempre é facilitado. Entre as pessoas que buscam atendimento e não conseguem, os principais motivos indicados são: indisponibilidade de senha ou de vaga (48,9%) e falta de médicos - 25,5% (IBGE, 2003), o que remete à dificuldade desses serviços em atender à demanda, seja pela ineficácia ou por escassez de profissionais de saúde.

Por outro lado, os 5,01 milhões de pessoas que sentiram necessidades de saúde, mas não procuraram às unidades vinculadas ao SUS, alegaram que não o fizeram por falta de dinheiro, 23,8% (1,19 milhão); por julgarem o atendimento muito demorado, 18,1%; pela distância ou dificuldade de acesso, 12,7% e por incompatibilidade de horário, 12,7% (IBGE, 2003). Estes resultados confirmam, mais uma vez, a influência que as condições econômicas representam para a saúde e a dificuldade de acesso aos serviços oferecidos pelo SUS.

Diante dessa situação, as pessoas que se encontram com mais de 50 anos de idade, se

tornam ainda mais vulneráveis à infecção pelo HIV e às complicações decorrentes da aids. Afinal, os serviços públicos de saúde - principalmente os que estão voltados à atenção primária - são os principais responsáveis pela implementação das medidas de prevenção à aids.

É relevante considerar que nem sempre o acesso às unidades de saúde implica em facilidades na aquisição de preservativos. Apesar dos esforços do Ministério da Saúde, o acesso gratuito da população aos preservativos masculino e feminino é restrito. Nos Centros de Referência em IST/aids, os indivíduos, ainda que cadastrados, geralmente recebem uma quantidade insuficiente quando comparada à frequência sexual mensal dos brasileiros que é de 10,2 relações por mês (BRASIL, 2003).

Outra questão importante a ser sinalizada é o alto custo da camisinha masculina e principalmente da feminina. Esta, por sua vez, ainda é desconhecida por grande parte dos brasileiros (GUERRIERO, AYRES e HEARST, 2002). Tais situações contribuem na vulnerabilidade à infecção pelo HIV por grande parte da população.

Além da carência de preservativos, muitas unidades mantêm profissionais despreparados para lidar com a prevenção da aids entre os indivíduos com mais de 50 anos (SANTOS *et al*, 1997). Não tão raro, estão imbuídos de preconceito geracional e nem sempre questionam as pessoas de 50 a 59 anos quanto às suas atividades sexuais. Para muitos, o risco de infecção pelo HIV ainda é restrito aos jovens, negligenciando muitas vezes uma investigação mais apurada.

Em relação aos indivíduos soropositivos, Paiva (2003) ressalta que os profissionais da saúde raramente discutem com esses pacientes sobre a possibilidade de reconstruírem-se para uma nova vida, protegendo aos outros e a si mesmos da re-infecção. Camargo Junior (2003, p. 73) é taxativo ao afirmar que “a qualidade da atenção às pessoas com HIV/aids tem limites na qualidade geral da atenção à saúde na esfera pública”. O autor enfatiza, ainda, que a integralidade da atenção ao portador do vírus HIV é um desafio no Brasil.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 EIXO TEÓRICO

Desde o seu surgimento, a aids tem despertado o interesse de pesquisadores(as) em todo o mundo que buscam compreender, sobretudo, questões que norteiam aspectos científicos e sociais relacionados à doença. Para tanto, é importante considerar que a construção científica e social desta epidemia se faz paralelamente, desde que a aids surpreendeu a comunidade científica e a sociedade civil caracterizada como uma “peste gay”, até então desconhecida.

No Brasil, a aids começou a ser difundida pela mídia antes mesmo de serem identificados os primeiros casos no país, o que a fez ser classificada – no início da década de 80 – como um “mal de folhetim”. As agências norte-americanas eram as principais fontes de informação da mídia no Brasil, exercendo grande influência no noticiário nacional e, conseqüentemente, no “imaginário social” a ela relacionada (GALVÃO, 2000).

Surpreendidas com a epidemia de HIV/aids, muitas pessoas foram motivadas a experimentar mudanças de atitudes, crenças e valores, que se alteravam constantemente, à medida que eram divulgadas as descobertas científicas. Moscovici (2003, p. 95) enfatiza que “o senso comum está continuamente sendo criado e re-criado em nossas sociedades, especialmente onde o conhecimento científico e tecnológico está popularizado”.

Considerando que a percepção dos indivíduos frente à vulnerabilidade ao HIV, advém do senso comum, a Teoria das Representações Sociais (TRS) foi adotada como referencial teórico deste estudo, pois para a aids, ela representa o modo como indivíduos e grupos agem diante da doença e da sua prevenção.

A Teoria das Representações Sociais estuda a maneira pela qual os indivíduos buscam compreender o mundo que os cercam, afinal, os seres humanos não apenas manipulam informações ou agem sem explicações, eles – sobretudo – pensam. Moscovici (2003) define as representações sociais como uma forma de conhecimento do senso comum, que coexiste, inclusive, com o conhecimento científico.

Pereira (2001) destaca que as representações sociais têm um caráter dinâmico (podem ser o reflexo de determinações históricas ou atuais) e que são elaboradas a partir de referências individuais, fundamentadas em seus valores culturais e nas normas sociais. Dentre as suas funções, considero que a mais relevante para este estudo, diz respeito à possibilidade de orientar a comunicação intergrupal, propiciando, inclusive, a distinção de grupos e conseqüentemente a definição da identidade social do indivíduo. Isto ocorre na medida em há uma construção da realidade que é comum para determinado grupo de pertença (CARDOSO e ARRUDA, 2004).

Ao definir como sujeitos do estudo, homens e mulheres com mais de 50 anos, soropositivos(as) e soronegativos(as) para o HIV, além de ter a contribuição de uma análise sob a perspectiva do conceito de vulnerabilidade, gênero e geração, vou ao encontro do que propõe Moscovici (2003, p.79) quando afirma que a Teoria das Representações Sociais “toma como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e previsibilidade”.

Considerando que as representações sociais se revelam em palavras e condutas, e que devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais, estamos certas de a contribuição dos conceitos de gênero, idade/geração e vulnerabilidade na análise deste estudo, possibilitam o enriquecimento do mesmo, e o alcance do objetivo.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa consiste em um estudo do tipo descritivo e exploratório, de abordagem multimétodos (qualitativo e quantitativo), já que para a Teoria das Representações Sociais a associação do método quantitativo com o qualitativo garante uma interpretação mais fidedigna das representações sociais apreendidas e uma complementaridade das descobertas.

O procedimento quantitativo utilizado neste estudo restringiu-se ao tratamento estatístico realizado com os dados obtidos através de um dos instrumentos de coleta de dados (teste de associação livre de palavras), os quais foram processados através de um programa informático (Tri-Deux-Mots) e interpretados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC), é importante destacar que seus resultados são analisados qualitativamente.

3.3 CENÁRIOS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Salvador, capital da Bahia (Brasil), onde residem 2.631.831 habitantes (estimativa para 2004), sendo que destes, 163.064 (números de 2001) estão entre 50 a 59 anos de idade (IBGE, 2003).

O cenário da pesquisa foi o Centro de Referência Estadual em IST e aids, administrado

pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram 85 homens e mulheres com mais de 50 anos de idade, sendo que destes, 36 eram soropositivos para o HIV e freqüentaram o CREAIDS no período da coleta de dados. Também foram investigados 49 indivíduos soronegativos para o HIV – na mesma faixa etária – que compareceram ao CTA/COAS e ao Centro de Referência Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Dos 85 sujeitos que responderam ao instrumento de coleta de dados quantitativo (TALP), 43 (50,6%) participaram na composição do banco de dados qualitativo.

A opção por escolher indivíduos soronegativos que comparecessem a estas instituições se justificou por considerar que a motivação que os impulsiona a procurar essas Unidades de Saúde, por vezes, decorre da vivência de alguma situação que julguem ser arriscada para a contaminação por IST, inclusive a aids. Por outro lado, partiu-se da hipótese de que a palavra vulnerabilidade poderia fazer parte do repertório desses sujeitos, ou, simplesmente, ser de mais fácil compreensão. Em relação aos sujeitos soropositivos, optou-se pelos usuários deste Centro de Referência, pelo fato de estarem em um ambiente ambulatorial que atende um número elevado de pacientes das mais diversas faixas etárias.

Considerando que as representações sociais são formas de conhecimento elaboradas coletivamente por um grupo social, a população deste estudo foi constituída por sujeitos que pertenciam ao grupo de usuários(as) de serviços de saúde que assistem pessoas com IST/aids.

3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os dias 19/12/2005 e 05/04/2006. Foram utilizados o teste de associação livre de palavras e a entrevista semi-estruturada, no intuito de assegurar a apreensão de dados que posteriormente se complementaram e garantiram uma análise fidedigna dos resultados.

A inserção da técnica de associação livre de palavras às pesquisas que adotam a teoria das representações sociais objetiva identificar as representações latentes através da associação dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor (NÓBREGA e COUTINHO, 2003). A técnica consiste em solicitar aos participantes que digam o que pensam após terem sido estimulados por um termo que caracteriza o objeto da representação em estudo (SÁ, 1996). Nesta pesquisa foi utilizado o estímulo indutor: **vulnerabilidade ao HIV/aids**.

A entrevista semi-estruturada, também, foi utilizada como técnica para coleta de dados, pois esta, segundo Gil (1994, p. 146) “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação”.

Os primeiros 57 sujeitos que aceitaram participar do estudo foram solicitados a evocar palavras ao estímulo indutor, e, logo em seguida, convidados a responder aos questionamentos contidos no roteiro de entrevista semi-estruturada. Desses sujeitos, 43 concordaram em serem entrevistados. Os(as) que se recusaram, alegaram ter pressa, dificuldade para falar

sobre a soropositividade ou, simplesmente, tinham receio de serem identificados(as). A partir da 58ª entrevista, procedeu-se apenas o teste de associação livre de palavras.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados obtidos no teste de associação livre de palavras foi realizada a análise fatorial de correspondência (AFC), obtida através do software Tri-Deux-Mots (anexos A e B). A AFC permite a apreensão das representações sociais a partir da frequência de evocação das palavras. Todavia, o resultado é analisado qualitativamente, buscando-se o significado e o conteúdo semântico das palavras evocadas.

Os dados extraídos por meio da entrevista semi-estruturada foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 1977), que propõe as seguintes etapas para categorização dos dados: pré-análise; leitura flutuante das entrevistas; constituição do corpus; seleção das unidades de contexto e de registro; recorte; codificação e classificação; categorização e definições das categorias simbólicas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram contemplados todos os aspectos éticos e legais que envolvem as pesquisas com seres humanos, propostos pela resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

4.0 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

Participaram do teste de associação livre de palavras 85 sujeitos, 49 homens (23 soropositivos para o HIV e 26 soronegativos) e 36 mulheres – 13 soropositivas para o HIV e 23 soronegativas, com a média de idade de 53,7 anos e renda mensal variando de R\$ 50,00 a R\$ 8.000,00 (de zero a 26,7 salários mínimos)². 82,4% dos sujeitos se consideraram heterossexuais, 12,9% bissexuais e 4,7% declararam ser homossexuais. Todos os homossexuais e bissexuais eram homens. A religião católica foi predominante entre os sujeitos (61,2%), bem como a heterossexualidade (82,4%) e a procedência da capital - Salvador. Em relação à escolaridade, a maioria dos sujeitos referiu ter cursado o 1º grau, 57,6%.

Entre os participantes, 43,6% afirmaram ser casados(as) ou vivenciavam uma união estável. A maioria das mulheres confessou não ter parceiro(s) sexual(is), 55,6%, enquanto que 61,2% dos homens tinham parceiras(os) eventuais. 53% dos participantes com sorologia negativa para o HIV referiu ter tido ou estar acometido por alguma IST. 57,6% dos sujeitos referiram ter usado ou usar algum tipo de droga. Dentre esses, 71,4% declaram ter feito (ou fazem) uso de drogas lícitas (álcool e/ou tabaco e/ou antidepressivos), enquanto que 28,6% confessou usar (ou ter usado) drogas ilícitas, sendo a maconha a mais utilizada.

No que diz respeito à entrevista semi-estruturada foram entrevistados 24 homens (55,8%) – 12 soropositivos e 12 soronegativos – e 19 mulheres (44,2%) – 06 soropositivas e 13 soronegativas. As variáveis sócio-demográficas, relacionadas a esses sujeitos, condiz com os dados referentes ao perfil daqueles que participaram apenas da TALP.

4.2 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDENCIA

Os resultados obtidos através da técnica de associação livre de palavras, resultantes da evocação ao estímulo indutor **vulnerabilidade ao HIV/aids** foram agrupados de acordo com o significado semântico. Estes, após serem submetidos a uma análise fatorial de correspondência (AFC) - obtida pelo processamento no software Tri-Deux-Mots - permitiram apreender as representações sociais dos sujeitos do estudo.

Na composição do banco de dados processado pelo Tri-Deux-Mots, foram utilizadas as seguintes variáveis fixas: **idade, sexo, condição sorológica, religião, opção sexual e escolaridade**. Contudo, a análise fatorial de correspondência revelada no jogo de oposições demonstrou que apenas as variáveis sexo e opção sexual tiveram significância diante do percentual total de respostas. Deste modo, verificou-se que houveram oposições de respostas entre indivíduos de sexo opostos (homem X mulher) e opções sexuais distintas (heterossexuais X homossexuais e bissexuais).

4.3 HOMENS E MULHERES: implicações das representações sociais na vulnerabilidade ao HIV/aids.

Para o estímulo vulnerabilidade ao HIV/aids, a AFC revelou que para os homens o vocábulo “**cuidado**” foi significativo, denotando a importância de realizar sexo seguro. Todavia, não se afastam da perspectiva do “cuidado com”, quando o representam como o cuidado com a prevenção da aids e o cuidado consigo. As mulheres não tiveram nenhuma evocação significativa para este estímulo.

Nos discursos dos homens soronegativos para o HIV, a percepção de cuidado em relação à vulnerabilidade ao HIV/aids, está vinculada à execução de práticas sexuais seguras, representadas pela utilização do preservativo e pela restrição das atividades sexuais com pessoas as quais se tem confiança. Resultado semelhante foi constatado em pesquisa realizada em um Centro de Referência de Infecções Sexualmente Transmissíveis de Fortaleza com homens acometidos por IST (ANDRADE e NÓBREGA-THERRIEN, 2005). Um outro estudo envolvendo 597 homens de 21 a 50 anos registrou que o sexo seguro foi entendido por 65% da amostra, como sendo, o sexo com preservativo e por 55%, como sendo, sexo com uma parceira conhecida (VIEIRA *et al*, 2000).

O sexo seguro é se proteger com a camisinha! (E37, 50 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Tem que evitar ter relação sem camisinha e ter relação sempre com uma pessoa de garantia (E54, 57 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Tem que usar [a camisinha], tem que usar não tem jeito! Porque se eu estou vendo que sem ela eu vou pegar doença então eu vou pegar logo o meu preservativo, entendeu? (E15, 51 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV)

Os homens soropositivos para o HIV representaram o cuidado como forma de diminuir a vulnerabilidade a aids, enfatizando a importância em cuidar da própria saúde (como forma de prevenir infecções oportunistas), e em preservar outras pessoas da contaminação pelo HIV.

Eu agora respeito a aids e não faço sexo com ninguém sem camisinha para evitar de contaminar alguém que não tem e me proteger... (E43, 51 anos, homem, soropositivo para o HIV)

... sabendo que a doença existe tem que usar a camisinha ou ter um parceiro certo. E se por acaso ele for um desassustado igual a mim que não teve sorte de não ter a doença... é não ter a possibilidade da cabeça dele ser burra e espalhar a doença pra todo mundo como muita gente está fazendo (E51, 55 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Tenho cuidado agora! Evito perder noite, evito tomar sereno, uso muita vitamina C para não contrair gripe... (E42, 53 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Em relação às mulheres, é importante ressaltar que esse foi o estímulo que apresentou menor número de evocações, na qual comumente recebi como resposta: “não sei” ou “nunca ouvi esta palavra”. Ressalta-se, ainda, que por se perceberem invulneráveis à contaminação pelo HIV, o termo “vulnerabilidade ao HIV/aids” não faz parte do universo semântico e do imaginário dessas mulheres.

Durante as entrevistas, a maioria das mulheres soronegativas para o HIV – ainda que contaminadas por alguma IST – responderam negativamente ao serem questionadas sobre a possibilidade de se contaminar pelo vírus da aids. Através dos discursos notou-se que algumas mulheres não se percebiam vulneráveis. Este mesmo resultado foi constatado por Silveira *et al* (2002) ao avaliar a autopercepção de vulnerabilidade às IST entre 1.543 mulheres adultas. Os trechos abaixo confirmam:

Eu? Não, jamais! Principalmente porque eu já tenho casa [estar casada] então... não tenho chance de pegar de jeito nenhum (E34, 59 anos, mulher, não acometida por IST).

Eu acho que não tenho chance porque meu pensamento é conviver com meu esposo até o final da vida (E40, 58 anos, mulher, não acometida por IST).

Poderia! Em função do que eu disse antes, por conta de muita confiança. Mas, o momento que eu estou passando agora de estar sendo investigada [para sífilis] em função do meu marido...[...] daqui pra frente já não confio como eu confiava antes (E52, 53 anos, mulher, soronegativa para o HIV).

Não vou pegar não, com certeza! Eu tenho certeza (E49, 56 anos, mulher, casada, acometida por IST, soronegativa para o HIV).

As entrevistadas no 34 e no 40 deixaram transparecer em seus discursos que o fato de estarem casadas parece induzi-las à crença de não serem vulneráveis. Na fala da E40, presume-se, ainda, que ela identifica o risco de infecção pelo HIV a partir do seu próprio comportamento, não considerando o risco de contaminação através do comportamento do marido. Desta forma, a pretensão de conviver para sempre com o esposo, propicia a percepção de invulnerabilidade ao HIV. Para a depoente no 52, a confiança no parceiro (ainda, que parcialmente) pareceu dificultar a autopercepção de risco ao vírus da aids. Nota-se ainda que, mesmo diante da possibilidade de estar infectada por uma IST, não é o uso do preservativo que é citado como forma de prevenção, mas sim, a mudança no grau de confiança no parceiro.

A entrevistada no 49, mesmo sendo questionada sobre os motivos que a fazia crer na certeza de que não seria contaminada, insistia em responder vagamente: “por que eu tenho certeza!”. A não percepção do risco pode ser explicada por um otimismo realista, que pode

propiciar a sensação de invulnerabilidade, o que não é diferente para a infecção pelo HIV. Costa e Lima (1998) chamam atenção que:

a estimativa de probabilidades de o próprio [indivíduo] viver um acontecimento negativo é sempre inferior comparativamente com a média dos indivíduos em geral e, inversamente, verifica-se uma sobreavaliação das probabilidades relativas do próprio [indivíduo] de vivência de acontecimentos positivos. Esta tendência otimista constitui uma distorção perceptiva inerente ao julgamento produzido, refletindo uma percepção de invulnerabilidade.

A maior parte dos homens soronegativos para o HIV também descartou a possibilidade de algum dia se infectar pelo vírus da aids. O mesmo resultado foi detectado por Vieira *et al* (2000) ao investigar 597 homens de 21 a 50 anos em São Paulo.

Alguns discursos demonstraram que a vivência da infecção por alguma IST e/ou as implicações de idade/geração, influenciaram as respostas à este questionamento e reafirmaram a importância do cuidado para diminuir a vulnerabilidade ao HIV/aids:

Não, eu acho que não! Porque eu tenho certeza que a partir de hoje em diante, eu vou ter muito mais cuidado de que eu tinha antes; com certeza, pode ter certeza disso! (E37, 50 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Olha se não botaram em mim até agora, daqui para frente eu acho que é difícil, não há quem fale. Porque ao menos eu já vivi 55, 56 anos, então eu já vivi uma vida que quase ninguém teve o privilegio de chegar onde eu estou, quer dizer vivendo e, também, com saúde. A única coisa que eu tenho, e não estou caindo das pernas, é um problemazinho desse (sífilis) [...] Então eu não vou procurar fazer nada para chegar um problema desse [aids], eu já passei por risco, eu já passei, agora... (E16, 55 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Eu acho que hoje mais não. Se eu não fui [contaminado pelo HIV] até agora, agora eu não vou mais não! Porque agora eu estou ficando velho... (E01, 54 anos, homem, não acometido por IST).

A idade cronológica foi utilizada pelos depoentes como um demarcador social, já que a condição de “estar ficando mais velho” determinou para os sujeitos mudanças de comportamento, em relação ao exercício da sexualidade. Gomes (2005) afirma que a experiência individual de tempo é construída a partir de interações sociais que, mesmo baseada nas vivências pessoais, são categorizadas socialmente.

Embora a maioria dos homens e mulheres tenha afirmado não se sentir vulnerável à infecção pelo HIV, os homens identificaram que, de modo geral, o homem tem mais chance de se contaminar do que a mulher. As mulheres, por sua vez, asseguraram que a mulher é mais vulnerável do que o homem. Nesse caso, a representação da aids associada à “doença do outro” parece ser reafirmada.

As justificativas para a vulnerabilidade, apresentadas pelas mulheres, apontaram aspectos biológicos e relacionados ao comportamento de homens e mulheres:

A mulher, porque o homem é mais fácil colocar [o vírus] na mulher, do que a mulher no homem (E23, 53 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

A mulher tem mais chance por que se contamina do homem, porque é o homem que traz todas as doenças para a mulher, principalmente aquela mulher zelada, que é casada (E02, 55 anos, mulher, acometida por IST, soronegativa para o HIV).

A mulher. Porque uma mulher não sai com qualquer homem, ela fica escolhendo! E o homem sai com tudo quanto é mulher (E17, 57 anos, mulher, soropositiva para o HIV).

A observação feita pela E23 é pertinente, pois considerando que a superfície vaginal exposta ao sêmem é bastante extensa, e que este apresenta maior concentração de HIV do que a secreção vaginal, a mulher biologicamente torna-se mais vulnerável (SILVEIRA *et al*, 2002).

Em relação ao discurso da E02, fazemos um questionamento: por que para ela as mulheres zeladas (que são casadas) são mais vulneráveis que as outras? Acreditamos que uma das réplicas para esta questão seja a dificuldade das mulheres casadas em negociar práticas sexuais seguras.

Entretanto, Guimarães (1996, p. 110) destaca que essa dificuldade não se resume à discussão sobre sexo seguro, sendo “necessário o confronto com questões mais complexas, relacionadas a uma gama de representações sociais que permeiam o exercício das diferentes sexualidades e que se encontram marcadamente presentes nas inter-relações de gênero”. Essas construções sociais provavelmente estão presentes no discurso da entrevistada no 17, quando aponta as diferenças no comportamento de homens e mulheres.

Os condicionantes de gênero, também, estiveram incutidos nos discursos dos homens, quando afirmaram que o homem era mais vulnerável do que a mulher, em decorrência do comportamento masculino. Sabe-se que a construção simbólica da masculinidade determina certas características que propiciam ao homem liberdade sexual, seja na escolha de suas parceiras, na opção em utilizar o preservativo, na adoção de práticas sexuais, ou mesmo, na sua relação com o mundo. Os trechos abaixo demonstram algumas destas características:

O homem, porque ele pega todo tipo de mulher, gosta de farra... (E39, 57 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Eu sou homem, mas penso que é o homem, porque o homem é muito gaiato, vou falar a verdade. Eu tiro por mim [...] O homem é mais safado do que a mulher (E15, 51 anos, homem, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

Acho que são os homens, porque a mulher às vezes nem ligam de pedir para usar a camisinha, mas às vezes elas se preocupam em colocar... e o homem não. Têm muitos que nem ligam! (E44, 50 anos, homem, soropositivo para o HIV).

Do conteúdo apresentado nesta subcategoria, apreendeu-se que apesar da importância de se ter cuidado – expressa pelos homens – a vulnerabilidade ao HIV/aids é evidenciada nos discursos como algo distante do imaginário dos sujeitos soronegativos, prevalecendo entre eles(as) uma auto-percepção de invulnerabilidade.

Na próxima categoria estão descritos e discutidos os resultados referentes à oposição entre os indivíduos heterossexuais e, os homossexuais e bissexuais.

4.4 IMPLICAÇÕES DA OPÇÃO SEXUAL DE HOMENS E MULHERES NA VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS.

Neste estudo, a maioria dos sujeitos heterossexuais evocou para o estímulo em questão “sexo desprotegido”. O que denota que ele(as) reconhecem que esta prática pode aumentar a vulnerabilidade ao HIV/aids. Supomos que essa evocação pode ter sido induzida pelo fato de que 67,1% dos(as) heterossexuais estavam acometidos(as) por alguma IST ou aids, tendo como principal causa de contaminação o não uso do preservativo. Essa suposição pôde ser comprovada na maioria das respostas desses sujeitos ao serem questionados a respeito dos motivos que julgavam favorecer a um homem ou a uma mulher se contaminar pelo vírus da aids, como destacam os trechos abaixo:

O não uso do preservativo, para quem usa droga é a seringa contaminada... é a não prevenção, mesmo (E18, 50 anos, mulher, heterossexual, soropositiva para o HIV).

Não proteger, não usar a camisinha, aí pega... (E53, 50 anos, mulher, heterossexual, soropositiva para o HIV).

Fazer o sexo sem camisinha, principalmente, o sexo oral, vaginal ... (E37, 50 anos, homem, heterossexual, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

O que facilita é o desespero de ter relação e não botar a camisinha, não se prevenir. Para dar a garantia tem que botar a camisinha, não tem jeito!(E54, 57 anos, homem, heterossexual, acometido por IST, soronegativo para o HIV).

O sexo desprotegido foi, ainda, citado como resposta ao questionamento feito, exclusivamente aos heterossexuais soropositivos, sobre a possibilidade da sua contaminação pelo HIV ter decorrido de alguma situação de vulnerabilidade que eles tenham vivenciado no passado. Os discursos elucidam:

Essa doença [aids] deve ter sido transmitida de alguma mulher que eu fiquei por aí, foi falta de uso da camisinha (E47, 55 anos, homem, heterossexual, soropositivo para o HIV).

Eu suspeito de duas pessoas que eu tive relação sem camisinha no passado...(E43, 51 anos, homem, heterossexual, soropositivo para o HIV).

As evocações para esse estímulo, feitas pelos homossexuais e bissexuais, não foram significativas na AFC. No entanto, as entrevistas demonstraram um resultado importante em relação a esses indivíduos. Enquanto os homens soropositivos heterossexuais apontaram que o sexo com “mulheres de rua” ou a ida a prostíbulos pode ter ocasionado a sua contaminação pelo vírus da aids, os homossexuais e bissexuais destacaram que as festas de “sexo livre” (“orgias” realizadas em espaços formais ou em casas de amigos), freqüentadas por homens que fazem sexo com homens, contribuem para uma maior vulnerabilidade ao HIV/aids. Alguns desses depoentes sugerem que a sua contaminação pode ter ocorrido em uma dessas festas:

... eu viajei há uns dois anos atrás, fiz uma viagem para as Ilhas Canárias na Espanha, e confesso que realmente eu fui assim na noite, eu fui em alguns lugares onde rolava um sexo assim... muita loucura realmente! Não vou dizer a você que eu não me envolvi, me envolvi! Pois era uma coisa bastante diferente para mim, então eu acredito que foi daí que a coisa aconteceu. Tinha muita gente, muitos estrangeiros, muita gente... apesar de eu ter tomado bastante cuidado, ter usado camisinha e tudo, mas eu acho que começou aí. Eu usei [camisinha], mas os outros não usaram, era assim um lugar muito... era uma promiscuidade muito grande, mas por um momento eu fui feliz, não vou dizer que paguei caro (E42, 53 anos, homem, homossexual, soropositivo para o HIV).

Eu acredito que eu peguei o HIV com bebida, às vezes com a droga que foi usada ou dormindo em casa de alguma pessoa contaminada que sem saber aconteceu algum problema à noite e não estava usando [o preservativo]. Porque eu mesmo, já dormi em casa de homossexual, dormi vestido e acordei nú. O que aconteceu à noite eu não sei, a bebida é demais! (E36, 51 anos, homem, bissexual, soropositivo para o HIV).

Nesses “encontros” entre os homossexuais é comum um homem ser penetrado por vários outros, seguidamente. Rios (2003, p. 04), enfatiza que “neste tipo de interação erótica, é bastante comum o compartilhamento de camisinhas: sem trocar o preservativo, um mesmo sujeito penetrar vários homens”. O autor ressalta, ainda, que o uso da camisinha (quando utilizada) se restringe ao sexo anal, sendo raramente utilizada no sexo oral.

Desse modo, ressalta-se a necessidade de ser enfatizado nas atividades educativas, que em relação à vulnerabilidade ao HIV/aids, o compartilhamento de preservativos é tão arriscado quanto o de seringas e agulhas. Reafirma-se, então, que conhecer as representações sociais dos diversos grupos de pertença, é de suma importância para um efetivo direcionamento dos conteúdos das campanhas de prevenção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que as representações sociais sobre vulnerabilidade ao HIV/aids se constituem em uma ferramenta útil para conhecer a vulnerabilidade de homens e mulheres com mais de 50 anos. Os depoimentos revelaram que as construções de gênero e a representação social da aids associada à “doença do outro” – o(a) jovem que tem comportamentos de risco – são fatores determinantes para a percepção de invulnerabilidade ao HIV/aids entre pessoas deste grupo etário.

Considerando que a maioria dos sujeitos do estudo estava acometida por alguma IST, e que são assistidos por um Centro de Referência especializado, a percepção de invulnerabilidade ao HIV citada dos depoentes, sugere a necessidade de rever a abordagem utilizada pelos profissionais da saúde. Acredito que conhecer e compreender os motivos que os(as) fazem sentir a contaminação pelo HIV como uma realidade distante é um caminho viável para reverter tal situação.

Das falas das mulheres, observou-se que a crença de que ser mulher, heterossexual, ter se casado virgem e ser monogâmica é entendida como fator de proteção para a contaminação pelo HIV. Os homens atribuíram esta proteção à heterossexualidade e à idade.

As principais situações de vulnerabilidade ao HIV identificadas pelos sujeitos foram o uso de drogas, o excesso de confiança no(a) parceiro(a), a dificuldade de inserir o preservativo

nas relações estáveis, relações sexuais desprotegidas com a “mulher da rua” e/ou com a “mulher de rua” e a participação em orgias.

Mesmo não se percebendo vulnerável à infecção pelo HIV, as mulheres identificaram que “as outras” mulheres são mais vulneráveis que os homens, em decorrência da maior quantidade de vírus contido no sêmen e da dificuldade de mulheres casadas negociarem práticas sexuais seguras. Os homens, também, afirmaram que “os outros homens” eram mais vulneráveis por não conseguirem resistir a uma mulher, por usarem droga, serem homossexuais, ou por não utilizar o preservativo.

De modo geral, os sujeitos reconheceram o risco do “sexo desprotegido” na vulnerabilidade ao HIV/aids, e afirmaram que é preciso ter “cuidado”. Mas, os discursos demonstraram que esta população não costuma usar o preservativo. Dentre os entraves para o seu uso estão o incômodo provocado no homem e na mulher, o amor, a paixão, a crença de que a relação sexual com a esposa não é tida como perigosa e que quando se tem parceiro(a) fixo(a), a responsabilidade de se proteger é do “outro”.

Diante dos achados, reafirma-se a importância das implicações das representações sociais na vulnerabilidade dos indivíduos que se encontram com idade entre 50 a 59 anos e, dessa forma, subsidiar atividades educativas direcionadas a esta faixa etária.

Os resultados são relevantes por sua possibilidade de subsidiar, além de trabalhos educativos com a população em foco, políticas públicas que dediquem um olhar diferenciado a esse grupo etário em suas necessidades de saúde, sobretudo em relação à prevenção e controle do HIV/aids.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Laurinete S.; NÓBREGA-THERRIEN, Sílvia Maria. A sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **DST–Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, São Paulo, v 17, n. 2, 2005, p. 121-126.
- AUMENTAM casos de aids entre idosos. **Gazeta do Povo**. Paraná, 01 mai. 2005. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=2556>>. Acesso em: 29 mai. 2005.
- AZAMBUJA, Karina Ferreira. Perfil do paciente HIV+ com mais de 60 anos no estado do rio de janeiro. In: FÓRUM, 1.; CONFERÊNCIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA HORIZONTAL DA AMERICA LATINA E DO CARIBE EM HIV/AIDS E DST, 2.; 2000, Rio de Janeiro. **Anais...** São Paulo: Hospital Universitário Gafreé e Guinle, Universidade do Rio de Janeiro, 2000. p. 287 e 288.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Risco e Vulnerabilidade do adolescente para o HIV/Aids**. Disponível em: <http://www.imediata.com/infoaids/tubos_de_ensaio/vulnerabilidade.ppt#275,17,Colaboradores>. Acesso em: 07 jul. 2005.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESINA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 117-140.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977, 221p.
- BRASIL. Aids entre idosos reorienta política de prevenção do Ministério da Saúde. In: **Súmula**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2001.
- _____. **Boletim epidemiológico Aids/DST**. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Janeiro – Junho 2005.

- _____. **Comportamento da população brasileira sexualmente ativa**. Programa Nacional de DST/Aids, 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 05 mai. 2005.
- BRITTO DA MOTTA, Alda. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, v.13. Campinas: Unicamp, 1999, p. 191-221.
- CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. Prevenções de HIV/AIDS: desafios múltiplos. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.27, ago. 2003, p. 70-80.
- CARDOSO, Gisele Pereira; ARRUDA, Ângela. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.01, 2004, p. 151-162.
- CORTES, Celina. AIDS: agora na 3ª idade: a retomada da atividade sexual e a resistência ao uso da camisinha fazem crescer o número de casos da doença entre os idosos. **Isto É**, ed.1667, 02 set. 2001. Disponível em: <<http://www.hortela.hpg.ig.com.br/terceiridade.html>>. Acesso em: 02 jan.2002.
- COSTA, Carla; LIMA, Maria Luísa. O papel do amor na percepção de invulnerabilidade à SIDA, **Revista Psicologia**, Portugal, v. 12, n.1, 1998, p. 41-62,.
- FIGUEIREDO, Regina; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Intervenção Comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP, **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n.4, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 18 mai. 2006.
- GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: a agenda de reconstrução de uma epidemia**. São Paulo: Editora 34, 2000.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- GOMES, Márcia Queiroz de Carvalho. Temporalidades e relações geracionais: reconstruindo a imagem. In: BRITTO DA MOTTA, Alda; AZEVEDO, Eulália Lima; GOMES, Márcia Queiroz de Carvalho. **Reparando a falta: dinâmica de gênero em perspectiva geracional**. Salvador: UFBA/ Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, 2005, p. 99-114.
- GUERRIERO, Iara; AYRES, José Ricardo C. M.; HEARST, Norman. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, ago.2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 27 dez. 2004.
- GUIMARÃES, Kátia. Nas raízes do silêncio: A representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. **Quebrando o silêncio: mulheres e a AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996, p. 89-113.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 07 jul. 2005.
- IWASSO, Simone. AIDS se alastra entre os mais idosos. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 01 mai. 2005. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=2556>>. Acesso em: 29 mai. 2005.
- LEMONS, Elisabeth Flor de. **Sexualidade na 3ª idade**. Florianópolis: Edigraf, 2003.
- LIMA, Maria Luísa. Terramotos, amor e outras coisas perigosas: uma abordagem psicossociológica da percepção de riscos. In: _____; CASTRO, Paula; GARRIDO, Margarida. **Temas e debate em psicologia social**, Lisboa: Livros Horizonte, 2003, p. 225-245.
- MALTA, Maria Tércia Barroso Pereira. A idade na AIDS – Informar para viver. Um estudo do nível de informação, prevenção e fonte de informação sobre DST/AIDS. In: FÓRUM 2000; FÓRUM, 1.; CONFERÊNCIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA HORIZONTAL DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE EM HIV/AIDS E DST, 2., 2000, Rio de Janeiro. **Anais...** São Paulo: Hospital Universitário Gafreé e Guinle, Universidade do Rio de Janeiro, 2000. p. 655 e 656.
- MOSCOVICI, Serge. O fenômeno das representações sociais. In: **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. cap.1, p. 29-109.

- NÓBREGA, Sheva Maia da; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; LIMA, Aloísio da Silva; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete (orgs.). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p.11-31.
- PAIVA, Mirian Santos. **Vulnerabilidade de Gênero**. Portugal, 2004. Material didático para discussão do conceito de vulnerabilidade, 03 páginas digitadas.
- PAIVA, Vera *et al.* A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? **Cuadernos Mujer Salud**, Santiago/Chile, v.3, p.34-38, 1998.
- PAIVA, Vera. Sem mágicas soluções: a prevenção do HIV e da AIDS como um processo de emancipação psicossocial, **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.27, ago. 2003, p. 58-69.
- PAULILO, Maria Ângela Silveira; JEOLÁS, Leila Sollberger. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, 2005, p. 15-184.
- PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. **A (re)invenção da sexualidade feminina após infecção pelo HIV**. 2001. 129 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- RIOS, Luís Felipe. Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 19, supl. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 04 mar. 2006.
- SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1996, 189p.
- SANCHES, Kátia Regina de Barros. **A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade**. 1999. 143 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- SANTOS, Inês Maria Menezes dos *et al.* Perfil da aids em indivíduos acima de 50 anos. **Revista Contexto Enfermagem**, Florianópolis/ RJ, v.6, n. 2, mai/ago. 1997
- SEGATTO, Cristiane. AIDS depois dos 50. **Época**, ed. 285, 03/11/2003. Disponível em: < <http://revistaepoca.globo.com/Epoca/0,6993,EPT625845-1664-2,00.html> >. Acesso em: 01 dez. 2003.
- SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles da. O significado da fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 25 jul. 2005.
- SILVA, Lucineide Santos. **Aids: transmissão e prevenção sob a ótica de idosos aposentados de Feira de Santana – BA**. 2002. 46p. Monografia (graduação em enfermagem) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana.
- SILVEIRA, Mariângela, *et al.* Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.6, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 10 nov. 2004.
- SOUZA, Claudia Tereza Vieira de. Aspectos conceituais da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, segundo Mann & colaboradores. In: _____. **Características sócio-demográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do "Programa Rio"**. 2001, p. 12-24. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). Report on the Global AIDS epidemic: executive summary. May, 2006. In: _____. **2006 report on the global AIDS epidemic: may 2006**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/HIV_data/default.asp> Acesso em: 14 jun. 2006.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni *et al.* Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do município de São Paulo, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out./dez. 2000, p. 997-1009.

EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

A INVISIBILIDADE DA POPULAÇÃO ACIMA DE 50 ANOS NO CONTEXTO DA EPIDEMIA HIV/AIDS

Lisboa M E S ¹ - Porto Alegre - Brasil

Os dados em nível mundial sobre a epidemia HIV/AIDS apontam tendência de aumento de novos casos, por exposição sexual, na faixa populacional situada acima dos 50 anos (UNAIDS, 2006).

Expressar e exercer atividade sexual certamente não é prerrogativa exclusiva dos *jovens*. A população acima dos 50 anos conquista progressivamente sua própria *liberdade* neste sentido. Explicações para este fenômeno passam necessariamente pela melhoria da qualidade de vida da sociedade como um todo no mundo contemporâneo, qualidade essa entendida aqui como acesso a serviços de saúde, remédios, melhor alimentação, lazer e condições de bem estar geral. O advento de medicações como o popular *Viagra*, mas não apenas, viabilizaram maior atividade e desempenho sexual dos homens maduros. A popularização, ou talvez se deva dizer *banalização do uso* de tais substâncias, trouxe-lhes todo um novo leque de possibilidades. Não falaremos aqui dos riscos e perigos da auto-medicação, nem do uso abusivo e indiscriminado que são freqüentemente relatados.

Por outro lado, mulheres dessa faixa etária, que há alguns anos eram consideradas *velhas senhoras*, sem que se cogitasse que tivessem alguma vida sexual – solteiras, casadas, viúvas ou separadas - exercem mais ativa e desembaraçadamente tal sexualidade, aumentando consideravelmente as chances de exposição a doenças de transmissão sexual, como HIV/AIDS.

Em outras palavras, a qualidade e expectativa média de vida da população em geral aumentou significativamente nas últimas décadas, mas não parece ter sido acompanhada por discussões e planejamentos voltados ao *como lidar* com a questão do exercício da sexualidade por parte dos adultos com mais de 50 anos no atual contexto da epidemia de AIDS.

Práticas de auto-cuidado são construções históricas, ou seja, ao longo da vida se vão constituindo como uma forma de cada pessoa expressar sua auto-estima e por consequência o cuidado com o outro. Os números da epidemia comprovam que as pessoas acima dos 50 anos não estão exercendo tais práticas de auto-cuidado no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS. Por que isto acontece? Novamente as causas são múltiplas, mas tem a ver primeiramente com o fato de que nem sempre essas pessoas têm acesso às informações sobre formas de contaminação por HIV/AIDS. Até podem acreditar que estejam a praticar de modo eficaz o auto-cuidado.

Ouve-se com freqüência das pessoas com mais de 50 anos: *no meu tempo a AIDS não existia, e ainda não acredito totalmente que seja verdade*. Ou então: *eu apenas me relaciono*

¹ Psicóloga Clínica, Coord. do Programa DST/AIDS de São Lourenço do Sul - RS - Brasil.
Email: marcia@binarios.net

com pessoas sérias, que já conheço há anos. Não há perigos. Ou ainda: tenho uma higiene pessoal muito meticulosa, não há chances de pegar AIDS ou outra doença pelo sexo. Todas as citadas, são falas correntes na boca das pessoas com mais de 50 anos. Sinalizando para o fato de que tais pessoas não se percebem em situação de risco para contraírem alguma doença de transmissão sexual, nomeadamente HIV/AIDS. Acreditam piamente que suas práticas de prevenção ou cuidado são os que bastam, portanto, agem de acordo com os conhecimentos e informações de que dispõem, que muitas vezes são incorretos ou insuficientes.

Por outro lado, a despeito do envelhecimento da população e da necessidade de serviços próprios que se faz então sentir, de modo geral não há programas e ações de educação ou prevenção voltados especificamente a esta faixa etária.

As campanhas e ações de promoção de saúde e prevenção em HIV/AIDS, dedicam-se quase exclusivamente aos jovens. Qual foi a ocasião em que avistamos um *outdoor* ou cartaz de divulgação numa Unidade de Saúde representando um homem ou mulher que aparentasse mais de 60 anos, segurando um preservativo ou sinalizando alguma intenção ou atitude de prevenção?

Há uma capa de invisibilidade sobre tal população no que concerne a enxergá-los como sujeitos desejantes e sexualmente ativos. Instituições Sociais por excelência, os Programas de Terceira Idade são basicamente voltados à socialização, promoção de passeios, festas, bailes. Notoriamente são eventos que facilitam o encontro e convívio de pessoas que – eventualmente – vão progressivamente sentindo-se a vontade em exercer relacionamentos que podem ser de cunho sexual. Entretanto, tal facilitação, ou mesmo estimulação, não costuma vir acompanhada da necessária orientação em direção ao auto-cuidado.

Aqui podemos talvez assinalar as dificuldades singulares das pessoas que atuam em tais programas voltados à Terceira Idade. Dificuldade em admitirem *em voz alta* que os idosos efetivamente mantenham vida sexual ativa, possivelmente com múltiplos parceiros. Falamos, portanto, em outro aspecto da *invisibilidade* da sexualidade dos maiores de 50 anos: é *constrangedor* admitir ou conversar sobre isto. Implica discutir abertamente a possibilidade de que *nostra avó* aos 70 anos mantenha relacionamento sexual com múltiplos parceiros, e que devemos ajudá-la a manter-se informada e atualizada sobre formas de prevenir-se contra as doenças de transmissão sexual, do modo como fazemos com a *nostra filha* de 17 anos.

Pior do que estigmatizar, discriminar ou lidar com preconceito em relação a sexualidade – e seus riscos – após os 50 anos, é torná-la *invisível*. Pode-se sempre lutar contra o estigma, contra o preconceito. Gritar contra a discriminação. Mas o que não é visível, para todos os efeitos sociais e de ações em saúde, não existe, e, portanto, não pode ser combatido, questionado ou confrontado. É uma *não questão*, não existe. É silêncio.

Como foi dito, tais programas voltados a Terceira Idade, em suas variadas formas e apresentações, tem em comum o fato de que as atividades planejadas para esta população acima de 50 anos, objetivam, de modo geral, criar oportunidades de lazer, atividades culturais, desportivas. Normalmente acompanhados por profissionais ligados às instituições – sejam elas oficiais ou não – que promovem tais atividades. Ou seja, há uma permanente tutela ou supervisão que retira um bocado da autonomia dos usuários. Organizados sob diferentes e variados moldes, os centros de convivência ou grupos de idosos, têm como objetivo comum a valorização das pessoas com mais de 50 anos que os frequentam,

buscando reverter, em parte, a tradicional posição de ‘relegado’ que o *idoso* – um termo já considerado pejorativo - costuma assumir no contexto da sociedade contemporânea, que privilegia a juventude e a produtividade.

Entretanto, parece haver uma distância entre trabalhar a valorização e resgate das condições de autonomia das pessoas com mais de 50 anos e admitir que elas têm, portanto, direito a livre expressão e exercício da sexualidade. Daí decorre que as ações de promoção e prevenção às DST/HIV/AIDS junto a esta população simplesmente não aconteçam. Não *entram na programação*, aumentando as chances dessas pessoas não se perceberem efetivamente em situação de risco para contaminação por doença de transmissão sexual.

Assim, podemos dizer que de um lado, os programas de saúde direcionam as ações de promoção em saúde e prevenção às DST/HIV/AIDS essencialmente para a população em idade reprodutiva, priorizando adolescentes e adultos jovens, reconhecendo oficialmente a *invisibilidade* ou *inexistência* da atividade sexual de quem já ultrapassou essas fases. Os números da epidemia da AIDS entretanto, dizem outra coisa: que *há sim* atividade sexual acima dos 50 anos, e tem sido a causa principal da contaminação por HIV nesta faixa etária.

É importante que esses números sejam reconhecidos e tornados visíveis, forçando a que sejam dadas voz e vez a cidadãs e cidadãos que já ultrapassaram a idade juvenil, para que falem de suas demandas, curiosidades, necessidades próprias de seu momento de vida. Se dizemos que as práticas de auto-cuidado são construídas historicamente, estamos dizendo que acontecem como um processo que se retroalimenta, que necessita de espaço para ser discutido e tornado visível. Assim poderão surgir idéias para ações que tragam informação sobre prevenção e que, em algum momento, resultem na adoção de práticas de auto-cuidado mais efetivas e adequadas por parte dessas pessoas, diminuindo com isto o surgimento de novos casos de AIDS, e não apenas, é evidente. Não esqueçamos que os números da Hepatite B e C, bem como de outras doenças de transmissão sexual são igualmente expressivos.

O que têm a dizer os *invisibilizados* com mais de 50 anos...

Em Julho de 2006, no município de São Lourenço do Sul – RS - Brasil, a Secretaria Municipal de Saúde, através do Programa DST/AIDS e em parceria com a Coordenação de Assistência Social, realizou ação pontual, informativa e de sensibilização, acerca das DST/HIV/AIDS junto aos usuários do Projeto Conviver, que visa atenção à chamada *Terceira Idade*. No âmbito de tal intervenção, foi oferecida testagem gratuita de sangue para investigação de HIV, hepatite B e sífilis, bem como hemograma. De um total de cerca de 250 pessoas inscritas no Projeto, aproximadamente 120 compareceram à reunião de sensibilização, ocasião em que foi oferecida a testagem. A expectativa inicial de que houvesse adesão de 10 a 15 % desta população ao convite, foi largamente ultrapassada quando 85 pessoas buscaram realizar os testes. Homens e mulheres entre 55 e 86 anos dispuseram-se a realizar testes de HIV, hepatite B e sífilis. Houve, portanto, adesão em torno de 70 % das pessoas que compareceram à reunião de sensibilização. Cada uma com as próprias razões e propósitos em realizar a investigação.

Quando da devolução individual dos resultados a cada uma das pessoas que efetivamente realizaram a testagem, foi possível colher depoimentos interessantes, e ainda que informais, bastante ilustrativos.

Alguns casais com mais de 50 anos de casamento compareceram porque tinham interesse no hemograma...e não nos testes para doenças de transmissão sexual, e porque *queriam ajudar o pessoal que foi lá conversar com eles* e que *se mostraram tão dedicados*, eles sentiram-se na obrigação de retribuir, mostrando interesse e realizando então os testes oferecidos.

Outras pessoas, viúvas ou separadas, relataram atividade sexual sem proteção, com múltiplos parceiros ao longo do ano. Mostrando-se surpresas em saber que *o HIV também pega em velhos*. Desejavam então investigar essa possibilidade, e compreender o que era afinal o período de janela imunológica e a diferença entre ser portador de HIV e desenvolver efetivamente AIDS.

Uma mulher de 65 anos disse que até então, havia entendido que *se não podia mais engravidar, não pegaria o HIV*. É curiosa tal associação entre gravidez e contaminação por HIV, mas não chega a surpreender, uma vez que a maioria das campanhas de prevenção é voltada justamente à população em idade reprodutiva. Com reforço extra à idéia da prevenção da gravidez precoce, na adolescência, associando-a à contaminação por HIV, ou outra doença de transmissão sexual. Tal associação não é inválida, ao contrário, é pertinente em ações e projetos que trabalham com população jovem. Entretanto, corre-se o risco de gerar distorções no entendimento das pessoas quanto ao seu próprio risco para o HIV quando não é oferecida informação adequada e que contemple o mais amplamente possível a população como um todo.

Um outro casal, de 69 e 71 anos, casados há alguns meses pela terceira vez cada um deles, resolveu fazer os testes porque não sabiam que o HIV podia ficar tanto tempo no organismo sem se manifestar, ou seja, compreenderam que sendo ambos viúvos por duas vezes em menos de sete anos, e sendo um dos falecidos cônjuges reconhecidamente descuidado e promíscuo sexualmente, desejavam certificar-se que estavam mesmo livres do HIV e das outras doenças de transmissão sexual.

Uma senhora de 70 anos, viúva há muitos anos, disse que tinha ido fazer o teste para o HIV para dar o exemplo à neta que namorou algum tempo um rapaz usuário de droga injetável e agora, terminada a relação, recusava-se a investigar possível contaminação por HIV ou hepatite, mesmo tendo a notícia que o ex-namorado adoecera em outra cidade. Essa senhora queria ao mesmo tempo buscar mais informações sobre que tipos de doenças acometem os usuários de drogas injetáveis, a que possíveis riscos sua neta havia sido exposta e o que fazer. A maneira que encontrou para resolver o impasse foi entrando ela mesma numa situação de testagem com possibilidade de aconselhamento por profissional da saúde, como uma forma indireta de ajudar a própria neta.

A resposta à questão : *O que tem a dizer os invisibilizados com mais de 50 anos?* é, em realidade, muito simples: têm muito a perguntar, questionar, compartilhar e multiplicar, quando lhes é dada oportunidade de se tornarem visíveis e possibilidades de interlocução. Se entendemos que as práticas de cuidados de si e dos outros são construídas nas relações – sociais, afetivas, de aprendizagem, de poder ...- que se estabelecem entre as pessoas, instituições, serviços de saúde e assistência; não podemos aceitar ou ser coniventes com essa invisibilidade que silencia e gera um vazio. Onde não há discussão, não acontecem trocas e as chances de crescimento mútuo ficam reduzidas. As estatísticas atuais mostram claramente o avanço da epidemia de AIDS na população com mais de 50 anos, e parece razoável que essas pessoas declarem suas demandas, curiosidades, enfim, deixem de ser invisíveis .

Referências

- FERREIRA, M.P. - Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. Fiocruz - Cad Saude Publica; 19 Suppl 2:S213-22, 2003.
- FOUCAULT, M – **O cuidado de Si**. Ed. Graal, Rio de Janeiro. 1985
- ROCHA, M.O.;PEDROSO, E.R. e SANTOS, A.G. – **Infectologia Geriátrica** – Ed. Fundo Editorial BYK, São Paulo,1997.
- UNAIDS - http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp acesso 02.07.2006
- VERAS, R.P (org) - Terceira Idade:um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Ed. Relume Damará. Rio de Janeiro, 1995

AS CRIANÇAS E O VIH/SIDA NA ÁFRICA SUB-SAHARIANA - O CASO DE MOÇAMBIQUE

Floriano A P¹ - Lisboa - Portugal

1.10 VIH/SIDA na África Sub-Sahariana

De acordo com os dados da UNAIDS publicados no Relatório sobre a Epidemia Global de SIDA 2006, referem que um número estimado de 38,6 milhões de pessoas em todo o mundo vive com VIH em 2005. Cerca de 4,1 milhões foram novas infecções e 2,8 milhões morreram devido ao SIDA.

A África Sub-Sahariana continua a ser a região do mundo mais afectada pela epidemia. Em 2005 havia cerca de 24,5 milhões de pessoas vivendo com VIH, globalmente 64% de todas as pessoas no mundo vivendo com VIH encontram-se nesta região. Do total de adultos infectados, cerca de 59% são mulheres.

As crianças são especialmente afectadas pela epidemia, cerca de 2 milhões de crianças com menos de 15 anos estão infectadas e cerca de 12 milhões de crianças com menos de 17 anos perderam pelo menos um dos pais para o SIDA.

Em 2005, de todas as regiões da África, a África Austral é a mais afectada com os mais elevados níveis de prevalência. Nos países de taxas de prevalência mais elevadas incluem-se: o Botswana, com 24,1% da população infectada com VIH, a Namíbia, com 19,6% e a Suazilândia, com 33,4%.

No que se refere aos PALOP's, Moçambique é um dos mais afectados. Em 2005, o nível de prevalência em adultos é estimada em 16,1% e cerca de 1,8 milhões de pessoas vivem com VIH. A epidemia está a crescer rapidamente nas províncias fronteiriças com o Malawi, África do Sul e Zimbabwe.

1.2A epidemia em Moçambique: o caso dos órfãos e crianças vulneráveis

De acordo os dados reunidos no Relatório sobre a Revisão dos Dados de *Vigilância Epidemiológica do VIH - Ronda 2004*, a província de Maputo têm 2ª maior a taxa de prevalência do VIH/SIDA entre adultos (15-49 anos), cerca de 20,7 %, apenas ultrapassada pela província de Sofala. Das rondas epidemiológicas de 2001, 2002 e 2004, verifica-se uma tendência crescente das taxas ponderadas de prevalência do VIH, nomeadamente nas regiões Sul e Norte.

Em Moçambique, o conceito de órfão inclui crianças entre os 0-18 anos, que tenham perdido um ou os dois pais. A distinção entre órfão de VIH/SIDA e outros não é realizada, mas a maior parte é afectada pela doença. Nas crianças afectadas pelo VIH/SIDA incluem

¹ Mestre em Desenvolvimento e Cooperação Internacional
Dept de Projectos Internacionais Médicos do Mundo

as que cuidam dos pais/encarregados de educação doentes, as crianças rejeitadas devido ao estigma, as crianças chefes de famílias, as crianças vivendo com o VIH/SIDA, as crianças vivendo em famílias chefiadas por idosos, as crianças vivendo em comunidades com elevados índices de seroprevalência e as que são órfãos de um ou ambos os pais.

Segundo as estatísticas do INE Moçambique estima-se que, em 2005, cerca de 1,6 milhões de crianças [0-17] sejam órfãs, sendo 733.137 devido ao SIDA. Projecta-se que em 2005, o número de órfãos paternos devido ao VIH/SIDA seja de 257.420 e o de órfãos maternos de 272.051. *Pensa-se ainda que o número de crianças duplamente órfãs, igualmente devido ao SIDA é actualmente de 203.666 no mesmo período.*

O número de órfãos maternos devido ao VIH/SIDA *irá continuar a aumentar substancialmente, alcançando 520 mil até ao ano 2010*, ou seja, 50% de todos os órfãos maternos projectados para esse ano. Dos 357.911 órfãos de ambos os pais em 2005, estima-se que mais de metade, ou cerca de 203.666, sejam devidos ao VIH/SIDA. Em 2010, crê-se que o número destes órfãos chegará a 75% de todos os órfãos de pai e mãe projectados para esse ano.

2. Impacto da epidemia em Moçambique

As crianças são o grupo populacional mais afectado directa e indirectamente pela epidemia, o que contribui para a redução das suas hipóteses de sobrevivência e oportunidades de futuro. O impacto da epidemia faz-se sentir a diversos níveis, destacando-se neste âmbito o nível individual, familiar e comunitário.

2.1.1 Impacto da desestruturação familiar e na capacidade da rede social de apoio

O impacto do VIH/SIDA na família depende do tamanho do agregado familiar, da idade dos dependentes e do número de pessoas sofrendo com SIDA. A morte que resulta do SIDA ou outra doença desintegra a estrutura familiar e isso poderá ter profundas implicações na distribuição dos recursos, rendimentos, consumo, poupança, assim como no bem-estar dos sobreviventes.

Este fenómeno agrava o nível de pobreza da família e a pressão sobre as crianças do agregado. A rede social de apoio, ao nível familiar e comunitária, nomeadamente avós e familiares próximos, tem agora capacidade limitada para absorver estes órfãos. As crianças são obrigadas a assumir responsabilidade muito cedo: responsabilidades pelos cuidados dos seus pais doentes, no sustento do agregado familiar ou mesmo tornarem-se chefes da família com a morte de ambos os pais. A menor capacidade de protecção do agregado implica o incremento da vulnerabilidade, da exploração e dos abusos.

2.1.2 Impacto ao nível do empobrecimento do agregado familiar

Os agregados familiares pobres tendem a ter mais membros e dependentes, e em particular crianças; isto significa que estes agregados têm um número reduzido de adultos, que devem trabalhar para sustentar um número elevado de dependentes, levando a que os níveis de consumo per capita sejam baixos, e consequentemente a maiores índices de pobreza. Por outro lado, as crianças exigem cuidados especiais, que requerem disponibilidade temporal significativa, reduzindo assim o tempo disponível, particularmente das mulheres, para as actividades produtivas.

O aumento das despesas médicas, a diminuição do rendimento resultante do absentismo e desemprego, as despesas fúnebres no caso de falecimento, reduzem os rendimentos disponíveis e a capacidade de poupança.

Dado que a deterioração do estado de saúde devido ao SIDA é bastante lenta, muitas famílias esgotam todas as suas poupanças antes de o doente morrer. Pior ainda, as famílias perdem rendimentos, não apenas devido aos custos da assistência médica à pessoa infectada, mas também porque os membros da família não podem ir trabalhar para ficarem a cuidar do doente. Esta perda é ainda maior em famílias que têm mais do que uma pessoa doente.

Finalmente, além da redução do rendimento do agregado familiar, os sobreviventes, tratando-se da mulher e filhos, poderão perder o acesso às suas terras, casa, machambas e outros bens, devido à expropriação pela família do marido falecido. Isto irá agravar a sua condição de sobrevivência, e poderá resultar no agravamento da vulnerabilidade da mulher e das crianças.

2.2 Impacto da Epidemia na Comunidade

O impacto na comunidade tem sido sentido de diferentes formas, tais como: perda de emprego; perda de pessoal qualificado, *incluindo* trabalhadores de saúde e professores, com o consequente impacto na qualidade de serviços prestados nas áreas respectivas; aumento da pobreza; aumento das necessidades, em termos de cuidados de saúde, e outros serviços sociais, incluindo escolas; aumento do número de óbitos; ultrapassadas as capacidades de mobilizar recursos para ajuda mútua.

2.3 Impacto da Epidemia nos órfãos e crianças vulneráveis (COV)

2.3.1 No acesso à educação

As crianças afectadas e infectadas deixam muitas vezes de estudar, para cuidar dos irmãos mais novos, ou serem envolvidas noutras actividades produtivas. Os órfãos de ambos os pais têm ainda menos probabilidade de aceder à educação. No caso de Moçambique, os órfãos de pai e mãe têm metade das hipóteses de ir à escola do que as crianças com pais (UNICEF, 2003). O facto de os órfãos viverem com parentes afastadas também contribuiu para diminuir as preocupações com a sua educação.

O próprio sistema de ensino tem sido fortemente afectado pela epidemia, contribuindo para a perda de capital intelectual, diminuindo o número de professores disponíveis e aumentando a dimensão médias das turmas com as consequentes perdas de qualidade de ensino.

2.3.2 Na nutrição e saúde:

Os órfãos são também mais vulneráveis a alimentação deficiente e mal nutrição, do que outras crianças, facto comprovado por vários estudos. A taxa de mal nutrição crónica registada entre este grupo foi 50% mais elevada do que no restante da população nos

distritos. (PNA COV 2005, p. 6). O risco destas crianças nunca atingirem o pleno desenvolvimento da sua capacidade física e intelectual é muito mais elevado (UNICEF, 2003).

No caso dos órfãos infectados a situação de saúde é ainda mais preocupante. O acesso ao tratamento Anti-Retroviral é ainda reduzido, mesmo para prevenir a transmissão vertical mãe-filho. Para as crianças vivendo com VIH/SIDA há um maior desafio da falta de formulação pediátrica (RAAAP, 2004).

2.3.3 Impacto Psicológico:

As crianças órfãs sofrem diversos processos com consequências traumáticas. No caso de órfão do VIH/SIDA a situação é mais grave, pois tem que assistir a doença e morte dos pais, de ficarem sem laços familiares e sem bens materiais ou habitação.

As crianças que perderam os seus pais para o VIH/SIDA ou que têm os pais doentes são alvo de estigma e discriminação. Podem ser rejeitados pelos seus amigos e familiares e até pelos Centros de Saúde. As fontes de stress podem ser múltiplas e tem um papel determinante no comportamento e futuro das crianças.

2.3.4 Nas perspectivas de futuro

O nível de registos de nascimento entre as crianças mais vulneráveis é relativamente reduzido. Sem eles não é possível a emissão de certidão de pobreza, que isenta as crianças do pagamento de propinas e dão-lhe acesso aos serviços essenciais. A burocracia e as longas distâncias são outro impedimento a sua emissão. O acesso aos apoios sociais é mais um factor que restringe o acesso dos COV a educação e saúde.

A África Sub-Sahariana é uma das regiões do mundo com maior taxa de trabalho infantil do mundo. Embora nem sempre exista evidência clara de diferente entre órfãos e não-órfãos em termos de trabalho infantil, um levantamento da OIT na Tanzânia demonstrou que as crianças órfãos têm maior probabilidade de trabalhar na agricultura, serviços domésticos, sexo comercial e vendedores de rua (UNICEF, 2003).

2.3.5 Meninos da/na rua

Neste grupo particularmente as meninas, são vulneráveis à infecção, pelo facto de não terem nenhuma fonte de rendimento para o seu sustento e acabam se envolvendo na prostituição infantil. As raparigas são violadas sexualmente por homens adultos ou por outros meninos da/na rua quando acabam de fazer parte no grupo, num processo que eles denominam de "baptismo". O número de crianças vivendo na rua também aumentou. Em Moçambique, embora não existam dados exactos, estima-se que em 2004 na Cidade Maputo hajam cerca de 350 de rua.

2.3.6 As determinantes de género no impacto da epidemia

As mulheres e as raparigas tem maior probabilidade de serem mais pobres e terem menos educação que os homens, e de serem financeira e socialmente dependentes deles. Este desequilíbrio entre géneros diminui as possibilidades negociais das mulheres e raparigas

em termos de sexo e sexo seguro (UNICEF, 2004a). Paralelamente, a pobreza impede as mulheres de receberem cuidados de saúde e educação adequados – dois elementos essenciais para a prevenção do VIH/SIDA.

As raparigas são mais afectadas, sendo que este fenómeno tem contribuído fortemente para o agravamento das desigualdades de género. A pressão para contribuir para o rendimento familiar afasta primeiro as raparigas da escola; obriga-as a restringirem-se as tarefas domésticas e ao cuidado dos doentes; ao trabalho infantil ou de subsistência; ao casamento precoce, na expectativa do dote (lobolo). Paralelamente, facilita as situações de exploração, nomeadamente o abuso, tráfico e exploração sexual.

Em suma, a alimentação, o vestuário e a habitação, estigma, discriminação, falta de apoio psicossocial, ausência de pessoas modelo, abuso nas famílias adoptivas e vizinhos, recusa ao acesso aos serviços básicos apesar das boas políticas e leis tais como a admissão à escola, registo de nascimentos, serviços de saúde são algumas das principais áreas de preocupação (PNA COV, p. 7). Estas requerem uma intervenção directa por parte das instituições governamentais e seus parceiros com vista a reforçarem a capacidade das famílias e comunidades com vista a cuidar e proteger as crianças vulneráveis e órfãs afectadas pelo VIH/SIDA.

3. A resposta Nacional: principais desafios

A resposta do Governo ao fenómeno das órfãs e crianças vulneráveis tem privilegiado o apoio aos esforços da comunidade e encorajar a reintegração familiar, ao invés da institucionalização.

Ao nível comunitário, como acima referido, a capacidade é limitado. O acesso aos serviços básicos não está uniformemente disponível para todas as COV em todas as províncias. Apesar das medidas tomadas pelo governo, as Organizações não governamentais (ONG) e Organizações de Base Comunitária (OCB) tem informação insuficiente sobre os mecanismos legais existentes e não foram criados mecanismos de coordenação nos níveis provincial e distrital, apesar da existência de redes comunitárias. (RAAAP, 2004, p.7)

A institucionalização depende, em grande medida, da comunidade e dos organizações da sociedade civil, desempenhando o Ministério da Mulher e Acção Social (MMAS) um papel essencialmente de coordenação, supervisão e formação dos educadore/as. As instituições que acolhem COV são os designados Centros de Acolhimento, com as seguintes tipologias:

1) Centros Abertos: Nestes centros as crianças acedem a actividades lúdicas e educativas, e nalguns dos centros apoio alimentar e material. Problema: não existem critérios rígidos de ingresso e saída do centro, crianças misturadas não permite atendimento dirigido as diferentes categorias de crianças;

2) Centros Fechados: Nestes as crianças ficam internadas, recebendo actividades de reabilitação e educação. Apoio alimentar, material e moral. Problema: ausência de um regulamento interno escrito na maioria deles, capaz e reger o quotidiano das crianças;

3) Centros Fechados-Abertos: As crianças podem residir ou não nestes centros,

beneficiar ou não de actividades lúdicas/educativas, às vezes têm direito a uma refeição e os não residentes regressam a sua casa para dormir.

4) Centro de Dia ou Atendimento Baseado na Comunidade: as instituições de tutela apoiam as crianças em situação difícil directamente no seu meio social, mediante apoio financeiro às famílias com crianças em condições de vulnerabilidade, apoio em alimentos/material escolar, reabilitação nutricional e transmissão de técnicas apropriadas de preparação de alimentos para crianças com problemas nutricionais.

A resposta nacional tem como orientação estratégica os compromissos e metas internacionais subscritas pelo Governo de Moçambique, e pauta-se também pelas prioridades definidas a nível nacional pelo Plano Estratégico Nacional de Combate ao VIH/SIDA, pelo Programa do Governo (2005-2009) e estratégias sectoriais correspondentes das quais a Política Nacional da Acção Social. (PNA COV, p. 7) Mais concretamente:

- Plano Estratégico Nacional (PEN) de combate ao VIH/SIDA 2004-2009

Identifica como área prioritária de intervenção a expansão de programas de apoio social a Crianças Órfãs e Vulneráveis.

- Programa quinquenal do Governo 2005-2009

Na área da acção social, entre as acções prioritárias, destaca-se a adopção do Plano Nacional para a Criança, bem como a integração familiar das crianças órfãs e vivendo com o VIH/SIDA.

- Política Nacional da Acção Social

Esta política, aprovada em Abril 1998, tem como objectivo a “promoção da integração dos grupos sociais situados à margem do processo normal de desenvolvimento de modo a contribuir para uma plena igualdade de oportunidades entre os cidadãos, assim como para a estabilidade social.”

- Núcleo de Coordenação Multi-Sectorial para as Crianças Órfãs e Vulneráveis

Criado em 2001, para a coordenação da resposta na área das COV e VIH/SIDA, facilitando a implementação de actividades pelos diversos parceiros e partilhando boas praticas.

- Plano Nacional para a Criança

Este plano em fase de aprovação pelo MMAS em 2005, tinha como objectivo traçar em primeiro lugar, as linhas orientadoras da acção governamental e de criar mecanismos institucionais que facilitem a coordenação de actividades em prol das crianças.

Mais recentemente, em consequência do Fórum Global de Parceiros de COV, realizado em Genebra, Outubro de 2003, que definiu um reforço da colaboração para a aceleração da resposta de COV nos países da África Sub-Sahariana, foi realizado um **Processo de Avaliação Rápida, Análise e Plano de Acção (RAAAP)**, cujas recomendações permitiram definir o:

- Plano para as Crianças Órfãs e Vulneráveis

Elaborado em 2005, como um conjunto de acções urgentes para acelerar a resposta às COV, tanto ao nível nacional como comunitário. Destinado a atingir crianças, que se encontrem abaixo do nível da pobreza, numa das seguintes categorias: **Órfãos (maternos, paternos e de ambos os pais); Crianças infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA**, incluindo:

Crianças que vivem em agregados familiares chefiados por crianças, mulheres ou idosos;
Crianças que vivem em agregados familiares onde um adulto se encontra cronicamente doente.

As áreas estratégicas de intervenção deste plano articulam-se em torno de quatro objectivos chave:

(i) Criar um ambiente de protecção e conducente à redução do impacto do VIH/SIDA sobre crianças órfãs e vulneráveis;

(ii) Reforçar a capacidade institucional do MMAS, MISAU, MEC e outros parceiros principais a todos os níveis;

(iii) Reforçar as capacidades das famílias e comunidades de procurar soluções locais para proteger e cuidar as crianças órfãs e outras crianças tornadas vulneráveis pelo VIH/SIDA;

(iv) Estabelecer e reforçar os sistemas de recolha, análise e monitoria e avaliação de dados. (PNA COV, 2005, p. 10)

A maior parte do apoio que o governo recebeu foi através de financiamento dos doadores externos e apoio das agências de cooperação bilateral e multilateral, Banco Mundial e Fundo Global. O Plano de Acção para as COV tem um orçamento estimado de total para 2 anos de **24.450.000,00 dólares**, sendo a maior parte destinada a promoção do primeiro objectivo.

O número de ONG e OCB que desenvolvem projecto na área dos COV tem sofrido um incremento ao longo dos anos. Contudo, as actividades direccionadas para este grupo são muitas vezes pontuais, integradas em projectos de maior dimensão ou demasiado micro e sem impacto duradouro. Em qualquer dos casos, a maior parte deles encontram-se no sul e centro do país. Por seu turno, as Organizações Baseadas na Fé têm reagido ao problema dos COV principalmente como respostas a situações de guerra e de desastres naturais, não fazendo distinção entre crianças órfãs e outras crianças vulneráveis.

Portanto, embora haja um aumento da resposta à situação de crianças órfãs e vulneráveis, ela tem sido fraca e não tem sido bem coordenada. Isto deve-se à escassez de recursos financeiros e humanos no governo e nas ONG. (RAAAP, 2004, p. 7/8)

3.1 Análise da capacidade de resposta nacional às necessidades em termos de mudança de comportamento

A definição da resposta nacional ao crescente problema dos COV deve ser, necessariamente, conduzida e orientada pelos organismos políticos nacionais, enquanto parte da sua estratégia de desenvolvimento e redução do impacto da epidemia. O papel dos restantes actores institucionais e da sociedade civil deve ser enquadrado e direccionado por essa estratégia.

Contudo, da análise da política proposta depreende-se que esta responde, em primeira instância, às necessidades de reforço da capacidade institucional, da coordenação e monitoria das instituições que a promovem; em segunda instância, as necessidades de acção imediata na mitigação das consequências e satisfação das necessidades básicas das crianças afectadas;

e, em menor escala ou pelo menos de forma menos assumida, a necessidade de prevenir a reprodução dos comportamentos de risco para a infecção, numa população com níveis de vulnerabilidade muito mais significativos.

Efectivamente, na estratégia de Criação de um Ambiente de protecção e conducente à redução do impacto do VIH/SIDA nos COV, aparentemente apenas dois pontos podem ser directamente relacionados com esta preocupação, nomeadamente:

12. Em parceria com o MISAU, estabelecer mais centros de saúde direccionados aos jovens para Testagem Voluntária e Acompanhamento, DST;

13. Apoiar a implementação de programas que promovam as Habilidades para a Vida entre os jovens; (RAAAP, 2004, p. 32)

O primeiro estará relacionado com o reforço ou redefinição de um programa financiado pelo FNUAP, designado como Serviço Amigo do Adolescente e Jovem (SAAJ), serviço de aconselhamento e testagem voluntária e planeamento familiar direccionado para adolescentes e jovens, e cujos resultados efectivos ainda são difíceis de avaliar. Na verdade, no terreno este programa para pouco mais contribuiu do que para a construção de infra-estrutura.

O segundo remete para um conceito importante, as habilidades para a vida, não definindo concretamente como estas habilidades serão promovidas e, sobretudo, se serão adequadas às necessidades concretas e ao contexto da adolescência e juventude moçambicana.

Deste modo, podemos considerar que as políticas têm encarado de forma pouco concreta o desafio da promoção da mudança de comportamento neste grupo particularmente vulnerável.

O impacto da epidemia das crianças e órfãos, como acima referido, requer especial atenção para as medidas de prevenção e de promoção de comportamento adequados, que devem ser induzidos desde cedo, aproveitando sobretudo o período designado como “janela de esperança” (10-15 anos), sendo que deverá assumir como componente importante a definição de uma estratégia de prevenção adaptada a este grupo extremamente vulnerável que é os COV.

Para definição de políticas e medidas concretas, importa perceber as razões determinantes dos comportamentos, atitudes e práticas, sobretudo nesta camada populacional. É isso que procuraremos fazer no ponto seguinte.

4. A reprodução do problema: Conhecimentos, atitudes e práticas dos adolescentes e jovens em relação ao VIH/SIDA

A consequência imediata do impacto do VIH/SIDA nas COV é o aumento da vulnerabilidade das futuras gerações, contribuindo assim para a reprodução ou agravamento da epidemia.

Para projectar qualquer cenário negativo ou positivo, e determinar a orientação das políticas e projectos, é essencial conhecer os comportamentos e compreender as causas que os determinam.

4.1 Tendências nos comportamentos e práticas sobre VIH/SIDA entre adolescentes e jovens

Os dados disponíveis acerca dos conhecimentos, atitudes e práticas dos adolescentes e jovens em Moçambique são ainda reduzidos e pouco actualizados. NO entanto, a produção de estudos a nível nacional e local têm sofrido um incremento nos últimos anos.

Entre os estudos de referência a nível nacional destaca-se o Inquérito Demográfico e de Saúde 2003 (IDS) e o Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento dos Jovens e Adolescentes 2001 (INJAD).

De acordo com o IDS, a idade mediana na primeira relação sexual nas mulheres é de 16,1 anos, e nos homens é de 17,7 anos. De realçar nos dados apresentados que a escolaridade desempenha um papel no adiamento do início das relações sexuais nas mulheres, mas não nos homens. A nível nacional, são as províncias mais isoladas que demonstram um início mais precoce da actividade sexual, como também se denota com a ruralidade especialmente no caso das mulheres (15,8 no caso de meio rural contra 16,6 em meio urbano).

No que se refere a conhecimentos sobre os acerca do VIH/SIDA, verifica-se que existe um conhecimento generalizado acerca do termo “VIH/SIDA”, mas quando se procura perceber qual o grau de conhecimento, denota que as zonas rurais estão menos informação (55,4% em meio rural contra 78,4% em meio urbano). As mulheres têm menos informação que os homens (63,8% no caso das mulheres contra 77,1% no caso dos homens), e a medida que aumenta o nível de escolaridade aumentam os conhecimentos acerca dos métodos de prevenção.

A educação sexual e reprodutiva, e a atitude da comunidade e dos jovens em relação ao início da actividade sexual, são determinantes para a redução das taxas de prevalência. O INJAD aponta que a grande maioria dos jovens é favorável a educação sexual (65,4% das raparigas e 70,8% dos rapazes). As raparigas consideram mais importante receber a educação sexual em casa (33,6%), e os rapazes na escola (39,8%). O nível de escolaridade indicado por ambos os sexos como ideal para ministrar a educação sexual seria o Ensino Primário (EP1 e EP2).

O preservativo é um meio de prevenção da gravidez e das ITS amplamente conhecido entre os entrevistados, considerado por cerca de 90% dos jovens de ambos os sexos. Contudo, quando chega ao momento de decidir o uso de um método contraceptivo, 31,1% das raparigas e 50,8% dos rapazes consideram que a decisão cabe ao homem. Se atendermos a taxa de utilização do preservativo na primeira relação sexual verificamos que é generalizadamente baixa. Mais de 90% dos rapazes e das raparigas referem que não usaram.

O argumento mais utilizado para justificar este comportamento é o desconhecimento, mas é importante analisar as respostas de cada um dos sexos. Enquanto no feminino, cerca de 45% das respostas remete para esse facto, logo seguido pelo facto de “não se preocupou”, no caso masculino, o segundo factor mais frequente está associado ao facto de não esperar ter relações.

No que respeita a idade ideal para iniciar a actividade sexual, as raparigas consideram que, no caso delas será entre os 15-17 ou com mais de 18 anos. A opinião que deveria ser depois do casamento apenas mobiliza 19,5% das raparigas inquiridas.

Efectivamente, o conhecimento acerca do vírus, formas de transmissão e prevenção não é generalizado e, sobretudo, não é efectivo. Isto denota-se facilmente quando analisamos os comportamentos e atitudes. Embora uma grande maioria dos jovens reconheça o preservativo como forma de prevenção, não o estão a utilizar efectivamente.

Como verificamos pelo nível de utilização na primeira relação, os jovens enumeram o mecanismo mas não estão suficientemente familiarizados para o utilizar e não o encarado sequer como necessário. Isto é particularmente grave no caso das raparigas que tem frequentemente a primeira relação com rapazes mais velhos e que já tiveram experiências sexuais anteriores e que mantêm relações com várias parceiras.

Recentemente o relatório preliminar do Estudo CAP realizado por uma ONG portuguesa em Moçambique, na província de Maputo, avança dados complementares para perceber a relação paradoxal entre conhecimento e comportamento. O estudo debruça-se sobre 3 grupos etários distintos: adolescente (12-14 anos), jovens (15-24) e adultos (> 25 anos), destacando-se para a presente análise o inquérito junto dos adolescentes.

Um resultado particularmente importante é o que se refere à percepção do risco de contrair o VIH/SIDA. Numa escala de risco, que incluía como percepções correctas: Pouco, Moderado e Alto, a maioria dos adolescentes responderam Nenhum/Nunca pensou (56%) ou Não Sabe (16%). Comparando esta resposta com a dos adultos, pais e encarregados de educação, os resultados são semelhante, com cerca de a responder Nenhum/Não sabe (31,8%) e Pouco (54,7%).

A percepção do risco poderá ser o factor determinante para explicar a discrepância entre conhecimento e atitude. A noção do risco, como aponta o mesmo relatório, é menor no caso do sexo feminino do que no masculino.

Neste contexto é importante repensar as estratégias utilizadas para a prevenção do VIH/SIDA junto dos adolescentes e jovens. A interpretação dos comportamentos, de acordo com o contexto social, cultural e económico é determinante nesse processo. A reavaliação dos factores que induzem a mudança de comportamento, particularmente no contexto dos COV, sujeitos a factores de vulnerabilidade individuais e sociais elevados, é fundamental para a definição de uma política que evitem a reprodução dos comportamentos de risco.

5. A mudança de comportamento em população vulneráveis como os COV

5.1 As principais teorias da mudança de comportamento

As teorias de procuram explicar a mudança de comportamento são diversificadas e têm sido aplicadas em diversas disciplinas. Nesta se incluem a teoria da mudança de comportamento por fases [Prochaska e DiClemente (1986); Prochaska et al. (1992); Sallis e Nader (1988); Rogers (1983); Owen e Lee (1984), entre outros]; as teorias social-cognitivas [Bandura (1986), Oldenburg (1999), entre outros] e um conjunto alargado de teorias alternativas.

As teorias que têm sido maioritariamente utilizadas para fundamentar os programas de prevenção do VIH/SIDA incluem o Health Belief Model, o Modelo de Redução de Risco de SIDA (AIDS Risk Reduction Model), As Teorias de Mudança de Comportamento por Fases e a Teoria da Acção Racional (Theory of Reasoned Action). Para além destas, cresce significativamente a abordagem do Marketing Social, como instrumento de apoio e enquadramento da mudança de comportamento.

Todas as teorias apresentadas têm elementos em comum e, em 1991, foi desenvolvido um workshop de teóricos para os identificar. Foram definidos 8 elementos chave que determinam o comportamento e para a sua mudança:

- a. A intenção de comportamento do indivíduo;
- b. Influência externa de factores sociais;
- c. Competências e habilidades;
- d. Atitude ou a antecipação dos resultados de um determinado comportamento;
- e. Normas e valores;
- f. Padrões individuais;
- g. Reacções emocionais;
- h. Self-Efficacy.

Os primeiros 3 factores são considerados como necessários e suficientes para o comportamento. Os restantes factores são considerados como os que podem influenciar activamente a direcção e intensidade da intenção de comportamento, ou seja, os que influenciam a mudança de comportamento.

Um dos factores determinantes do comportamento são as competências e habilidades, factor cuja promoção foi incluída nas prioridades políticas acima apontadas. As habilidades para a vida são consideradas como destrezas psicossociais para enfrentar as desafios e exigências da vida, e a sua promoção deve agir sobre os seguintes habilidades: comunicação efectiva, relações interpessoais, tomada de decisões, soluções para problemas e conflitos; pensamento criativo, pensamento crítico, lidar com sentimentos, lidar com tensões.

5.2 Influência do contexto na mudança de comportamento

Desde modo está definido o enquadramento conceptual utilizado na formulação das políticas, programas e projectos de prevenção do VIH/SIDA. Neste ponto é essencial analisar até *que ponto* é que os modelos podem ser utilizados, ou seja, no contexto de elevado vulnerabilidade dos COV moçambicanas qual a possibilidade de atingir uma mudança de comportamento efectiva.

Para qualquer uma das teorias é essencial ponderar o contexto. As condições socio-económicas de Moçambique são extremamente deficiente, onerada penosamente pelo impacto do VIH/SIDA acima referido. As COV *difícilmente* terão acesso a suficiente alimentação, habitação, educação, saúde e apoio emocional. O pilar fundamental da sua garantia, a família e a comunidade, estão empobrecidas e desmoralizadas.

A criação de habilidades para a vida, neste contexto, é uma tarefa ainda mais complexa concorrendo com a formação inata de habilidades de sobrevivência, que impelem as crianças para situações de exploração laboral ou sexual, furto e vida de rua. A situação agrava-se na medida em que a manutenção da ordem e segurança públicas transforma Às crianças em marginais, reforçando o ciclo vicioso de exclusão e vulnerabilidade.

Consideramos agora os factores que, no contexto actual, dificilmente poderão induzir a mudança de comportamento. Em primeiro lugar: a pessoa tem de acreditar que existem mais vantagens do que desvantagens num determinado comportamento (ponto d.).

Numa lógica de sobrevivência, o balanço positivo entre investimentos no presente e

benéficos futuros raramente se aplica. No caso da prevenção do VIH/SIDA é um factor determinante. A particularidade da doença, cujos efeitos negativos só serão sentidos anos depois da infecção diminui os argumentos para justificar a abstenção de comportamentos presentes em prol de benefícios futuros.

Em segundo lugar, a pressão social (moral e valores) para determinado comportamento é maior do que para outro (ponto e.). Este facto é essencial para compreender o relativo insucesso dos programas de prevenção em Moçambique. Efectivamente não se verificou nenhuma mudança significativamente profunda ao nível normativo na sociedade para pressionar essa mudança de comportamento. As práticas e costumes ancestrais, os mitos e rituais continuam inalterados e imunes a sua responsabilidade na disseminação da epidemia.

Os rituais de iniciação, os rituais curativos tradicionais, o casamento precoce das raparigas, associado ao “lobolo”, as relações extraconjugais e inclusive a poligamia, a “sexta-feira do homem” e outras práticas sociais antigas ou recentes pesam para a perpetuação dos comportamentos. O seu contributo para a multiplicação dos parceiros sexuais é agravado pela relação de poder e subjugação da mulher ao homem.

Por outro lado, é ainda comum a criação de estereótipos do “infectado”, associando o VIH/SIDA a determinados comportamentos moralmente reprováveis ou camada populacional (prostituição, falta de escolaridade, pobreza, etc.) pode ser um factor determinante para a formação da concepção de risco de infecção, que como verificamos em cima é geralmente considerada baixa, e indirectamente conduzindo a adopção de menores níveis de prevenção.

Estes dois pontos estão também intimamente relacionados com o terceiro factor, o facto da pessoa considerar que determinado comportamento é mais consistente com a sua auto-imagem/representação ou que não viole os seus padrões pessoais (ponto f.). Isso dificilmente acontecerá se não houver uma pressão social e uma mudança de padrões de comportamento socialmente aceites.

O marketing social é um mecanismo cada vez mais utilizado para induzir a mudança de comportamento. No contexto moçambicano a sua utilização tem crescido impulsionado pela acção de ONG internacionais. Deste esforço, destaca-se a bem conhecida marca de preservativos “Jeito”. Os estudos revelam que existe um conhecimento generalizado de como utilizar e onde adquirir entre os adolescentes e jovens.

No entanto, é necessário analisar este esforço a luz do contexto socio-económico moçambicano e, principalmente, para o caso dos COV. Os indivíduos e as famílias tem elevadas restrições orçamentais e, em grande parte do país, dificuldades para garantir a sobrevivência diária. Assim sendo, dificilmente poderão reservar dinheiro para adquirir preservativos, que não constituem um bem de primeira necessidade.

Paralelamente, não existe ainda uma rede de distribuição e comercialização suficiente abrangente e significativa para garantir as necessidades da população, tarefa dificultada pelo isolamento e pela deficiente rede de vias de comunicação.

5. Conclusões

O impacto do VIH/SIDA é transversal a toda a sociedade moçambicana e, em especialmente grave no caso dos órfãos e crianças vulneráveis. Neste grupo contribui efectivamente para o agravamento da vulnerabilidade e redução das oportunidades desta nova geração de cidadãos.

Os conhecimentos e comportamentos individuais e sociais são determinantes para a propagação da epidemia e, conseqüentemente, para a sua prevenção e subversão da actual tendência de agravamento.

Contudo, a resposta nacional aos COV, quer institucional quer da sociedade civil e das organizações internacionais, parece não reconhecer a importância significativa da prevenção neste grupo, para a mobilização dos recursos disponíveis. Este facto pode conduzir a um processo de reprodução e, inclusive, agravamento dos comportamentos de risco, num contexto de elevada vulnerabilidade.

Recomenda-se uma acção mais energética e a inclusão de programas fortemente direccionada para a prevenção nos planos nacionais de apoio aos COV. Neste contexto, as teorias de mudança de comportamento e os exemplos de políticas semelhante poderão ter um papel útil no redireccionamento da actual política.

O processo de mudança deve ser facilitado e os actores institucionais têm um papel determinante em ajudar as pessoas a fazerem a escolha correcta e tornando-a na escolha mais fácil. Para ajudar as pessoas a fazerem escolhas responsáveis é necessário proporcionar-lhes educação, capacidades e informação de forma consistente.

O processo de mudança deve ser encorajado e, em alguns casos, promovida activamente, através de medidas e políticas estruturais.

O processo de mudança deve envolver as pessoas, atendendo a uma abordagem bottom-up. A motivação para as pessoas se envolverem pode partir do reforço do marketing social, mas sobretudo com medida de desenvolvimento integrado. As iniciativas das diversas entidades devem ser mais integradas, assim como reforçado a coordenação efectiva entre organismo públicos. Devem ser privilegiadas iniciativas de longo prazo, que envolvam todos os interlocutores e que se traduzam em acção concretas e sustentadas.

O processo de mudança deve ser liderado pelo governo e organismo públicos. O governo é o organismo com a capacidade de congregar e mobilizar todos os sectores de influência da sociedade para tomarem a liderança do processo de mudança. O papel da comunidade não deve ser desprezado mais dadas as condições actuais as suas hipóteses de actuação não devem ser sobreavaliadas.

Bibliografia:

- Defra (2005), Changing behaviour through policy making, Sustainable Development Unit, Defra.
- Di Peitro, G.; Hughes, I., TravelSMART Schools – there really is a better way to go!, Dynamic Outcomes Pty Ltd, 26th Australasian Transport Research Forum Wellington New Zealand 1-3 October 2003.
- FHI (2004), Behaviour Change – Summary of the four major theories, Family Health International, in <http://www2.fhi.org/en/aids/aidsmap/aidspubs/behres/bcr4theo.html>
- INE (2001), Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Jovens e Adolescentes (INJAD), Instituto Nacional de Estatística, Moçambique.
- INE (2004), Inquérito Demográfico e de Saúde 2003, Relatório Preliminar, Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde, Moçambique, Fevereiro.
- MISAU (2000), Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA em Moçambique 2000-2002, Ministério da Saúde, Moçambique.

- MISAU (2004), Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA em Moçambique 2005-2009, Conselho Nacional de Combate ao Sida, Moçambique, Novembro.
- MISAU (2005), Relatório sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do VIH - Ronda 2004, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde, Agosto.
- MMAS (2005), Plano Nacional de Acção para as Crianças Órfãs e Vulneráveis, Ministério da Mulher e da Acção Social, Moçambique.
- Processo Rápido de Avaliação, Análise e Elaboração de Planos de Acção (RAAP) para órfãos e crianças tornadas vulneráveis pelo HIV/SIDA (COV) – *Relatório de Moçambique, 2004.*
- Relatório Preliminar - Estudo sobre Conhecimentos, Atitudes, Práticas e Comportamentos em Relação ao HIV/SIDA dos Adolescentes e Jovens do Distrito de Namaacha, Moçambique, Julho de 2006.*
- TravelSMART (2002), *Theories and Models of Behaviour Change*, TravelSMART,. in <http://www.travelsmart.vic.gov.au>
- UNAIDS (2006), *2006 Report on the global AIDS epidemic*, UNAIDS.
- UNICEF (2003), *Africa's Orphaned Generations*, UNICEF, New York, Novembro.
- UNICEF (2004a), *Girls, HIV/AIDS and Education*, UNICEF, Nova Iorque, Dezembro.
- UNICEF (2004b), *The State of the World's Children 2005 – Childhood under Threat*, UNICEF, Nova Iorque, Dezembro.
- UNICEF (2006), *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations CHILDREN AFFECTED BY AIDS*, UNICEF, Nova Iorque, Agosto.

AIDS DEPOIS DOS 50: UM NOVO DESAFIO PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

Caldas J M P¹, Gessolo K M² - Barcelona - Espanha

Introdução

Desde o início da epidemia, nos anos 80, a Aids exige dos governos competência para levar a mensagem do sexo seguro ao grupo aparentemente mais vulnerável. Foi assim com gays, prostitutas, usuários de drogas injetáveis, jovens heterossexuais e, mais recentemente, com mulheres casadas. Agora a doença avança sobre uma parcela da população fisicamente fragilizada e de abordagem mais complexa: os idosos. O número de casos confirmados de Aids com idade acima de 50 anos cresce no Brasil como em nenhuma outra faixa etária. Entre os homens, a expansão foi de 98% na última década. Sobre a parcela feminina idosa, a epidemia avança como um rolo compressor: houve um crescimento de 567% entre 1991 e 2001.

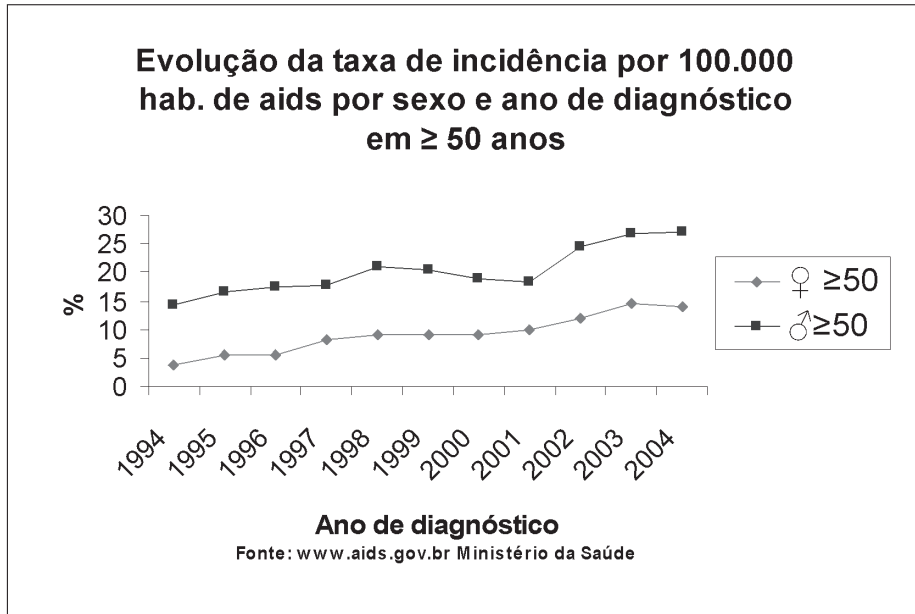
Quadro I

A ESCALADA DA AIDS			
<i>Casos confirmados da doença no Brasil, segundo faixa etária e ano de diagnóstico</i>			
Mulheres	1991	2001	Evolução
13 a 24 anos	445	1.148	+ 158%
25 a 34 anos	834	3.052	+ 266%
35 a 49 anos	481	2.689	+ 459%
Mais de 50	117	780	+ 567%
Homens	1991	2001	Evolução
13 a 24 anos	1.609	1.056	- 34%
25 a 34 anos	4.271	5.153	+ 21%
35 a 49 anos	2.912	5.620	+ 93%
Mais de 50	639	1.265	+ 98%
Fonte: www.aids.gov.br Ministério da Saúde - Brasília			

¹ Universidad de Barcelona, jpeixoto@uoc.edu

² Kleber Mauricio Gessolo, Psicólogo especialista da Prefeitura Municipal de Matão - SP

Gráfico I



Enquanto isso, as campanhas de prevenção são estreladas por celebridades quase adolescentes.

A concepção arraigada na sociedade de que sexo é prerrogativa da juventude contribui para manter desassistida essa parcela da população. Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em janeiro, sobre o comportamento sexual dos brasileiros mostrou que 67% da população entre 50 e 59 anos se diz sexualmente ativa. No grupo acima de 60 anos, o índice também é expressivo: 39%. A média de relações na parcela acima de 50 anos é de 6,3 ao mês. A responsabilidade por isso se deve, em parte, à difusão dos fármacos para a disfunção erétil. A longevidade sexual da população está aumentando e a prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis precisa ser intensificada.

Do total de casos confirmados de Aids no Brasil, 6% eram verificados em pessoas acima de 50 anos em 1991. Dez anos depois (última data com dados completos disponíveis), o índice havia subido para 11%. Nos Estados Unidos, o cenário é o mesmo. Os casos de Aids na população acima de 50 anos quintuplicaram na última década. As autoridades tentam amenizar os fatos, mas o problema é concreto e alarmante. É preciso desmistificar a idéia de que só jovem se contamina com o HIV.

Métodos

Neste estudo optamos por utilizar uma dupla abordagem metodológica: qualitativa e quantitativa.

A pesquisa foi realizada qualitativamente com 12 indivíduos de ambos os sexos que

frequentavam o ambulatório do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Nesta primeira fase do estudo qualitativo, optou-se por desenvolver-lo em duas etapas: entrevistas individuais e oficinas de sexo seguro e DST/AIDS. Foram realizadas 12 entrevistas individuais, semi-estruturadas, cujo roteiro incluía: nível de escolaridade, situação conjugal, renda, religião, uso de preservativo, percepção da própria vulnerabilidade ao HIV, opinião sobre o casamento, fidelidade, sexualidade e conhecimento sobre DST e AIDS. Os critérios de elegibilidade para as entrevistas foram: indivíduos de ambos os sexos (5 de vulnerabilidade ao HIV, opinião sobre o casamento, fidelidade, sexualidade e conhecimento sobre DST e AIDS). Os critérios de elegibilidade para as entrevistas foram: indivíduos de ambos os sexos (5 de AIDS, com idade igual ou superior aos 50 anos. Todos os entrevistados eram casados e tinham filhos. Todos os entrevistados assinaram consentimento pós-informado, tendo sido resguardados sua confiabilidade e anonimato. Além disso, durante o período de realização destas entrevistas foram distribuídos preservativos e folhetos educativos sobre DST/AIDS. As entrevistas foram interpretadas utilizando-se a análise de conteúdo.

E quantitativamente a amostra foi constituída por 76 indivíduos de ambos os sexos (40 @& e 36 B&) portadores de HIV que frequentavam o Centro de Referência e Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (CRT DST/AIDS - Secretaria de Estado da Saúde, SP). Os dados foram colhidos por meio de questionários com perguntas fechadas e abertas. Todos/as tinham idades igual ou superior aos 50 anos, de classe social variada, mas com um ponto em comum: a infecção do HIV foi por via sexual. As variáveis investigadas foram: dados demográficos, estrutura familiar, conhecimentos sobre aids, percepção de risco, mudanças ocorridas na vida após o diagnóstico, sexualidade, parceiro atual, uso de preservativo, impacto do resultado em suas vidas depois de saberem ser portadores do vírus, expectativas para o futuro, consumo de álcool e uso de fármacos para a disfunção erétil. Para análise dos dados, utilizou-se o SPSS – Statistical Package for Social Sciences – versão Windows 8.0.

Discussão

Como demonstram os resultados a maioria adquiriu o vírus depois dos 50 anos, em relações heterossexuais. A maioria dos indivíduos desta faixa etária que se deparam com a doença tendem ao isolamento. Enquanto podem, escondem o diagnóstico da família, dos vizinhos e dos amigos. Ainda não estão articulados em grupos de auto-ajuda nem dispõem de ambulatórios especializados em lidar com a complexa experiência de envelhecer com Aids. Raramente têm com quem dividir inseguranças e abominam ser alvo de discriminação. O preconceito, em muitos casos, brota de dentro para fora e os impede de falar a verdade. Aos 58 anos, a paulista Eliana Santos vai contra a corrente e não esconde que convive com o vírus. 'Sou pobre, preta, mulher. Vou ter medo de mais algum preconceito?' Eliana descobriu o HIV há cinco anos, quando já estava separada do marido e havia tido vários parceiros. Não sabe quem a infectou, mas tem certeza de que pegou Aids por fazer sexo sem preservativo. 'Minha filha, então com 18 anos, ficou revoltada e me censurou', conta. A empregada doméstica soube se impor e procurar tratamento. Sobrevivente de um derrame cerebral e em luta contra a hipertensão, Eliana coordena um grupo de apoio a soropositivos na cidade de São Paulo. 'Mulher da minha geração vê preservativo como anticoncepcional. Quando entra na menopausa, acha que não precisa mais. Acaba infectada.'

Desde 1998, o lançamento de remédios que melhoram o desempenho sexual aumentou a qualidade e a frequência das relações. Os idosos vivem mais e melhor e se sentem seguros

nas investidas amorosas. O problema é que a mensagem do sexo sem limitações não veio acompanhada de educação para o uso do preservativo. 'Vemos o Pelé divulgando o Viagra, mas nenhum idoso aparece na TV falando de Aids', diz Manuel arquiteto de 61 anos e soropositivo. Numa tentativa de mudar este panorama o governo do estado de São Paulo a través da sua Secretaria de Estado da Saúde em colaboração com o Programa Nacional de DST/AIDS, está levando a cabo parcerias com instituições como Sesc e Sesi para levar noções de sexo seguro aos grupos de Terceira Idade. 'Não descartamos a idéia de criar campanhas de TV para idosos. Precisamos mobilizar essa população' diz a responsável do programa do estado Maria Clara Gianna diretora do **Centro de Referência e Treinamento de AIDS**.

As drogas contra impotência não podem ser diretamente responsabilizadas pelo avanço da epidemia na maturidade. O remédio mais antigo foi lançado há apenas cinco anos e os dados epidemiológicos referem-se a infeções que provavelmente ocorreram há mais tempo. Afinal, os sintomas da doença podem levar até oito anos para aparecer nos idosos. Mas sem dúvida o Viagra e seus sucedâneos induziram mudanças de comportamento que abrem espaço para o sexo desprotegido. Entre os idosos que se descobrem portadores do vírus, há dois perfis clássicos: o do homem casado que se contamina com uma parceira mais jovem e o das viúvas que redescobrem o sexo. Em qualquer dos casos, o preconceito é enorme. São muitos os obstáculos ao uso do preservativo: os homens temem perder a ereção e ainda acham que o cuidado só é necessário nas relações com prostitutas. As mulheres não sentem necessidade de exigir o preservativo. Fazer sexo sem preservativo é particularmente arriscado depois da menopausa, quando as paredes vaginais se tornam mais finas e ressecadas, favorecendo o surgimento de ferimentos que abrem caminho para o HIV. Os raros estudos internacionais sobre a infeção em idosos indicam que até 37% dos pacientes acima de 50 anos morrem no mesmo mês em que descobrem a doença. Entre 13 e 49 anos, esse índice é de 10%.

O diagnóstico tardio é uma das principais razões de morte precoce. Os médicos costumam associar os sintomas a outras doenças (Alzheimer, câncer, tuberculose) e passam meses em investigações infrutíferas até desconfiar de Aids. É importante que ao receber um idoso no consultório ou no posto de saúde, mesmo que seja apenas para medir a pressão arterial, o profissional o alerte sobre a importância da prevenção, da mesma forma que se fala ao adolescente, pois que, ainda existe o tabú de se falar sobre a sexualidade na terceira idade.

As interações do coquetel com outros medicamentos já utilizados pelos idosos também produzem reações indesejáveis. Com a imunidade enfraquecida, eles morrem por qualquer resfriado banal. Envergonhados, isolados e censurados pela família "Tenho vergonha de mim mesmo" desabafa Thomaz, 59 anos comerciante, casado, pai de 3 filhos e avô de 2 netos.

Conclusões

A prevenção às DST/AIDS entre os maiores de 50 anos é algo muito complexo como vimos e representa um desafio para as atuais políticas de saúde pública que concentra sua atenção na população jovem (entre os 20 e os 34 anos). A concepção arraigada na sociedade de que sexo é prerrogativa da juventude contribui para manter desassistida essa parcela da população com idade acima de 50 anos. Primeiro porque os idosos não são assexuados, como muitos pensam. Depois, os profissionais que lidam com este público têm muita dificuldade em abordar a sexualidade. E por último, o preservativo não faz parte da realidade deles e as campanhas realizadas são voltadas aos jovens.

Os programas de prevenção do HIV devem considerar também aspectos psicológicos, socioeconômicos e culturais que interferem na vulnerabilidade deste grupo etário, antes e depois da infecção. Para haver maior alcance de suas ações, os programas devem desenvolver-se nos locais frequentados por estes (centros de dia, centros recreativos, salas de baile, bingos, etc.) e utilizar uma linguagem específica para este grupo.

Referências

- Azambuja, K. F. (2000) Perfil do paciente HIV+ com mais de 60 anos no estado do Rio de Janeiro. In: *Fórum*, 1; Conferência de Cooperação Técnico Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST, 2, Rio de Janeiro, p.287-288.
- Knodel, J. et al. (2002) The impact of the AIDS epidemic on older persons. In: *Aids*, nº. 16, (1).p.75-87.
- Silva, L. Et al. (2005) Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da AIDS. In: *Prevenção da Sida. Um desafio que não pode ser perdido*. VI Congresso Virtual HIV/AIDS, Lisboa, p. 109-114.

TRANSMISSÃO MÃE-FILHO DO VIH-1 E VIH-2: ANÁLISE DE CASOS RECEBIDOS NO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA DA SIDA ENTRE 1999 E 2005

Pádua E¹ - Lisboa - Portugal

INTRODUÇÃO

Um ano após a notificação do primeiro caso de SIDA num homem adulto em 1981, foram notificados ao *CDC* os primeiros casos de SIDA em mulheres e crianças. Em menos de uma década, a SIDA tornou-se a maior causa de morte em mulheres com menos de 45 anos de idade e em crianças, entre o primeiro e o quinto ano de vida. A transmissão mãe-filho é a principal via de infecção VIH em crianças e jovens com menos de 15 anos de idade. Dos 5 milhões de crianças infectadas, cerca de 90% nasceram no continente africano. A transmissão pode ocorrer no útero, principalmente no último trimestre de gestação, durante o desenvolvimento do trabalho de parto e na fase de expulsão, ou inclusivamente após o nascimento, por ingestão de leite materno. Na ausência de qualquer intervenção preventiva, o risco de transmissão da infecção VIH-1 a uma criança nascida de mãe infectada, pode variar entre 15% a 25% nos países industrializados e de 25% a 35% nos países considerados em vias de desenvolvimento. Estas diferenças podem ser explicadas pela frequência e duração do período de amamentação.

Contudo, nos últimos anos, o espectro da infecção/doença pediátrica por VIH foi visivelmente melhorado. Um dos maiores avanços no combate à infecção foi a prevenção da transmissão mãe-filho do VIH através da implementação de medidas, clínicas e terapêuticas específicas, na grávida infectada e no recém-nascido, no sentido de evitar a transmissão do vírus¹. Em países onde existe acesso a fármacos anti-retrovíricos, a administração de regimes terapêuticos que provaram ser eficientes, tem permitido reduzir as percentagens de transmissão para valores inferiores a 2%. A prática introduzida do rastreio de anticorpos anti-VIH em grávidas, conduziu também ao declínio na transmissão da infecção VIH, possibilitando nestas mulheres um tratamento precoce e cuidados especiais de saúde. Porém, apesar do aparecimento de diferentes opções terapêuticas na última década e das várias medidas preventivas adoptadas, a transmissão mãe-filho do VIH continua a ocorrer em países desenvolvidos.

¹ Investigadora Auxiliar, Laboratório de Referência da SIDA, Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge

Um diagnóstico precoce da infecção VIH num recém-nascido é considerado essencial, pois permite a implementação adequada e em tempo oportuno, de uma estratégia clínica para reduzir a probabilidade de aparecimento de sintomas e imunodeficiência nos primeiros anos de vida destas crianças. Recomendações do *CDC* salientam a necessidade de detectar a presença de VIH em recém-nascidos de mães infectadas através da utilização de técnicas de cultura ou de pesquisa de ácidos nucleicos^{2,3}. Apesar da cultura ter sido inicialmente recomendada, foi rapidamente substituída na prática, pela técnica de PCR (*polymerase chain reaction*) para detecção do DNA proviral do VIH (vírus integrado no genoma celular), sendo este um ensaio válido e adequado, de maior sensibilidade e de resposta mais rápida para o diagnóstico precoce da infecção^{4,5}. Esta técnica é actualmente considerada *gold standard* para o diagnóstico da transmissão mãe-filho do VIH.

Desde 1992 que o Laboratório de Referência da SIDA utiliza, neste âmbito ensaios para pesquisa de DNA proviral do VIH-1 e VIH-2, como metodologias de eleição. Com base no conhecimento sobre a elevada diversidade de vírus em circulação na população do País⁶, o algoritmo experimental foi alterado e implementado após 1998, pela inclusão do estudo prévio de uma amostra materna, no sentido de confirmar se os *primers* utilizados na reacção de amplificação são potencialmente capazes de detectar o vírus ao qual a criança foi exposta. Este procedimento laboratorial, recomendado cinco anos depois nas *guidelines* publicadas na *Communicable Disease and Public Health*⁷, pode reduzir o risco de resultados falsos negativos, quer pela ocorrência de *primer-template mismatches*^{8,9} devida à diversidade genética dos vírus, quer pela profilaxia pós-exposição que atrasa o aparecimento de marcadores da infecção VIH⁷.

Entre 1999 a 2005, e no âmbito da aplicação de técnicas de PCR DNA para o diagnóstico da transmissão mãe-filho do VIH-1 e VIH-2, foram recebidas no Laboratório de Referência da SIDA, cerca de 5800 amostras de sangue, provenientes de diferentes Instituições de Saúde Nacionais. Estas amostras correspondem ao estudo de 1450 crianças em risco de infecção VIH (em média 207 crianças/ano) e respectivas mães.

OBJECTIVO

Determinar a evolução das taxas de transmissão do VIH-1 e VIH-2 durante um período de sete anos (1999 to 2005), de forma a avaliar a situação epidemiológica após a implementação nacional das medidas terapêuticas e clínicas de prevenção da transmissão mãe-filho do Vírus da Imunodeficiência Humana.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização da população em estudo:

Entre Janeiro de 1999 a Dezembro de 2005 e, em acordo com o algoritmo para diagnóstico da Transmissão mãe-filho seguido no laboratório, foram recebidas 5800 amostras, correspondentes a 1450 recém-nascidos e respectivas mães infectadas pelo VIH, provenientes de 28 Instituições de Saúde (Maternidades e Hospitais) das regiões Centro e Sul de Portugal (**Tabela 1**). Foram analisados os dados demográficos e clínicos disponibilizados, incluindo a informação sobre o cumprimento das estratégias de prevenção (sim/não) da transmissão mãe-filho. A taxa anual de transmissão do VIH foi determinada atendendo ao ano de nascimento das crianças em estudo.

INSTITUIÇÕES DE SAÚDE ENVOLVIDAS	CRIANÇAS EM RISCO DE INFECÇÃO VIH
Maternidade Alfredo da Costa	426
Hospital Fernando Fonseca	250
Hospital Santa Maria	169
Hospital São Francisco Xavier	126
Hospital Garcia da Orta	104
Hospital São Bernardo	51
Maternidade Bissaya Barreto	45
Hospital Conde Castro Guimarães	44
Hospital Pediátrico de Coimbra	39
Hospital Distrital de Faro	35
Maternidade Daniel de Matos	34
Hospital Distrital de Santarém	22
Hospital Distrital de Évora	17
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia	15
Hospital Distrital de Abrantes	13
Hospital Distrital de Beja	13
Centro Hospitalar Caldas da Rainha	7
Hospital Distrital de Aveiro	7
Hospital de Santo André	7
Hospital Nossa Senhora do Rosário	7
Hospital de Portalegre	4
Hospital de Torres Vedras	4
Hospital de Castelo Branco	3
Hospital de Torres Novas	2
Hospital de Tomar	2
Hospital Distrital da Figueira da Foz	2
Outras Instituições	2
TOTAL	1450

Tabela 1 – Proveniência das amostras no período de estudo.

Periodicidade das colheitas, algoritmo laboratorial e critérios de interpretação:

a) Na maioria dos recém-nascidos, a primeira amostra de sangue foi colhida 48 horas após nascimento e recebida no laboratório simultaneamente com amostra de sangue materno. A cronologia das colheitas subsequentes, dependente da planificação e aderência às consultas, foi para a maioria dos casos a seguinte: a 2^a amostra colhida entre o 1^o e 2^o mês de vida, a 3^a amostra entre o 2^o e 4^o mês de vida e a 4^a amostra próximo do 6^o mês de vida da criança.

b) O DNA foi extraído a partir de células do sangue periférico por colunas *QIAamp DNA blood Midi kit (Qiagen)* usando o procedimento recomendado pelo fabricante.

c) A detecção de DNA proviral do VIH-1 e/ou VIH-2 foi efectuada utilizando uma

reação *in-house* de *nested*-PCR com *primers* específicos para a região *pol* e/ou LTR do genoma do VIH-1 e VIH-2. Os *primers* e as condições de amplificação utilizados foram os referidos na literatura^{10,11,12}. Controlos negativos e positivos foram incluídos em todas as séries de PCR efectuadas, tendo sido seguidas as linhas de orientação e os procedimentos práticos no sentido de evitar contaminações.

d) Os produtos foram visualizados em gel de agarose a 1,6% contrastado em brometo de etídio (0,5mg/ml).

e) O diagnóstico de infecção na criança foi confirmado através de resultados positivos em duas amostras consecutivas. Resultados consistentemente negativos, até aos seis meses de vida da criança em estudo, indicaram não ter ocorrido transmissão do vírus.

RESULTADOS

Do total de 1450 crianças seguidas laboratorialmente, 1312 estavam em risco de infecção por VIH-1, 132 por VIH-2 e 6 por ambos os vírus. A transmissão vertical foi confirmada em 47 casos para o VIH-1 e em 2 casos para o VIH-2 (Figura 1). A taxa global de transmissão mãe-filho do VIH encontrada foi de 3,4% (Tabela 2).

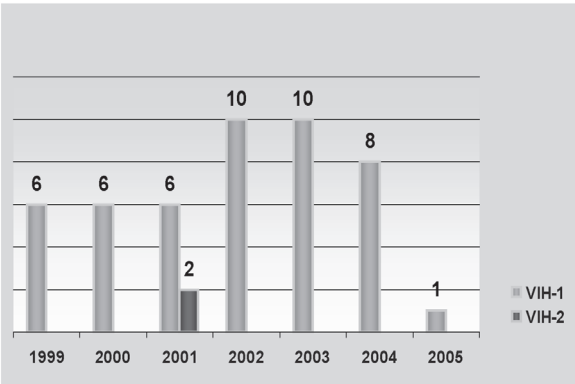


Figura 1 – Número de casos de transmissão mãe-filho do VIH

RESULTADOS <i>Nested</i> PCR (DNA)	VIH-1	VIH-2	VIH-1 e VIH-2	TOTAL (n) (%)
NEGATIVO	1266	130	5	1401 96.6%
POSITIVO	46	2	1*	49 3.4%
Total (n) (%)	1312 90.5%	132 9.1%	6 0.4%	1450 100.0%

Tabela 2- Total de crianças em risco para VIH-1 e/ou VIH-2.

* - Criança infectada por VIH-1.

· Durante o período em estudo foi observado um decréscimo significativo das proporções de transmissão mãe-filho do VIH, alcançando no ano de 2005 um valor mínimo de 0,4% (Figura 2) ao qual foi associado uma percentagem máxima de cumprimento das estratégias de prevenção que atingiu 83,1% (Figura 3).

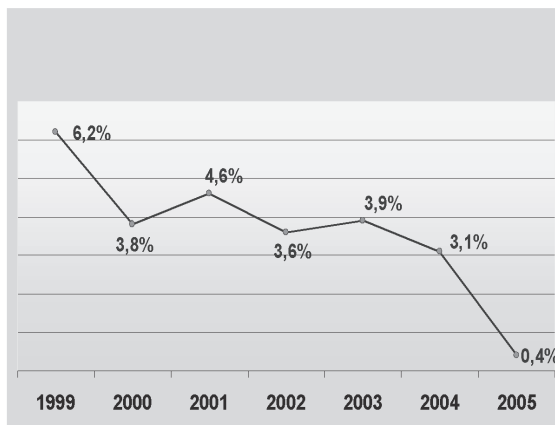


Figura 2 – Proporção anual de casos de Transmissão Vertical do VIH

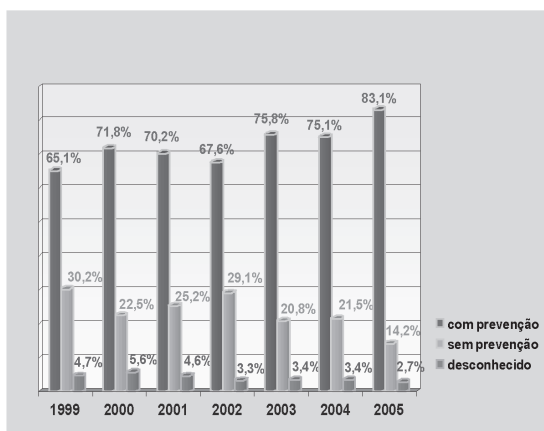


Figura 3 – Distribuição percentual de mães VIH-1 atendendo à prevenção

· A maioria das crianças verticalmente infectadas (77,6%, n=38) nasceram de mães que não cumpriram medidas de prevenção durante a gravidez (Figura 4). A transmissão mãe-filho do VIH ocorreu em 10,6% dos casos em que não foram seguidas medidas de prevenção e em apenas 0,8% dos casos em que essas medidas foram cumpridas. Uma associação estatisticamente significativa foi observada entre as taxas de transmissão do VIH e a falta de prevenção (*T. exacto de Fisher, p<0.0001*) (Figura 5).

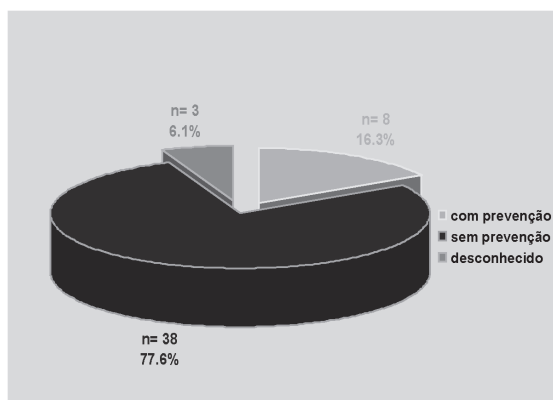


Figura 4 – Distribuição das crianças infectadas com VIH

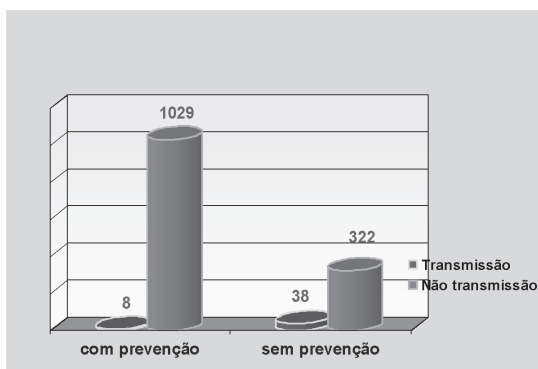


Figura 5 – Distribuição do total dos casos estudados atendendo à prevenção

- Um diagnóstico feito antes do 7º dia de vida da criança foi conseguido em 22 (64,7%) dos 34 recém-nascidos cuja primeira amostra foi colhida no período recomendado. No entanto, independentemente da altura da primeira colheita, o diagnóstico da infecção VIH foi realizado numa primeira amostra em 36 (73,5%) do total das 49 crianças infectadas.
- Não foi observada associação entre a transmissão do VIH e o género das crianças infectadas (Figura 6).

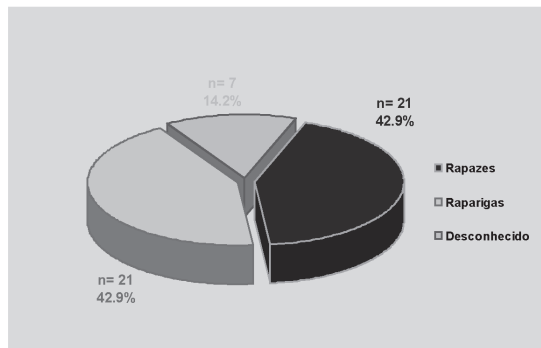


Figura 6 – Distribuição de crianças infectadas com VIH por género

· Relativamente à prevenção da transmissão mãe-filho do VIH-2, os resultados revelaram uma elevada percentagem de mães que não cumpriram qualquer medida de prevenção (Figura 7).

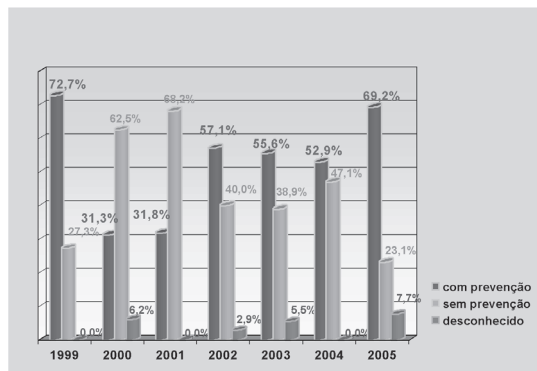


Figura 7 – Distribuição percentual dos casos de mães VIH-2 atendendo à prevenção

CONCLUSÃO

O algoritmo utilizado no laboratório, baseado em técnicas de PCR para pesquisa de DNA proviral mostrou ser eficiente para um diagnóstico precoce da transmissão mãe-filho do VIH -1 e VIH-2 (inferior aos 2 meses de vida). Apenas em 3 casos (6,1%), o diagnóstico da infecção foi efectuado entre os 2 e os 4 meses de vida, correspondendo à terceira amostra da criança em estudo. Em apenas um caso, ocorreu um diagnóstico tardio, aos 15 meses de vida da criança, tendo esta sido seguida em protocolo até aos 4 meses de vida. Contudo, em análise retrospectiva das 3 amostras enviadas ao laboratório (4 dias, 2 e 4 meses de vida), não foi detectado nesse período um pico de antígeno a que pudesse corresponder uma infecção e todas as determinações de RNA do VIH-1 foram indetectáveis nessas amostras. Por outro lado, foi observada uma elevada sensibilidade da técnica, sendo a proporção de

insucesso na amplificação de amostras maternas dentro dos limites esperados (inferior a 5%) e correspondendo na maioria a casos em terapia anti-retrovírica, com duas ou mais drogas, valores indetectáveis de vírus em circulação plasmática e com valores de CD4 superiores a 500 células/mL

Durante o período de estudo, foi observada uma irregular e baixa intervenção preventiva da transmissão mãe-filho do VIH-2, comparativamente com a infecção VIH-1, indicando a necessidade de definir estratégias nacionais de prevenção, específicas para este tipo de vírus em circulação na população. Contudo, ocorreram apenas dois casos de Transmissão Vertical do VIH-2, confirmando que neste contexto a transmissão deste tipo de vírus é um acontecimento raro.

A globalidade dos resultados revelou um decréscimo de transmissão do VIH associado a um aumento do cumprimento das medidas de prevenção ao longo dos anos. Porém, continuam a existir casos de mulheres grávidas cujo *status* serológico para o VIH é desconhecido até à data do parto. Por isso sugere-se, um reforço na implementação nacional do rastreio da infecção VIH, antes e durante a gravidez, seguindo a directiva da Direcção-Geral da Saúde (circular normativa N°1/DSMIA) que será um caminho importante para uma intervenção eficaz na redução da transmissão mãe-filho do VIH no país.

APÊNDICE

Profissionais de Saúde e Instituições que colaboraram no protocolo laboratorial para o estudo da transmissão mãe-filho do Vírus da Imunodeficiência Humana:

J. Castela, A. Birne, J. Nona (Maternidade Alfredo da Costa); C. Neves (Hospital Dr Fernando da Fonseca); M. Pinheiro, A. Mouzinho, A. F. Prata (Hospital de Santa Maria); E. Reis, M. Tuna (Hospital São Francisco Xavier); I. Soares, G. Caldas (Hospital Garcia de Orta); M. Fialho, A. M. Martins (Hospital Conde Castro Guimarães); H. Loreto (Hospital Distrital de Torres Vedras) [LISBOA]. L. Caturra (Hospital São Bernardo); T. Ferreira, L. Cabrita (Hospital Nossa Senhora do Rosário); [SETÚBAL]. V. Cardoso, A. Silva Coelho (Maternidade Bissaya Barreto); M. Branco, V. Martins (Maternidade Daniel de Matos); M. G. Rocha (Hospital Pediátrico de Coimbra); L. Martins (Hospital Distrital da Figueira da Foz); [COIMBRA]. M. J. Virtuoso, T. Campos (Hospital Distrital de Faro); [FARO]. E. Oliveira (Hospital Distrital de Santarém); M. A. Ferreira (Hospital Doutor Manoel Constâncio); P. F. Silva (Hospital Rainha Santa Isabel); P. Moreira (Hospital Distrital de Tomar) [SANTARÉM]. M. M. Flores (Hospital de Aveiro); [AVEIRO]. V. Inês (Hospital Doutor José Maria Grande) [PORTALEGRE]. J. Agro (Hospital Santo André); J. P. Luis, F. Rebelo (Hospital das Caldas da Rainha) [LEIRIA]. A. João (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia); [PORTO]. F. Ferreira (Hospital José Joaquim Fernandes) [BEJA]. F. Dinis (Hospital Espírito Santo) [ÉVORA].

BIBLIOGRAFIA

- 1- Kourtis AP, and Duett A. Prevention of Perinatal HIV Transmission: a review of novel strategies. *Expert Opin Investig Drugs* 2003; 12(9):1535-1544.
- 2- Schneider, K. The diagnosis of HIV infection in at-risk infants: a critical Review (2000): At <http://pangloss.ucsfmedicalcenter.org/Education/CritRev/pedHIVSchneider.html#2>
- 3- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. *MMWR* 1998; 47 (Nº RR-4)
- 4- Nourse CB, Butler KM. Perinatal transmission of HIV and diagnosis of HIV infection in infants: a review. *Irish J Med Sci* 1998; 167: 28-32.
- 5- Pugatch, D. Testing infants for human immunodeficiency virus infection. *Pediatr Infect Dis J*. 2002; 21 (7): 711-712.
- 6- Esteves A, Parreira R, Venneno T, Franco M, Piedade J, Germano De Sousa J, Canas-Ferreira W. Molecular epidemiology of HIV Type 1 in Portugal: High Prevalence of Non-B Subtypes. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2002; 5(18): 313-325.
- 7- Pary, J V.; Mortimer, PP; Perry K R.; *et al.* Towards error-free HIV diagnosis: guidelines on laboratory practice. *Communicable Disease and Public Health*, 6(4): 334-350
- 8- Haas, J.; Geiss, M. and Bohler, T. False-Negative Polymerase Chain Reaction-Based Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Type 1 in Children Infected with HIV Strains of African Origin. *The Journal of Infectious Diseases* 1996; 174:244-5
- 9- O'Shea S.; Mullen, J. *et al.* Pediatric diagnosis of Human Immunodeficiency Virus type 1 infection: the problem of false negative DNA Polymerase Chain Reaction results. *Pediatr Infect Dis J*. 2003 May; 22(5):476-7
- 10- Berry N J, Ariyoshi K, Jaffar S, *et al.* : Low peripheral blood viral HIV-2 RNA in individuals with high CD4 percentage differentiates HIV-2 from HIV-1 infection. *J Hum Virol* 1998; 1: 457-468.
- 11- Semple M, Loveday C, Weller I, and Tedder R. Direct Measurement of Viraemia in Patients Infected With HIV-1 and Its Relationship to Disease Progression and Zidovudine Therapy. *Journal of Medical Virology* 1991; 35: 38-45.
- 12- Berry N, Ariyoshi K, Jobe O, *et al.*: HIV type 2 proviral load measured by quantitative polymerase chain reaction correlates with CD4+ lymphopaenia in HIV type-2-infected individuals. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1994; 10: 1031-1037.

A PATOLOGIA ORAL EM DOENTES HIV

Alves L^a, Lavandeira T A^b, Mota M^c, Vieira R^d - Felgueiras - Portugal

INTRODUÇÃO

O Médico Dentista desempenha um papel importante no diagnóstico e tratamento dos pacientes portadores de HIV, tendo em vista que na sua maioria, a primeira manifestação é na cavidade oral, o que pode valorizar o prognóstico da doença

Ao fazer parte de equipas multidisciplinares, o Médico Dentista, tem entre outras atribuições, promover e adequar a saúde oral destes pacientes permitindo-lhes melhorar a sua qualidade de vida. A principal característica da infecção pelo HIV é a diminuição progressiva da imunidade celular e o consequente aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias malignas.

A cavidade oral encontra-se entre os diversos órgãos e sistemas que podem ser afectados, apresentando uma ampla variedade de manifestações, como a candidíase, ulcerações da mucosa, eritema gengival linear, periodontite necrosante aguda, sarcoma de Kaposi e linfoma não-Hodgkin, entre outras.

Os factores que predispõe as lesões orais são a existência de células CD4+ <200 células/mm³, a xerostomia, a fraca higiene oral e hábitos tabágicos.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo pretendia avaliar a existência de patologia oral e manifestações orais associadas ao HIV. No estudo participaram 46 pacientes portadores do vírus HIV, de ambos os sexos. O estudo realizou-se na Unidade de Doenças Infecto-contagiosas do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Foi avaliada a existência de lesões orais (ex.: candidíase, HSV-1, sarcoma de Kaposi, linfoma de não-Hodgkin, HPV, CMV) mais frequentemente associadas

^{a)} La Salette Alves, Médica Dentista, lasaletealves@gmail.com

^{b)} Teresa Alexandra Lavandeira, Médica Dentista

^{c)} Margarida Mota

Assistente Hospitalar de Medicina Interna - C. H. Gaia

^{d)} Rosas Vieira, Chefe de Serviço de Medicina Interna - Director do Serviço de Medicina Interna do C. H. Gaia

ao HIV e foi determinado: o índice CPO, a existência de patologias periodontais/gengivais (*Classification System for Periodontal Diseases and Conditions de Gary C. e Armitage*), a frequência de escovagem e a presença de reabilitação protética (fixa/removível). A avaliação foi determinada através de um inquérito e pela observação clínica dos doentes.

RESULTADOS

Nestes 46 pacientes a leitura dos dados que obtivemos pareceu-nos de melhor compreensão se apresentada em gráficos e tabelas que iremos comentando à medida que forem sendo apresentados.

Na amostra estudada, 12 dos pacientes (26%) eram do sexo feminino e 34 (74%) do sexo masculino.

Estavam medicados com terapêutica antiretroviral (tab.1), 22 pacientes do sexo masculino e 11 do sexo feminino.

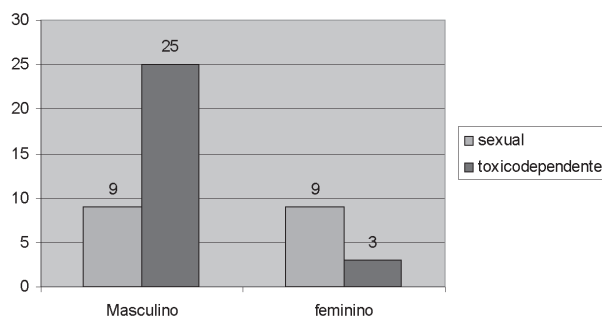
Sexo	N.º de infectados que estavam a fazer terapêutica antiretroviral	N.º de infectados que não estavam a fazer terapêutica antiretroviral
Masculino	22	12
Feminino	11	1

Tab. 1 – Terapêutica antiretroviral.

No Gráfico 1 – Vias de Transmissão. Pelos dados verificamos que a amostra estudada, apresentava mais infectados na via da toxicodependência, porque 28 dos 46 pacientes de ambos os sexos foram assim infectados. Destes 28 pacientes, 25 (54,3%) são homens, enquanto 3 (6,5%) são mulheres.

Olhando a gráfico 1, poderemos ver que é igual o número de infectados pela via sexual em ambos os sexos mas, ao inserirmos os dados, o peso que cada um dos sexos representa na amostra, vemos então uma outra verdade. Nas 12 mulheres pesquisadas no total existem 9 infectadas por esta via, o que significa uma grande percentagem de 75% dos pacientes do sexo feminino, enquanto que nos 34 pacientes do sexo masculino os tais 9 infectados só representam 26,1% do seu todo.

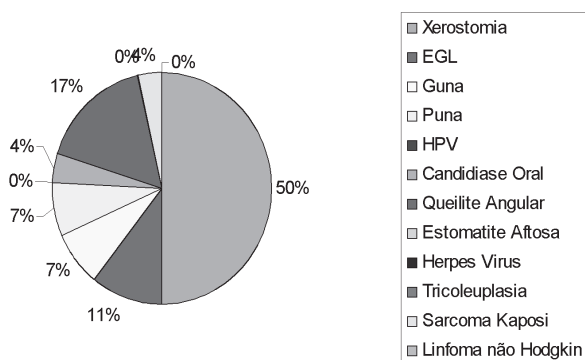
Nestes 9-a-9, afinal mostra-se que os infectados masculinos pela via sexual são quase três vezes menos que os do sexo feminino. Falso empate.



Gráf. 1 – Vias de Transmissão.

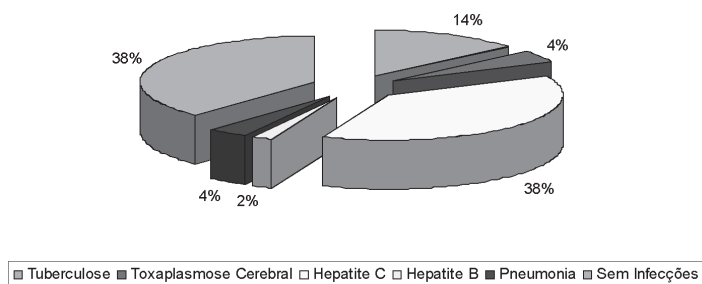
No Gráfico 2 podemos ver a representação das patologias e manifestações orais que, na mesma amostra, nos apareceram ligadas ao HIV. Metade do círculo representa os pacientes com Xerostomia, 17% dele os pacientes com Queilite Angular, 11% aqueles que apresentavam Eritema Gengival Linear e com uma igual percentagem de 7% vemos no mesmo círculo os pacientes com GUNA (Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda) e PUNA (Periodontite Ulcerativa Necrosante Aguda). Finalmente a ocuparem cada uma com 2% aparecem-nos a Candidíase Oral e o Sarcoma de Kaposi.

O Linfoma Não-Hodgking, a Tricoleuplasia, a Estomatite Aftosa e o Herpes Vírus não foram por nós encontrados em nenhum paciente desta amostra.



Gráf. 2 – Patologias e manifestações orais associadas ao HIV.

No Gráfico 3 apontamos “Outras Infecções Associadas” que existiam nos pacientes do nosso estudo, e pela mesma prática de forma circular pode-se ver que a maior parte dos infectados com HIV têm outras infecções associadas, já que só 38% dos pacientes da amostra não apresentam infecções associadas. Já 38% tinham Hepatite C, 14% Tuberculose, e com a percentagem de 4% aparecem-nos as Pneumonia e Toxoplasmose Cerebral. Finalmente com 2%, a Hepatite B.



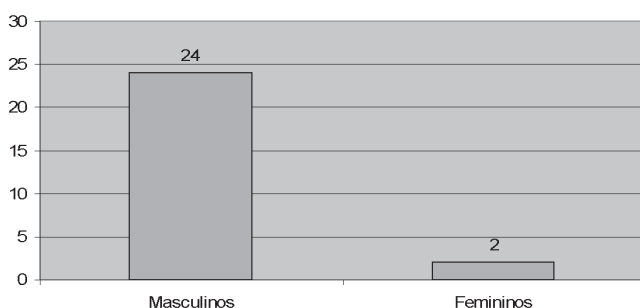
Gráf. 3 – Outras infecções associadas ao HIV.

Relacionando a Xerostomia com as patologias e manifestações orais na amostra, podemos afirmar que: todos os pacientes com GUNA, PUNA, EGL, Candidíase Oral e Sarcoma de

Kaposi tinham Xerostomia. Por outro lado, alguns pacientes com Xerostomia não tinham GUNA, PUNA, EGL.

Constatou-se que 7 dos 9 pacientes infectados com Queilite Angular tinham Xerostomia.

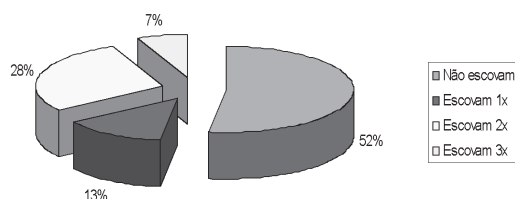
No Gráfico 4 verifica-se que 24 (70,5%) homens dos pacientes da amostra fumavam e que 2 (16,6%) mulheres o faziam.



Gráf. 4 – Pacientes fumadores com HIV.

Em relação aos hábitos tabágicos podemos afirmar que a maioria dos pacientes com Xerostomia eram fumadores (18). Todos os pacientes com GUNA, PUNA, Candidíase Oral e Sarcoma de Kaposi eram fumadores. Já 50% dos pacientes com EGL eram fumadores e 77,7% dos pacientes com Queilite Angular eram fumadores.

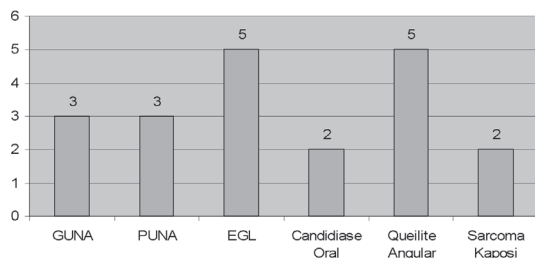
Relativamente à Higiene Oral (gráfico 5), verificamos que 52% não escovavam os dentes, 13% escovavam os dentes uma vez por dia, 28% escovavam os dentes duas vezes por dia e 7% escovavam os dentes três vezes por dia.



Gráf. 5 – Hábitos de Higiene Oral em portadores de HIV.

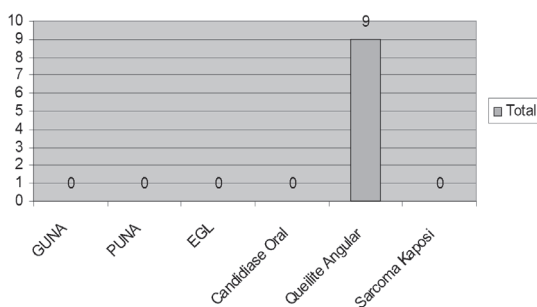
No Gráfico 6 relacionamos os hábitos de escovagem com as patologias encontradas. Verificou-se que 75% dos infectados com GUNA e PUNA não escovavam os seus dentes, 25% com GUNA escovavam-nos uma vez por dia, 83% dos infectados com EGL não escovavam os dentes, 17% com EGL escovavam-nos uma vez por dia, 100% dos infectados com Candidíase Oral não escovavam os dentes, 100% dos infectados com Sarcoma de Kaposi não escovavam os dentes, 55% dos infectados com Queilite Angular não escovavam

os dentes, 22,2% escovavam-nos uma vez por dia e 22,2% escovavam-nos duas vezes por dia.



Gráf. 6 – Hábitos de Higiene Oral e patologias associadas em portadores de HIV.

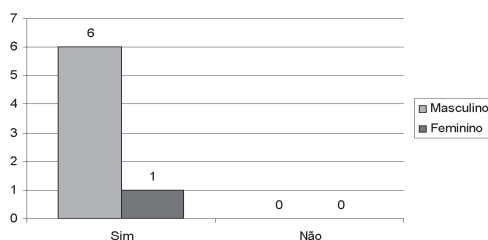
No Gráfico 7, relativa ao uso de uma Solução de Bochecho, 11,1% dos infectados com Queilite Angular fizeram bochechos. Nas restantes patologias não houve quem fizesse bochechos.



Gráf. 7 – Hábitos de Bochechos e patologias associadas em portadores de HIV.

Nenhum dos pacientes da amostra utilizava fio dentário.

No Gráfico 8, relativamente à Reabilitação Protética, verificamos que os infectados do sexo masculino que usam prótese são seis vezes mais do que os do sexo feminino. É muito pequeno o número de infectados que usam prótese (15,6%) e todas estas são acrílicas.



Gráf. 8 – Reabilitação Protética em portadores de HIV.

Relativamente ao Índice CPO (tab. 2), que consiste na soma dos dentes definitivos cariados (C) perdidos (P) e obturados (O), a média do Índice CPO observada na amostra foi de 15,8.

CÓDIGO		SIGNIFICADO
Dente Deciduo	Dente Permanente	
A	0	Coroa ou raiz hígida
B	1	Coroa ou raiz cariada
C	2	Coroa ou raiz restaurada com cárie
D	3	Coroa ou raiz restaurada sem cárie
E	4	Dente perdido por cárie
-	5	Dente permanente perdido por outras razões
F	6	Selante
G	7	Apoio de ponte, coroa ou faceta
-	8	Dente não erupcionado
-	9	Sem registro
T		Trauma ou fractura

Tab.2 – Códigos propostos pela OMS (1997) para obtenção do Índice CPO-D e seus respectivos significados clínicos.

O valor médio das células CD4+ observado na população portadora de HIV foi de 317.

DISCUSSÃO

As infecções associadas ao HIV mais comuns são a Tuberculose e logo a seguir a Hepatite C. Apenas 36,9% dos portadores de HIV estudados não apresentavam outras patologias.

A via de transmissão mais frequente foi a associada à toxicodependência (endovenosa).

As lesões orais mais usuais são a queilite angular e o EGL (eritema gengival linear).

A xerostomia surgiu na maioria dos portadores (58,7%).

O elevado Índice CPO obtido está relacionado com os hábitos irregulares de higiene oral (na sua maioria ausentes – 52,17%) e com o número de lesões orais.

Os que têm hábitos tabágicos apresentam na sua maioria xerostomia e lesões orais.

Todos os pacientes necessitam de tratamentos dentários e um grande número deles inclusivamente da reabilitação protética.

O valor médio das células CD4+ encontrado traduz uma imunossupressão moderada, e talvez por isso, não foram diagnosticadas com maior frequência as lesões orais mais frequentes (ex. candidíase oral).

Independentemente do grau de imunossupressão, o tratamento periodontal dos pacientes HIV+, deve ser guiado pelos mesmos parâmetros que para os pacientes HIV-.

Os tratamentos médico-dentários são essenciais aos portadores do vírus HIV, e deveriam estar totalmente integrados com os outros cuidados de saúde, livres de barreiras culturais, estruturais e financeiras.

REVISÃO TEÓRICA

Nos portadores HIV são muito frequentes as manifestações de candidíase oral nos seus 4 tipos: pseudomembranosa, eritematosa, hiperplásica e queilite angular, estando estas associadas a um elevado grau de imunossupressão (Nielsen *et al*, 1994).

A queilite angular pode resultar da perda da dimensão vertical, de deficiências vitamínicas (tiamina e riboflavina) sendo uma reacção secundária à estomatite protética e geralmente como resultado de uma infecção por *Candida albicans*.

A família dos herpesvírus é a que produz o maior número de infecções orais, além do EBV, podem ser encontradas lesões causadas por citomegalovírus (CMV), pelo herpes simplex tipo I e pelo vírus Varicela Zoster. O herpes simplex e o herpes zóster, apesar de serem relativamente mais comuns, apresentam um quadro clínico mais severo que o usual, com lesões extensas e prolongadas (Pindborg, 1992).

No EGL há um envolvimento da gengiva marginal, sem perda óssea, com possível evolução para a GUNA e PUNA. Formam-se depósitos de placa bacteriana mínimos, e surge hemorragia espontânea. Está associado à *Candida albicans* e tem uma resposta fraca ao tratamento convencional.

A PUNA afecta as estruturas ósseas do periodonto. Clinicamente apresenta eritema gengival e edema, com hemorragia espontânea, perda das papilas interdentárias (necrose) e formação de crateras, dor (severa, profunda e localizada nas crateras), rápida destruição periodontal. Em alguns casos, pode resultar em perdas ósseas de 90% à volta dos dentes, num período de 12 semanas. Se não for tratada pode conduzir à exposição do osso alveolar.

Na Microflora Periodontal nos pacientes HIV+, é difícil identificar quais são os agentes patogénicos específicos para a destruição do periodonto, visto existirem mais de 300 a 400 espécies encontradas na placa bacteriana. As patologias periodontais observadas não são resultado de uma única bactéria, mas sim de uma associação bacteriana complexa

Nos casos de gengivite, a flora supragengival é muito abundante. No curso das periodontites, as taxas elevadas de certas espécies fazem com que elas sejam consideradas como patogénios potenciais.

Os agentes microbianos *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (A.A.), *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermédia* e *Fusobacterium nucleatum* são os mais frequentes no EGL e na PUNA.

O *Actinobacillus actinomycetemcomitans* pode ter uma particularidade de bactéria “clandestina” por ter habilidade em invadir os tecidos periodontais. A leucotoxina, principal factor de virulência, eliminada pelo *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, leva à morte os leucócitos polimorfonucleares.

Não existe grande diferença na microflora periodontal em comparação com pacientes HIV-.

A xerostomia basicamente quer dizer “secura da boca”. Deriva da disfunção das glândulas salivares, pelas mais variadas razões. A xerostomia crónica ou prolongada no tempo predispõe à cárie dentária pois a saliva ajuda a combater as bactérias responsáveis pela cárie e a problemas periodontais que inevitavelmente levam a perda de peças dentárias.

Relativamente à Terapêutica Antiretroviral em pacientes HIV, há redução das infecções orais em 37,5 – 47,6% (Patton et al, 2000); há redução dos casos de Leucoplasia pilosa, PUNA e Sarcoma de Kaposi e aumento do número de casos de HPV (Preenspan, 2002).

Num estudo que mostrou a frequência das manifestações orais da infecção pelo HIV em países da Europa (Porter et al., 1989; Schulten et al., 1989; Moniaci et al., 1990; Laskaris et al., 1992; Ceballos-Salobreña et al., 1996), os autores concluíram que a candidíase e a doença periodontal são as mais frequentes manifestações orais nos portadores do vírus HIV.

BIBLIOGRAFIA

1. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. EC-Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency Virus. *Oral Pathol Med* 1993;22:289-91.
2. Fauci, AS. The acquired immune deficiency syndrome. The ever-broadening clinical spectrum. *JAMA* 1983 May 6;249:2375-6.
3. Glick, M., et al. Necrotizing ulcerative periodontitis: a marker for immune deterioration and a predictor for the diagnosis of AIDS. *J Periodontol* 1994; 65: 393-397.
4. Greenspan, JS. Periodontal complications of HIV infection. *Compend Suppl* 1994;18:S694-8.
5. Greenspan D., Canchola A., MacPhail C, Cheikh B, Greenspan J. Effect of Highly Active Antiretroviral Therapy on Frequency of Oral Warts. *Lancet* 2002;357:1411-1412.
6. Horning, GM Necotizing gingivostomatitis: NUG to noma. *Compend Contin Educ Dent* 1996;17:951-4, 956, 957-8
7. Holmstrup, P. and Glick, M. Treatment of periodontal disease in the immunodeficient patient. *Periodontol* 2000. 2002;28:190-205.
8. Holmstrup P, Glick M. Treatment of periodontal disease in the immunodeficient patient. *Periodontol* 2000 2002;28:190-205.
9. Lamster IB, Grbic JT, Bucklan RS, Mitchell-Lewis D, Reynolds HS, Zambon JJ *Oral Dis* 1997;3 Suppl 1:S141-8.
10. Murray, PA. Periodontal diseases in patients infected by human immunodeficiency virus. *Periodontol* 2000 1994;6:50-67.
11. Narani N, Epstein JB. Classifications of oral lesions in HIV infection *J Clin Periodontol* 2001;28:137-45.
12. Patton LL, McKaig R, Strauss R, Rogers D, Enron JJ Jr. Changing prevalence of oral manifestations of human immunodeficiency virus in the era of protease inhibitor therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:299-304.
13. Parameter on Acute Periodontal Disease. *Parameters of Care Supplement J Periodontol* May 2000.
14. Rees, TD. Periodontal Management of HIV-Infected Patients. In MG Newman, HH Takei, FA Carranza (Eds) *Carranza's Clinical Periodontology* 9th Edition, Chicago: W B Saunders, 2001.
15. Robinson PG, Sheiham A, Challacombe SJ, Wren MW, Zakrzewska JM. Gingival ulceration in HIV infection. A case series and case control.study. *J Clin Periodontol* 1998 Mar;25:260-7.
16. Robinson PG, Periodontal diseases and HIV infection. *Oral Dis* 2002;8 Suppl 2:144-50.
17. Ryder, MI. Periodontal management of HIV-infected patients. *Periodontol* 2000, 2000;23:85-93.
18. Ryder, MI. State of the Art: An Update on HIV and Periodontal Disease. *J. Periodontol* 2002;73: 1083-1090.
19. Tomar SL, Swango PA, Kleinman DV, Burt BA. Loss of periodontal attachment in HIV-seropositive military personnel. *J Periodontol* 1995 Jun;66:421-8.
20. Winkler JR, Murray PA, Grassi M, Hammerle C. Diagnosis and management of HIV-associated periodontal lesions. *J Am Dent Assoc* 1989;Suppl:25S-34S.
21. Winkler JR, Robertson PB. Periodontal disease associated with HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:145-50.
22. 1999 International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. *Annals of Periodontol* 1999;4:1-112.

ENTRE O SABER E O AGIR

Monteiro M J - Vila Real - Portugal

A dispersão mundial da SIDA bem como o conhecimento de que o controlo da epidemia depende do comportamento das pessoas, obriga a uma reorientação da investigação relativa aos factores de risco comportamentais, incluindo todos os processos que lhe estão intimamente ligados, tais como crenças, expectativas, cognições, entre outros. Aliás, conforme é sublinhado pela OMS, os estudos sobre conhecimentos, atitudes, crenças e práticas (KABP) são úteis para alcançar uma avaliação prévia da situação e para apoiar a formulação de políticas de prevenção (WHO, 1990, referido por Lucas, 1993). O autor, citando os resultados obtidos por cientistas sociais, advoga que *“os indivíduos só procurarão modificar comportamentos desde que possuam os níveis mínimos de conhecimento e motivação de saúde relevante, que se vejam a si próprios como potencialmente vulneráveis, que vejam a doença como ameaçadora ou grave, que estejam convencidos sobre a eficácia da medida ou comportamento preventivo e que sintam ou experimentem poucas dificuldades para executar a acção recomendada”* (p.104).

Uma vez que é clara a relação causal entre comportamentos imunogénicos e saúde e comportamentos patogénicos e doença, Ogden (1999) sublinha que os comportamentos que adoptamos são uma consequência dos nossos pontos de vista mutáveis sobre as normas sociais relevantes para qualquer comportamento e das nossas próprias atitudes em relação a esse comportamento. Assim, *“o comportamento não saudável é muitas vezes mantido por processos culturais e sociais e que quaisquer tentativas para influenciar o comportamento de saúde que ignorem estes processos serão em boa parte mal sucedidas”* (Ribeiro, 1998, 164).

Neste sentido propomo-nos, contextualizar os conhecimentos e atitudes face ao preservativo, como componentes preditivos importantes do comportamento de adesão ao seu uso, considerando-se, este, como o resultado de um processo formal de tomada de decisão. A relação atitude-comportamento e a relação mudança atitudinal-modificação comportamental são particularmente importantes para a resolução de problemas reais, como a resistência ao envolvimento em comportamentos de saúde ou a persistência de hábitos prejudiciais à mesma.

Uma explicação breve do que são atitudes, constitui uma tarefa árdua na medida em que nos apercebemos da revisão da literatura da multiplicidade de formulações. De entre as definições consideradas mais englobantes temos a de Allport, que define atitude como *“uma organização duradoura de crenças e cognições em geral dotada de carga afectiva pró ou contra um objecto social definido, que predispõe a uma acção coerente com as cognições e afectos relativos a este objecto”*, ou como *“a tendência para avaliar um «objecto*

de atitude» particular de forma mais ou menos favorável ou desfavorável” (Stroebe & Stroebe, 1995). Trata-se, portanto, de predisposições estáveis para avaliar, ordenar e determinar a relação do Homem com o meio ambiente e para agir em conformidade, dando um sentido unitário e singular à sua actividade. Neste sentido um dos principais problemas que tem afectado o domínio da prevenção, que quase exclusivamente recorre à disseminação da informação, diz respeito à ambiguidade que caracteriza a relação teórica entre conhecimentos e a mudança atitudinal e comportamental e foi neste contexto que estabelecemos os seguintes objectivos: I) Conhecer o comportamento sexual dos jovens; II) Enquadrar os conhecimentos e atitudes face ao preservativo no âmbito da infecção pelo VIH; III) Contribuir para o aperfeiçoamento e eficácia das estratégias promoção/educação para a saúde.

Caminho metodológico

A população do estudo foi constituída por 5.890 estudantes que frequentavam o 10º, 11º e 12º ano de escolaridade de dezoito escolas do distrito de Vila Real. A distribuição percentual dos jovens por ano de escolaridade decresce de forma significativa sendo de 43.4% no 10º ano, 28.3% no 11º ano e 28.1% no 12º ano. Em relação ao número de alunos por sexo, diziam respeito ao sexo feminino 3.318 (56.3%) e ao sexo masculino 2.572 (43.7%), com uma diminuição significativa dos estudantes do sexo masculino nos diferentes anos de escolaridade. A técnica de amostragem a que recorremos foi de tipo probabilística, estratificada, e proporcional, tendo em conta as diferenças numéricas verificadas na população de estudantes, quanto ao sexo e ano de escolaridade. Assim, constituíram a amostra 1.152 estudantes, dos quais 672 do sexo feminino (58.3%) e 480 do sexo masculino (41.7%), com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos, sendo a média de 16.42 anos, cuja distribuição por ano de escolaridade e sexo se apresenta seguidamente.

Tabela 1. *Inquiridos por ano de escolaridade e sexo*

Ano de Escolaridade	Sexo				Total	
	M		F			
	n	%	n	%	n	%
10º	224	46.7	280	41.7	504	43.8
11º	129	26.9	190	28.2	319	27.7
12º	127	26.4	202	30.1	329	28.5
Total	480	100.0	672	100.0	1152	100.0

Com o objectivo de proceder à avaliação dos conhecimentos e atitudes face ao preservativo, foi solicitado aos jovens a sua expressão através de uma escala com três respostas alternativas, qualitativamente diferentes e mutuamente exclusivas (concordo, sem opinião e discordo) face a um conjunto de oito afirmações, das quais três diziam respeito aos conhecimentos sobre este método de prevenção e as outras cinco afirmações estavam relacionadas com as atitudes face ao mesmo.

Apresentação e discussão dos resultados

Os programas de educação para a saúde, no seu início enfatizavam a monogamia ou, pelo menos, a redução do número de parceiros sexuais. Mais recentemente, a adopção do

preservativo tem sido a medida comportamental que mais se destaca, numa tentativa de desenvolver campanhas de promoção da saúde bem sucedidas. Os conhecimentos e atitudes que os sujeitos têm relativamente a este método de prevenção, apresentam-se como componentes preditivos importantes para o comportamento de adesão à sua utilização, cujos resultados passamos a apresentar:

Tabela 2 . Conhecimentos e atitudes face ao preservativo

Afirmações	Opinião					
	Concordo		Sem opinião		Discordo	
	n	%	n	%	n	%
Se utilizado correctamente, o preservativo constitui um método seguro para evitar a gravidez	1 052	91.7	27	2.4	68	5.9
A utilização do preservativo torna as relações sexuais menos satisfatórias	258	22.5	646	56.3	243	21.2
A utilização do preservativo é mais adequada quando se tem relações sexuais com parceiros ocasionais	558	48.7	262	22.9	325	28.4
É fácil usar preservativos durante as relações sexuais	450	39.3	620	54.1	76	6.6
Não se devem usar preservativos por motivos religiosos	69	6.0	128	11.1	952	82.9
A utilização de preservativos é ofensiva para os namorados	71	6.2	236	20.6	838	73.2
O preço dos preservativos é demasiado elevado para que possam ser usados regularmente	480	41.8	348	30.3	319	27.8
Se utilizado correctamente o preservativo pode evitar a transmissão de doenças sexuais	1 082	94.3	26	2.3	39	3.4

Podemos constatar, da distribuição das respostas dos inquiridos pelas diferentes opções (concordo, sem opinião e discordo), que relativamente ao domínio dos conhecimentos sobre o preservativo, a maioria afectou o seu posicionamento à opção correcta. Assim, no que se refere às diferentes afirmações:

- 91.7% dos inquiridos considera que o preservativo quando usado correctamente constitui um método eficaz para evitar uma gravidez;
- 48.7% refere que, a utilização do preservativo é mais adequada quando se tem relações sexuais com parceiros ocasionais, merecendo uma apreciação pertinente o número de respostas assinaladas para as outras duas opções;
- 94.3% considera que, e tratando-se de uma questão fundamental para a avaliação de conhecimentos sobre o preservativo, a sua utilização é uma barreira imprescindível à transmissão de doenças sexuais. No entanto, sendo um conhecimento básico, não deixa de ser preocupante o número de respondentes que não emitiram opinião (2.3%) e que afirmaram discordar com a afirmação (3.4%).

Apesar dos resultados obtidos evidenciarem um bom nível de conhecimentos, constatou-se, no entanto, que foram os elementos do sexo masculino, os jovens que já iniciaram actividade sexual, bem como aqueles que não utilizaram método de protecção, que demonstraram possuir em média mais conhecimentos. Em relação a este aspecto, parece-nos oportuno pôr em causa a lógica linear dos modelos cognitivos, que aceitam o pressuposto geral segundo o qual as mudanças comportamentais decorrem do débito e do processamento racional da informação, e que tem dado sustentabilidade a muitas das campanhas de educação para a saúde (Ogden, 1999).

No que se refere às afirmações relativas às atitudes quanto ao preservativo, os resultados obtidos foram os seguintes:

- "A utilização do preservativo torna as relações sexuais menos satisfatórias": tratando-se de uma questão que se enquadra, não exclusivamente no domínio dos conhecimentos, mas fundamentalmente das crenças pessoais, a distribuição das respostas não podia ser mais elucidativa, com uma dispersão pelas diferentes opções: "concordo" (22.5%), "discordo" (21.2%), tomando a dianteira o item "sem opinião" (56.3%);

- 39.3% dos inquiridos mencionaram que é fácil usar o preservativo durante as relações sexuais, no entanto, é importante sublinhar que 54.1% não têm opinião;

- 82.9% expressaram uma posição de discordância quanto à não utilização de preservativos por motivos religiosos, 73.2% discordam quanto à afirmação de que a utilização de preservativos é ofensiva para os namorados e 41.8% considera que o preço dos preservativos é demasiado elevado para que possam ser usados regularmente.

As atitudes face ao preservativo foram em média superiores no sexo feminino, nos sujeitos que ainda não tiveram relações sexuais e nos que referiram utilização de método de protecção. Ao confrontar com os resultados sumariados noutros estudos, comprovámos alguns aspectos: Morrison *et al.* (1994), numa amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os 14-19 anos, com um conjunto de factores de risco associados ao comportamento sexual, apresentavam um bom nível de conhecimentos sobre o preservativo e DST's, ao que, no entanto, não correspondia atitudes positivas quanto ao uso ou intenção de usar o preservativo, quer com o parceiro habitual ou casuais. Sublinham os autores que, apesar da eficácia dos programas preventivos no domínio cognitivo, o mesmo não se verificou nas mudanças de atitudes e nas percepções negativas face a este método de protecção; Mathai *et al.* (1997), numa amostra considerável de adolescentes, constataram um bom nível de conhecimentos sobre o preservativo, e em geral superiores no sexo masculino, como também Sunmola, Dipeolu, Babalola e Adebayo (2003) verificaram, quer um bom nível de conhecimentos sobre o preservativo, em que a eficácia deste método foi mais salientada pelo sexo masculino, quer o seu uso frequente. De igual modo, muitos autores têm sublinhado que a mudança de comportamentos entre estudantes adolescentes e jovens adultos é muito pouco perceptível se não mesmo inexistente (DiClemente *et al.* 1990; Fischer & Misovich, 1990).

Dos resultados obtidos salientamos que o conhecimento de algum método de prevenção foi mencionado por 73.8% do sexo masculino para 86.1% do sexo feminino, merecendo particular análise, na medida em que o comportamento futuro de utilização de método de prevenção pode estar condicionado pela falta de um conhecimento partilhado por ambos os sexos. As atitudes face ao preservativo foram em média superiores no sexo feminino, nos sujeitos que ainda não tiveram relações sexuais e nos que referiram utilização de método de protecção e que sugerem uma reflexão mais aprofundada em torno das barreiras que se têm colocado às mudanças de comportamentos. Se por um lado, a aquisição de conhecimentos acerca do preservativo se mostrou particularmente consistente, as mudanças de atitudes e comportamentos não foram tão substanciais. Com efeito, o conhecimento adquirido teve um impacto moderado na expressão de atitudes promotoras de comportamentos de sexo seguro, como se pode constatar quando 22.5% dos jovens consideraram que a utilização do preservativo torna as relações sexuais menos satisfatórias e somente 39.3% referiram que é fácil a sua utilização. Não pode, também, deixar de ser considerado a importância do aspecto económico (41.8% consideraram o seu preço elevado),

e que pode ter um carácter restritivo ao uso consistente do preservativo. Por outro lado, as diferenças entre os sexos, os rapazes possuindo mais conhecimentos e as raparigas atitudes mais favoráveis, parecem esboçar os contornos de mudança na esfera da sexualidade, que têm vindo gradualmente a verificar-se no sexo feminino, tornando-o mais plástico e aberto às mensagens estereotipadas ou preconceituosas do contexto social e que definem os papéis associados ao masculino e ao feminino. No entanto, e como a prática de sexo seguro apela a uma relação de paridade e parceria, seria desejável que houvesse unicidade entre os sexos quanto às duas dimensões mais predictoras para o uso do preservativo.

Na medida em que os conhecimentos e atitudes face ao preservativo são elementos fundamentais na determinação, consecução e eficácia das estratégias preventivas, parece-nos oportuno, a formulação de diferentes abordagens educativas, de entre as quais, a diferenciação por sexos e até mesmo por diferentes processos experienciais, tais como actividade sexual e experimentação de métodos de protecção (aspectos que merece alguma sensibilidade e precaução), e que poderá ser uma alternativa a processos educativos fortemente marcados pela massificação amorfa da informação. Assim, é importante considerar e compreender as perspectivas dos jovens ao nível da formação das atitudes, o papel desempenhado pelos processos de influência social (normas e pressões do grupo de pares) na regulação dos comportamentos do adolescente, através da informação que transmitem e das atitudes face à sexualidade, e que determinam a expressão da sexualidade, bem como equacionar a eficácia que as fontes de (in)formação, sobretudo dos “media”, têm desempenhado na difusão do conhecimento e na promoção de uma imagem social do preservativo que reafirme a sua eficácia no contexto da prevenção e neutralize as ideias de prazer e poder, aspectos que alguns autores reconhecem como fundamentais (Cruz, 1999; Fernandes, Coutinho & Matida, 1992; Dias, Matos & Gonçalves, 2002; Lopes, 2003). Por outro lado, e de grande valor estratégico seria a conjugação de duas vertentes educacionais, os programas de educação sexual na escola e a promoção da comunicação entre pais e filhos acerca das questões ligadas à sexualidade e à prevenção do VIH/SIDA. Aliás no que respeita aos pais, e na medida em que a escassez de diálogo dificulta a obtenção de conhecimentos precisos e, se incumbe à escola a pesada tarefa da preparação dos jovens para a sexualidade, (Anastácio, Vasconcelos-Raposo & Carvalho, 2001), seria importante reafirmar a posição dos pais na influência sobre a sexualidade dos filhos, aliada à vontade que estes têm em dialogar com os pais sobre estes assuntos (Vasquez, 1999). Por exemplo, os estudos Vasconcelos-Raposo e Anastácio (2000) sugerem que quando existe diálogo entre pais e filhos sobre questões relativas à sexualidade, os filhos tendem a ser menos experimentadores e a demonstrarem mais conhecimentos sobre os riscos e também mais utilizadores de métodos contraceptivos quando têm relações sexuais.

Uma das implicações destes resultados poderia situar-se no campo dos programas de prevenção, nomeadamente nas actividades de educação para a saúde, com a incorporação desta mudança atitudinal face ao preservativo por parte do sexo feminino, passar a ser uma mais valia para o reforço dos comportamentos preventivos. Deste modo a abordagem clássica que tem perdurado na educação para a saúde em meio escolar, baseada na transmissão da informação, com vista à tomada de consciência dos efeitos nefastos de determinado comportamento não tem sido eficaz nos processos conducentes a uma tomada de decisão protectora. Torna-se, então necessário assegurar a aquisição de habilidades sócio-cognitivas e emocionais (habilidades para a vida, tais como, comunicação, negociação, assertividade, tomada de decisão/resolução de problemas) que promovam os factores protectores e a adopção de comportamentos preventivos.

Bibliografia

- Anastácio, Z. C., Vasconcelos-Raposo, J., & Carvalho, G. S. (2001, Outubro). *Educação sexual como contributo para a promoção e educação para a saúde*. Actas do I Encontro de promoção e Educação para a Saúde, Beja.
- Cruz, J. F. A. (1999). Conhecimento, atitudes e práticas sexuais dos estudantes universitários: Implicações para a prevenção do VIH/SIDA nos jovens. In J. Precioso *et al.* (Coords.), *Educação para a Saúde* (pp. 217-233). Braga: Departamento de Educação da Universidade do Minho.
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: Implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença*, 3 (1), 89-102.
- DiClemente, R., Forrest, K., & Mickler, S. (1990). College student's knowledge and attitudes about AIDS and changes in VIH – preventive behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 2, 201-212.
- Fernandes, J. C. L., Coutinho, E. S. F., & Matida, A. (1992). Conhecimentos e atitudes relativas a SIDA/AIDS em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 8 (2), 176-182.
- Lopes, M. O. (2003). As campanhas publicitárias de sida (spots) destinadas ao público feminino. In *Mulher e a infecção pelo HIV/SIDA* (pp.169-182) [on-line]. Disponível: [aidscongress.net.Sidanet](http://aidscongress.net/Sidanet).
- Mathai, R., Ross, M. W., & Hira, S. (1997). Concomitants of HIV/STD risk behaviours and intention to engage in risk behaviours in adolescents in India. *AIDS Care*, 9 (5), 563-576.
- Morrison, D. M., Baker, Sharon A., & Gillmore, M. R. (1994). Sexual risk adolescents in juvenile detention. *Journal of Youth and Adolescence*, 23 (2), 271-288.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1995). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sunmola, A. M., Dipeolu, M., Babalola, S., & Adebayo, O. D. (2003). Reproductive knowledge, sexual behaviour and contraceptive use among adolescents in Níger State of Nigeria. *African Journal Reproduction Health*, 7 (1), 37-48.
- Vasconcelos-Raposo, J. V., & Anastácio, Z. (2000, Setembro). *Relações pais-filhos face à sexualidade*. V Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia, La Coruña.
- Vazquez, M. G. (1999). Educação sexual dos adolescentes nas escolas. *Anamnesis*, 51 [on-line]. Disponível: http://www.anamnesis.pt/51_2htm.
- WHO & GPA. (1990). *Combined partner relations/KABP survey (Phase II) research package. Draft. Social and Behavioural Research*. Geneve: Unit Global Program and AIDS.

CLÍNICA E TRATAMENTO

TRATAMIENTO DE LA RETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON VIH-SIDA

Alvarez E R, Sotero J G, Alcolea E E G, Ruiz A P - Havana - Cuba

INTRODUCCIÓN.

La supervivencia de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha mejorado respecto a la década pasada debido al uso de más y mejores fármacos antirretrovirales, así como al progreso en el diagnóstico y tratamiento de las diversas infecciones oportunistas asociadas al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Algunas de las infecciones oportunistas han declinado en su incidencia gracias al uso de una quimioprofilaxis eficaz, como es el caso de la neumonía por *Pneumocystis carinii* (1). Sin embargo, puesto que los pacientes viven ahora más tiempo con recuentos de linfocitos CD4+ muy bajos, no es sorprendente que la incidencia de otras infecciones oportunistas pueda verse incrementada.

En los pacientes infectados por el VIH con profunda inmunodepresión, el Citomegalovirus presenta una especial tendencia a causar enfermedad retiniana (2). También puede causar enfermedad pulmonar, afectación gastrointestinal o trastornos del sistema nervioso central y/o periférico, además de muchas otras manifestaciones. Sin embargo, la enfermedad de la retina es la manifestación clínica más frecuente en los pacientes infectados por el VIH, complicación mucho más rara en otros pacientes inmunodeprimidos como los receptores de un trasplante de médula ósea o de un órgano sólido.

La retinitis por CMV supone el 85% de todas las enfermedades causadas por este virus en los pacientes con SIDA (3). Sin tratamiento, la enfermedad se disemina progresivamente por toda la retina, causando su destrucción completa, pérdida visual y finalmente ceguera.

Durante la primera década de esta epidemia, las opciones para poder intervenir terapéutica o profilácticamente en la enfermedad causada por CMV eran deprimentemente limitadas. La llegada del ganciclovir, aprobado en EE.UU. en 1989, supuso un hecho muy importante en las posibilidades de cambiar la historia natural de la infección por CMV en los pacientes infectados por el VIH (4). Más tarde se demostró el valor del foscarnet, tanto como fármaco alternativo como de primera elección, en el tratamiento de las infecciones por CMV (5). Sus diferentes perfiles de toxicidad les permiten ofrecer evidentes ventajas, al poder disponer de alternativas recíprocas en los casos en que uno u otro fármaco estén completamente contraindicados.

Hasta hace poco tiempo sólo se disponía de estos dos fármacos para el tratamiento de la retinitis por CMV. El ganciclovir estuvo disponible primero por vía intravenosa y ahora también por vía oral, mientras que el foscarnet sólo es utilizable por vía parenteral. Con ambos se alcanzan respuestas en aproximadamente el 80% a 100% de los casos, aunque es necesario continuar con un tratamiento de mantenimiento con el fin de reducir la eventualidad de posibles recidivas (6). En los últimos años se han venido estudiando varias nuevas opciones de tratamiento y algunos resultados alentadores en cuanto a mejora de la eficacia anti-CMV, seguridad y facilidad de administración parecen desprenderse de estos ensayos, con la posibilidad de ser utilizados en la práctica diaria en breve plazo de tiempo.

Por otro lado, su tratamiento implica, hasta ahora, cambios en la calidad y el estilo de vida de los pacientes, al ser incómodo, intenso, causar efectos secundarios e interacciones con otros fármacos, obligar a una monitorización sistematizada y también por su elevado costo (7).

En esta revisión señalaremos en qué situación nos encontramos actualmente con fármacos casi “tradicionales” (ganciclovir y foscarnet) y cuáles son las nuevas proyecciones terapéuticas.

MÉTODO:

Se realizó un estudio exploratorio acerca del tratamiento farmacológico utilizado en pacientes con SIDA que presentan retinitis por citomegalovirus y sobre las nuevas proyecciones terapéuticas en este sentido, teniendo en cuenta tanto la literatura impresa como la de soporte digital. Este se efectuó en el período comprendido entre el 1ro de Marzo al 1ro de Mayo del 2006. La información fue representada en Microsoft Word.

ANÁLISIS

1) TRATAMIENTO SISTÉMICO POR VÍA PARENTERAL

a) Ganciclovir

Es un homólogo del aciclovir del que difiere únicamente en un grupo carboxilo. Fue el primer fármaco antiviral eficaz en el tratamiento de la enfermedad por CMV y el primero en ser aprobado como tratamiento para la retinitis (7). Inhibe no sólo a todo el grupo de herpesvirus, sino también la transformación de los linfocitos normales por el virus de Epstein-Barr. Es activo frente al CMV inhibiendo la DNA-polimerasa viral.

La cronicidad de la enfermedad por CMV en el paciente con SIDA y su comportamiento lentamente progresivo favorecen una fortuita resistencia al ganciclovir. La selección de mutantes virales incapaces de fosforilarlo es el principal mecanismo de resistencia. También puede darse un fenómeno de resistencia cruzada con otros fármacos que actúen directamente sobre la DNA-polimerasa viral (8, 23).

La dosis de inducción recomendada en adultos es de 5 mg/kg de peso/12 horas por vía intravenosa durante 14 a 21 días, hasta que la retinitis pasa a ser quiescente, seguida de mantenimiento con dosis de 5 mg/kg de peso/24 horas/ 7 días a la semana o 6 mg/kg de peso/ 24 horas/5 días a la semana, como tratamiento de por vida o bien hasta que la retinitis progrese. Las dosis inferiores o administradas a días alternos se han relacionado con porcentajes demasiado elevados de recaídas y no deberían emplearse, si bien en estudios preliminares han mostrado cierto éxito pautas de 10 mg/kg de peso/24 horas tres veces por semana (7, 11, 12).

Como es un fármaco virustático, al existir una grave inmunodepresión de base secundaria a la infección por el VIH, la infección progresará al interrumpir la administración del ganciclovir. Si a las dos semanas del tratamiento de inducción se aprecia que la retinitis continúa presentando signos de actividad, se recomienda prolongarlo hasta completar 3-4 semanas (7, 9).

Los pacientes con respuesta inicial al ganciclovir presentan una supervivencia media de 10 meses; en cambio, aquellos que no responden a la terapia de inducción sobreviven 2 a 3 meses de vida media (10, 12).

Uno de los problemas más importantes del ganciclovir es la limitación de su uso a causa de los efectos secundarios, los cuales aparecen hasta en un 60% de los pacientes y obligan a suspender el fármaco en un 30% de los tratados. Los principales son hematológicos: neutropenia (40%) y trombocitopenia (14%) (11, 22).

Pueden establecerse interacciones con zidovudina, cotrimoxazol, pentamidina y anfotericina B, fármacos que en administración concomitante pueden favorecer su efecto mielotóxico (7, 9).

b) Foscarnet

Análogo del pirofosfato y aprobado en 1991 en EE.UU. para el tratamiento de la enfermedad por CMV, inhibe selectivamente la DNA-polimerasa de toda la familia de herpesvirus a concentraciones plasmáticas fácilmente alcanzables tras su administración por vía intravenosa. No exige un metabolismo intracelular previo para llevar a cabo su efecto antiviral, es decir, no requiere ser fosforilado, a diferencia del aciclovir y ganciclovir. Clínicamente este detalle es de gran valor por cuanto el foscarnet mantendrá íntegra su actividad cuando el ganciclovir sufra una disminución en su eficacia frente al CMV (3, 10, 14). Otra de las posibles ventajas que ofrece el foscarnet sobre el ganciclovir es su actividad frente al VIH, inhibiendo tanto in vitro como in vivo su replicación (13, 14). Por otra parte, entre sus inconvenientes destacarían la toxicidad y un costo más elevado (14, 19).

Se administra por vía intravenosa puesto que no se absorbe por vía oral, siendo la dosis de inducción de 60 mg/kg de peso/8 horas durante 14 a 21 días, procurando que el tiempo de infusión del fármaco no sea menor de 2 horas y realizando previamente una prehidratación del paciente con 500-1500 cc de suero fisiológico y suplementos de potasio. También puede emplearse a dosis de 90-100 mg/kg de peso/12 horas sin que se observe por ello una disminución de su eficacia o un aumento de los efectos secundarios (9, 14, 15). La dosis de mantenimiento es de 90-120 mg/kg de peso/24 horas/7 días a la semana, espaciándose el intervalo cada 48 horas en caso de afectación renal. Es conveniente suministrar suplementos de calcio (2 g/día) y practicar monitorización de la función renal y de los electrolitos de forma seriada. El tratamiento con foscarnet se prolonga de por vida o hasta que los efectos secundarios o la progresión de la retinitis lo impidan (19).

El foscarnet es el tratamiento de elección en la retinitis por CMV resistente al ganciclovir con deterioro clínico o cuando este produce efectos secundarios que lo desaconsejan. El tiempo en que el foscarnet disminuye la viremia es de una semana (y el de la viruria de 2 semanas), alcanzándose al final del ciclo de inducción en el 76% de los pacientes y disminuyendo de forma significativa en un 19%; sólo un 5% mantiene el mismo grado de viremia que al principio (9, 16, 17, 18). La resistencia que exista o pueda desarrollar el CMV frente al foscarnet es un tema debatido, excepcional para algunos expertos y, en definitiva, con una importancia clínica aún por establecer (16, 17, 19).

Los efectos secundarios más trascendentes son la alteración de la función renal y la hipocalcemia. Otros trastornos hidroelectrolíticos que se han referido son: hipomagnesemia, hipopotasemia, hiperfosfatemia y diabetes insípida de origen nefrogénico. La presencia de úlceras cutaneomucosas en los genitales (y en el esófago) es otro efecto adverso (11, 41, 42).

El tiempo de progresión de la retinitis durante la terapia de mantenimiento se modifica dependiendo de las dosis empleadas, oscilando entre 95 y 123 días con dosis de 90 y 120 mg/kg/día, respectivamente (18, 15, 16).

c) Comparación entre ganciclovir, foscarnet y combinación de ambos

Los dos, por vía intravenosa, son igualmente capaces de limitar la progresión de la retinitis por CMV en las personas infectadas por el VIH (9, 20, 21). Muchos equipos asistenciales de pacientes infectados por el VIH prefieren seguir utilizando ganciclovir como tratamiento de primera elección y reservar el foscarnet para los casos de toxicidad o de fracaso del primero.

El uso combinado de ganciclovir y foscarnet ha sido activamente investigado (21, 22). Afortunadamente, los perfiles de toxicidad de ambos fármacos son muy diferentes. Su uso combinado, cuando el CMV es resistente a alguno de ellos y por tanto ineficaz para controlar las recidivas, no se ha traducido en una mayor toxicidad con respecto al uso separado de cada fármaco. El tratamiento combinado ha demostrado una mejor tasa de respuestas que el uso secuencial de cada fármaco por separado. Sin embargo, otros trabajos describen algunos pacientes que tuvieron que abandonar el tratamiento combinado por incomodidad en la administración de ambas infusiones (11, 22). Se ha demostrado un efecto sinérgico in vitro de la combinación de ganciclovir y foscarnet, al igual que la eficacia clínica de la asociación (22, 23). El régimen combinado de mantenimiento se asoció con una menor pérdida de campo visual que la monoterapia en función del tiempo transcurrido. Pese a los datos favorables y las potenciales ventajas de la combinación de ganciclovir y foscarnet, como el retraso o la reducción en la aparición de resistencias, su uso queda reservado a los casos de fracaso previo con una u otra monoterapia, dada la toxicidad y el mayor costo del tratamiento (9, 21, 22).

d) Cidofovir

Fármaco aprobado en EE.UU., análogo nucleótido de la citosina que no requiere fosforilación inicial (24, 25). El cidofovir suprime la replicación del CMV mediante una inhibición selectiva de la síntesis del DNA viral, bloqueando la DNA-polimerasa e incorporándose también a la cadena de DNA viral con la consiguiente interrupción de su síntesis. La resistencia al cidofovir se presenta a partir de cambios en la DNA-polimerasa viral, y se han seleccionado in vitro cepas de CMV con disminución en su sensibilidad en presencia de concentraciones elevadas de cidofovir. Las cepas de CMV resistentes al cidofovir pueden presentar resistencia cruzada con foscarnet (25, 28).

Dosis de 5 mg/kg/día mostraron mayor eficacia que de 3 mg/kg/día cada dos semanas como terapia de mantenimiento para prevenir las recaídas (24, 26, 27).

El principal efecto adverso del cidofovir es su nefrotoxicidad dependiente de la dosis y estriba en la lesión de las células del túbulo proximal con la consecuente proteinuria y glucosuria, disminución plasmática de fosfato, bicarbonato y ácido úrico, y la elevación de creatinina con o sin insuficiencia renal aguda, que puede llegar a requerir diálisis. La acidosis metabólica puede dar lugar a un síndrome de Fanconi. Con el fin de evitar la

nefrotoxicidad se aconseja acompañar la administración intravenosa de cidofovir con hidratación salina durante la perfusión, además de probenecid por vía oral (2 g en las tres horas previas a la infusión y 1 g a las dos y ocho horas después de la misma), que bloquearía la secreción activa de cidofovir en el túbulo renal (24, 28).

A principios de 1997, se publicaron dos estudios sobre el tratamiento de la retinitis por CMV con cidofovir parenteral en pacientes con SIDA (29, 30). Sus resultados fueron bastante alentadores en cuanto a comodidad de tratamiento y mejora del cumplimiento por parte del paciente, disminuyendo ingresos y visitas hospitalarias y, por tanto, reduciendo costos al poder administrarse fácilmente en los hospitales de día, queda por determinar aún su verdadera posición en el tratamiento y la profilaxis de la retinitis por CMV, y son necesarios estudios con periodos de seguimiento a más largo plazo (29).

2) TRATAMIENTO SISTÉMICO POR VÍA ORAL

El ganciclovir oral se utiliza sólo en aquellos pacientes en que el riesgo y el beneficio asociados se compensan con eximir del tratamiento intravenoso. Puede ser ventajoso, aunque muchos pacientes tengan dificultades en acatar un régimen de 12 tabletas o comprimidos al día y existe el riesgo de desarrollo de resistencia viral más rápidamente al fármaco oral que a la preparación intravenosa, dadas las concentraciones séricas más bajas alcanzadas (9, 13, 20).

La biodisponibilidad es baja, del 2,5% al 7%, y del 6% al 9% si se administra con alimentos. Los estudios farmacocinéticos han demostrado que el ganciclovir oral administrado a intervalos de 8 horas mantiene concentraciones plasmáticas detectables durante las 24 horas del día. Si bien los valores pico conseguidos en plasma son 10 veces menores que los alcanzados con la administración intravenosa, Es por ello que se prefiere utilizar para conservar inactiva una lesión tras el tratamiento de inducción por vía parenteral (31).

Puede aceptarse que el ganciclovir oral constituye una aceptable alternativa en la terapia de mantenimiento de los pacientes con retinitis por CMV, pese a su aparente menor eficacia en la prevención de las recaídas frente al ganciclovir intravenoso. Esas mínimas diferencias en cuanto a actividad pueden verse compensadas por las patentes ventajas sobre la calidad de vida y los efectos secundarios. El principal inconveniente de la formulación oral es su administración (31, 13).

Se han iniciado otros estudios para determinar la eficacia del ganciclovir oral combinado tanto con pautas de ganciclovir intravenoso, a dosis altas y a intervalos fijos, como con dispositivos intraoculares (29).

3) TERAPIA LOCAL INTRAVÍTREA

Consiste en la instilación directa del fármaco en el globo ocular. Podría utilizarse en casos seleccionados como alternativa terapéutica cuando la vía intravenosa u oral esté desaconsejada, contraindicada o sea rechazada por parte del paciente (31). Las ventajas e inconvenientes principales de esta vía de administración se muestran a continuación:

Ventajas: Mínima o nula toxicidad sistémica en comparación con la administración parenteral; menor riesgo de complicaciones asociadas a la manipulación de dispositivos intravasculares o subcutáneos para la administración de fármacos durante largos periodos; mejora el cumplimiento del tratamiento; disminuye significativamente el costo económico del tratamiento. Inconvenientes: no ofrece protección frente a la enfermedad extrarretiniana por CMV; no protege al ojo contralateral; obliga a un seguimiento clínico más estrecho y frecuente de los pacientes.

Las principales complicaciones son la lesión retiniana: desgarro, desprendimiento de retina (7% a 11%) y hemorragia vítrea (30).

4) INYECCIONES LOCALES

El fármaco más ampliamente utilizado mediante inyecciones intraoculares ha sido el ganciclovir, aunque mucha de la experiencia procede de series con un reducido número de pacientes. Habitualmente se administra una dosis de 200 μ g en un volumen de 0,1 ml por sesión, después de una antisepsia adecuada y de aplicar anestesia local en la zona. Las inyecciones se realizan dos o tres veces por semana, durante dos o tres semanas, y luego se pasa a un esquema de mantenimiento de una vez por semana. Otra pauta consistiría en cuatro inyecciones intravítreas durante las dos primeras semanas como fase de inducción, para luego continuar con una inyección semanal de 200-400 μ g de forma indefinida (29).

El foscarnet también se ha administrado intravítreo, aunque pocos pacientes han sido tratados con este método. Se han aplicado inyecciones individuales de 2400 μ g dos veces por semana durante 3 semanas como tratamiento de inducción, con resultados muy parecidos a los conseguidos con ganciclovir. Se está investigando el supuesto beneficio de la combinación de foscarnet y ganciclovir por vía intravítrea en modelos experimentales con animales (32).

El cidofovir también se ha administrado por vía intravítrea, pero los datos de que disponemos son limitados. La conveniencia, el costo, la tasa de respuesta y las reacciones adversas del cidofovir intravítreo deben ser comparados con otros fármacos o pautas terapéuticas con el fin de conocer su verdadero valor en el tratamiento de la retinitis por CMV (31).

5) DISPOSITIVOS INTRAOCULARES

Una técnica de más reciente desarrollo han sido los dispositivos o implantes oculares de liberación sostenida o retardada de fármacos, especialmente ganciclovir. El implante queda suspendido en la región periférica anterior de la cavidad vítrea, exactamente por detrás del cristalino. Su contenido prefijado es liberado al espacio vítreo a través de una membrana de alcohol polivinílico en una cantidad fija del fármaco por unidad de tiempo. Con estos dispositivos han sido tratadas retinitis por CMV tanto en fase aguda como crónica (34).

Endoftalmitis y desprendimiento de retina son las principales complicaciones encontradas (35).

Pese a todo, el dispositivo de liberación retardada de ganciclovir tiene otras ventajas, detiene la progresión de la enfermedad, realizando los cambios oportunos del dispositivo cada plazo de tiempo predeterminado. (aproximadamente cada 4-8 meses) (19).

El dispositivo también ahorraría a los pacientes los inconvenientes y riesgos derivados de los catéteres intravasculares permanentes y de la toxicidad asociada al ganciclovir y al foscarnet por vía parenteral. A su vez, estas ventajas podrían permitir una monitorización clínica y de laboratorio menos frecuente y más cómoda, que se traduciría en unos cuidados a medio plazo más eficientes y rentables (34).

Deben conocerse algunas de las posibles desventajas. Se produce una pequeña reducción de la agudeza visual en la mayoría de los pacientes pese a la sencillez de la implantación del dispositivo, que suele retornar casi a su estado inicial al mes del procedimiento (23).

Los estudios que combinen el implante con ganciclovir oral podrán aportar alguna información acerca de la calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes (34).

6) TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS Y NUEVAS MOLÉCULAS ANTICITOMEGALOVIRUS

a) **Gammaglobulinas:** Se ha constatado que no añaden ventaja alguna en el tratamiento de la retinitis como terapia adyuvante y tampoco en su prevención. Los autores concluyen subrayando que los anticuerpos pueden modular la progresión de la enfermedad por CMV y sugieren un posible papel protector para la administración exógena de anticuerpos neutralizantes en los pacientes con retinitis por CMV. Los diversos estudios realizados en modelos animales, y también en humanos, de infección viral han mostrado que una vez la enfermedad invasora se desarrolla, los anticuerpos antivirales desempeñan un papel muy secundario en la resolución de la infección activa si la inmunidad celular no se encuentra intacta (36).

b) **Lobucavir:** Es un análogo de nucleósido con muy amplia actividad in vitro frente a un gran número de virus: CMV, virus varicela-zoster (VVZ), VIH y virus de la hepatitis B (VHB). Su biodisponibilidad oral (aproximadamente 40%) podría ser mejor que la del ganciclovir, además de que se toleran dosis superiores a los 800 mg/día. Un reciente estudio a doble ciego y controlado con placebo ha evaluado la seguridad y la farmacocinética del lobucavir a dosis de 70 mg/12 h, 200 mg/12 h, 200 mg/6 h y 400 mg/6 h administradas a pacientes infectados por el VIH durante 28 días. No se observaron reacciones adversas clínicas ni de laboratorio relacionadas con la dosis (35).

c) **Benzimidazoles:** El punto de intervención de este grupo de fármacos se localiza en el gen UL89, el elemento de lectura libre mejor conservado en el virus herpes y estructura esencial para su replicación. De ellos se han iniciado estudios de fase I con el derivado 1263W94 (37). Este fármaco es el inhibidor selectivo y potente de la replicación in vitro del CMV. Aunque es un derivado del benzimidazol presenta una mayor actividad antiviral, así como un mejor perfil farmacocinético (buena biodisponibilidad oral) y de toxicidad in vivo que aquel. Los datos preliminares sugieren que el 1263W94 podría ser más potente que el ganciclovir, el cidofovir, el lobucavir y el foscarnet para inhibir la replicación de aislamientos clínicos de CMV. Carece de actividad frente a otros virus herpes (simple y VVZ), VHB y VIH (38). Los efectos secundarios más frecuentes son: sabor amargo o metálico, cefalea, mareos y vértigos (12).

d) **Protovir** (MSL-109): Es un anticuerpo monoclonal anti-CMV humano neutralizante, no ligado al complemento, que interacciona con la glucoproteína gH del CMV. En estudios experimentales se comprobó que poseía un efecto sinérgico tanto con ganciclovir como con foscarnet en la inhibición de la replicación del CMV. Los estudios realizados no han sido totalmente convincentes, por lo que se continúa su estudio (36).

e) **RS-79070:** Es un profármaco del ganciclovir y los primeros estudios farmacocinéticos han mostrado una biodisponibilidad absoluta de ganciclovir del 61% a partir de una solución del RS-79070 administrada en periodo de ayuno. Posteriores trabajos han intentado demostrar la potencial capacidad y eficacia de su administración oral en el tratamiento de inducción y de mantenimiento de la retinitis por CMV (33) .

f) **GEM 132:** Se ha iniciado un estudio de fase I con GEM 132, otro fármaco antisentido de aplicación en seres humanos. Se trata de una molécula "híbrida" formada por una cadena de DNA sintético con un casquete protector de RNA modificado en cada extremo. Este nuevo diseño molecular está dirigido a proteger el fármaco de la degradación por enzimas naturales del organismo, mejorando su estabilidad metabólica y consiguiendo así una menor frecuencia de dosificación.

En pruebas con cultivos celulares ha demostrado actividad antiviral con una potencia aproximadamente 1000 veces superior a la del ganciclovir. También ha exhibido una significativa actividad antiviral in vitro frente a aislamientos clínicos humanos de CMV y de cepas resistentes a ganciclovir y foscarnet. Se está estudiando además una formulación del GEM 132 para administración intravítrea (36, 39).

CONCLUSIONES.

1- Los individuos que reciben un manejo adecuado con medicamentos como foscarnet, ganciclovir y cidofovir, invariablemente sufren recaídas a pesar de un esquema terapéutico juicioso.

2- Los antivirales endovenosos por un lapso indefinido de tiempo resultan particularmente molestos para los pacientes, pues requieren controles frecuentes y la aplicación del fármaco varias veces por semana, además de la toxicidad propia de tales agentes cuando se utiliza dicha vía de administración.

3- El tratamiento sistémico por vía oral necesita de elevadas dosis lo que trae consigo reacciones secundarias a estos fármacos. En la mayoría de los casos el tratamiento por esta vía es complementado con otros tipos de tratamiento, antes, durante o después del mismo.

4- En los últimos años han surgido otras alternativas, tales como los implantes intraoculares de liberación prolongada con ganciclovir. Son más eficaces, a largo plazo, que los métodos de administración sistémica utilizados hasta el momento, pues gracias a este nuevo sistema de liberación del fármaco, es posible retardar la progresión de la enfermedad.

5- Los tratamientos complementarios y las nuevas moléculas anticitomegalovirus, una vez que la enfermedad invasora se desarrolla, desempeñan un papel muy secundario en la resolución de la infección activa si la inmunidad celular no se encuentra intacta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaffe, H. Emerging trends in HIV and AIDS. Presented at the Second National Conference on Human Retroviruses and Related Infections. Washington DC, January 29, 1998.
2. Hoover, D.R., Saah, A.J., Bacellar, H. y cols. Clinical manifestations of AIDS in the era of Pneumocystis prophylaxis. Multicenter AIDS Cohort Study. N Engl J Med 1997; 323: 1922-1926.
3. Shepp, D.H., Moses, J.E., Kaplan, M.H. Seroepidemiology of cytomegalovirus in patients with advanced HIV disease: Influence on disease expression and survival. J AIDS 1999; 11: 460-468.
4. Gallant, J.E., Moore, R.D., Richman, D.D., Keruly, J., Chaisson, R.E. Incidence and natural history of cytomegalovirus disease in patients with advanced human immunodeficiency virus disease treated with zidovudine. The zidovudine epidemiology study group. J Infect Dis 1995; 166: 1223-1227.
5. Selik, R.M., Chu, S.Y., Ward, J.W. Trends in infectious diseases and cancers among persons dying of HIV infection in the United States from 1987 to 1992. Ann Intern Med 1996; 123: 933-936.
6. Dunn, J.P., Jabs, D.A. Cytomegalovirus retinitis in AIDS: Natural history, diagnosis, and treatment. AIDS Clin Rev 1995; 96: 199-219.
7. Crumpacker, C.S. Ganciclovir. N Engl J Med 2005; 335: 721-729.
8. Tatarowicz, W.A., Lurain, N.S., Thompson, K.D. A ganciclovir-resistant clinical isolate of human cytomegalovirus exhibiting cross-resistance to other DNA polymerase inhibitors. J Infect Dis 1997; 166: 904-907.

9. Studies of Ocular Complications of AIDS Research Group, in collaboration with the AIDS Clinical Trial Group. Mortality in patients with the acquired immunodeficiency syndrome treated with either foscarnet or ganciclovir for cytomegalovirus retinitis. *N Engl J Med* 1996; 326: 213-220.
10. Jabs, D.A., Enger, C., Bartlett, J.G. Cytomegalovirus retinitis and acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Ophthalmol* 1999; 107: 75-80.
11. Studies of Ocular Complications of AIDS Research Group in collaboration with the AIDS Clinical Trials Group. Morbidity and toxic effects associated with ganciclovir or foscarnet therapy in a randomized cytomegalovirus retinitis trial. *Arch Intern Med* 2003; 155: 65-74.
12. Spector, S.A., Weingeist, T., Pollard, R.B. y cols. A randomized, controlled study of intravenous ganciclovir therapy for cytomegalovirus peripheral retinitis in patients with AIDS. AIDS Clinical Trials Group and Cytomegalovirus Cooperative Study Group. *J Infect Dis* 1996; 168: 557-563.
13. Sandstrom, E.G., Byington, R.E., Kaplan, J.E., Hirsch, M.S. Inhibition of human T-cell lymphotropic virus type III in vitro by phosphonoformate. *Lancet* 2001; 325: 1480-1482.
14. Reddy, M.M., Grieco, M.H., McKinley, G.F. y cols. Effect of foscarnet therapy on human immunodeficiency virus p24 antigen levels in AIDS patients with cytomegalovirus retinitis. *J Infect Dis* 1994; 166: 607-610.
15. Taburet, A.M., Katlama, C., Blanschard, C. y cols. Pharmacokinetics of foscarnet after twice daily administration for treatment of cytomegalovirus disease in AIDS patients. *Antimicrob Agents Chemother* 1999; 36: 1821-1824.
16. Manischewitz, J., Golding, H., Baird, B., De Smet, M., Polis, M. Anti-CMV activity of foscarnet in a randomized controlled clinical trial for the treatment of non-sight threatening CMV retinitis. *International Conference on AIDS* 1996; Th. B.438.
17. De Cian, W., Sarasini, A., Baldanti, F., Percivalle, E., Revello, M.G., Gerna, G. Effect of foscarnet during induction treatment of retinitis as measured by determination of human cytomegalovirus pp65-antigenemia, viremia, and DNAemia. *International Conference on AIDS* 1997; Po. B.3162.
18. Gross, A.S., Dretler, R.H. Foscarnet-induced penile ulcer in an uncircumcised patient with AIDS. *Clin Infect Dis* 1999; 17: 1076-1077.
19. Jacobson, M.A., Van der Horst, C., Causey, D.M., Dehlinger, M., Hafner, R., Mills, J. In vivo additive antiretroviral effect of combined zidovudine and foscarnet therapy for human immunodeficiency virus infection (ACTG protocol 053). *J Infect Dis* 2004; 163: 1219-1222.
20. Palestine, A.G., Polis, M.A., De Smet, M.D. y cols. A randomized, controlled trial of foscarnet in the treatment of cytomegalovirus retinitis in patients with AIDS. *Ann Intern Med* 2001; 115: 665-673.
21. Fanning, M.M., Read, S.E., Benson, M. y cols. Foscarnet therapy of cytomegalovirus retinitis in AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000; 3: 472-479.
22. Kupperman, B.D., Flores-Aguilar, M., Quiceno, J.I., Rickman, L.S., Freeman, W.R. Combination ganciclovir and foscarnet in the treatment of clinically resistant cytomegalovirus retinitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Ophthalmol* 1999; 111: 1359-1366.
23. Coker, R.J., Tomlinson, D., Horner, P., Migdal, C., Harris, J.R.W. Treatment of cytomegalovirus retinitis with ganciclovir and foscarnet. *Lancet* 1998; 338: 574-575.
24. Snoeck, R., Sakuma, T., De Clercq, E., Rosenberg, Y., Holy, A. (S)-1-[3-hydroxy-2-(phosphonylmethoxy)propyl]cytosine, a potent and selective inhibitor of human cytomegalovirus replication. *Antimicrob Agents Chemother* 2003; 32: 1839-1844.
25. Andrei, G., Snoeck, R., Schols, D., Goubau, P., Desmiter, J., De Clercq, E. Comparative activity of selected antiviral compounds against clinical isolates of human cytomegalovirus. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2003; 10: 1026-1033.
26. Lalezari, J., Jacob, P., Kemper, C. y cols. A randomized, controlled study of the safety and efficacy of intravenous cidofovir (CDV, HPMPC) for the treatment of relapsing cytomegalovirus retinitis in patients with AIDS. *XI International Conference on AIDS, Vancouver* 2000; Abst. Th. B.304.

27. Lalezari, J., Holland, G., Stagg, R. y cols. A randomized, controlled study of cidofovir (CDV) for relapsing cytomegalovirus retinitis (CMV-R) in patients with AIDS. En: Program and Abstracts - 35th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. American Society for Microbiology, Washington, DC 2002; LB-9.
28. Cundy, K.C., Petty, B.G., Flaherty, J. y cols. Clinical pharmacokinetics of cidofovir in human immunodeficiency virus-infected patients. *Antimicrob Agents Chemother* 2000; 39: 1247-1252.
29. Lalezari, J.P., Stagg, R.J., Kuppermann, B.D. y cols. Intravenous cidofovir for peripheral cytomegalovirus retinitis in patients with AIDS. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2003; 126: 257-263.
30. Studies of Ocular Complications of AIDS Research Group in Collaboration with the AIDS Clinical Trials Group. Parenteral cidofovir for cytomegalovirus retinitis in patients with AIDS: The HPMPD peripheral cytomegalovirus retinitis trial. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 126: 264-274.
31. Spector, S.A., Busch, D.F., Follansbee, S. y cols. Pharmacokinetic, safety and antiviral profiles of oral ganciclovir in persons infected with human immunodeficiency virus: A phase I/II study. *J Infect Dis* 2000; 171: 1431-1437.
32. Berthe, P., Baudouin, C., Garraffo, R. y cols. Toxicologic and pharmacokinetic analysis of intravitreal injections of foscarnet, either alone or in combination with ganciclovir. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1998; 35: 1038-1045.
33. Kuppermann, B.D., Assil, K.K., Vuong, C. y cols. Liposome-encapsulated (S)-1-[3-hydroxy-2-(phosphonylmethoxy)propyl]cytosine for long-acting therapy of viral retinitis. *J Infect Dis* 1999; 173: 18-23.
34. Martin, D.F., Parks, D.J., Mellow, S.D. y cols. Treatment of cytomegalovirus retinitis with an intraocular sustained-release ganciclovir implant: A randomized controlled clinical trial. *Arch Ophthalmol* 2004; 112: 1531-1539.
35. Anand, R., Nightingale, S.D., Fish, R.H., Smith, T.J., Ashton, P. Control of cytomegalovirus retinitis using sustained release of intraocular ganciclovir. *Arch Ophthalmol* 2003; 111: 223-227.
36. Polis, M.A., Kelly, G., Manishevitz, J. y cols. A pilot study to determine the efficacy of cytomegalovirus immune globulin (CMVIG-IV) for the prophylaxis of cytomegalovirus (CMV) disease in HIV-infected persons with CMV viremia. En: Abstracts of the 31st Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America, New Orleans 2004; Abst. 187.
37. Biron, K., Harvey, R.J., Davis, M. y cols. 1263W94 - A novel, potent, orally bioavailable compound for the treatment of CMV. Building the future of HIV therapy. A symposium on antiviral treatment for HIV infection. 3rd International Congress on Drug Therapy in HIV infection, Birmingham 2002.
38. Biron, K.K., Davis, M.G., Stanat, S.C. y cols. Antiviral activity and mechanisms of action of 1263W94, a benzimidazole riboside inhibitor of human cytomegalovirus. En: Program and Abstracts of 36th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. American Society for Microbiology, New Orleans 2001; Abst. H085.
39. Hazera, P., Morello, R., Vabret, A., Verdon, R., Freymuth, F., Six, M., Bazin, C. Prognosis value of quantitative of human cytomegalovirus (HCMV) leucocytic pp65 antigenemia of HCMV visceral diseases in HIV infected patients. 4th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Washington 2003.

ESPAÇO EDUCATIVO BRINQUEDOTECA HORTÊNSIA DE HOLLANDA: O LÚDICO NA MEDIAÇÃO DO TRATAMENTO DA AIDS PEDIÁTRICA

*Cordeiro I D * - Brasília - Brasil*

Justificativa e apresentação do trabalho

Vários teóricos já mostraram a importância do lúdico no desenvolvimento infantil e mais recentemente com a elaboração de uma política de humanização na área da saúde este recurso passou a ser usado com maior frequência pelos profissionais e no contexto hospitalar.

Jogar/brincar é uma das formas mais comuns de comportamento durante a infância, tornando-se uma área de grande atração e interesse para os investigadores no domínio do desenvolvimento humano, educação, saúde e intervenção social. Neste sentido, o estudo do jogo na perspectiva do desenvolvimento da criança e do adolescente pode ser considerado no âmbito da investigação científica como área exclusiva de abordagem (Neto 1997).

O brincar é uma condição inerente à infância, possuindo uma dimensão simbólica e funcional. Pensar o brincar nos remete às mais diversas abordagens, tais como a cultural, educacional e a psicológica. A importância do lúdico no desenvolvimento é consenso entre diversos estudiosos da psicologia infantil. Freud foi o primeiro autor a descrever o mecanismo psicológico do brincar e a estudar a vinculação entre a brincadeira e a constituição do sujeito. Sua obra introduz a visão da função simbólica do brincar. Ele apontava que brincando as crianças situam-se na dimensão do sonho, se desenvolvem e se constituem. Na perspectiva da psicologia sócio-histórica de Vygotsky (1989), o jogo aparece como facilitador do desenvolvimento, imaginação e criatividade. Brincando, a criança aprende através de seus processos interativos, recriando a realidade. Imagina situações diversas, representa papéis do cotidiano, as regras e seus conteúdos.

No brinquedo, a criança adquire capacidades para no futuro desenvolver seu nível de ação real e moralidade. Vygostky ainda considera que o brincar deve ser entendido em função das mudanças nos desejos e necessidades da criança e que conduzem a ação. Brincando, o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e descobrir seu self (eu).

* Psicóloga, Mestre em medicina/Saúde da criança e do adolescente/UFM/MG/Brasil, Consultora técnica do Programa Brasileiro e DSTs/Aids, ivanadc@terra.com.br

A brincadeira permite da assimilação e reestruturação emocional à ressignificação de conteúdos vividos. O lúdico é universal e constituidor da possibilidade de um desenvolvimento saudável, facilitando o crescimento e permitindo um entrosamento social, podendo funcionar como intermediário entre a realidade externa e a interna. (Piaget, 1975). Por meio do jogo espontâneo e do faz-de-conta a criança imagina, cria e elabora. Brincando, externaliza situações ruins e persecutórias aliviando-se de suas ansiedades. (Klein, 1997)

O espaço lúdico está situado entre o real e a fantasia. É uma condição intrínseca na vida do sujeito e elemento essencial para a manutenção da saúde, fornecendo subsídios que podem contribuir para um bom desenvolvimento do processo saúde/doença, principalmente quando a doença é crônica e pode levar a desajustes emocionais, comportamentais e sociais. (Santa Roza, 1993)

Aspectos da intervenção no ambiente hospitalar são discutidos por Zannon (1991), o qual defende a criação de mecanismos promotores de um ambiente saudável e vê o brincar como uma possível estratégia no enfrentamento de condições estressantes e como recurso que pode ser utilizado tanto pela criança, como pelos profissionais, para lidarem com as adversidades do processo de adoecimento.

A AIDS é uma das doenças crônicas que exige tratamento e intervenções contínuas. No caso da população soropositiva-infanto juvenil, torna-se necessário a implementação de ações que possam trazer ao tratamento um novo significado, visando a uma intervenção efetiva para a promoção de uma adesão adequada. Uma das funções pretendidas com a implantação da brinquedoteca incluía esta orientação e o presente texto descreve o resumo do alcance desta iniciativa.

A Aids e a soropositividade na infância e adolescência

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) foi relatada pela primeira vez em 1981. Após o registro e descrição dos primeiros casos, ninguém poderia antecipar a proporção da pandemia duas décadas depois. Em 1982, foi publicado o primeiro caso de transmissão vertical e, em 1983, houve o primeiro relato sobre criança infectada no Brasil. (Marins *et al.* 2003) A síndrome já matou mais de 25 milhões de pessoas desde que foi identificada e isto a coloca como uma das epidemias mais destrutivas nos anais da história. (UNAIDS 2005)

Segundo dados do relatório do Programa Global de Aids das Nações Unidas (UNAIDS), em 2005 foram registradas mais de cinco milhões de novas infecções. O número de pessoas vivendo com HIV alcançou o maior nível desde o início da epidemia na década de 80. Atualmente são cerca de 40,3 milhões de pessoas, em 2003 eram aproximadamente 37,5 milhões. Neste ano mais de três milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas ao HIV; dessas, mais de 500 mil eram crianças. (UNAIDS, 2005).

As principais tendências da epidemia são a heterossexualização, feminização, juvenização, interiorização e pauperização do paciente, aproximando-se cada vez mais do perfil socioeconômico do brasileiro médio. (Brito, 2001).

O aumento progressivo dos casos de Aids em mulheres é preocupante, pois a exposição perinatal é a principal via de aquisição do HIV em crianças. O curso da epidemia em mulheres em idade reprodutiva influencia decisivamente o aumento do número de crianças infectadas. No mundo, cerca de 17,5 milhões de mulheres vivem com o HIV, um milhão a mais que em 2003. Na América Latina, em 2005, este número aproxima-se de 580.000. Este aumento reflete no número de crianças e adolescentes menores de 15 anos que chega a um total aproximado de 2,3 milhões, com 700.000 novas infecções só em 2005. (UNAIDS, 2005).

Em Minas Gerais já foram notificados, desde o início da epidemia, 21.663 casos de Aids, 69% são do sexo masculino e 31% do sexo feminino e já podem ser encontrados casos em 602 dos 853 municípios mineiros. Belo Horizonte apresenta o maior número de casos num total de 6.601, destes, 1.698 são mulheres e 4.903 homens. Já existem 663 casos notificados em crianças menores de 13 anos e 478 em adolescentes de 13 a 19 anos. O comportamento da epidemia segue padrões observados em outros municípios e estados do Brasil, tais como: juvenização, interiorização e pauperização da epidemia e o aumento da importância da categoria de transmissão heterossexual com conseqüente aumento de crianças nascidas de mães infectadas. (Programa de DST/Aids de Minas Gerais/2005)

O ambulatório CTR-DIP, onde foi realizada a pesquisa, acompanha 314 crianças (0-18 anos) infectadas pelo HIV. Destas, 255 estão em terapia anti-retroviral. Os pacientes maiores de 10 anos são 115, sendo que 97 estão em uso de terapia.

As crianças e adolescentes são consideradas as vítimas mais vulneráveis da epidemia. Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF), 1.400 crianças com menos de 15 anos morrem por dia por motivos relacionados à Aids e mais de seis mil adolescentes e jovens com idade entre 15 e 24 anos são infectados com o HIV. Mais de 15 milhões de crianças já perderam o pai, a mãe ou ambos por causa da Aids. (UNICEF, 2005)

O impacto da Aids na população pediátrica se faz sentir não apenas sobre as crianças infectadas. Os problemas socioeconômicos, físicos e psicológicos oriundos da doença dos pais afetam diretamente o bem-estar da criança, independentemente da sua situação sorológica.

É necessário um esforço conjunto de pesquisadores, profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, para que se consiga controlar esta epidemia. (UNAIDS 2005)

Uma pesquisa realizada em diferentes países da América Latina e Caribe pelo UNICEF revela que em cada 10 adolescentes, 4 dizem estar bem informados sobre o HIV/Aids. O acesso à informação é fundamental, mas pelos dados da epidemia podemos perceber que não é o suficiente para mudar o comportamento e as atitudes de prevenção frente ao HIV/Aids. Torna-se extremamente importante potencializar as habilidades destes adolescentes para enfrentar a vida, protegendo sua saúde e bem estar. (UNICEF, 2005)

Algumas iniciativas têm procurado atender a recomendação do UNICEF, não apenas para ampliar informações e desenvolver habilidades mas para mediar o tratamento e estimular o empoderamento dos soropositivos. É nesta direção que o presente trabalho desenvolvido junto às crianças e adolescentes soropositivos e seus familiares, usou o lúdico como instrumento na mediação do tratamento do HIV/AIDS, levando a uma melhoria na auto-estima e auto-cuidado

A magia do brincar: a Brinquedoteca

Uma brinquedoteca é reconhecida como espaço preparado para estimular a criança a brincar, permitindo o acesso a uma grande variedade de brinquedos, dentro de um ambiente especialmente lúdico.

A Brinquedoteca teve o seu surgimento nos Estados Unidos, na cidade de Los Angeles, no ano de 1934 quando era feito o empréstimo de brinquedos ficando conhecida como Toy Loan. Mas foi na Suécia, em 1963, que a idéia de emprestar brinquedos desenvolveu-se mais enfaticamente e se expandiu, quando duas professoras, mães de crianças excepcionais,

fundaram a primeira ludoteca, em Estocolmo tendo aí o nome de Lekotec. O objetivo era emprestar brinquedos e dar orientação às famílias de excepcionais sobre como poderiam brincar com seus filhos para melhor estimulá-los. Em 1987, no Congresso Internacional de Toy Libraries em Toronto, Canadá, foi questionada a adequação do nome Toy Libraries e logo após, no Canadá, muitas delas tornaram-se Centro de recursos para a família. (Friedman, 1998; Santos, 2001)

No Brasil, a exemplo das Lekoteks da Suécia, em 1971, por inauguração do Centro de Habilitação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais -APAE- de São Paulo, foi realizada uma grande exposição de brinquedos pedagógicos. Em 1973, este setor implantou o sistema de rodízio de brinquedos e materiais pedagógicos, a Ludoteca. Todos os brinquedos foram então centralizados e passaram a ser utilizados nos moldes de uma biblioteca. (Cunha, 1997)

Em 1960, a UNESCO implantou a idéia internacionalmente, a partir desse momento diferentes iniciativas foram surgindo. Aparecem, assim, diversas experiências de utilização deste espaço, com diversas formas e características: hospitais, escolas, creches, clubes, centros comunitários, universidades, etc.

Segundo Cunha (1997), a Brinquedoteca pode ser vista como um mundo de fantasia, de magia, de alegria, de imaginação, o mundo das brincadeiras. Um espaço para a liberdade, para a alegria e para o resgate do brincar. É um local criado com o intuito de proporcionar à criança um espaço rico em estímulos, onde ela possa brincar livremente e sem cobranças, onde acontece a valorização da atividade lúdica e o respeito às suas necessidades afetivas. É também um espaço preparado para estimular a criança a brincar, dando a ela oportunidade de acesso a uma variedade de brinquedos, dentro de um "setting" lúdico. É um lugar onde tudo convida ao prazer de sentir, explorar e experimentar e tem como objetivos: - favorecer o equilíbrio emocional; dar oportunidades à expansão da criatividade; proporcionar um espaço onde a criança possa brincar sem cobranças e sem sentir que está perdendo tempo; estimular a operatividade das crianças; estimular o desenvolvimento de uma vida interior rica e da capacidade de concentrar a atenção; incentivar o uso do brinquedo como forma de gerar desenvolvimento intelectual, emocional e social e valorizar os sentimentos afetivos e cultivar a sensibilidade.

A brinquedoteca no contexto hospitalar pode permitir a criança, ao adolescente e aos familiares esta construção de conhecimento e "re" criação da doença. O lúdico no resgate da saúde, foi tema da II Jornada sobre Brinquedoteca Hospitalar -realizada em São Paulo/ maio/2005. Na abertura do evento a diretora do Departamento Social da Associação Paulista de Medicina, Mara Gândara, apresentou um depoimento que expressa claramente o seu papel. "Devemos implantar ações que quebrem o branco silencioso dos hospitais, onde o simples ato de brincar crie uma situação de saudável interatividade, atuando como poderosa medicação invisível".

Estudo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo mostra que brinquedos reduzem o estresse. O trabalho mediu o nível de cortisol sérico - substância que indica o nervosismo- no sangue de um grupo de 58 crianças entre quatro e 14 anos. As 34 que iam à brinquedoteca tinham 22,5% a menos da substância do que as 24 que não tiveram acesso ao espaço. (Folha de São Paulo, 29/09/05)

A instalação de brinquedotecas em ambientes hospitalares ganhou ainda mais importância depois que o Congresso Nacional aprovou no dia 21 de março de 2005 a Lei nº 11.104, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que

ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Além de garantir um atendimento médico humanizado e de qualidade às crianças hospitalizadas, a brinquedoteca tem se mostrado bastante eficiente, reduzindo o tempo de internação e acelerando o processo de recuperação.

Descrição da Brinquedoteca Hortênsia de Hollanda

A Brinquedoteca Hortênsia de Hollanda, foi inaugurada no dia 18 de Setembro de 2002 e foi um projeto financiado pelo programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde do Brasil.

Funciona no Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecto-Parasitárias Orestes Diniz (CTR – DIP), instituição vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal Minas Gerais (FM/UFMG) e à Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). O CTR é a



instituição de referência para tratamento de crianças infectadas pelo HIV na região metropolitana de Belo Horizonte e para outras cidades do Estado de Minas Gerais. O ambulatório possui uma equipe multidisciplinar composta por médicos (clínicos, pediatras, ginecologistas e dermatologistas), enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e dentistas, que prestam assistência aos pacientes e suas famílias. A Unidade Pediátrica do CTR-DIP já atendeu, desde a sua implantação em 1989, mais de 1.700 crianças e adolescentes com história de exposição vertical ao HIV. Em janeiro de 2004, 623 crianças estavam em seguimento clínico ambulatorial, entre expostos verticalmente (327 pacientes) e com infecção comprovada (296 pacientes). (Ferreira, 2004)

A brinquedoteca em dias de maior atendimento a pacientes soropositivos e já foram beneficiadas num período de 3 anos de funcionamento, aproximadamente 900 crianças e adolescentes entre 1 e 19 anos portadores do Vírus HIV e outras doenças infecto parasitárias.

A prática baseia-se no apoio ao tratamento da criança, adolescente e seus familiares, trabalhando a adesão e adaptação ao tratamento de uma forma lúdica. É um espaço agradável e colorido, a tenda é azul, vermelha e branca. Os móveis são em tamanhos variados, para favorecer a adaptação da clientela de idades diversificadas.

Os brinquedos foram escolhidos de acordo com as faixas etárias do grupo e com modalidades de brincadeiras, previamente pesquisadas e definidas pela equipe de acordo com sua funcionalidade.

Durante as atividades na Brinquedoteca é possível trabalhar o intercâmbio entre as crianças, entre as famílias, favorecendo uma troca de experiências, conhecimentos e angústias que surgem diante das doenças e do tratamento. Dando voz ao paciente, estamos permitindo que consigam vivenciar suas expectativas, seus desejos, seus medos de uma maneira menos culpabilizada e em um espaço lúdico e de saúde.

O espaço atende a famílias provenientes de todo o Estado de Minas Gerais e da região metropolitana de Belo Horizonte. São famílias dos mais baixos extratos sócio-econômicos

e culturais. São na sua maioria, portadores de HIV/AIDS e outras doenças infectoparasitárias. Frequentam o ambulatório repetidas vezes durante o ano, devido à complexidade do tratamento.

O atendimento dos familiares e crianças portadoras de HIV/AIDS no CTR/DIP/PBH/UFMG, assim como na maioria dos ambulatórios brasileiros desta natureza estava centrado no tratamento médico, focalizando principalmente o controle medicamentoso do paciente, com alguns suportes para casos mais específicos, que incluem atendimento psicoterápico e assistência social às famílias. Um certo número destas crianças frequentam o Centro com certa regularidade e durante a sua permanência, à espera do horário da consulta não tinham atividades programadas. Trata-se de um tempo por vezes prolongado, podendo chegar a algumas horas, quando torna-se importante potencializar esse momento para a ampliação do atendimento, visando uma melhor qualidade do seu tratamento e melhores relações com o ambiente ambulatorial. Baseado nestas concepções, o projeto veio de encontro às necessidades que a população apresentava.

É possível perceber durante o funcionamento da brinquedoteca a alegria e o prazer das crianças de estarem no ambulatório e sobretudo na “casinha de brincar”, nome dado por algumas crianças ao espaço. Ao brincar de desenhar, pintar, colorir, jogar, brincar de casinha, de pai, de mãe, de médico, as crianças desenvolvem suas potencialidades, aprimoram suas qualidades, expressam seus desejos, seus medos. Falar da doença em um espaço de saúde, faz com que elas abordem a questão de uma forma mais aceitável e dentro de suas limitações.

Alguns benefícios podem ser percebidos nas observações participantes e em alguns relatos:

- Maior interação entre os familiares com trocas de experiências sobre formas de condução do tratamento, diagnóstico, enfrentamento da doença, melhoria na auto-estima, maior facilidade de comunicação entre os pares;

- Possibilidade de aprendizado e pesquisa para estudantes de áreas diversas, como biologia, pediatria, psicologia, etc; maior interação e entrosamento entre os adolescentes e as crianças, tornando diferenciado o ambiente do ambulatório. Antes da implantação do espaço era possível perceber a falta de entrosamento entre os pacientes, sem um elo que os unisse e sem um local para expressão dos sentimentos diversos relativos ao processo do adoecimento e tratamento; possibilidade de valorização e reforço da auto-estima dos adolescentes no espaço. É realizado com estes adolescentes um trabalho possibilitando-lhes participar como monitores das atividades da brinquedoteca, ajudando na condução da abordagem com as crianças menores. Este trabalho vem apresentando excelente resultado para estes adolescentes, que passam a conduzir o tratamento de outra forma.

Estes adolescentes passaram por situações diversas e podem ajudar outras crianças que passam por situações semelhantes e isto provavelmente acarretará uma melhoria na auto-estima e adesão. *“Aqui eu vivo muita coisa boa, o que a gente já passou não podemos deixar as outras crianças passarem, principalmente as coisas ruins. Eu tive muita recaída, eu acho que eles não precisam ter recaídas e a brinquedoteca pode ajudar. É uma coisa muito importante. Gosto muito de ajudar as outras crianças. Eu tenho melhorado muito, tomado os remédios, vir sempre aqui no hospital, fazer o tratamento certo, fiquei mais responsável.” (Feminino, 19)*

Com este trabalho podemos refletir a respeito do papel do profissional de saúde interessado no atendimento de crianças. Mesmo que haja um objetivo claro ao se atender

uma determinada criança, é necessário que ela se sinta amparada e compreendida no que se refere ao seu universo e às suas demandas, o que significa poder brincar naquela situação na qual se percebe envolvida que pode ser, muitas vezes, extremamente ameaçadora. Quando a criança chega a uma consulta na área de saúde, ela provavelmente já imagina que há algo de errado no seu estado geral, até mesmo porque este também é, geralmente, o pensamento de seus pais ou responsáveis. Dessa forma, permitir-lhe brincar com o material e com a demanda que ali se apresenta, significa ajudá-la a se apropriar daquela situação e, assim, poder elaborar seus conflitos e medos. As atividades lúdicas como técnicas terapêuticas nos parece a maneira mais adequada e, por que não dizer, eficiente de se trabalhar com a criança, uma vez que, como dito anteriormente, ela passa a ser o sujeito da ação e não apenas seu mero receptor ou objeto.

Estudos como o de Motta e Enumo (2004), Martins(2001), Mitre (2004) dentre outros mostram o brincar como alternativa para aliviar o sofrimento das rotinas hospitalares, podendo criar oportunidades para que os pacientes falem e elaborem o que para eles seja necessário em cada momento deste processo.

Para Mitre a doença afasta a criança e o adolescente de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade. Esta situação pode trazer sentimentos diversos, como: culpa, punição e medo da morte. Para dar conta de elaborar essa experiência torna-se necessário que a criança possa dispor de instrumentos de seu domínio e conhecimento. “O brincar pode contribuir para que se (re) signifique o modelo tradicional de intervenção e cuidado de crianças hospitalizadas.” (Mitre, 2004)

A Brinquedoteca Hortênsia de Hollanda trouxe um novo significado ao ambulatório e uma forma diferenciada de trabalho junto às crianças e adolescentes soropositivos.

Considerações finais

A proposta do nosso estudo foi investigar a implantação de um espaço lúdico educativo em um ambulatório de Aids pediátrica e o significado atribuído pelos usuários e pela equipe a este espaço. A análise exploratória dos dados nos possibilitou confirmar a importância da ludicidade como técnica de abordagem das questões relativas a doença e como facilitador da adesão ao tratamento de crianças e adolescentes soropositivos. Nossos resultados vão de encontro aos dados da literatura que nos trazem relatos de experiências de intervenção em que a oportunidade do brincar no contexto hospitalar tem efeitos positivos e favorece a comunicação e a expressão dos sentimentos das crianças e adolescentes.

Com base nas teorias que embasam o estudo sobre o lúdico buscamos conhecer os aspectos mais importantes da relevância do brincar no desenvolvimento e no contexto de hospitalização. Os dados da literatura guiaram nossas entrevistas com 57 sujeitos e nos permitiram conhecer o significado atribuído pelos usuários e pela equipe ao espaço e a iniciativa de implantação da brinquedoteca.

Os resultados obtidos e a vinculação destes com a literatura nos levam a concluir que no contexto hospitalar que atende pacientes com doenças crônicas, como a Aids, um lugar onde seja possível utilizar-se de recursos lúdicos e educativos tem grande importância tanto para os usuários, como para a equipe médica e pode ser utilizado como uma das estratégias de enfrentamento das intercorrências destas doenças e colaborar na adesão ao tratamento. Os dados mostraram que a ludicidade constitui-se de fato em um recurso viável e adequado para o enfrentamento das doenças crônicas e pode ser mais utilizado quando a criança

encontra apoio nas ações institucionais que viabilizam e disponibilizam recursos humanos e materiais para este fim.

Dando voz aos sujeitos participantes deste estudo percebemos que além do brincar agir como um elo entre a realidade da doença e a imaginação foi também um facilitador do contato entre mães e pais e seus filhos e entre avós e netos. A presença das avós tem sido uma realidade muito observada na área da Aids, estas mulheres com a vida já “estabelecida” se veem de frente com uma doença a princípio culturalmente assustadora que traz dolorosas perdas, passam a ser novamente “mães”, assumindo a difícil responsabilidade de cuidar de uma criança com HIV/Aids. Foi possível perceber também nas observações participantes que mães que inicialmente resistiam em brincar com seus filhos foram com o passar dos dias se aproximando da brinquedoteca e usando o lúdico como suporte na aproximação com suas crianças. Hoje no espaço é sempre possível encontrar familiares participando ativamente das atividades e brincando junto com as crianças. Estes familiares se inseriram no espaço e fizeram dele um local de troca de experiências e acolhimento. Sempre trazem suas dúvidas, seus sentimentos em relação ao dia-a-dia da doença, suas preocupações com o futuro de seus filhos, seus sonhos e desejos e lá sempre encontram alguém que escute suas “dores” . Este fato traz um enorme ganho na abordagem destes pacientes, pois a Aids como uma doença complexa e que interfere em toda a família deve ser abordada levando em conta esta dinâmica. O espaço favoreceu a criação de alianças e de vivências entre pares, colaborando para um “alívio” da solidão imposta pela Aids e por todo o preconceito que a envolve.

Para as crianças e adolescentes a implantação da brinquedoteca trouxe ao ambulatório um contexto onde não impera a doença, no qual ela não é tratada como um doente e sim como um “brincante” saudável e repleto de possibilidades e desejos. A linguagem utilizada, o lúdico, é uma forma de comunicação familiar e libertadora que pode trazer a eles a possibilidade de dividir com os outros, sensações e sentimento muitas vezes ameaçadores e dolorosos.

A brinquedoteca também é usada como espaço científico e permitiu aos estagiários que passaram pelo espaço, uma aplicação prática de seus estudos sobre o desenvolvimento infantil, um refinamento e melhoria na escuta dos pacientes, uma vivência do trabalho multidisciplinar e oportunidade para sua formação científica.

Outra possibilidade revelada com sucesso pela pesquisa foi a valorização e autonomia junto aos adolescentes monitores que passaram a compartilhar com as outras crianças suas vivências, fizeram deste trabalho uma forma de tomar mais consciência da importância de uma boa adesão ao tratamento, apresentaram uma grande melhoria na sua auto-estima e mudanças na postura frente à doença.

Durante o nosso trabalho nos deparamos com alguns limites como:

- _ Pouco tempo de funcionamento durante a semana;
- _ Insuficiência de pessoal fixo na coordenação das atividades do espaço;
- _ Não institucionalização da brinquedoteca pelo serviço;
- _ Falta de recursos financeiros que viabilizem a manutenção física e estrutural da brinquedoteca;

É necessário que uma autonomia seja conquistada, o que possibilitará uma maior elaboração das intervenções e implementação de novas atividades e pesquisas.

O trabalho mostrou resultados satisfatórios e apresenta perspectivas interessantes no que se refere a adesão e melhoria na auto-estima dos usuários.

Baseado nos dados deste estudo e de outros da equipe de Aids pediátrica da UFMG, elaboramos um projeto que dará continuidade ao trabalho com os adolescentes. Temos também como perspectiva a ampliação dos dias de funcionamento do espaço, o que permitirá um trabalho mais elaborado onde mais usuários e estagiários poderão beneficiar-se dele. Com esta ampliação haverá a possibilidade de oferecermos um projeto de extensão à universidade onde projetos de pesquisa de diversas áreas poderão ser elaborados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 10 de Dezembro de 2005- Dia mundial de luta contra a Aids – “Aids assunto de todos”(http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/Downloads/programas/Aids_MG_2005.pdf)
2. AIDS epidemic update. 2005. Disponível em: <http://www.unaids.org> Acesso em: 22 nov. 2005.
3. BRITO, A.C. M ; CASTILJO, E. A.; SZWARCOWALD, C.M.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. REV. SOC. BRAS. MED. TROP. v. 34, n. 2, p. 207-19, mar./abr. 2001.
4. CUNHA, N. H. Da S. A brinquedoteca brasileira. In: Santos, S. M. P. dos (Org). Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos. 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p.13-22.
5. FERREIRA, Flávia Gomes Faleiro - Determinantes da Adesão à Terapia Anti-retroviral em Crianças infectadas pelo HIV./ Tese mestrado.- Belo Horizonte, 2004.
6. FREUD, S. (1998a). Além do princípio do prazer. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920)
7. FRIEDMANN, A. A Evolução do brincar. In: _____. *O direito de brincar: a Brinquedoteca*. 4. ed. São Paulo: Abrinq, 1998. p. 25-35.
8. MARINS, J. R. P. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patient. AIDS. v. 17, n. 11, p. 1675-82, Jul. 2003.
9. MITRE, Rosa Maria de Araújo e GOMES, Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2004, vol.9, no.1, p.147-154. ISSN 1413-8123.
10. MOTTA, Alessandra Brunoro e ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicol. estud.*, jan./abr. 2004, vol.9, no.1, p.19-28. ISSN 1413-7372.
11. NETO, C. (1997). Jogo e desenvolvimento da criança. Lisboa: Edições FMH (272 pág.).
12. PIAGET (1975) – A formação do símbolo na criança . Rio de Janeiro: Zahar Editores.
13. SANTOS, Santa Marli P. dos(org). 2001. Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico. Petrópolis: Vozes.
14. SANTIAGO, R. Termina prazo para construção de brinquedotecas em hospitais - Folha Online, 29/09/2005 www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u113304.shtml
15. VYGOTSKY, L. 1989. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes.
16. ZANNON, C. M. L. da C. (1991). Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes interven o comportamental no ambiente hospitalar. Teoria e Pesquisa

A AIDS NA TERCEIRA IDADE NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS, CUIDADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Saldanha A A W¹, Araújo L F² - João Pessoa - Brasil

Introdução

Apesar de a velhice ser um fenômeno biológico, a forma como cada pessoa envelhece está determinada por questões subjetivas, condicionadas às questões da hereditariedade, do social e do cultural, incluindo-se aí a sua história de vida (Santos, 2003). Assim, a sociedade destina um lugar e um papel ao indivíduo que envelhece, diferindo de acordo com o contexto social em que está inserido. Desta forma, não existe uma velhice, mas velhices que diferem de acordo com o gênero, classe social e intelectual, fato que torna fundamental uma visão singularizada para cada idoso.

No Brasil existem pesquisas que mostram como os próprios idosos simplificam o envelhecimento humano, a partir das perdas, representando o processo com predisposições desfavoráveis, estereótipos negativos e preconceitos. Em estudo desenvolvido por Santos (1990) acerca da influência da aposentadoria sobre a identidade do sujeito, foi observado que nas sociedades modernas a ênfase continua sendo dada à juventude e à capacidade de produção, ou seja, “ser velho representa um afastamento do mundo social” (p.22). Em contrapartida, Debert (1999) aponta para a abertura de espaços para que diversas experiências de envelhecimento bem sucedidas possam ser vividas coletivamente, como, por exemplo, os grupos de convivência de idosos e as universidades da terceira idade, entre outros.

Na realidade, segundo Motta (2004), coexistem as duas imagens da velhice: a tradicional, naturalizada, do velho inativo, mas “respeitável”; e a nova imagem, mais dinâmica e participante em determinadas situações sociais. Neste sentido, de acordo com Néri (1993), é o desconhecimento do que significa ser velho que induz a práticas com foco ideológico, que contribuem para a manutenção e propagação de mitos, estereótipos negativos e preconceitos acerca da velhice. A concepção da velhice enquanto perdas e limitações ou a incapacidade de procriação, a morte do cônjuge, a inatividade sexual e abdicação compromete o entendimento de outras possibilidades de trajetórias, pautadas no reconhecimento do envelhecimento como experiência diversificada e sujeita à influência de diferentes contextos sociais, levando a velhice a um processo de fragilização e vulnerabilidade frente às vicissitudes de algumas doenças.

¹ Universidade Federal da Paraíba - Pós-Graduação em Psicologia

² Universidade Federal da Paraíba - Pós-Graduação em Psicologia

A expectativa de vida, atualmente ultrapassa os 80 anos, proporcionando ganhos não apenas quantitativos, mas atribuindo novo significado e novas possibilidades à velhice, tais como: o casamento, a partir de 60 anos, a volta à produtividade, visando ao sucesso profissional, a volta aos estudos, em especial, a matrícula em uma universidade, a oportunidade, enfim, de aproveitar com plenitude a aposentadoria, antes considerada uma sentença de morte lenta (Cruz, 2005).

Esta mudança do perfil demográfico poderá ter impacto sobre o sistema de saúde brasileiro, exigindo uma adequação às condições de vida das pessoas com idade acima de 60 anos. A saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais do que em outros grupos etários, sofrem a influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais, de tal forma que avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional.

Neste contexto emerge a questão da Aids na velhice. Mais do que uma doença, a Aids configura-se hoje como um fenômeno social de amplas proporções, impactando princípios morais, religiosos e éticos, procedimentos de saúde pública e de comportamento privado, questões relativas à sexualidade, ao uso de drogas e à moralidade conjugal, isto para ficar nas problemáticas mais evidentes.

O novo perfil no curso da epidemia da Aids aponta para crescente o número de casos na faixa etária acima de 50 anos. As estatísticas nacionais apontam um total de 30.827 casos de Aids em maiores de 50 anos no Brasil, dos quais 8.339 em pessoas com idade de 60 anos ou mais (Brasil, 2005). Considerando que a subnotificação de casos no Brasil varia de 24 a 65%, pode-se concluir que este número pode ser bem maior (Oliveira e Cabral, 2004). Feitoza, Souza e Araújo (2004) ressaltam que a doença nesta população específica apresenta grande relevância epidemiológica, não pelos números absolutos, mas pelas taxas de incidência (7,6 casos p/1000.000), prevalência (224,9 p/ 1000.000 hab. no sexo masculino), letalidade (43,9%) e anos potenciais de vida perdidos (em até 15 anos). Entre as causas apontadas estão as notificações tardias, poucas pesquisas na área, confusões no diagnóstico e resistência ao tratamento. Entretanto, segundo Lieberman (2000), a possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece ser invisível aos olhos da sociedade e aos dos próprios idosos.

Discutir a relação de um indivíduo com a Aids implica falar de situação social e cultural, de *status* econômico, de crenças e valores, de auto-estima, projeto de vida, situação legal e jurídica do país em que vive este indivíduo, condições de acesso aos serviços de saúde, e muitos outros fatores, ou seja, é tentar compreender qual o grau de vulnerabilidade desse indivíduo à epidemia.

Em recente estudo (Prilip, 2004), foram identificados dois grupos dentro da faixa etária idosa contaminada pelo HIV/Aids: a) aqueles que estão envelhecendo com Aids contraída há mais tempo, devido à eficácia das terapias antiretrovirais que prolongam a sobrevivência dos pacientes soropositivos; e b) aqueles que contraíram o vírus já com mais de 60 anos. Entretanto, independente do tempo de contágio, lidar com a Aids na idade avançada traz consigo contradições e desafios a serem enfrentados, tornando visível o invisível, como, por exemplo, a sexualidade ou o uso de drogas na velhice, temas carregados de preconceitos e tabus sociais. Segundo Figueiredo (2004), falar em Aids neste contexto significa referir-se a uma doença contagiosa e fatal, que ainda se associa às minorias, em que prevalece a crença de que as pessoas contaminadas são responsáveis pela própria enfermidade.

A Aids vem se confirmando como uma ameaça à saúde pública e a tendência sugere que, em pouco tempo, o número de idosos contaminados pelo HIV será ampliado significativamente, principalmente devido a vulnerabilidade física e psicológica, pouco acesso a serviços de saúde, além da invisibilidade com que é tratada sua exposição ao risco, seja por via sexual ou uso de drogas ilícitas (IBGE/NPDA, 2005; Lieberman, 2000). Além disso, a falta de campanhas destinadas aos idosos faz com que esta população esteja geralmente menos informada sobre o HIV e menos consciente de como se proteger (Feitoza, Souza e Araújo, 2004). Estes fatores, associados a similaridade dos sintomas da Aids com a sintomatologia inerente à velhice, levam a que os profissionais de saúde não solicitem o teste HIV nos exames de rotina, ocasionando diagnóstico tardio, atrasando o tratamento com antiretrovirais e diminuindo a sobrevida dessas pessoas (Vieira, 2004).

Neste sentido, não bastam apenas as descobertas a nível dos aspectos profiláticos, etiológicos e terapêuticos, se faz necessário também uma perspectiva psicossocial. Sendo assim, este estudo tem como base a necessidade de ampliação de estrutura de suporte psicológico para portadores do HIV e pacientes com AIDS se justifica pela complexidade do atendimento, onde a contrapartida psicossocial da doença exige uma estrutura integrada e ampliada que possa complementar a abordagem multidisciplinar atualmente dispensada ao paciente (Figueiredo, 2001, 2004; Saldanha 2003, 2004).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco ou de proteção relacionados à vulnerabilidade à AIDS, em pessoas na faixa etária acima de 50 anos

Método

Este projeto faz parte de um conjunto de pesquisas realizada pelo Programa de Pesquisa e Atendimento Psicossocial à Aids, financiadas pelo CNPq, inserido no Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais da Prevenção e Saúde Coletiva, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFPB, e representa uma tentativa para complementar o universo da temática, inserindo a questão da Aids na terceira idade, visando criar subsídios para a avaliação do desempenho profissional no atendimento ao portador do HIV e ao paciente com Aids.

Trata-se de um estudo de campo de cunho quantitativo e qualitativo em uma abordagem de multimétodos, tendo como aporte a Teoria das Representações Sociais.

Participantes

Os participantes da pesquisa foram agrupados da seguinte forma, cada um constituindo pesquisa independente, paralela e complementar:

A – 35 idosos, de ambos os sexos, pertencentes a Grupos de Convivência da Terceira Idade, com idade variando de 50 a 87 anos.

B – 21 Pacientes Soropositivos para o HIV/Aids, com idade superior à 50 anos, de ambos os sexos, usuários dos serviços de saúde, com tempo de diagnóstico variando de 01 a 12 anos e como via de contaminação, em sua maioria, sexual (81% heterossexual e 9% homossexual).

C – Acompanhantes: 04 familiares-cuidadores de pessoas idosas soropositivas para o HIV/Aids.

D – 36 Profissionais de saúde de várias especialidades que atendem à pacientes da

terceira idade, com idade variando de 24 a 65 anos, e tempo de profissão de 5 meses a 31 anos.

E – 20 Coordenadores de Grupos de Convivência da Terceira Idade do Programa de Atenção ao Idoso da Prefeitura Municipal de João Pessoa - PB, com idade variando de 38 a 72 anos.

Procedimento

A coleta dos dados foi realizada com base em dois procedimentos:

Técnica de Associação Livre de Palavras: (De Rosa, 1988) é um tipo de investigação aberta que se estrutura na evocação de respostas dadas a partir de um estímulo indutor (neste estudo, Aids e Prevenção – contextualizados na terceira idade), o que permite colocar em evidência universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações.

Entrevistas Individuais: foram utilizados procedimentos semi-estruturados. Em uma primeira parte com questões relativas à dados sócio-demográficas para a obtenção de um perfil da amostra e a segunda parte constou de uma questão norteadora acerca do significado da Aids, adaptada para cada grupo estudado.

Análise dos Dados

Os conteúdos apreendidos por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras foram processados pelo software Tri-deux-Mots (Cibois, 1990) e analisados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC).

Considerando o material transcrito das gravações das entrevistas, a análise de conteúdos foi processada com base em Categorias Temáticas emergentes de acordo com a proposta de Figueiredo et al (1993).

Aspectos éticos

Este estudo foi realizado considerando os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996), após ter sido submetido à avaliação e aprovação pela Comissão de Ética Médica da UFPB.

Resultados

Os resultados da primeira etapa deste projeto destacam:

Para os **Idosos da população em geral**, as representações acerca da Aids na terceira idade são:

- Ancoradas em aspectos fisiológicos e psico-afetivos (externos)
- Prevenção é concebida como *informação* aos *grupos de risco*
- Risco de Contrair é associado à *libertinagem*, *coragem* de ter *contato sexual sem prevenção* e uso de *drogas*.

Doença de jovem: *a pessoa jovem tem a jovialidade (1) falta de cuidado, sobretudo a juventude (1) o adulto é mais aventureiro (5) a moçada quando encontra o rapaz primeira coisa que faz é se entregar a ele (1) é muito preocupante pra os adolescentes (10) o jovem é mais cheio de muitas fantasias (2) essa libertinagem que eles tem (1) é preciso alertar os jovens sobre o sexo (5)*

Impossibilidade: que as pessoas idosas que saem aos encontros com outras pessoas acho que aquela pessoa é tão... tem tanta coragem (1) o idoso é mais precavido (2) O idoso por si já é um homem retraído (1) é muito difícil a gente achar na terceira idade (13) é tão difícil uma pessoa idosa ter relações sexuais completas (1) idoso não tem ligação com aidético, convivência, não tem sexo, nessa idade eu não quero nem saber (2)

Observa-se, portanto, uma subestimação do potencial da infecção nas pessoas idosas e, consequentemente, uma vulnerabilidade não percebida, o que constitui em um desafio para uma mudança de concepção da doença para os idosos, que enxergam a contaminação como algo de grande dimensão, mas distante da sua faixa etária por ser o sexo a maior causa de transmissão.

Para os **Idosos Soropositivos** a Aids é representada:

- A Aids é vivenciada com constrangimento e associada com a promiscuidade.
- O enfrentamento é dado pela religião.
- Risco é associado ao sangue, beijo e usuários de droga, prostituição
- A Aids é concebida como uma doença contagiosa e fatal, ainda associada às minorias, prevalecendo a crença de que as pessoas são responsáveis pela própria enfermidade.

"Eu me senti até abastalhado. Aí eu falei: "como é que diabos eu fui buscar essa doença, onde? mas que diabo foi que eu fiz pra merecer isso?!"... Já fazia 12 ou 13 anos que eu tive relação com mulher de fora, sabe. Eu estava com essa doença sem saber. Cheguei aqui e foi descoberto essa doença... Sabia nada, sabia nada que diabo era isso não" (Suj6); "Eu disse: não, eu não acredito. Eu não acredito porque eu não saio com ninguém."

"Ave maria, é muito difícil. Porque o povo rejeita, né. Rejeita porque fala assim: um homem daquela idade com Aids." (Suj 13)

Na convivência com a Aids destacam-se os seguintes conteúdos: estigma e outras dificuldades decorrentes do contágio, referindo às questões de ordem particular e manifesto de desagrado frente às dificuldades materiais, sociais ou afetivas do dia-a-dia; incapacidade para o trabalho devido aos sintomas e seqüelas de doenças atribuídas à Aids; dificuldades de reintegração social, na comunidade em geral e nos círculos mais íntimos e na família em particular; baixa auto-estima e a culpabilidade; conformismo diante da doença e da morte, decorrente da idade avançada, de crenças religiosas e da transferência do foco da preocupação com a morte para as questões mais concretas da sobrevivência.

Em relação aos **Cuidadores Domésticos** foi observado:

- Pouca participação da família na sobrevivência do idoso soropositivo
- Curta rede de apoio social
- O medo do preconceito por parte dos entes queridos
- A religião assume o papel confortador, que, diferentemente do esperado, não é atribuído à família.

"...eu mesma assim pessoalmente num era pra ta cuidando dele não, porque ele é ex-marido meu. Nós somos separado há dez anos, mas ninguém quis cuidar, só eu mesmo assim..." (Sujeito 1).

Acho que depois de "véi" se pegar essa doença é pra morrer, porque existe muitos problemas, doença, né? (Suj. 4)

"É porque assim a família dele fica muito distante. E ele nem tem contato com outras pessoas porque tem gente que não gosta de fazer favor pra ninguém, só gosta de fazer favor por dinheiro, né isso? Enfim, a gente se dá muito bem..." (Suj. 3).

A difícil tarefa de encontrar a amostra revela um indício da pouca participação da família na sobrevivência do idoso soropositivo corroborado pelos discursos dos próprios pacientes que acabam por levantar questões como a curta rede de apoio social, visto que muitos optam por não contar à família seu estado de soropositividade; o enfrentamento dos pacientes através da religião, sendo a "fé" e "Deus" termos frequentes nos discursos analisados; e finalmente o medo do preconceito por parte dos entes queridos. Tais resultados sugerem que a religião assume o papel confortador, que, diferentemente do esperado, não é atribuído à família.

No discurso dos **Profissionais de Saúde** destacou-se:

- Associação a temáticas negativas, como decepção, preconceito e dificuldades
- Via de infecção: procedimentos médicos, tais como transfusões de sangue, e práticas sexuais promíscuas.
- Solicitação do teste anti-HIV é solicitado somente mediante sintomatologia característica da doença

Aids: *"Se os dias deles já estariam contados, imagina tendo AIDS"* (Odontóloga 1, 24 anos). *"Eu vejo como um terror (...) é uma decepção"* (Médica, geriatra, 55 anos). *"Eu vejo muito complicado"* (Enfermeira 1, 65 anos).

Risco: *"...promiscuidade, de mudança de parceiro, de infidelidade"* (Médica, geriatra, 55 anos). *"...através de alguma relação ilícita"* (Odontóloga 4, 58 anos). *"...procura na rua o que não tem dentro de casa"* (Odontóloga 2, 51 anos). *"(...) drogas é um negócio tão distante deles"* (Fisioterapeuta 6, gerontólogo, 29 anos). *"A maior probabilidade de o idoso se contaminar com a aids, seria meio de internamentos em hospitais, através de transfusões, porque ele não corre tanto risco como os jovens, que está exposto as drogas, a toda variedade de sexualidade que ele pratica, só isso mesmo"* (Odontólogo 5, 57 anos).

Solicitação Exame: *"Eu não solicito porque, não sei. Eu nunca solicitei. A não ser algumas vezes que ela desconfia de alguma coisa do companheiro e me pede para eu solicitar. Porque eu sou muito assim a favor do que o Ministério da Saúde preconiza né. Então ele nunca me orientou a solicitar na rotina"* (Médica, geriatra, 55 anos).

Evidenciam-se nestes discursos, concepções associadas a estigmas e preconceitos, igualando o conhecimento científico ao senso comum, podendo interferir em suas práticas de atendimento.

Entre as representações dos **Coordenadores dos Grupos de Convivência** destacam-se:

- Aids: as mais jovens associam a Aids à necessidade de cuidado, enquanto as mais velhas ao sofrimento e grupo de risco.

- A prevenção é colocada como responsabilidade da Saúde Pública.

"...muitos idosos que estão agora indo em busca de amores...o número em homens é maior..." (Assistente Social, 53 anos) "o idoso que gosta de sair, procurar pra sair e satisfazer seus desejos não usam uma prevenção, não conhece a parceira e traz essa doença pra sua própria esposa"... (Psicóloga, 48 anos) "a maior vulnerabilidade é com relação ao parceiro...se confia plenamente, acredita que ele jamais vai pular a cerca...de repente pega e transmite para sua companheiro"... (Professora, 38 anos)

"Eu não tenho bem assim aquele conhecimento como é que você pode, eu acho que o risco é no beijo, no assento, no toailete, no exame"... (Educadora física, 47 anos); "a falta de informação, o pior é isso"... (Professora aposentada, 67 anos). "é por transfusão de sangue...(Assistente social, 53 anos), "eu acho que é na intervenção cirúrgica e na transfusão de sangue"... (Professora aposentada, 72 anos), ("é através de alguma injeção sabe"... (Psicóloga, 49 anos)

Se por um lado, há satisfação no desenvolvimento de sua atividade, por outro lado, observam-se um distanciamento em relação à Aids, dificuldade de lidar com o assunto junto aos idosos e também no âmbito pessoal, chegando a negação da doença junto à população da terceira idade.

Estes resultados demonstram que os idosos que se deparam com a doença tendem ao isolamento, escondendo o diagnóstico da família, dos vizinhos, no ambiente de trabalho. Não dispõem de grupos de auto-ajuda ou ambulatorios especializados em lidar com a complexa situação de envelhecer com Aids. O medo da discriminação é tão grande que, muitas vezes, o preconceito brota de dentro para fora e os impede de dividir suas angústias. O diagnóstico tardio é uma das principais razões de morte precoce e as interações do coquetel com outros medicamentos já utilizados pelos idosos produzem reações indesejáveis. Com a imunidade enfraquecida, podem morrer em decorrência de qualquer resfriado banal.

- Conclusão

Desde seu surgimento, a Aids vem assumindo um paradigma de doença orgânica que requer uma abordagem biopsicossocial, determinando uma crise multidimensional que afeta não apenas as pessoas contaminadas, mas também seus parceiros sexuais, familiares, cuidadores, profissionais de saúde, comunidades.

A família/cuidador irá enfrentar muitos fatores que influenciarão suas reações durante o desenvolvimento da doença de seu ente, que a colocará num contínuo entre a colaboração/solidariedade e conflitos/discriminação. Esses fatores podem ser exemplificados pela

instabilidade emocional provocada pelo curso variável da doença, expectativa de vida curta para o paciente e tratamentos complexos. O familiar passa, ainda, por fases da vivência da doença grave e preparo para a morte, que se sincronizam com aquelas fases vivenciadas pelo doente. Isso gera sofrimento e remete à necessidade da busca de suporte, o qual pode ser fornecido pelo serviço de saúde, cuja finalidade é ajudar o familiar a permanecer ao lado do paciente.

Neste sentido, a parceria entre os profissionais de saúde e cuidadores deverá possibilitar a sistematização de tarefas, evitando hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação, que são traumatizantes para o idoso, que, além de conviver com aspectos inerentes à velhice, enfrenta as vicissitudes de ser portador do HIV/Aids (Figueiredo, 2004).

No plano da assistência aos soropositivos para o HIV, os serviços de saúde passam a lidar com uma população específica, com demandas diferenciadas que exigem um manejo de características peculiares. O fato de a sexualidade e uso de drogas nesta faixa etária serem tratados como tabus, tanto pelos idosos como pela sociedade em geral, contribui para que a Aids não se configure como ameaça, levando os profissionais de saúde a não solicitarem o teste HIV nos exames de rotina, também em decorrência da associação dos sintomas a outras doenças (Alzheimer, câncer etc), ocasionando diagnóstico tardio, uma das principais razões de morte precoce. Entretanto é o apoio emocional ao paciente, ajudando-o a lidar com as questões de ordem afetiva, fundamentais para a adoção de práticas voltadas para o auto-cuidado, que ainda sofre consequências do despreparo que envolve o trato psicossocial da doença.

Os estigmas que acompanham aspectos relacionados à Aids constituem, ainda hoje, um bloqueio ao atendimento e assistência ao portador do HIV (Malbenguier, 2000). Além disso, a complexidade deste trabalho tem um duplo efeito sobre o profissional: além de acarretar um enorme desgaste psicológico, dificulta a identificação dos principais fatores deste desequilíbrio, multideterminado pelo medo, falta de informação, crenças individuais e principalmente pela forma fragmentada com que a doença é encarada nos meios especializados. A isso adiciona-se o risco de contaminação implícito nas relações do profissional de saúde com o paciente, através de exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado, no transcurso do seu trabalho. Os próprios profissionais têm reconhecido, num primeiro momento, o estigma e o medo, seguidos de sentimentos de desconforto e perplexidade, que representam fortes barreiras à realização de vínculos significantes com o paciente soropositivo (Figueiredo, 2001; Saldanha, 2003).

A percepção de risco é um tema complexo que abarca não somente os comportamentos, mas também os sentidos e significados e sua interação com os fatores da vida cotidiana (modo de vida, situação socioeconômica, situação familiar, conjugal, dentre outros) e os determinantes sócio-históricos que embasam o pensamento sobre a Aids e a saúde de uma maneira geral (Saldanha, 2004). Surgem, portanto, como desdobramentos deste estudo:

Grupos de Convivência: enquanto lócus privilegiado para o desenvolvimento de programas interventivos propiciando um espaço de reflexão que possibilita rever de forma compartilhada, seus papéis e expectativas.

Universidade da Terceira Idade: onde, a partir do seu papel de orientação e formação pode direcionar conteúdos de promoção da saúde e formação de multiplicadores voltados para a prevenção do HIV/Aids.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS): que, por vivenciar os problemas e morar na

comunidade em que desempenha a sua prática de trabalho, o ACS figura como importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado.

Espera-se com este estudo, ter obtido elementos necessários para realizar a síntese entre as duas perspectivas que devem prevalecer no atendimento a pessoas com Aids: a visão compreensiva do profissional sobre a perspectiva do paciente e o envolvimento do próprio paciente com as condições técnicas do atendimento.

Referências Bibliográficas

- BRASIL, Ministério da Saúde (2005). Boletim Epidemiológico – AIDS. Brasília: CNDST/AIDS. Ano I (01).
- CIBOIS, Ph. (1998). L'analyse factorielle. Paris: PUF, Collection "Que sais-je?".
- Cruz, G.E.C.P. (2005). HIV/AIDS: um perfil epidemiológico de portadores idosos. Recuperado em 16 de Fevereiro, 2006, de <http://www.portaldoenvelhecimento.net>
- De Rosa, A S. (1988). Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale. Connexions, 51, Rome: Université de Rome.
- Debert, G.G. (1999). A reinvenção da velhice. São Paulo: FAPESP.
- Feitoza, A.R.; Souza, A. R. & Araújo, M.F.M. (2004). A magnitude da infecção pelo HIV-Aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE. J Brasil. Doenças Sex. Transm., 16 (4):32-37.
- FIGUEIREDO, M.A.C. (1993).; Profissionais de Saúde e Aids. Um estudo diferencial. Medicina.Ribeirão Preto, 26 (3), abr/jun, p. 393-407.
- Figueiredo, M.A.C. (2001). Algumas questões psicossociais do atendimento a pessoas que convivem com o HIV/Aids, sob o ponto de vista de um grupo de profissionais de saúde. Jornal Brasileiro de Aids, 2 (1): 17-24.
- Figueiredo, M.A.C. (2004). Um estudo de crenças e representações em cuidadores domésticos de pessoas com Aids e acompanhantes de ambulatório de crianças soropositivas para o HIV. Subsídios para programas de orientação e suporte psicológico do atendimento domiciliar. Recuperado em fev 2006: <http://papsi.ffclrp.usp.br>
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002). Relatório do Perfil dos Idosos responsáveis por domicílios no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE.
- Lieberman, R. (2000). HIV in older Americans: an epidemiologic Perspective. Journal of Midwifery & Women's Health, 45, (2).
- Malbenguir, A. (2000). Os médicos diante do paciente com Aids: atitudes, preconceitos e dificuldades. In: _____. Aids e Psiquiatria. Um guia para profissionais de saúde (pp76-107). Rio de Janeiro: Revinter.
- Motta, A.B. (2004). Envelhecimento e sentimento do Corpo. In: Minayo, M.C.S. & Coimbra Jr., C.E.A. (Orgs). Antropologia, Saúde e Envelhecimento (pp.37-50), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Neri, A. L. (1993). A qualidade de vida e Idade madura. Campinas:Papirus.
- Oliveira, M da G. & Cabral, B. E. da S. L. (2004). Lazer nos grupos de convivência para idosos: uma experiência de sociabilidade. Recuperado em 16 Fev.: http://chip.cchla.ufpb.br/paraiwa/04-guia_e_benedita.html.
- Prilip, N.B.A. (2004). O pulso ainda pulsa: o comportamento sexual como expressão da vulnerabilidade de um grupo de idosos soropositivos. São Paulo, 2004. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. PUC-SP, São Paulo.

- Saldanha, A.A.W. (2003). Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável. Tese de Doutorado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: São Paulo.
- Saldanha, A.A.W.; Figueiredo, M.A.C.; Coutinho, M.P.L. (2004). Atendimento Psicossocial à Aids: a busca pelas questões subjetivas. J Brasil. Doenças Sex. Transm., 16 (3):84-91.
- Santos, M. F. (1990). Identidade e aposentadoria. São Paulo: EPU.
- Santos, S.S. (2003). Sexualidade e Amor na Velhice. Porto Alegre: Sulina.
- Vieira, E.B. (2004). Manual de Gerontologia – um manual teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter.

A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA) COM BASE NA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA) E DIAGNÓSTICOS EM ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO

Alves E R P, Silva A C O - João Pessoa - Brasil

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tem-se constituído em um dos mais sérios agravos já enfrentado pela humanidade e se tornado uma enfermidade pandêmica. Até março de 2002, no Brasil, existia um total de 257.780 casos (CAETANO, PAGLIUCA, 2006). Conforme o relatório anual do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, existe no mundo aproximadamente 40 milhões de pessoas vivendo com a doença (AZEVEDO, 2002; BRASIL, 2005).

No Estado da Paraíba é grande o número de pessoas infectadas pelo HIV e a cada ano esse número aumenta cada vez mais. Entre julho de 1985 e abril de 2004, cerca de 2.243 casos foram notificados no Estado; dos quais 1.643 são do sexo masculino, 600 do sexo feminino e 58 casos de gestantes e crianças expostas ao vírus (BEZERRA, 2005).

A enfermagem através da sua atividade exclusiva (consulta de enfermagem) e fazendo uso da sua autonomia profissional é responsável pelo desenvolvimento de um modelo assistencial para atender às necessidades de saúde do indivíduo/comunidade. Logo, tem compromisso com a assistência ao portador do vírus HIV/AIDS com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e preparar o doente para o auto cuidado (CAETANO, PAGLIUCA, 2006).

A sigla AIDS, como é mais conhecida, significa, em inglês, *Acquired Immunodeficiency Syndrome*. Em português quer dizer Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e a sigla é conhecida como SIDA. A Síndrome é um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam a doença e que atinge o sistema imunológico que passa a não funcionar corretamente. A doença é adquirida porque a infecção ocorre através da penetração do vírus no corpo do hospedeiro (AZEVEDO, 2002).

Segundo o mesmo autor, no Brasil, a grafia em inglês (AIDS) é a mais utilizada. A semelhança que a sigla SIDA tem com o apelido comum que é dado a quem tem o nome próprio de Maria Aparecida, nome esse bastante comum em nosso país, e por essas duas palavras se confundirem foneticamente, convencionou-se aqui no Brasil a sigla inglesa

(AIDS) para não gerar preconceitos. Em outros países como Portugal e os demais da língua portuguesa, a sigla SIDA é mais utilizada.

Veronesi e Focaccia (2004) referem que, a AIDS foi reconhecida em meados de 1981 nos Estados Unidos (EUA) a partir da identificação de um número elevado de pacientes do sexo masculino, homossexuais, que apresentavam sarcoma de kaposi (um tipo de câncer que geralmente infecta idosos), pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento imune. Logo após a identificação do vírus HIV, os médicos começaram a pesquisar como ele poderia ser transmitido, tendo como resposta a infecção pelo sangue ou troca de fluídos corporais.

Embora não se conheça a origem do vírus HIV, sabe-se que existe semelhança com a família de retrovírus relacionada a primatas não-humanos (macacos verdes africanos), que vivem na África sub saariana, chamada de Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV). Acredita-se que em rituais religiosos o homem sacrificava o animal, ingerindo seu sangue; assim o vírus SIV pode ter sido transmitido ao homem, sofrido mutação e passado a infectar a espécie humana (VERONESI; FOCACCIA, 2004).

Em 1983, o vírus responsável pela AIDS foi isolado pelos pesquisadores Robert Gallo nos EUA e Luc Montagnier, na França. Em 1985 o método “Elisa” (*Enzima Link Immunosorbent Assay*), que em português significa Enzima Imunoensaio, foi capaz de detectar os anticorpos do vírus HIV no sangue. No ano de 1986 um comitê internacional reconheceu o HIV, como capaz de infectar seres humanos (AZEVEDO, 2002).

A AIDS é definida como a forma mais grave de um espectro de doenças associadas à infecção pelo vírus HIV. As manifestações da infecção variam desde anormalidades brandas na resposta imune, sem sinais e sintomas francos, até a imunossupressão profunda associada a várias infecções com risco de vida e malignidades (SMELTZER; BARE, 2002).

Para Azevedo (2002, p. 24) HIV “é o agente causador da destruição do sistema imunológico, que defende o organismo das infecções” e AIDS “é um conjunto de doenças que atacam o organismo quando ele se encontra enfraquecido pelo vírus HIV [...]”. As doenças que atacam o organismo infectado são chamadas de doenças “oportunistas” devido à oportunidade que elas encontram de se manifestar no organismo com o sistema imune enfraquecido.

Considerando a AIDS um problema de saúde pública e sabendo da gravidade de um indivíduo em fase avançada da doença e na necessidade de recuperá-lo prevenindo complicações, resolvemos desenvolver o estudo aplicando o processo de enfermagem, norteado pela linha da Sistematização da Assistência de Enfermagem, utilizando a Taxonomia II da *Norte American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e Diagnósticos em Enfermagem.

1.1 OBJETIVO

Sistematizar a assistência de enfermagem a um cliente acometido por HIV/AIDS, segundo o Modelo Conceitual de Horta, utilizando a Taxonomia II dos diagnósticos de enfermagem às necessidades do cliente.

Verificar através da avaliação se a sistematização da assistência proposta ao cliente a partir do plano pré-estabelecido contribuiu para sua reabilitação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS GERAIS DA AIDS

Segundo Colombrini et al (2004), o HIV atua sobre os linfócitos (glóbulos brancos) que se encontram presentes nos tecidos linfóides como o timo, o baço, linfonodos, apêndice e no sangue circulante, bem como nos vasos linfáticos. Os linfócitos T são células responsáveis em parte pela defesa imunológica do nosso organismo e comanda toda a atividade de ataque do sistema de defesa, são elas em especial que são atacadas pelo vírus devendo assim ao aparecimento das doenças oportunistas e/ou neoplasias associadas a uma imunodeficiência.

De acordo com Azevedo (2002) o organismo infectado pode levar de 7 a 10 anos para apresentar manifestações clínicas mas, esse prazo vem se alterando ao longo dos últimos anos com a descoberta de drogas altamente potentes que são capazes de prolongar a vida dos indivíduos infectados pelo vírus HIV.

2.2 TRANSMISSÃO

Para que ocorra a transmissão, basicamente deve haver troca de fluidos corporais entre uma pessoa contaminada e outra não contaminada. Esses fluidos são o sangue, o sêmen e as secreções vaginais. Para ocorrer a penetração do vírus no organismo sadio, é necessário haver uma porta de entrada, sendo as principais: mucosas, lesões e ferimentos abertos (AZEVEDO, 2002).

De acordo com Colombrini et al (2004, p. 96), o vírus foi isolado:

No sangue, plasma, soro, sêmen, secreções vaginais e cervicais, saliva, lágrima, liquor e leite materno e a transmissão ocorre pela transmissão sexual (homossexual, bissexual e/ou heterossexual), transmissão por sangue ou derivados, transmissão vertical (mãe-filho durante a gestação, parto e amamentação) e por transmissão através de mecanismo não definido (acidente de trabalho).

2.3 DIAGNÓSTICO

A avaliação diagnóstica é realizada por meio da sorologia, que são: o teste Elisa, imunofluorescência e *Western blot*, sendo os dois últimos de caráter comprobatório. Também é realizada a contagem dos linfócitos CD4 e CD8 e da carga viral para chegar ao diagnóstico final e caracterizar a instalação da doença (COLOMBRINI et al, 2004).

Azevedo (2002) refere que na fase inicial da doença os testes podem não identificar a presença de anticorpos para HIV, devido à janela imunológica que é o tempo decorrente entre a possível exposição ao vírus e o desenvolvimento de anticorpos no organismo.

2.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas da AIDS são amplas e podem afetar quase todos os sistemas orgânicos. As doenças associadas a AIDS resultam de infecções ou do efeito direto do HIV sobre os tecidos corporais (SMELTZER; BARE, 2002).

A infecção pelo HIV manifesta-se clinicamente em três fases:

1. Infecção aguda;
2. Fase assintomática, de duração variável;
3. Fase crônica, geralmente com progressão para doença mais grave (VERONESI; FOCACCIA, 2004, p. 84).

Ainda sobre as manifestações clínicas os mesmos autores referem que em 40 a 70% dos indivíduos infectados os sintomas da fase aguda surgem aproximadamente duas ou três semanas após o contágio. Os sintomas típicos incluem febre, adenomegalia, faringite, exantema transitório e meningite asséptica.

A infecção aguda também é conhecida como síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária. Nessa fase observa-se um aumento no número absoluto de linfócitos T CD8+ circulante e acontece uma inversão da relação CD4+/CD8+, que se torna menor que um. Esse aumento de células T CD8+ reflete uma resposta T citotóxica potente que é detectada antes do aparecimento dos anticorpos neutralizantes (BRASIL, 2005).

As doenças oportunistas devem-se à localização e disseminação viral nos tecidos linfóides a partir da ligação do vírus HIV aos receptores CD4 de linfócitos T auxiliares e outras células mononucleares (VERONESI; FOCACCIA, 2004).

Para os mesmos autores a fase assintomática (latência) pode durar anos. Nesta fase as culturas plasmáticas podem não demonstrar o vírus circulante. Porém comprovou-se que ocorre replicação viral persistente. A replicação viral e conseqüentemente destruição das células T progride e aumenta a deficiência imunitária o que resulta no reaparecimento dos sintomas.

A terceira fase inicia-se com os sinais e sintomas característicos da deficiência imunológica, são elas: fadiga, perda de peso, febre intermitente, sudorese noturna, diarreia (manifestação muito freqüente desde a sua fase inicial), candidíase oral (infecção fúngica) e leucoplasia pilosa, ocasionado provavelmente pelo vírus Epstein-Barr, gengivite, úlceras aftosas, sinusopatias, herpes simples recorrente e herpes zoster. Esses sintomas são comumente encontrados em pacientes com contagem de linfócitos T CD4+ entre 200 e 500/mm³, não muito abaixo do valor da normalidade (VERONESI; FOCACCIA, 2004; BRASIL, 2005).

A Síndrome da desnutrição faz parte da definição de caso para a AIDS. Os critérios diagnosticados incluem a perda de peso involuntária e profunda, superando 10% do peso corporal basal, e diarreia crônica por mais de 30 dias ou fraqueza contínua e febre constante ou intermitente documentada na ausência de qualquer doença concomitante que possa explicar esses achados. Existe também uma incidência maior de câncer, possivelmente relacionado à estimulação do desenvolvimento de células cancerosas ou a deficiência do sistema imune, permitindo que substâncias geradoras de câncer como vírus, transformem as células suscetíveis em células malignas (SMELTZER; BARE, 2002).

As infecções oportunistas são causadas por vários microorganismos, dentre eles: os vírus (citomegalovirose, herpes simples, leucoencefalopatia multifocal progressiva), as bactérias (tuberculose, pneumonia e salmonelose), os fungos (pneumocistose, candidíase, criptococose e histoplasmose) e os protozoários (toxoplasmose, criptosporidiose, isosporíase). As neoplasias (sarcoma de Kaposi, linfomas, neoplasias intra-epiteliais anal e cervical) também é bastante comum nesses indivíduos. É de suma importância citar que o câncer de

colo de útero faz parte desse elenco de doenças que definem o caso de AIDS nas mulheres (BRASIL, 2005).

2.5 TRATAMENTO

Colombrini et al (2004) referem que o tratamento específico compreende na combinação de inibidores da transcriptase reversa nucleosídicos por via oral e inibidores de proteases, também por via oral ou inibidores da transcriptase reversa não-nucleosídicos. No tratamento das doenças secundárias, são utilizados antifúngicos, antivirais, antibióticos e se necessário antiineoplásicos.

2.6 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem pode ser encontrado em todas as fases da história da enfermagem. Quando ainda não havia ciência, era o espírito de serviço que realizava aquilo que ainda hoje constitui alguns dos objetivos da enfermagem: proporcionar conforto ao cliente, afastá-lo do perigo e ajudá-lo a alcançar a cura.

Foi a partir de Florence Nightingale, na metade do século dezenove, que a enfermagem demonstrou os primeiros indícios de organização. Na década de 50 surgiu nos EUA os primeiros ensaios sobre as teorias de enfermagem. A preocupação e necessidade em criar um referencial próprio de enfermagem surgiram a partir das Necessidades Humanas Básicas de Horta (MARQUES, 2004).

Referindo-se à Teoria das Necessidades Humanas Básicas, Horta (1979, p. 27) declara “acreditar ser a enfermagem uma ciência aplicada, saindo hoje da fase empírica para a científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia uma ciência independente”.

O método empregado pela Enfermagem para organização das suas ações é o processo de enfermagem, para o qual a bibliografia da área oferece muitas possibilidades de definição: “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando à assistência ao ser humano”, que se caracteriza pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos (HORTA, 1979, p.35); “é uma abordagem de solução de problemas para satisfazer as necessidades de enfermagem e de cuidado de saúde de uma pessoa” (SMELTZER; BARE, 2002, P. 27).

Para Alfaro-Lefreve (2000), o processo de enfermagem é um método que sistematiza a assistência de forma mais humanizada, porque se realiza seguindo etapas seqüenciais e interligadas, visando a eficiência e o alcance de resultados benéficos para o cliente, considerando os seus interesses, expectativas e desejos.

O processo de enfermagem foi inicialmente descrito por Hall em 1955, depois Johnson (1959), Orlando (1961) e Wedenbach (1963) desenvolveram, cada uma, um processo diferente, constituído de três fases. Em 1967, Yura e Walsh foram as autoras do primeiro texto que descrevia a um processo de quatro fases: levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação. Na década de 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundínger e Jauron (1975) e Aspinall (1976) acrescentaram a fase de diagnóstico de enfermagem, o que resultou num processo constituído de cinco fases (MARQUES, 2004).

Embora as etapas do processo de enfermagem tenham sido afirmadas de várias formas por diferentes escritores, os componentes comuns citados são:

1. Histórico: primeira fase, consiste em coletar sistematicamente os dados do cliente para determinar o estado de saúde e identificar problemas reais ou potenciais;

2. Diagnóstico: identificação das necessidades humanas básicas e de problemas colaborativos;

3. Planejamento: estabelecimento de metas e de um plano de cuidado para ajudar o cliente, família ou comunidade;

4. Implementação: execução do plano de cuidado através das intervenções de enfermagem;

5. Avaliação: análise dos resultados às intervenções, podendo estender-se a reinvestigação (POTTER; PERRY, 1998; NANDA, 2002; SMELTZER, BARE, 2002; MARQUES, 2004).

O conceito diagnóstico é definido como o principal elemento, ou a parte essencial e fundamental, a raiz, da declaração diagnóstica. O conceito diagnóstico pode consistir em um ou mais substantivos. Quando for usado mais de um substantivo, cada um contribui para um significado único, como se os dois fossem um só nome; o significado é diferente do significado dos substantivos citados separadamente (NANDA, 2002).

Segundo Carpenito (2000), *apud* Marques (2004, p.3), “os Diagnósticos de Enfermagem devem ser vistos como uma estrutura e um processo”. A estrutura do diagnóstico tem quatro componentes: Título, Definição, Características Definidoras e Fatores Relacionados ou Fatores de Risco.

O **título** - fornece um nome para o diagnóstico, tais como alteração déficit, entre outros; a **definição** - proporciona uma descrição clara e precisa do diagnóstico de enfermagem, delineando seu significado e diferenciando-o de todos os outros diagnósticos; as **características definidoras** - são indicadores clínicos (sinais e/ou sintomas) que se agrupam como manifestações dos diagnósticos de enfermagem e os **fatores relacionados** - são condições ou circunstâncias que podem causar ou contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico. É importante enfatizar que, nos diagnósticos de risco os fatores relacionados são os mesmos **fatores de risco**, os quais substituem as características definidoras. Conforme Carpenito (2000), *apud* Marques (2004, p. 3).

Para Carpenito (2000) *apud* Marques (2004), existem cinco tipos de diagnósticos identificáveis:

- **Diagnóstico de enfermagem atual:** descreve as respostas humanas às condições de saúde apresentadas pelo indivíduo, família ou comunidade embasadas nas características definidoras (sinais e sintomas) ou nas características definidoras;

- **Diagnóstico de enfermagem de risco:** descreve as respostas humanas às condições de saúde, que podem ser desenvolvidos no indivíduo, família ou comunidade vulneráveis. Os fatores de risco são a base para este diagnóstico;

- **Diagnóstico de enfermagem possível:** descreve problemas que podem estar presentes mas que exigem dados adicionais para serem confirmados ou não.

Carpenito (2000) *apud* Marques (2004, p.3) destaca 3 direções após a coleta dos dados em relação ao diagnóstico de enfermagem possível:

a) confirmar a presença de sinais e sintomas maiores, denominando, assim, um diagnóstico real; b) confirmar a presença de fatores de risco potenciais, um diagnóstico (vigente ou de risco) no momento e c) excluir a presença de um diagnóstico de enfermagem.

- **Diagnóstico de enfermagem de bem estar:** julgamento clínico de um indivíduo, família ou comunidade em processo de transição de bem-estar para um nível mais elevado. Para determinar este diagnóstico, devem estar presentes: a) o desejo de um nível mais elevado de bem-estar e b) estado ou função presente.

- **Diagnóstico de enfermagem de síndrome:** conjunto de diagnóstico de enfermagem real, onde a sua presença é prevista devido a algum evento ou situação. Diagnósticos de síndromes não podem ser classificados como de risco.

Vale salientar que este método não pode ser usado para diagnósticos possíveis ou de risco, porque os sinais e sintomas não estão presentes nestes casos.

3 MATERIAL E MÉTODO

Este é um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que Triviños (1987, p. 133) aponta como “[...] um dos mais relevantes” estudo nesse tipo de pesquisa. Objetivando a elaboração do plano de cuidados a um cliente com HIV/AIDS, utilizando-se para isto, a uniformização da linguagem dos Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia II da NANDA e o processo de enfermagem.

O estudo foi desenvolvido no hospital de doenças infecto-contagiosa na cidade de João Pessoa. A escolha da instituição deveu-se ao fato de se tratar de uma instituição de referência do Estado da Paraíba para o tratamento do HIV/AIDS e por apresentar o principal campo de prática de alunos da graduação em enfermagem da disciplina clínica II ao qual uma das pesquisadoras desenvolvia atividades curriculares.

Fez parte da amostra, o Sr. J. A. O., 41 anos, escolhido entre os internos de forma aleatória da enfermaria masculina da referida instituição. Para levantamento de dados, utilizou-se o exame físico, anamnese, através de um roteiro de entrevista (ANEXO A). A coleta procedeu-se na enfermaria do cliente por um dos autores do trabalho após esclarecimento ao mesmo quanto a finalidade da pesquisa e obtenção da sua anuência. Foram coletados dados a partir da entrevista/anamnese, da observação e do exame físico e consultas ao prontuário do cliente. Para a operacionalização do processo de enfermagem foram realizadas visitas diárias ao cliente a partir da data de elaboração do plano de cuidados e servindo de subsídio para a assistência, o processo de enfermagem foi desenvolvido nas seguintes etapas:

1ª etapa: levantamento de dados através da entrevista;

2ª etapa: planejamento das ações de enfermagem através do sistema de apoio-educação;

3ª etapa: implementação e avaliação da assistência prestada no sistema escolhido.

Após concluída a fase de coleta de dados, foi iniciado o trabalho de análise das informações coletadas. Para chegar aos diagnósticos de enfermagem, teve-se como base, as características definidoras e os fatores relacionados determinados pela classificação da NANDA, bem como o conhecimento dos autores na sistematização da assistência de enfermagem.

Previamente à coleta, foi solicitada a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido ao cliente, documento este e explicado os objetivos da pesquisa, garantindo total e absoluto sigilo dos dados fornecidos; bem como o anonimato e o direito, inclusive, de não concluir a entrevista, se assim o desejasse.

3.1 HISTÓRIA CLÍNICA

Cliente J. A. O., pedreiro, casado, 41 anos, e comunicativo, emotivo e choroso, alfabetizado, procedente de sua residência no município de João Pessoa-Pb.

No dia 20/08/06 às 16:20hs foi admitido no hospital de referência de doenças infecto-contagiosas, tendo como queixas: anorexia, dor abdominal intensa na região epigástrica, diarreia. O Sr. J. A. O. sabe que é HIV (+) e diabético. Diagnóstico médico: Diabetes Mellitus descompensada, BCP + SIDA fase avançada. Exames solicitados: Hemograma, leucograma, bioquímica, glicemia, imunologia, RX de tórax, USG abdominal, USG prostática, sumário de urina e parasitológico de fezes.

Encontrando o cliente no dia 21/08/06 às 08:30h, ao exame físico – **SN**: cliente consciente, orientado no tempo e espaço, cooperativo, calmo, baixa auto estima, cabeça normocefálica, visão, audição e olfação preservados; **Pele e mucosas**: hipocorado, pele ressecada, turgor e elasticidade diminuídos, apresentando descamações em couro cabeludo e região do mento, anictérico, acianótico; higiene corporal e oral prejudicados, aceitou metade da dieta e refere não gostar da alimentação do hospital, durante a entrevista o paciente demonstrou baixa auto-estima fazendo repreensão e avaliação de si mesmo; **SR**: eupnéico, respiração toraco-abdominal com predominância abdominal, expansibilidade torácica bilateral e diminuída, murmúrios vesiculares (+) em ambos hemitórax com ruídos adventícios do tipo crepitante em hemitórax esquerdo; **SCV**: normoesfígmico, afebril, pulso radial fraco, regular e palpável; **SD**: emagrecido, abdome plano e tenso, ruídos hidroaéreos (+) nos quatro quadrantes, indolor à palpação superficial, eliminações vesicais presentes de cor, odor e características normais, eliminações intestinais presentes com características pastosas e/ou amolecidas; **SME**: edema de membro inferior esquerdo (+3/+4) com lesão necrosada na falange distal do hálux esquerdo. Verificado os sinais vitais: Tax: 35,4°C; P: 79 bpm; R: 20 irpm; PA: 90x50 mmHg; FC: 79bpm; CA: 73cm.

Resultados dos exames laboratoriais: **Hemograma**: anemia; **Leucograma**: dentro dos valores de referência; **Bioquímica**: sem alterações; **Glicemia**: dentro do valor de referência; **Imunologia**: não reativo; **Sumário de urina**: bilirrubina (+); **Parasitológico de fezes**: negativo; **RX de tórax** – finas condensações disseminadas no parênquima de ambos os pulmões; **USG abdominal**: normal; **USG prostática**: normal.

O cliente encontra-se em uso de antibacteriano, antiespasmódico, ansiolítico, adsorvente e antifísético, analgésico e antitérmico, anti-retrovirais, diurético, insulina regular, anticoagulante, antiemético, vitaminas e dieta para diabético.

4 RESULTADOS

Diante da elaboração da história clínica e a partir dos dados coletados obtivemos subsídios para a identificação dos diagnósticos de enfermagem com base na Taxonomia II da NANDA de acordo com a priorização dos problemas apresentados pelo cliente descritos a seguir no quadro 1.

QUADRO 1 – Plano de Enfermagem baseado na *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). João Pessoa/Pb – 2006.

Diagnóstico de Enfermagem	Plano	Intervenções	Evolução
1- Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionado à incapacidade para ingerir alimentos evidenciado por baixo peso corporal e falta de interesse por comida.	<p>a) Meta:</p> <p>- o cliente apresentará uma melhora da nutrição desequilibrada: ganho de peso no intervalo de 4 dias</p> <p>b) Objetivos:</p> <p>- proporcionar condições para uma melhor aceitação total da dieta</p> <p>c) Sistema de enfermagem:</p> <p>- de apoio-educação</p> <p>d) Método:</p> <p>- orientação e apoio</p>	<p>√Avaliar fatores que interferem na ingestão alimentar e oferecer oportunidade para o cliente expressar as razões que o levam a não querer comer;</p> <p>√Orientar e explicar a importância da alimentação, utilizando recursos para promover a ingestão alimentar como: preferência alimentar (contatar o serviço da nutrição), ambiente confortável e tranquilo, observando e registrando a sua aceitação alimentar, bem como da ingesta hídrica;</p> <p>√Pesar e medir C.A. diariamente, pela manhã (7:00 hs) em jejum.</p>	<p>O cliente evoluiu apresentando uma considerável melhora na aceitação da dieta no período da assistência e após as seguintes intervenções: orientação e contato com o serviço da nutrição para assegurar uma dieta de preferência do cliente.</p>
2- Integridade da pele prejudicada relacionado ao estado metabólico alterado evidenciado por edema de membros inferiores (+3/+4), pele ressecada e destruição das camadas da pele (necrose no hálux do membro inferior esquerdo).	<p>a) Meta:</p> <p>- O cliente apresentará uma melhor integridade da pele (redução do edema, hidratação e melhora na cicatrização no período de 5 dias</p> <p>b) Objetivos:</p> <p>- tentar melhorar a integridade da pele através de medidas terapêuticas</p> <p>c) Sistema de enfermagem:</p> <p>- de apoio-educação</p> <p>d) Método:</p> <p>- ensino e orientação</p>	<p>√Administrar diurético de acordo com a prescrição médica;</p> <p>√Elevar membros inferiores e massageá-los fazendo uso de loção hidratante;</p> <p>√Realizar limpeza, desbridamento e curativo asséptico da lesão necrosada;</p> <p>√Orientar ao cliente para deambular sempre com proteção para os pés (calçado).</p>	<p>O cliente apresentou uma pequena melhora da integridade da pele (redução do edema) até este momento da avaliação.</p>

<p>3- Baixo auto estima situacional relacionado à falhas, rejeições evidenciado por relato verbal de arrependimento e repressão de si mesmo.</p>	<p>a) Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O cliente apresentará uma auto-estima elevada durante o seu período de recuperação hospitalar <p>b) Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - melhorar o seu humor e auto-estima bem como a socialização com os demais internos <p>c) Sistema de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de apoio <p>d) Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientação 	<p>√Escutar e estabelecer um vínculo de confiança com o cliente e motivá-lo para melhora das suas expectativas quanto ao tratamento, enfatizando com ânimo quando houver melhora do seu quadro clínico;</p> <p>√Contactar os serviços de psicologia (para o cliente) e de assistência social para favorecer a aproximação entre família-hospitalizado;</p> <p>√Promover atividades de distração como jogos, TV e banho de sol.</p>	<p>O cliente evoluiu com boa auto-estima e melhor relacionamento com os internos e profissionais da instituição hospitalar.</p>
<p>4- Risco para infecção relacionado a procedimento invasivo (venóclise) e imunossupressão.</p>	<p>a) Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O cliente não apresentará qualquer sinal ou sintoma de infecção durante o período de internação <p>b) Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prevenir a instalação de processos infecciosos <p>c) Sistema de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de educação <p>d) Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> - observação 	<p>√Verificar, registrar e avaliar sinais vitais, enfatizando a temperatura corporal;</p> <p>√Trocar sistema de venóclise de acordo com as normas da instituição hospitar;</p> <p>√Lavar as mão antes e após a assistência ao cliente e orientá-lo para uma boa higiene corporal.</p>	<p>O cliente não apresentou qualquer sinal ou sintoma característico de infecção no período de hospitalização.</p>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vulnerabilidade dos indivíduos infectados pelo vírus HIV a contrair doenças oportunistas é uma realidade e para tanto é preciso que os profissionais estejam preparados para enfrentar tais situações. Neste estudo, observamos e constatamos que de acordo com os diagnósticos de enfermagem determinados, todo o empenho da equipe de enfermagem será desconsiderado se não houver atuação da equipe multidisciplinar.

Sendo o cliente o centro da assistência de enfermagem, o estudo realizado nos mostrou a importância do processo de enfermagem aplicado a um cliente hospitalizado com HIV/AIDS no atendimento das suas necessidades humanas básicas afetadas. Nossa finalidade foi concretizada promovendo a recuperação do cliente e prevenindo complicações.

Ficou registrado que a experiência profissional da prática de enfermagem deve ser planejada, implementada e avaliada diariamente. É através da compreensão e aprendizado sobre as necessidades humanas básicas afetadas, que podemos adquirir importantes conhecimentos que contribuem com o nosso preparo para o enfrentamento das situações no exercício da nossa profissão, bem como a ampliação dos conhecimentos científicos para a enfermagem, servindo de base para estudos posteriores e para o amadurecimento de idéias com a vantagem de pô-las em prática.

Pôde-se perceber também que além do conhecimento científico é necessário desenvolver uma sensibilidade, no sentido de entender as necessidades individuais e oferecer uma assistência de enfermagem humanizada, eficaz e atenciosa, ou seja, ver o cliente como um indivíduo pleno e um ser holístico.

Diante dos resultados obtidos no estudo de caso, os diagnósticos de enfermagem encontrados foram: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Integridade da pele prejudicada, Baixo auto estima situacional e Risco para infecção. Concluimos que a recuperação do cliente estava condicionada diretamente ao seu estado emocional traduzido através do diagnóstico de Baixo auto estima situacional. Sendo a AIDS uma doença caracterizada pelo não funcionamento correto do sistema imunológico, essa condição favorece o agravamento do quadro clínico do cliente, uma vez que estados psicológicos alterados poderão favorecer a baixa da imunidade.

Em suma, o processo de enfermagem quando aplicado traz resultados positivos para ambos, tanto ganha o cliente quanto à enfermagem.

ANEXO

ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS
1. IDENTIFICAÇÃO Data de admissão: _____ Clínica: _____ Enfermaria/leito: _____ N° do prontuário: _____ Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____ Estado civil: _____ Profissão/ocupação: _____ Procedência: () residência () instituição Diagnóstico médico: _____ Fone: _____ Motivo da internação/queixa principal: _____
2. EXAME FÍSICO PA: _____ mmHg Tax.: _____ °C P: _____ bpm R: _____ irpm FC: _____ bpm Peso: _____ Kg Altura: _____ Cm CA: _____ Cm Estado nutricional: () normal () obeso () emagrecido () caquético () outro especificar: _____ Nível de consciência: () consciente () orientado () desorientado () nível de resposta _____ Pele/técidos: () hidratada () íntegra () ressecada () cianose () icterícia () palidez () edema _____ Lesões: _____ Escara: _____ () infectada () necrótica Reações alérgicas: _____ Cabeça: () sem anormalidades () deformidade () alopecia () seborréia () pediculose () lesões/outros _____ Olhos: () visão normal () cegueira () acuidade visual diminuída () exoftalmia () óculos () infecção/inflamação _____ Nariz: () sem anormalidades () deformidade () epistaxe () secreção/obstrução () outro _____ Ouvidos: () audição normal () acuidade auditiva diminuída () surdez () aparelho auditivo () infecção () outros _____ Boca: () sem anormalidades () cáries/falhas dentárias () halitose () língua saburosa () prótese () lesões _____ Pescoço: () sem anormalidades () linfonodos palpáveis () tireóide aumentada () estase jugular () rigidez () traqueostomia Tórax: () s/ alterações anatômicas () com alteração anatômica () retrações () abaulamentos expansão torácica: () normal () diminuída Respiração: () eupnéico () bradipnéico () taquipnéico () dispnéico () uso de O2 () tosse () secreção () outro

Ausculta pulmonar: () normal () murmúrios vesiculares diminuídos () roncos () sibilos () estertores () outros

Sistema digestivo: () plano () distendido () tenso () globoso () incisão/cicatriz cirúrgica ruídos hidroaéreos: () + () -
() hepatomegalia () náuseas () vômitos () pirose () SNG () plenitude gástrica () jascite () eliminações

Genito-urinário: () micção espontânea () incontinência () retenção () SVD () diurese no leito () lesões

() nictúria () oligúria () hematúria () anúria () colúria () corrimento

aspecto da urina: _____

Membros superiores: sensibilidade: () preservada () alterada/parestesia força motora: () preservada () paresia () plegia () outros

Pulsos periféricos: () palpáveis () diminuídos () ausentes () rede venosa/dispositivo

Membros inferiores: sensibilidade: () preservada () alterada/parestesia força motora: () preservada () paresia () plegia () outros

Pulsos periféricos: () palpáveis () diminuídos () ausentes () lesões () amputações () varizes

3. DOR E OUTRAS QUEIXAS E INFORMAÇÕES:

4. NECESSIDADES / AUTO CUIDADO

Moradia: () área urbana () área rural () alvenaria () pau a pique (taipa)

Água (origem): _____ água de beber: () tratada () não tratada

Destino do lixo: _____ Criação de animais domésticos: _____

Destinos dos dejetos: () esgotamento sanitário () fossa () céu aberto

Higiene corporal: () preservada () prejudicada frequência de banho: _____ escovação de dentes: _____

() déficit de auto cuidado () grau de dependência especificar: _____

Sono e repouso: () satisfatório () prejudicado () sonolência () dorme durante o dia () insônia () auxiliares do sono

Atividades físicas: () programada () não programada especificar: _____

Movimentação: () demabula () não deambula () deambula c/ ajuda () restrito ao leito () acamado () s/movimentação

() movimenta-se no leito com ajuda () grau de dependência _____

Atividades de lazer: _____

Nutrição/hidratação: refeições diárias: _____ ingestão hídrica: _____ grau de dependência p/ alimentação: _____

Restrição alimentar: _____

Interação social: faz amizades c/ facilidade: () sim () não () prefere ficar só relacionamento familiar: () bom () ruim

Atividade sexual: () ativo () uso de preservativo () não tem atividade alguma queixa relacionada: _____

Ciclo menstrual: () regular () irregular () menopausa () dismenorréia () amenorréia

() hipermenorréia

Necessidade espiritual: religião: _____ ()

<p>necessita ou busca de assistência espiritual de quem: _____</p> <p>()expressa revolta ()questiona a doença ()expressa medo do sofrimento da morte</p> <p>()expressão facial medo e outro especificar: _____</p> <p>Conhecimento de seu problema de saúde: ()orientado ()pouco orientado ()não orientado ()não gosta de falar no assunto</p> <p>Atitude em relação ao problema de saúde e tratamento: ()está otimista c/ o tratamento ()refere desânimo ()nega o problema</p>
<p>5. FATORES DE RISCO</p> <p>()tabagismo ()etilismo ()câncer ()banho de rio ()perfil sanguíneo</p> <p>()uso de medicação anticoplásica ou imunossupressora</p> <p>problemas de saúde/tratamentos anteriores: _____ antecedentes familiares: _____</p>
<p>6. DADOS DE INTERESSE PARA A ENFERMAGEM:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- AZEVEDO, R. B. **Doenças sexualmente transmissíveis**. São Paulo: Grupo Saúde e Vida, 2002.
- BEZERRA, V. P. B. **HIV e AIDS: desvelando realidades para o cuidar**. João Pessoa: UFPB, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DST-AIDS**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS63943F78PTBRIE.htm>>. Acesso em: 23 out. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim epidemiológico**. Jan a Jun. 2005. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BED005A42-14BE-4F7E-98A7-E6AD7CD9A76D%7D/BOLETIM.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196, de 10 de outubro 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Autocuidado e o portador do HIV/aids: sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692006000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 ago. 2006.
- COLOMBRINI et al. **Enfermagem em Infectologia: cuidados com o paciente internado**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- MARQUES, R. R. C. **Metodologia da Assistência de Enfermagem nas Doenças Transmissíveis**. João Pessoa - Pb. 2004. (Mimeografado).
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2001 – 2002**. Porto Alegre: Artmed; 2002.

- POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática clínica e prática hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Editora Santos, 1998.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **BRUNNER E SUDDARTH**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. vol. 1 e 2.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

NUTRIÇÃO E VIH: PARTICULARIDADES NO IDOSO

Xará S¹, Dias I², Mota M³ - Gaia - Portugal

Infecção pelo VIH/SIDA em Idosos: Situação em Portugal

Actualmente há um número crescente de idosos que vivem com infecção pelo VIH/SIDA⁽¹⁻³⁾. Em Portugal, entre 1 de Janeiro de 2006 e 30 de Junho de 2006 foram recebidas no Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, notificações de 1173 casos de infecção pelo VIH. Encontram-se notificados 29461 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estadios de infecção. No período compreendido entre 1 Janeiro 1983 e 30 de Junho de 2006, os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos representam 5,0% (660 doentes, 537 do sexo masculino) do total de doentes⁽⁴⁾.

Diagnóstico de Infecção pelo VIH/SIDA em Idosos

O diagnóstico de infecção pelo VIH/SIDA em idosos é feito geralmente quando referem sintomatologia ou quando são hospitalizados, encontrando-se normalmente já num estadio avançado da doença. Um diagnóstico precoce é fundamental pois apesar de se encontrarem num estadio avançado, o uso da Terapia Anti-Retrovirica (TARV) nestes indivíduos contribui para a diminuição da morbilidade e mortalidade⁽⁵⁻⁹⁾. Existem diversas explicações para esta tendência de em indivíduos mais velhos o diagnóstico da doença ser efectuado num estado mais avançado da própria como, por exemplo a falta de reconhecimento dos idosos como indivíduos sexualmente activos e consequentemente em risco; a errada associação de sintomas relacionados com a infecção pelo VIH/SIDA (ex: fadiga, perda de peso, perda de memória) ao normal envelhecimento ou a outras doenças frequentes nesta faixa etária⁽⁹⁾. Infelizmente, um diagnóstico tardio pode privar o indivíduo infectado do momento ideal para o início do tratamento e para a adopção de comportamentos que protejam os outros de contágio⁽⁹⁾. Torna-se então premente a implementação de campanhas educacionais especificamente destinadas a esta população e ter em consideração, mais frequentemente, a possibilidade do diagnóstico de infecção pelo VIH/SIDA neste grupo etário, através de rastreio e aconselhamento^(3,8).

Uma diminuição da sobrevida nos idosos com infecção pelo VIH/SIDA, pode ser atribuída ao declínio natural do sistema imunitário, ao uso diminuído da TARV, ao aumento da intolerância farmacológica e ao diagnóstico tardio da infecção pelo VIH/SIDA⁽¹⁰⁾. Os idosos com infecção pelo VIH/SIDA encontram-se em risco aumentado de morbilidade e mortalidade devendo a sua situação clínica ser rigorosamente monitorizada^(3,10).

¹ - Unidade de Nutrição - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (soniaxara@iol.pt)

² - Unidade de Nutrição - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

³ - Serviço de Medicina Interna - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Desnutrição e *Wasting*

A desnutrição é uma das complicações *major* da infecção pelo VIH/SIDA. A perda de peso é uma das manifestações clínicas mais precoces da doença, constituindo uma das principais causas de morbilidade, independentemente da deficiência imunitária, contribuindo também para uma diminuição da qualidade e da esperança de vida. A patogénese da desnutrição é multifactorial e encontra-se relacionada com complicações específicas que levam a alterações na ingestão alimentar, na absorção de nutrientes, e/ou no gasto energético, promovendo um balanço energético negativo^(11,12).

O *Wasting* é um síndrome característico da infecção pelo VIH/SIDA, precocemente identificado e originalmente denominado por *slim disease*. Em indivíduos infectados pelo VIH/SIDA, e segundo o *Center of Diseases Control and Prevention*, o *wasting* define-se como a perda involuntária de peso superior ou igual a 10% do peso habitual, num período de 6 meses, concomitante com diarreia crónica, fraqueza crónica ou febre sem causa definida⁽¹³⁾. Pode conduzir a uma diminuição da capacidade funcional e aceleração da progressão da doença, caracterizando-se pela perda de tecido muscular, tecido nobre e de extrema importância no organismo. Este começa a perder as suas funções *major* à medida que há progressão de danos no sistema imunitário e perda de peso^(12,14). No entanto, existe alguma controvérsia se a definição anterior se encontra ou não apropriada ao contexto da SIDA. Advoga-se se não deveria ser considerada uma perda de peso involuntária superior a 5%, em detrimento dos 10%, e se alterações na composição corporal, e não apenas no peso, não constituiriam uma mais valia na definição deste síndrome⁽¹⁵⁾. A ingestão inadequada associada ao aumento do gasto energético, às desordens relativas a má-absorção, às alterações metabólicas, ao hipogonadismo e à produção excessiva de citocinas são factores que contribuem para o *wasting*⁽¹²⁾. Tem havido progresso no sentido de desenvolver tratamentos eficazes. Aconselhamento e suporte nutricional, estimuladores de apetite, exercício físico progressivo e hormonas anabólicas podem reverter a perda de peso e aumentar a massa magra em indivíduos infectados⁽¹²⁾. Existem recomendações terapêuticas para o controlo da perda de peso e *wasting* nestes indivíduos, visto haver cada vez mais referência à intervenção nutricional na prevenção de *wasting*, e na promoção da recuperação do peso e de massa magra^(16,17).

Composição corporal

O estudo da composição corporal assume uma importância extrema na avaliação de indivíduos idosos infectados pelo VIH/SIDA visto a esperança de vida relacionar-se com a magnitude da depleção da massa celular corporal. A debilidade do sistema imunológico e as sucessivas infecções a que está sujeito acarretam um efeito negativo na composição corporal, mesmo quando em termos ponderais e sintomatológicos existe uma recuperação⁽¹¹⁾. Encontram-se disponíveis diversos métodos de determinação da composição corporal como: os parâmetros antropométricos, a Impedância Bioeléctrica e a Absorciometria de raio-X de dupla energia, importantes na avaliação da depleção da massa celular corporal e na definição e seguimento do síndrome de redistribuição da gordura nestes indivíduos⁽¹⁸⁻²¹⁾.

Alimentação nos Idosos

A ingestão alimentar está frequentemente comprometida em idosos, estando estes indivíduos com um risco de desnutrição aumentado. A desnutrição é, assim, muito frequente

e largamente subdiagnosticada neste grupo etário. Um aumento da idade está independentemente associado a um pior estado nutricional, o que pode parcialmente explicar o pior resultado clínico de diversas situações em idosos⁽²²⁾. Diversas variáveis sociais, psicológicas e fisiológicas, características do envelhecimento, podem predispor à desnutrição^(22,23). Um dos factores sociais que mais contribui para a diminuição da ingestão alimentar nos idosos é a sua situação financeira limitada, que dificulta a aquisição de alimentos de maior qualidade nutricional⁽²³⁾. O isolamento social, a “solidão” e consequente depressão associada podem também conduzir à diminuição do apetite e da ingestão, uma vez que os idosos tendem a consumir maior quantidade de alimentos numa refeição quando a fazem na companhia de amigos e familiares do que quando a fazem sozinhos^(22,23). Factores físicos, como a dificuldade de mastigação e a diminuição progressiva do paladar e do olfacto podem condicionar também a escolha alimentar e limitar o consumo de alimentos. Várias condições clínicas, comuns no envelhecimento, causam, por outro lado, frequentemente, anorexia, deficiência de micronutrientes e aumento das necessidades energéticas. Nesta faixa etária, a maioria dos indivíduos necessita de vários tipos de medicação, possivelmente responsáveis pela má-absorção de nutrientes, sintomas gastrointestinais e perda de apetite que, indirectamente, leva à diminuição de peso. Existe também o risco aumentado de interacções farmacológicas, podendo causar anorexia. O envelhecimento está, assim, associado a uma dieta mais monótona e menos variada, que poderá conduzir a deficiências nutricionais, comprometendo desta forma o estado nutricional do idoso e a sua função imunitária^(22,23).

Uma ingestão alimentar diminuída (refeições mais pequenas, eliminação das refeições intermédias) pode conduzir a uma ingestão insuficiente de macro e micronutrientes e as deficiências nutricionais sub-clínicas^(22,23). Uma das causas desta diminuição das necessidades energéticas é provavelmente resposta à diminuição do gasto energético que ocorre naturalmente durante o envelhecimento⁽²³⁾. Em muitos indivíduos a diminuição da ingestão energética é superior à diminuição do gasto energético resultando numa perda de peso (essencialmente massa magra). A perda de massa magra tem efeitos adversos estando associada ao comprometimento metabólico, fisiológico e funcional⁽²³⁾.

Particularidades dos indivíduos com infecção pelo VIH/SIDA

Os indivíduos infectados pelo VIH/SIDA caracterizam-se por um hipermetabolismo catabólico, que acarreta aumento das necessidades energéticas e nutricionais. A nutrição assume então um papel essencial na qualidade de vida destes doentes, nomeadamente nos idosos, devendo a intervenção nutricional ser iniciada logo após o diagnóstico. A infecção pelo VIH/SIDA influencia o estado nutricional através do aumento do gasto energético em repouso, diminuição da ingestão alimentar, má-absorção de nutrientes, e alterações metabólicas complexas, culminando na perda de peso e no *wasting*^(24,25).

A melhoria do estado nutricional pode fortalecer o sistema imunitário, reduzir a incidência de infecções e prevenir a perda de peso, principalmente de massa magra, influenciando positivamente o prognóstico^(24,25).

Algumas deficiências nutricionais podem ser revertidas com terapia nutricional apropriada. A ingestão adequada de macro e micronutrientes é indispensável para a manutenção e restauração da disfunção imunitária^(16,25). Diversos sintomas, frequentemente associados ao envelhecimento e à infecção pelo VIH/SIDA, podem ter um impacto negativo

e significativo na ingestão alimentar e, consequentemente, no estado nutricional e na aderência à TARV, como por exemplo: náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, dor, dificuldades de mastigação/deglutição, alterações de paladar, etc.^(16,23,25). Estratégias alimentares deverão ser providenciadas de modo a ultrapassar tais obstáculos e a preservar um bom estado nutricional. Todos os indivíduos infectados pelo VIH/SIDA deveriam ter acesso a um acompanhamento médico e nutricional incluído num plano de saúde multidisciplinar. O Nutricionista deve avaliar o estado nutricional do indivíduo (avaliação antropométrica, composição corporal, dados analíticos) e a ingestão alimentar (recordação das 24h precedentes, registos alimentares) de modo a elaborar um plano de intervenção nutricional, tendo em conta as preferências e tolerâncias do doente. Pode ser necessário recorrer a suplementação oral e/ou nutrição artificial^(20,25,26). A Nutrição Entérica oferece a possibilidade de aumentar ou assegurar um correcto aporte nutricional, em caso de insuficiente ingestão alimentar oral, estando recomendada logo que o risco nutricional seja aparente, de modo a melhorar o seu estado nutricional e a sua qualidade de vida e a diminuir a morbilidade e mortalidade⁽²⁶⁾. Um bom estado nutricional pode contribuir significativamente para a saúde e bem estar de idosos com infecção pelo VIH/SIDA. Uma melhor compreensão dos factores que contribuem para o agravamento do estado nutricional destes indivíduos pode proporcionar o desenvolvimento de estratégias apropriadas para o tratamento e prevenção da desnutrição e consequentemente melhorar a sua qualidade de vida⁽²³⁾.

Conclusão

A infecção pelo VIH/SIDA é, actualmente, uma patologia cada vez mais frequente em idosos. Um acompanhamento multidisciplinar individualizado e adequado constitui uma “arma” segura e benéfica nestes indivíduos, permitindo assim melhorar a qualidade e esperança de vida.

Bibliografia

1. Knodel J, VanLandingham M. The impact of the AIDS epidemic in older persons. *AIDS*. 2002;16(Suppl 4):S77-S83.
2. Stoff DM, Khalsa JH, Monjan A, Portegies P. Introduction: HIV/AIDS and Aging. *AIDS*. 2004; 18(Suppl 1):S1-S2.
3. Manfredi R. HIV infection and advanced age emerging epidemiological, clinical, and management tissues. *Ageing Res Rev*. 2004;3(1): 31-54.
4. CVEDT – Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal a 30 de Junho de 2006. Doc. 136, 2006.
5. Wellons MF, Sanders L, Edwards LJ *et al*. HIV Infection: treatment outcomes in older and younger adults. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(4):603-7.
6. Salomon J, De Truchis P, Melchior JC. Nutrition and HIV infection. *Brit J Nut*. 2002;87(Suppl 1):S111-9.
7. Wood E, Hogg RS, Harrigan PR, Montaner JS. When to initiate antiretroviral therapy in HIV-1-infected adults: a review for clinicians and patients. *Lancet Infect Dis*. 2005;5(7):407-14.
8. Tumbarello M, Rabagliati R, Donati KG *et al*. Older age does not influence CD4 cell recovery in HIV-I infected patients receiving highly active antiretroviral therapy. *BMC Infect Dis*. 2004;4:46.
9. Lekas HM, Schrimshaw EW, Siegel K. Pathways to HIV testing among adults aged fifty and older

- with HIV/AIDS. *AIDS Care*. 2005; 17(6):674-87.
10. Welch K, Morse A. Predictors of Survival in Older Men with Aids. *Geriatr Nurs*. 2002;23(2):62-8.
 11. Food and Nutrition Technical Assistance Project. HIV/AIDS: A Guide For Nutritional Care and Support. 2nd Edition. Academy for Educational Development. Washington DC; 2004. p.10-8.
 12. Grinspoon S, Mulligan K. Weight loss and wasting in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*. 2003;36(Suppl 2):S69-78.
 13. CDC Revised classification system for HIV infections and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1987;36:S1-15.
 14. Campa A, Yang Z, Lai S, Xue L, Phillips JC, Sales S *et al*. HIV-related wasting in HIV-infected drug users in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*. 2005;41(8):1179-85.
 15. Corcoran C, Grinspoon S. Treatments for wasting in Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *N Engl J Med*. 1999;340(22):1740-50.
 16. Fields-Gardner C, Fergusson P. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition intervention in the care of persons with human immunodeficiency virus infection. *J Am Diet Assoc*. 2004;104(9):1425-41.
 17. Ockenga J, Grimble R, Schuitema-Jonkers C *et al*. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Wasting in HIV and other chronic infectious diseases *Clin Nutr*. 2006;25(2):319-29.
 18. Knox TA, Zafonte-Sanders M, Fields-Gardner C, Moen K, Johansen D, Paton N. Assessment of nutritional status, body composition, and human immunodeficiency virus-associated morphologic changes. *Clin Infect Dis*. 2003;36(Suppl 2):S63-8.
 19. Swanson B, Hershow RC, Sha BE, Benson CA, Cohen M, Gunfeld C. Body Composition in HIV-Infected Women. *Nutrition*. 2000;16(11-12):1064-8.
 20. Cirelli A, Cirelli G, Scavalli AS, Masciangelo R, Marini M. Dual-Energy X-Ray Absorptiometry in the Early Diagnosis of Body Shape Changes in Patients with HIV Infection Treated with Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors and Naive to Protease Inhibitors. *Curr Ther Res*. 2001;62(5):386-93.
 21. Maia BS, Engelson ES, Wang J, Kotler DP. Antiretroviral therapy affects the composition of weight loss in HIV infection: Implications for clinical nutrition. *Clin Nutr*. 2005;24(6):971-8.
 22. Forster A, Gariballa S. Age as a determinant of nutritional status: A cross sectional study. *Nutr J*. 2005.
available on line at: <http://www.nutritionj.com/content/4/1/28>
 23. MacIntosh C, Morley JE, Chapman IM. The Anorexia of Aging. *Nutrition*. 2000;16(10):983-95.
 24. McDermott AY, Shevitz A, Must A, Harris S, Roubenoff R, Gorbach S. Nutrition Treatment for HIV wasting: a prescription for food as Medicine. *Nutr Clin Pract*. 2003;18(1):86-94.
 25. Nerad J, Romeyn M, Silverman E, Allen-Reid J, Dieterich D, Merchant J, Pelletier VA, Tinnerello D, Fenton M. General nutrition management in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*. 2003;36(Suppl 2):S52-62.
 26. Volkert D, Berner YN, Berry E *et al*. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clin Nutr*. 2006;25(2):330-60.

COLONIZAÇÃO ORAL FÚNGICA NOS INDIVÍDUOS VIH/SIDA SUBMETIDOS A TERAPÊUTICA ANTI-RETROVIRAL

Nascimento T M S ^{a,b}, Lopes M M ^a, Amorim A ^b, Freitas G ^a - Lisboa - Portugal

Introdução

Os fungos são organismos ubíquos na natureza, sendo o homem continuamente exposto a múltiplos géneros de fungos por várias vias, nomeadamente pela ingestão de alimentos, permitindo assim a colonização do tracto gastrointestinal. No organismo humano, a colonização por espécies do género *Candida*, particularmente *Candida albicans* (*C. albicans*), poderá ser transitória, permanente, ou ainda, dar origem a infecção, dependendo da interacção entre os seus factores de virulência e os mecanismos de defesa do hospedeiro. Assim, estes organismos podem transitar de comensais para patogénicos, sendo por isso considerados patogénicos oportunistas³. E sendo as candidoses quase tão velhas quanto a humanidade, porquê falar de candidoses na actualidade?

Na última década tem-se verificado um aumento da incidência das infecções fúngicas, sendo o principal factor contribuinte para este fenómeno, o número crescente de indivíduos imunodeprimidos, onde se incluem os indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/SIDA). Nestes, o equilíbrio da interacção agente-hospedeiro desloca-se muitas vezes no sentido de uma expressão patogénica do fungo, que se traduz em várias infecções da mucosa oro-faríngea^{4,15}.

Com efeito, é um dado adquirido que cerca de 90% dos indivíduos VIH/SIDA sofrem de candidose orofaríngea (COF), pelo menos uma vez, no decurso da doença. Esta infecção é um marco no estabelecimento do estadio em que o doente se encontra, tendo sido incluída como marcador clínico na classificação da doença¹⁸. A disponibilidade de agentes antifúngicos eficazes para a profilaxia e tratamento da COF foi sempre limitada e resume-se essencialmente à utilização de dois triazóis: fluconazol e itraconazol^{20,21}, sendo que, a sua utilização prolongada pode levar à emergência de isolados de *Candida* spp. resistentes aos azóis. A introdução da terapêutica anti-retroviral (TARV) de alta eficácia (HAART) reduziu a prevalência das IO, incluindo a COF^{1,4,14}, permitindo também um decréscimo da resistência ao fluconazol. No entanto, não é

^a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

^b Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz

Correpondência: tmnascimento@clix.pt

muito claro o efeito da HAART sobre a colonização oral fúngica, nem a sua consequência sobre as leveduras colonizadoras, inclusivamente no que respeita ao seu comportamento frente às principais moléculas antifúngicas disponíveis e utilizadas no tratamento.

O presente estudo propôs-se conhecer a colonização oral fúngica num grupo definido da população VIH/SIDA Portuguesa e relacioná-la com os parâmetros clínicos (carga viral (CV) e linfócitos TCD4+), TARV e higiene oral dos indivíduos VIH/SIDA. Propôs-se ainda avaliar os padrões de susceptibilidade *in vitro* às moléculas antifúngicas sistémicas disponíveis para tratamento das infecções fúngicas orais naqueles indivíduos.

Material e Métodos

Amostra

Efectuou-se um estudo prospectivo em 64 indivíduos VIH/SIDA observados em consulta na clínica dentária do Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM), Portugal, no período compreendido entre Janeiro e Outubro de 2004. Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes: ausência de sinais clínicos de COF e ausência de tratamento antifúngico e antibiótico nos 6 meses precedentes. A informação clínica foi obtida por preenchimento de um formulário- Protocolo de acompanhamento de colonização fúngica da cavidade oral em indivíduos VIH/SIDA- contendo informação sobre a idade, sexo, raça, toxicodependência, últimos resultados dos parâmetros clínicos (linfócitos TCD4+ e carga viral), TARV instituída e duração do tratamento. A informação sobre a higiene oral foi obtida a partir do médico dentista assistente e classificada em adequada e inadequada. Os indivíduos VIH/SIDA submetidos a TARV (78%) mantêm o regime terapêutico proposto nos três meses precedentes ao estudo com uma adesão superior a 95%. Foram também incluídos no estudo, um grupo de 50 indivíduos saudáveis, cujos critérios de inclusão foram os mesmos utilizados para o grupo VIH/SIDA (Quadro 1).

Quadro 1- Características demográficas e clínicas dos grupos de estudo.

Características	Grupo VIH/SIDA (n = 64)	Grupo Saudável (n = 50)
Idade em anos, média	35	30
Sexo		
Masculino	62/64 (97%)	23/50 (46%)
Feminino	2/64 (3%)	27/50 (54%)
Raça		
Caucasiana	62/64 (97%)	50/50 (100%)
Outra	2/64 (3%)	0/50 (0%)
Higiene oral adequada	34/64 (53%)	50/50 (100%)
Toxicodependência	59/64 (92%)	NA
Contagem de linfócitos TCD4 ⁺ , cél/mm ³		NA
< 200	9/64 (14%)	
200-499	22/64 (34%)	
≥ 500	33/64 (52%)	
Carga viral (cópias/ml)		NA
< 50	35/64 (55%)	
50 - 1000	15/64 (23%)	
1001 - 10 000	14/64 (22%)	
TARV simples	2	NA
TARV de combinação	12	
2 (NITR) + (NNITR)	36	
1(IP)+2(NITR)ou(NNITR)	50/64(78%)	
Ausência de TARV	14/64 (22%)	NA

n- número de indivíduos

TARV- terapêutica anti-retroviral

NNITR- nucleósidos inibidores da transcriptase reversa

NNITR- não nucleósidos inibidores da transcriptase reversa

IP- inibidores da protease

NA- não se aplica

Procedimentos microbiológicos

A todos os indivíduos foi efectuada a recolha de um lavado oral, que após concentração foi inoculado simultaneamente em Gelose Sabouraud e CHROMagar Candida. Ambos os meios foram incubados durante 48 horas a 35°C. A identificação dos isolados foi feita até ao nível de espécie e baseou-se na cor das colónias em meio cromogénico, sendo posteriormente confirmada por critérios padrão de morfologia e fisiologia bioquímicos. Adicionalmente, todos os isolados identificados como *C. albicans* foram reavaliados pela prova de crescimento a 45°C, clamidosporulação em gelose tabaco e cariotipificação electroforética, para a eventualidade de se poderem tratar de *C. dubliniensis*, dado que estas duas espécies partilham propriedades fenotípicas^{5,917}.

Para todos os isolados dos grupos estudados foram determinadas as concentrações inibitórias mínimas (CIMs) pelo método de microdiluição em meio líquido de acordo com as normas do *Clinical and Laboratory Standard Institute* (CLSI), anteriormente denominado por *National Committee for Clinical Laboratory Standards* (NCCLS), frente aos seguintes antifúngicos: fluconazol, itraconazol, voriconazol e caspofungina¹³.

Análise estatística

Devido ao pequeno tamanho da amostra, as tendências descritivas obtidas pelo estudo estatístico foram enfatizadas. Para a análise estatística foi utilizado o programa Graphpad Prism versão 4.0. Para determinar as associações univariantes foi utilizado o teste estatístico qui-quadrado (χ^2) ou o teste exacto de Fisher quando apropriado. Um valor de $P < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados

Dos 64 indivíduos VIH/SIDA, obtiveram-se 58 isolados em 40 indivíduos VIH/SIDA e 18 isolados em 50 indivíduos saudáveis, num total de 76 isolados. Destes, 90% (68/76) foram identificados como *C. albicans*, 5% (4/76) como *C. parapsilosis*, 3% (2/76) como *C. krusei* e 1% (1/76) como *C. tropicalis* e *C. dubliniensis*. A diversidade das espécies leveduriformes é sensivelmente a mesma entre o grupo de VIH/SIDA e o grupo saudável, sendo as percentagens de colonização por *C. albicans* e *Candida* spp. semelhantes entre os dois grupos, 85 e 89%, respectivamente. Sendo que, no grupo saudável, das espécies não-*albicans* referidas, apenas *C. parapsilosis* foi isolada. Os resultados do nosso estudo que tanto quanto sabemos foi o primeiro realizado em Portugal, evidenciam um maior número de indivíduos VIH/SIDA colonizados (62%), comparativamente ao grupo de indivíduos saudáveis (36%) ($P = 0.005$) (Quadro 2). Também o grau de colonização é significativamente superior no grupo VIH/SIDA, quando comparado com o grupo saudável, dado que 40% das amostras apresentam uma densidade > 100.000 UFC/ml, contrariamente ao grupo saudável que apresenta apenas 11% com o mesmo grau de colonização ($P = 0.001$) (Quadro 2). Quando estratificamos os indivíduos VIH/SIDA pela CV e pelas contagens de linfócitos TCD4+, verifica-se que uma maior colonização oral não está associada com um maior número de cópias/ml ($P = 0.337$), nem com contagens de linfócitos TCD4+ mais baixas ($P = 0.096$). No entanto, uma maior densidade de colonização está associada a um nº de cópias/ml mais elevado ($P = 0.012$), sendo que, para os linfócitos TCD4+, parece não haver correlação entre um maior grau de colonização e um decréscimo de linfócitos TCD4+ ($P = 0.051$).

Quando comparamos a colonização dos indivíduos VIH/SIDA submetidos e não a TARV, verifica-se que esta terapêutica independentemente do regime terapêutico instituído, não influencia a colonização ($P = 0.120$) e o grau de colonização ($P = 0.080$), e mesmo quando os inibidores da protease são incluídos no regime terapêutico não se observa influência sobre a colonização oral ($P = 1.000$). O único factor predisponente encontrado neste estudo para uma maior colonização oral por *Candida* spp. foi a presença de hábitos de higiene oral inadequados ($P < 0.001$).

Quadro 2- Colonização oral fúngica no grupo VIH/SIDA e grupo saudável.

Colonização Oral Fúngica	Grupo VIH/SIDA <i>n</i> = 64	Grupo Saudável <i>n</i> = 50	<i>P</i>
Colonização	40/64 (62%)	18/50 (36%)	0.0050
Grau de colonização (UFC/ml)			0.0100
< 50	14/40 (35%)	14/18 (78%)	
50 - 1000	10/40 (25%)	2/18 (11%)	
> 100000	16/40 (40%)	2/18 (11%)	

n- número de indivíduos.

Quanto ao padrão de susceptibilidade *in vitro* aos antifúngicos, este trabalho permite-nos afirmar que os isolados da amostra de população VIH/SIDA não apresentaram diferenças de CIMs consideráveis em relação aos isolados do grupo de indivíduos saudáveis, sendo todos os isolados susceptíveis aos azóis mais antigos (fluconazol e itraconazol), com excepção de *C. krusei*, cuja variação de concentrações para o fluconazol foi de 64 - 128 mg/l. Também para as moléculas recentemente aprovadas, caspofungina e voriconazol, os valores de CIMs obtidos ficaram muito aquém dos valores referidos por outros autores como *breakpoints* para estas moléculas^{6,7,20} (Figura 1).

Susceptibilidade *in vitro* de 76 isolados de *Candida* spp.

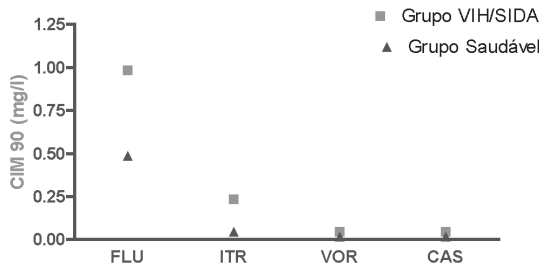


Fig. 1 Susceptibilidade *in vitro* dos isolados de *Candida* spp. do grupo VIH/SIDA e saudável ao: fluconazol (FLU), itraconazol (ITR), voriconazol (VOR) e caspofungina (CAS).

Discussão e Conclusão

O presente estudo analisou a prevalência e diversidade de espécies de *Candida* num pequeno grupo definido de indivíduos VIH/SIDA, em Portugal. Os nossos resultados observaram uma colonização oral fúngica nos indivíduos VIH/SIDA significativamente elevada, mesmo para baixas contagens de CV e

elevado número de linfócitos TCD4+. Estes valores (62%) são mais elevados em relação a outros estudos efectuados nos Estados Unidos (37%)¹⁰, mas muito mais baixos do que os valores de colonização apontados por estudos efectuados no Brasil (89.5%)¹¹. A prevalência de *Candida* spp. no nosso estudo compara-se favoravelmente aos resultados determinados por estudos efectuados na Bélgica (62.3%)¹⁶, Itália (61.9 - 67%)^{1,2}, e Índia (65.3%)⁸. Fazendo a avaliação da colonização oral por *Candida* em função dos marcadores clínicos, os resultados por nós encontrados são concordantes com os de outros autores que não observaram qualquer associação entre os parâmetros clínicos (CV e linfócitos TCD4+) e a colonização oral fúngica^{1,2,19}. No entanto, o nosso estudo sugere uma relação entre a CV e o número de UFC/ml de *Candida*, sendo sugestivo do efeito da CV, independentemente da contagem de linfócitos TCD4+. No que se refere à TARV, também não observámos correlação entre a TARV e a redução da colonização oral. Com efeito, e contrariamente ao que seria esperado, os resultados encontrados apontam para taxas de colonização, mesmo nos doentes com inclusão de IP, não muito diferentes dos valores observados por estudos efectuados antes do início da TARV¹², concluindo que o regime terapêutico proposto não influencia o estado de portador assintomático de *Candida* spp. Contudo, podemos concluir que a HAART protege os indivíduos VIH/SIDA do desenvolvimento de COF. Após 10 meses do início do estudo nos indivíduos VIH/SIDA submetidos a HAART, nenhum desenvolveu COF, apesar dos níveis elevados de colonização oral fúngica observados. A análise da relação entre os marcadores de infecção VIH e a colonização por *Candida* spp. entre os indivíduos VIH/SIDA por comparação com o grupo de indivíduos saudáveis, permite-nos concluir que a causa da elevada colonização oral por *Candida* spp. seja multifactorial, sendo pouco provável que esteja relacionada apenas com os isolados fúngicos, sejam eles comensais da cavidade oral ou responsáveis por doença. Os nossos resultados enfatizam o facto de que a colonização e resultante infecção são consequências de interacções entre o hospedeiro, o vírus e o fungo, todas elas com influência sobre a patogénese destes síndromas. Assim, apesar da COF ter sido sempre significativamente associada com a imunodeficiência e elevados valores de cargas virais, representando assim a lesão mais comum e fortemente associada com a infecção por VIH, a colonização oral por *Candida* e a sua densidade relativa, parecem estar relacionadas apenas com a higiene oral.

Outro objectivo deste estudo relacionou-se com o conhecimento do efeito da TARV sobre a diversidade de espécies de *Candida* nos indivíduos VIH/SIDA e consequente identificação de espécies menos susceptíveis às moléculas antifúngicas, como *C. krusei*, *C. glabrata* e *C. lusitaniae*, cujo conhecimento da sua prevalência poderá contribuir na selecção de agentes antifúngicos efectivos na utilização empírica. De acordo com os resultados encontrados no nosso estudo, podemos concluir que a distribuição das diferentes espécies fúngicas orais aponta para uma colonização maioritária por *C. albicans* no grupo VIH/SIDA submetido a TARV (88%), assim como no grupo VIH/SIDA sem TARV (80%), o que nos permite concluir que a flora leveduriforme oral é sensivelmente a mesma antes e após a introdução da TARV. No entanto, *C. krusei* apenas foi isolada no grupo VIH/SIDA com TARV. De facto, desconhecia-se se as CIMs das estirpes colonizadoras seriam ou não susceptíveis às principais moléculas antifúngicas utilizadas num tratamento profiláctico ou sintomático no decorrer da infecção VIH/SIDA, assim como para as moléculas antifúngicas recentemente introduzidas no mercado (voriconazol e caspofungina)²¹. A partir dos resultados obtidos no nosso estudo, podemos afirmar que nos indivíduos VIH/SIDA estudados, apesar de fortemente colonizados, os seus isolados revelam susceptibilidade às moléculas antifúngicas testadas. Perspectiva-se também para indivíduos VIH/SIDA submetidos a TARV que venham a desenvolver COF, que não seja necessário recorrer às novas moléculas antifúngicas, continuando o fluconazol a ser o fármaco de eleição. Porém, seria adequado efectuar atempadamente, nos diferentes grupos VIH/SIDA, a determinação das CIMs das estirpes colonizadoras, por forma a, num futuro provavelmente próximo, efectuar terapêuticas empíricas que permitam melhores resultados clínicos.

Referências Bibliográficas

1. Barchiesi, F., Maracci, M., Radi, B., Arzeni, D., Baldassarri, I., Giacometti, A., Scalise, G. 2002. Point prevalence, microbiology and fluconazole susceptibility patterns of yeast isolates colonizing the oral cavities of HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 50: 999-1002.
2. Campisi, G., Pizzo, G., Milici, M.E., Mancuso, S., Margiotta, V. 2002. Candidal carriage in the oral cavity of human immunodeficiency virus-infected subjects. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 93: 281-286.
3. Cannon, R. D., Holmes, A. R., Mason, A. B., Monk, B. C. 1995. Oral *Candida*: clearance, colonization, or candidiasis? *Journal of Dental Research* 74: 1152-1161.
4. Dios, P.D., Ocampo, A., Otero, I., Iglesias, I., Martínez, C. 2001. Change in oropharyngeal colonization and infection by *Candida albicans* in human immunodeficiency virus infected patients. *Journal of Infectious Diseases* 183: 355-356.
5. Ellepola, A.N., Hurst, S.F., Elie, C.M., Morrison, C.J. 2003. Rapid and unequivocal differentiation of *Candida dubliniensis* from other *Candida* species using species-specific DNA probes: comparison with phenotypic identification methods. *Oral Microbiology Immunology* 18: 379-388.
6. Espinel-Ingroff, A., Barchiesi, F., Cuenca-Estrella, M., Pfaller, M.A., Rinaldi, M., Rodriguez-Tudela, J.L., Verweij, P.E. 2005. International and multicenter comparison of EUCAST and CLSI M27-A2 broth microdilution methods for testing susceptibilities of *Candida* spp. to fluconazole, itraconazole, posaconazole, and voriconazole. *Journal of Clinical Microbiology* 43: 3884-3889.
7. Espinel-Ingroff, A., Barchiesi, F., Cuenca-Estrella, M., Fothergill, A., Pfaller, M.A., Rinaldi, M., Rodriguez-Tudela, J.L., Verweij, P.E. 2005. Comparison of visual 24-hour and spectrophotometric 48-hour MICs to CLSI reference microdilution MICs of fluconazole, itraconazole, posaconazole, and voriconazole for *Candida* spp.: a collaborative study. *Journal of Clinical Microbiology* 43: 4535-4540.
8. Gugrani, H.C., Becker, K., Fegeler, W., Bau, S., Chattopadhyay, D., Baveja, U., Satyanarayana, S., Kalghatgi, T., Murlidhar, A. 2003. Oropharyngeal carriage of *Candida* species in HIV-infected patients in India. *Mycoses* 46: 281-288.
9. Khan, Z.U., Ahmad, S., Mokaddas, E., Chandy, R. 2004. Tobacco agar, a new medium for differentiating *Candida dubliniensis* from *Candida albicans*. *Journal of Clinical Microbiology* 42: 5796-5798.
10. Martins, M.D., Chiu, M.L., Rex, J.H. 1998. Declining rates of oropharyngeal candidiasis and carriage of *Candida albicans* associated with trends toward reduced rates of carriage of fluconazole-resistant *C. albicans* in human immunodeficiency virus-infected patients. *Clinical Infectious Diseases* 27: 1291-1294.
11. Melo, N.R., Taguchi, H., Jorge, J., Pedro, R.J., Almeida, O.P., Fukushima, K., Nishimura, K., Miyaji, M. 2004. Oral *Candida* flora from brazilian human immunodeficiency virus-infected patients in the highly active antiretroviral therapy era. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 99:425-431.
12. Mocroft, A., Ledergerber B, Katlama, C., Kirk, O. Reiss, P., d'Arminio M., Knysz, B., Dietrich, M., Philips A.N., Lundgren, J.D. 2003. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet* 362: 22-29.
13. National Committee for Clinical Laboratory Standards. 2002. Reference method for broth dilution antifungal susceptibility testing of yeasts; Approved standard. NCCLS document M27-A2. National Committee for Clinical Laboratory Standards.

14. Ohmit, S.E., obel, J.D., Schuman, P., Duerr, A., Mayer, K., Rompalo, A., Klein, R.S. 2003. Longitudinal study of mucosal *Candida* species colonization and candidiasis among human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive and at-risk HIV-seronegative women. *Journal of Infectious Diseases* 188: 118-127.
15. Ruhnke, M. 2004. Mucosal and systemic fungal infections in patients with AIDS. *Drugs* 64: 1163-1180.
16. Schoofs, A.S., Odds, F.C., Colebunders, R, Ieven, M., Goossens, H. 1998. Cross-sectional study of oral *Candida* carriage in a human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive population: predisposing factors, epidemiology and antifungal susceptibility. *Mycoses* 41: 203-211.
17. Tekeli, A., Koyuncu, E., Dolapaci, I., Guven, G.S., Sahin, G.O., Uzun, O. 2005. Detection of *Candida dubliniensis* in oropharyngeal samples of Turkish HIV-positive patients. *Mycoses* 48: 197-201.
18. Vargas, K.G., Joly, S. 2002. Carriage frequency, intensity of carriage, and strains of oral yeast species vary in the progression to oral candidiasis in human immunodeficiency virus-positive individuals. *Journal of Clinical Microbiology* 40: 341-350.
19. Vargas, L.O., López, N.G., Villar, M., Moragues, M.D., Aguirre, J.M., Cruz, M.C., Ribot, J.L., Cepeda, L.A., Quindós, G. 2005. Oral *Candida* isolates colonizing or infecting human immunodeficiency virus-infected and healthy persons in Mexico. *Journal of Clinical Microbiology* 43: 4159-4162.
20. Vasquez, J. A. 2003. Invasive oesophageal candidiasis: current and developing treatment options. *Drugs* 63: 971-989.
21. Wong-Beringer, A., Kriengkauykiat, J. 2003. Systemic antifungal therapy: new options, new challenges. *Pharmacotherapy* 23: 1441-1462.

UM CASO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH - O PROBLEMA DA RESISTÊNCIA AOS ANTI-RETROVÍRICOS

González I ¹, Rocha G ¹, Duque V ² - Coimbra - Portugal

O vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) transmite-se à criança principalmente por transmissão vertical, durante a gravidez, durante o parto e através do leite materno. A taxa de transmissão vertical que com a utilização do protocolo ACTG 076 (AZT na grávida, intra-parto e ao recém-nascido) foi de 8% tem vindo a descer para taxas de 1-2% com a utilização de tratamento de alta eficácia à mãe e com a cesariana electiva.

Apresenta-se o caso clínico de uma criança nascida em 2002 e infectada por transmissão vertical com o VIH-1. A mãe de 40 anos tinha conhecimento do seu estado de infecção desde há 10 anos. Estava assintomática. Inicia na gravidez AZT + 3TC + IDV que cumpre irregularmente. A carga vírica mantém-se entre 2000 e 5200 cópias/ml e os CD4 28% antes do parto. O parto foi por cesareana às 38 S por sofrimento fetal agudo, com rotura de membranas inferior a 4 horas. Fez AZT endovenoso intra-parto e o recém-nascido AZT profiláctico durante 6 semanas. A PCR-DNA para o VIH foi negativa às 48H e ao mês de idade, mas foi positiva aos 3 meses de idade. A criança não fez aleitamento materno. O vírus transmitido tem um padrão de resistência para os fármacos utilizados na mãe. Este padrão é semelhante ao padrão do vírus materno (resultado conhecido posteriormente).

Este caso pretende alertar para a necessidade do estudo do padrão de resistência dos vírus maternos para adequação da terapêutica na grávida. A resistência ao AZT imporá a administração de outra/s medicação intra-parto e ao recém-nascido.

Só com uma terapêutica adequada se poderá reduzir a transmissão vertical do VIH.

CASO CLINICO: *Transmissão vertical do VIH. O problema da resistência aos anti-retrovíricos*

Isabel González, Graça Rocha: Consulta de Doenças Infecciosas do Hospital Pediátrico de Coimbra

Vítor Duque: Laboratório de Virologia. Departamento de Doenças Infecciosas. Hospitais da Universidade de Coimbra

¹ - Consulta de Doenças Infecciosas do Hospital Pediátrico de Coimbra

² - Laboratório de Virologia. Departamento de Doenças Infecciosas. Hospitais da Universidade de Coimbra

Identificação

Criança de raça caucasiana, nascida no ano 2002, actualmente com 4 anos de idade.

Antecedentes Familiares

- . Mãe: 40 anos. Infecção VIH-1 por transmissão sexual diagnosticada 10 anos antes desta gravidez. Em 1990 realizou uma Interrupção voluntária da Gravidez.
- . Pai: Toxicodependente

Antecedentes Prénatais e Perinatais

A mãe na gravidez apresentou uma clínica de: Infecções do Tracto Urinário de repetição; leucorreia (*C. albicans* e *Trichomonas*) e trombocitopenia.

Fez irregularmente tratamento anti-retrovirico (TARV): Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Indinavir (IDV).

A Carga Vírica oscilou entre 2000 e 5200 cópias/ml e CD4 28% antes do parto

Serologias: Ac HBs positivo; Ag HBs negativo; Anti-VHC negativo; VDRL não reactiva; Toxoplasmose não imune e Rubéola imune

Antecedentes Perinatais e neonatais:

Nasce por cesariana electiva às 38 semanas de Idade Gestacional, mas houve registo de alterações na variabilidade nas horas prévias ao parto (Sofrimento Fetal Agudo). Com uma rotura de membranas inferior a 4 horas. Foi administrado zidovudina intraparto.

Nasce com APGAR 9/10/10 sem necessidade de reanimação. Peso-3140g (P25); Comprimento- 48cm (P25) e Perímetro Cefálico- 34cm (P10-25).

Realizou AZT profiláctico neonatal durante 6 semanas e aleitamento artificial.

Diagnóstico da Infecção na criança:

O teste virológico PCR-DNA (Polymerase Chain Reaction) do VIH resultou:

- . Negativo nas primeiras 48 horas
- . Negativo ao 1 Mês de vida; com uma Carga Viral < 200 cópias/ml
- . **Positivo** aos 3 meses de idade; com Carga Viral 11.749 cópias/ml

Teste de Resistências do VIH1 transmitido:

- . AZT possível Resistência
- . 3TC Resistência
- . SQV Resistência
- . IDV possível Resistência
- . NFV Resistência

Avaliação realizada na criança aos 5 meses de idade. Em sublinhado estão os fármacos administrados na mãe durante a gravidez.

Teste de Resistências do VIH1 materno:

- . AZT possível Resistência
- . 3TC Resistência
- . SQV Resistência
- . IDV possível Resistência
- . NFV Resistência

Depois de ter conhecimento do **padrão multirresistente** do vírus transmitido verticalmente, foi realizado o teste de resistências na amostra de sangue materno que tinha sido reservado nas 48 horas pré-parto.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:

- . A PCR-DNA do VIH foi negativa às 48 Horas e ao 1 mês de idade. Houve uma transmissão, provavelmente peri-parto, de um vírus VIH 1 multiresistente.
- . O padrão de resistência do Vírus da mãe é similar ao do filho

Este caso documenta que:

- . É necessário o estudo do padrão de resistência dos vírus maternos para adequação da terapêutica na grávida.
- . A resistência ao AZT imporá a administração de outra/s medicação intra-parto e ao recém-nascido.

BIBLIOGRAFIA

1. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, e tal. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency vírus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical TRials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med. 1994; 331: 1173-80.
2. Perinatal HIV Guidelines Working Group. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1 infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. February 24, 2005.
3. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C, e tal. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant Hiv-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmiission. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 2002; 29: 484-94.
4. Hermione Lyall EG, Taylor GP, Clarke J, Mclure MO. Polymerase chain reaction diagnosis of human immunodeficiency vírus infection. Pediatr Infect Dis J. 2003 22(3): 295.
5. Recomendações elaboradas pelo Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança: Prevenção da transmissão vertical e Diagnóstico da infecção VIH na criança. Portugal 2006

A PROPÓSITO DE UM CASO DE ADAPTAÇÃO DA MÃE E DO BEBÉ AO CONTEXTO VIH

Casas C, Rocha G, Pinto I, Gomes R - Coimbra - Portugal

Caso 1

A relação de interacção e de vinculação mãe-bebé, tem sido referida em diversos estudos e reconhecida como um dos factores de grande impacto no desenvolvimento psicomotor da criança, nomeadamente no desenvolvimento e construção de relacionamentos futuros, saudáveis ao longo do percurso de vida.

Quando factores como adolescência, gravidez, doença crónica sem cura e falta de apoio familiar, entre outros factores se conjugam mais relevante se torna a necessidade de intervir o mais precocemente possível evitando maiores riscos e diminuindo impactos.

Este estudo pretende ser representativo de uma situação que designamos por *caso 1*, dada a sua particular especificidade em relação a outros casos da consulta, nomeadamente quanto à importância atribuídas aos aspectos sociais, culturais e desenvolvimentais.

Métodos: os sintomas psicológicos maternos de reactividade emocional foram obtidos utilizando a versão portuguesa dos questionários: Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1983, versão portuguesa: M.C. Canavarro, 1995); a percepção materna relativa ao cuidar do bebé foi obtida através do Questionário Português de Adaptação Mãe-bebé durante o primeiro ano de vida Q.M.A.C. (Figueiredo, B., 1997). O desenvolvimento psicomotor infantil, foi obtido através da escala Schedule of the Growing Skills II (Bellman, Lingman & Auckel, 1996). Estes dados foram recolhidos em vários momentos diferentes: ao 1 mês de pós-parto, aos 3 meses, 12 e 18 meses.

Dados Maternos: Mãe solteira, de 19 anos de idade, caucasiana, e o 9º ano de escolaridade. Orfã aos 6 anos, institucionalizada aos 14 anos, aos 18 anos a viver com companheiro toxicodependente, inicia comportamentos de prostituição. Diagnosticada às 20 semanas de gestação, por rotina pré-natal com infecção VIH1, apresentava-se assintomática e não cumpriu terapêutica de profilaxia de transmissão vertical, faltando a 99% das consultas de rotina pré-natal, sendo registada uma única consulta presencial. Às

41 semanas de gestação tem um parto por cesariana, após > 4 horas de ruptura de membranas, altura em que procura os serviços hospitalares.

De acordo com os antecedentes maternos, mãe e filho são institucionalizados com programa de apoio.

Após início de atendimento pela equipa multidisciplinar de pediatria, e tendo preenchido os questionários B.S.I. (Behaviour Symptom Inventory, L.R. Derogatis, 1993, versão: M.C. Canavarro, 1995) e Q.M.A.C. (Questionário de Avaliação da Adaptação Mãe-Bebé Durante o Primeiro Ano de Vida, Figueiredo, B., 1997) a mãe foi encaminhada para apoio psiquiátrico por suspeita de depressão pós-parto, diagnóstico confirmado posteriormente, bem como personalidade de tipo histriónico.

Após 15 meses de institucionalização abandona o filho para adopção.

Dados Pediátricos: Bebê de 1 mês e 21 dias de vida, sexo masculino, primeira gesta materna. História clínica com reanimação superficial à nascença, após parto por cesariana, apresentava Apgar 8 ao 5º minuto de vida, P=3000gr (PC 25); Est=51cm (PC50); Pc34, 8 (PC25-50). Faz aleitamento artificial. Inicia profilaxia com Cotrimoxazole. Os valores da monitorização pediátrica foram efectuados na consulta de doenças infecciosas, no decurso do primeiro ano de vida, com valores negativos não apresentando infecção, Quadro1.

Monitorização Pediátrica Teste PCR DNA (PROVIRAL DNA VIH)

PCR DNA 1º MÊS	Negativo Carga viral <50; log<1.70
PCR DNA 4º MÊS	Negativo Carga viral <50; log<1.70
SEROLOGIA 12º MÊS	Negativa Carga viral <50; log < 1.70
SEROLOGIA 18º MÊS	Negativa; ausência de Acs específicos para HIV e HCV

Registam-se ainda valores estado-ponderais durante os primeiros 18 meses de vida descritos no Quadro 2.

Resultados da Informação Estado-Ponderal

1º MÊS	PESO= Pc 10 ? ESTATURA= Pc10 ?
4º Mês	PESO= Pc >5 ESTATURA= Pc >10
12º Mês	PESO= Pc > 5 ESTATURA= Pc < 5
18º Mês	PESO= Pc > 10 ESTATURA= Pc 25

Durante este espaço de tempo são efectuadas observações do seu desenvolvimento, através da aplicação da escala Schedule of The Growing Skills II, encontrando-se os seguintes valores:

Competências Desenvolvimentais

1ºMês	3ºMês	6ºMês	12ºMês	15ºMês
Área Postural Passiva Área Postural Activa Adequadas	Área Postural Passiva Adequadas Área Postural Activa 1>DP	Área Postural Passiva Área Postural Activa Adequadas	Área Locomotora Adequadas	Área Locomotora 1>DP
Área Manipulativa Adequadas	Área Manipulativa Adequadas	Área Manipulativa Adequadas	Área Manipulativa Adequadas	Área Manipulativa Adequadas
Área Audição Linguagem 1<DP	Área Audição Linguagem e Expressão Adequadas	Área Audição Linguagem e Expressão Adequadas	Área Audição Linguagem e Expressão Adequadas	Área Audição Linguagem e Expressão 1<DP Cognição 1<DP
Área Comportamento Adequadas	Área Comportamento Adequadas	Área Comportamento Adequadas	Área Comportamento Adequadas	Área Comportamento 1<DP

Encontram-se assinaladas a cinza as áreas do desenvolvimento psicomotor que apresentam desvio em relação ao esperado para a idade, e interpretadas na escala como *sinais de alarme*, no caso do desvio padrão (DP), ser inferior à idade esperada, neste caso para as áreas de Audição e Linguagem e Expressão da Linguagem, área da Cognição e Comportamento.

Aos 15 meses é institucionalizado, como medida provisória e aguardando adopção, passa a vir acompanhado à consulta por diferentes cuidadores, apresentando comportamentos de alguma agitação motora, referidos já em momentos de observação anteriores, sendo visíveis evitação visual penalizando estes aspectos a sua capacidade de aprendizagem e exploração apropriado do ambiente e objectos, não apresentando qualquer padrão de agressividade, não apresenta também vínculo a nenhum dos cuidadores que o acompanharam às consultas.

Conclusões: Neste caso específico, as questões de ordem multifactorial encontraram relevo significativo não pesando apenas o factor infecção materna. A história materna passada, o estado de infecção na gestação e pós-parto, gravidez na adolescência, depressão pós-parto, distúrbio de personalidade, a falta de apoio familiar à mãe e isolamento, institucionalização, a confrontação com o novo papel materno e adaptação à novas exigências do mesmo, são apenas alguns dos factores encontrados contribuintes para o desenvolvimento de stress vivencial e consequente abandono. Por outro lado a experiência vivencial materna conduziu à não aceitação de sugestão de mudança para uma vida saudável e regrada, aspecto sempre referido como “saturação” por parte da mãe quando abordada em relação ao cumprimento de horários e obrigações quer prestando cuidados ao filho, quer no desempenho de tarefas na instituição de acolhimento regeitando uma nova experiência de vida.

Quanto aos dados relativos ao desenvolvimento infantil foram encontrados no 1º mês de vida uma área com 1 Desvio Padrão abaixo da idade esperada, sendo relativo à área de Audição e Linguagem, concluindo-se que seria por falta de estimulação. Quanto à observação efectuada ao 15º mês de idade, coincidente com o abandono materno, são registados no bebé a dificuldade em interagir e em efectuar transacções com o ambiente, e com os diferentes cuidadores, quer em ambiente de jogo, quer em situação de acção/tarefas. É ainda de referir no Perfil de Desenvolvimento obtido através da Escala S.G.S.II, nomeadamente nas áreas que apresentam 1 Desvio Padrão em relação à idade esperada, que não sendo considerado atraso do desenvolvimento representam contudo sinais de alarme requerendo novas avaliações de vigilância e intervenção nas mesmas, nomeadamente nas áreas da cognição, Linguagem - Compreensão e Linguagem - Expressão, tal como na área de Interação Social, todas estas áreas são preditoras de desenvolvimentos futuros. Este aspecto é representativo da sua dificuldade em estabelecer padrões de autonomia e autoconfiança necessárias ao efectivo e adequado desenvolvimento da criança, habitualmente descritos em estudos com amostras semelhantes em idade e condições ambientais semelhantes com diferentes cuidadores. São também referidos modelos parentais depremidos, pouco reactivos aos sinais dos filhos, e abandono (Bowlby, Ainsworth, 1969, George & Solomon, 1999, Canavarro, 2002).

Continuamos a sentir a necessidade de desenvolvimento de estudos dirigidos à multifactorialidade do contexto VIH e ao impacto no desenvolvimento infantil, para melhor se poderem tecer programas de *empowerment* materno e familiar, de forma a criar estruturas vivenciais passíveis de sobrevivência à situação total e individual nomeadamente dirigidos a cada caso per si.

MULHERES INFECTADAS PELO VIH/SIDA: ADAPTAÇÃO AO NASCIMENTO DE UMA CRIANÇA?*

Pereira M¹, Canavarro M C² - Coimbra - Portugal

Questões em torno do Género, VIH/SIDA, Gravidez e Maternidade

A problemática do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) no feminino é múltipla e multidisciplinar, pela constante interacção de factores que pressupõe. Por outro lado, compreendemos que devido a vulnerabilidades específicas, o risco das mulheres serem contaminadas pelo VIH tem aumentado, progressivamente, em todas as partes do mundo. No grupo feminino, podemos identificar grupos e situações de maior vulnerabilidade: em primeiro lugar as mulheres provenientes dos meios mais desfavorecidos; dentro destes, as mulheres adolescentes (tanto pela imaturidade do aparelho reprodutor como pela deficiente educação sexual); e as prostitutas, entre outras. De acordo com Caldas e Gessolo (2003) muitas mulheres estão integradas nas várias categorias e, ao mesmo tempo, em estritamente nenhuma, sem que isso, contudo, diminua a sua vulnerabilidade. Por outras palavras, muitos dos factores de risco implicados na vulnerabilidade das mulheres co-ocorrem e interagem.

A transmissão materna do vírus da imunodeficiência humana, como sabemos, é a forma mais importante de infecção pelo VIH, em crianças (Sokal-Gutierrez et al., 1993), podendo ocorrer durante a gravidez, parto ou após o nascimento através do aleitamento materno (pré-natal, perinatal e pós-natal) (Anderson, 1996; Campbell, 1999; de Ruiter & Brocklehurst, 1998; Kourtis, Bulterys, Nesheim & Lee, 2001; Luzuriaga & Sullivan, 1998; Miotti et al., 1999; Penn & Ahmed, 2000, 2003; Ramos, Gregol, Germany, Silva, Almeida, Sander et al., 2002; Rouzioux, Chaix, Burgard & Mandelbrot, 2002; Stein, Handelsman &

* O presente estudo empírico insere-se no âmbito do projecto de investigação Gravidez e Maternidade: Um Estudo Longitudinal sobre Mulheres Infectadas pelo VIH, financiado pela extinta Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (actual Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA) – Proc. 11-7.3/2004.

¹ Bolseiro de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/19126/2004). Consulta de Acompanhamento Psicológico do Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana – Maternidade Dr. Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra.

² Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Consulta de Acompanhamento Psicológico do Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana – Maternidade Dr. Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra.

Matthews, 2000; Stevens, 2002; WHO, 2001). Efectivamente, a possibilidade de transmissão vertical do VIH (para uma revisão dos estudos cf. Sherr, 1993) é reconhecida, sendo responsável pela grande maioria da SIDA pediátrica no mundo (Carvalho et al., 2002; Lindegren, Byers, Thomas, Davis, Caldwell, Rogers et al., 1999; Luzuriaga & Sullivan, 1998; Yeung & Gibb, 2001), sendo vários os factores que a influenciam (Newell, 2006; Penn & Ahmed, 2000, 2003; UNAIDS, 1998).

A epidemiologia global da infecção pediátrica reflecte a epidemiologia da infecção pelo VIH na mulher. Porque a grande maioria das infecções pediátricas são adquiridas através das mães, a prevenção eficaz da transmissão vertical do VIH passa necessariamente pela prevenção da infecção na mulher (De Cock, Fowler, Mercier, Vicenzi et al., 2000). Primeiramente, porque a maior parte das mulheres infectadas está em idade fértil (CVEDT, 2005; UNAIDS, 2002); em segundo lugar, no conjunto da casuística global, nos últimos anos temos verificado um aumento significado das taxas de transmissão por via heterossexual (CVEDT, 2003); e finalmente, porque a mulher enquanto parceiro receptor, infecta-se mais facilmente que o homem. Por conseguinte, a prevenção de novas infecções, em mulheres em idade reprodutiva, revela-se um componente insubstituível na prevenção da infecção na criança.

Na gravidez, a infecção VIH/SIDA foi pela primeira vez descrita em 1983 (Wetli, Roldan & Fojaco, 1983). Actualmente, em todo o mundo, aproximadamente 2,5 milhões das mulheres que engravidam em cada ano estão infectadas pelo VIH (de Bruyn, 2003). A junção das situações: infecção pelo VIH/SIDA, gravidez e maternidade tem, assim vindo a ser cada vez mais frequente (Cohen, 1997; Sherr, 1997). Embora, nos dias de hoje, e função da própria evolução da epidemia, a convergência destas duas situações se revista de uma configuração especial (mas uma mesma preocupação), desde da década de 80 que a infecção pelo VIH se posiciona como uma forte ameaça à saúde reprodutiva feminina (Landesman, Minkoff & Willoughby, 1989; Minkoff, 1987). Na perspectiva da UNAIDS (1998) a infecção pelo VIH na gravidez tornou-se na complicação obstétrica mais comum em alguns países em vias de desenvolvimento.

Em Portugal, com um aumento do número de mulheres infectadas pelo VIH, cerca de 80% das quais em idade fértil, e uma preocupação crescente acerca da transmissão vertical, a gravidez no contexto da infecção pelo VIH tem-se tornado num foco de grande atenção e de investigação.

Em Portugal, um grande número de mulheres é confrontado com a notícia da sua contaminação no decurso dos exames de rotina pré-natal. Estas mulheres que não têm conhecimento do seu estado de saúde relativamente à infecção e engravidam vêm-se confrontadas com uma tomada de decisão premente que as coloca perante uma de duas opções: continuação versus interrupção da gravidez; outras, conhecendo a sua situação clínica, de contaminação pelo VIH/SIDA, optam por engravidar. Temos assim grávidas que, embora com situações diferentes à partida, têm em comum ter de responder aos desafios e exigências que a gravidez encerra e, simultaneamente aos implicados no processo de adaptação à doença. Em ambos os casos, o cruzamento do seu estado de contaminação com o confronto com o risco de um filho seropositivo pode originar grande sofrimento psicológico e acarretar dificuldades de adaptação. Quando o diagnóstico de infecção pelo VIH é efectuado durante a gravidez, a mulher deve ter em consideração não só a imprevisibilidade característica desta doença e a estigmatização social dela decorrente, mas também os substantivos desafios da gravidez e da transição para a maternidade. O

conhecimento de que a infecção pode ser transmitida ao feto acrescenta as exigências da incerteza.

Como sublinha Araújo (2003) o projecto de gravidez e maternidade num contexto de infecção pelo VIH tem implicações a vários níveis, sem paralelo com qualquer outra doença crónica; com efeito, as mulheres têm de se confrontar com a sua doença, com a eventualidade de ter filhos doentes, destes ficarem órfãos ou morrerem num curto período de tempo.

Do ponto de vista psicológico, Gravidez e Maternidade constituem processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, são períodos de desequilíbrio e adaptação, mas são também, períodos por excelência de reorganização, crescimento e enriquecimento pessoais (Canavarro, 2001). O estudo psicológico da gravidez abrange uma vasta constelação de aspectos desde a contracepção aos factores psicológicos relacionados com o nascimento, passando igualmente pela auto-definição e transição para a maternidade (Ruble, Brooks-Gunn, Fleming, Fitzmaurice, Stangor & Deustch, 1990) ou à adaptação durante gravidezes médicas definidas como de alto risco (Levy-Shiff, Lerman, Har-Even & Hod, 2002).

O nascimento de um filho é considerado um dos principais momentos de transição do indivíduo ao longo da vida, responsável por mudanças a nível individual, conjugal, familiar e social. Se nos quisermos centrar no tempo que imediatamente antecede o nascimento de um filho, o processo conducente a esse nascimento – a gravidez – é igualmente uma transição importante na trajectória desenvolvimental de uma mulher, de um casal ou de uma família, que exige adaptações diversas. A vivência de uma gravidez e a transição para a maternidade/parentalidade surge assim como uma oportunidade para o crescimento e mudança individual (Goldberg, 1988). Constitui uma oportunidade, mas igualmente um risco, na medida em que implica sempre a adaptação a uma nova situação e, subsequentemente, um conjunto de reorganizações nos níveis individual, familiar e social.

O nascimento de um filho está, portanto, associado a mudanças de variadas naturezas e, como mudança que representa, implica stress (Canavarro, 2001; Vaz Serra, 1999) e, em igual medida, implica também mudanças na adaptação intrapsíquica e interpessoal (Ruble et al., 1990). Este processo compreende um vasto espectro de mudanças biológicas, psicológicas e interpessoais e representa um desafio à capacidade de adaptação de uma mulher/casal, constituindo muitas vezes vulnerabilidades acrescidas. A facilidade ou dificuldade no processo de adaptação dependerá do equilíbrio percebido entre as exigências associadas à transição e os recursos pessoais. Como referem Lazarus e Folkman (1984), e em relação ao tipo de transição, a adaptação é um processo dependente do contexto anterior e posterior à transição, e da percepção de competência, bem-estar e saúde individual.

Tipicamente, as mulheres expressam preocupações predominantemente em relação à saúde e desenvolvimento do bebé, mas igualmente em relação ao parto e à própria imagem corporal. Este conceito assume contornos especiais no contexto em que o nosso trabalho se insere. Com efeito, a existência de infecção pelo VIH e a concomitância de gravidez fomentam uma preocupação específica relativa à possibilidade de transmissão do vírus ao bebé. Esta preocupação é persistente, embora pareça atenuar-se com o decurso da gravidez, face às intervenções actualmente disponíveis e à existência de um acompanhamento clínico regular.

Com efeito, se uma gravidez que decorra de acordo com os parâmetros habituais implica sempre mudança e necessidade de adaptação, ou como mencionam Colman e Colman (1994, p. 31) o processo pode ser suave ou violento, fonte de confiança ou assustador, mas é seguramente mudança, as gravidezes que ocorrem em contextos de doença ou nos casos em

que o diagnóstico da doença (e.g., infecção pelo VIH) ocorre após a ocorrência de gravidez, implicam maior stress e, por conseguinte, na generalidade dos casos maiores exigências de adaptação.

1. Método

1.1. Objectivos do estudo

Este estudo teve como objectivo avaliar a adaptação pessoal ao nascimento de um filho das mulheres infectadas, considerando os seguintes indicadores de adaptação: (1) a percepção de stress; (2) a sintomatologia psicopatológica; e (3) a reactividade emocional. A avaliação foi efectuada 2 a 4 dias após o parto. Foi também objectivo do presente estudo conhecer os determinantes sócio-demográficos e clínicos da adaptação apresentada.

1.2. Participantes

Os estudos empíricos que integram o presente trabalho baseiam-se nas respostas de 31 mulheres grávidas infectadas com o VIH, acompanhadas nos serviços da Maternidade Doutor Daniel de Matos (MDM) - Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).

A recolha da amostra decorreu entre Abril de 2003 e Fevereiro de 2006 e foi recolhida na MDM. Para a recolha de dados foi feito previamente um pedido de colaboração voluntária no estudo; explicado à grávida a natureza e os objectivos do estudo; garantida a confidencialidade e anonimato; pedido consentimento para a realização e gravação da entrevista; e assinado o consentimento informado, previamente aprovado pela Comissão de Ética do Conselho de Administração dos HUC.

A amostra é constituída por 31 mulheres grávidas infectadas pelo VIH com uma média de idade de 29,00 anos (idade mínima:16; idade máxima:39) e desvio padrão 6,19 anos. A maioria das mulheres é casada ou vive em união de facto. Têm habilitações literárias entre o 2º e 3º ciclos do Ensino Básico e o Ensino Secundário. Cerca de 81% das mulheres pertencem ao nível sócio-económico Baixo (de acordo com a classificação de Simões, 1994). Em termos de Etnia, 58,2% das mulheres são de raça caucasiana.

A gravidez constituiu o principal motivo associado à realização do teste de VIH: 54,8% das mulheres teve conhecimento da sua infecção, na actual gravidez; 12,9% das mulheres teve conhecimento do seu estado serológico numa gravidez anterior; 9,7% realizou o teste por iniciativa própria; 16,1% conheceu a sua seropositividade por rotina médica; e 6,5% das mulheres refere outra causa.

As relações heterossexuais foram a principal causa de infecção para a maioria das mulheres (61,3%); 19,4% contraiu a infecção devido a comportamentos associados à toxicodependência; 3,2% por transfusão e 16,1% refere desconhecer a origem da infecção.

1.3. Instrumentos

1.3.1 Entrevista sobre as dimensões psicológicas da gravidez

No primeiro momento de avaliação foi utilizada uma entrevista sobre as dimensões psicológicas da gravidez (Canavarro & Araújo, 2002). Esta entrevista é constituída por 58 questões resposta aberta e fechada e divide-se em duas partes. A Parte I, com 49 questões, encontra-se organizada em 7 partes temáticas, designadamente, dados sócio-demográficos, contexto familiar, história médica e psicopatológica, estilo de vida, história médica e estilo de vida do marido/companheiro, relacionamento actual (no caso de manter uma relação) e história familiar. A Parte II divide-se, por sua vez, em duas partes distintas, uma primeira relativa aos dados psicológicos sobre a infecção e uma última sobre a história pessoal/vivência psicológica e emocional da gravidez actual.

1.3.2. Perceived Stress Scale (PSS)

A escala PSS – Perceived Stress Scale – foi elaborada por Cohen, Kamarck e Mermelstein, em 1983. A versão portuguesa é da autoria do Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (IPSSO; Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2002). Trata-se de um instrumento de auto-resposta destinado a medir o grau em que as situações de vida da pessoa são percebidas como indutoras de stress ou, por outras palavras, destinado a quantificar o nível de stress que cada indivíduo experimenta subjectivamente, num determinado momento. Esta escala tem três versões: uma com 14 itens, outra abreviada com 10 itens e ainda uma versão indicada para entrevistas telefónicas breves, constituída por apenas 4 itens. Cada pergunta tem cinco possibilidades de resposta, variando entre 0 “Nunca” e 4 “Com muita frequência”. A versão utilizada foi a de 10 itens.

1.3.3. Brief Symptom Inventory (BSI)

O BSI é um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens, desenvolvido como uma versão abreviada do SCL-90-R, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo Likert, cotado desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4). Este inventário avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psico-sintomatologia e três Índices Globais, sendo, estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional. As nove dimensões descritas por Derogatis (1982, in Canavarro, 1999, no prelo) são: somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide e psicoticismo.

1.3.4. Emotional Assessment Scale (EAS)

A Escala de Avaliação de Emoções (versão original de Carlson, Collins, Stewart, Porzellius, Nitz & Lind, 1989; Versão Portuguesa: Moura Ramos, Canavarro & Araújo Pedrosa, 2004; Moura Ramos, 2006) tem como principal objectivo medir a reactividade emocional, e é constituída por 24 itens, que correspondem a descrições de emoções consideradas fundamentais (Medo, Felicidade, Ansiedade, Culpa, Cólera, Surpresa e Tristeza), especialmente útil na medida de níveis momentâneos e de mudança de emoções.

1.3.5. Grelhas de Informação Obstétricas, Pediátricas e relativas à História Médica da Infecção

A grelha relativa à História Médica da Gravidez e da Infecção, compreende dados relativos aos antecedentes obstétricos e à actual gravidez. Esta grelha comporta ainda informações médicas sobre a infecção, nomeadamente, a ausência/existência de manifestações clínicas da doença e dados sobre o tratamento anti-retrovírico.

A grelha de informação relativa à História Médica da Infecção – Dados relativos ao VIH, compreende dados sobre a contaminação, nomeadamente: a duração da infecção; tempo de conhecimento da infecção; o contexto de realização do teste de VIH; a forma como julga ter adquirido a infecção; a condição serológica do companheiro; e, no caso de ter filhos anteriores à actual gravidez, comporta dados sobre o conhecimento da infecção no momento em que engravidou e a situação médica actual (estado de infecção) do(s) filho(s).

1.4. Tratamento estatístico dos resultados

Em primeiro lugar, para a caracterização da amostra recorreremos sobretudo à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão). Para outras análises, e com o objectivo de averiguar a existência de diferenças entre os dois grupos, recorreremos à estatística inferencial, aceitando como variáveis estatisticamente significativas todas as diferenças às quais aparecesse um nível de significação inferior a 0.05. Neste sentido, e em função das variáveis consideradas, foram realizados: teste de Mann-Whitney (equivalente não paramétrico do teste T de Student); e análises de regressão linear e múltipla.

Para o tratamento estatístico e análise dos dados utilizámos a versão 12.0 do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

2. Resultados

2.1. Caracterização da adaptação pessoal ao nascimento de um filho

2.1.1. Percepção de stress (PSS)

Procurámos igualmente analisar a adaptação materna ao nascimento de um filho. Nesse sentido, considerámos importante saber se existiam diferenças entre a Percepção de Stress neste segundo momento de avaliação na amostra de mulheres VIH e o valor médio da população geral indicado no estudo de adaptação da PSS à população portuguesa (Mota-Cardoso et al., 2002). Embora as mães infectadas tenham registado um valor superior (Média=19.43; DP=5.33) de percepção de stress em relação à população geral (Média=17.91; DP=7.68), essa diferença não se revelou estatisticamente significativa.

2.1.2. Sintomatologia psicopatológica (BSI)

No sentido de estudar a adaptação materna no pós-parto, realizámos a comparação com os resultados obtidos por Canavarro (1999) referentes à população geral. Os resultados descritivos das dimensões e índices encontram-se no quadro seguinte.

Quadro 1 – Comparação das dimensões de sintomatologia e índices globais do BSI entre o grupo de grávidas infectadas, 2 a 4 dias após o parto, e a população geral

Dimensões e Índices	Pop. geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Somatização	0.573	0.916	0.602	0.550	0.198	n.s.
Obsessões-Compulsões	1.290	0.878	0.774	0.759	2.547	.024
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.727	0.607	0.764	1.718	n.s.
Depressão	0.893	0.722	0.774	0.869	0.513	n.s.
Ansiedade	0.942	0.766	0.595	0.538	2.412	.031
Hostilidade	0.894	0.784	0.671	0.659	1.263	n.s.
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	0.200	0.260	3.135	.008
Ideação Paranóide	1.063	0.789	0.714	0.726	1.797	n.s.
Psicoticismo	0.668	0.614	0.529	0.580	0.900	n.s.
IGS	0.835	0.480	0.638	0.550	1.344	n.s.
TSP	26.993	11.724	20.929	13.292	1.707	n.s.
ISP	1.561	0.385	1.547	0.481	0.106	n.s.

Os resultados do quadro seguinte mostram que as mães apresentam valores inferiores em todas as dimensões do BSI, com excepção da Somatização, sem que esta diferença seja estatisticamente significativa. Observou-se uma significação estatística diferencial entre a amostra de grávidas infectadas pelo VIH e a população geral em três dimensões psicopatológicas, nomeadamente, nas Obsessões-Compulsões, na Ansiedade e na Ansiedade Fóbica.

2.1.3. Reactividade emocional (EAS)

Para uma melhor compreensão destes resultados, procedemos mais uma vez à comparação dos resultados obtidos com os resultados da amostra da população geral (Moura Ramos, 2006). Os resultados são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 2 – Comparação da reactividade emocional entre o grupo de grávidas infectadas, 2 a 4 dias após o parto, e a população geral

	Pop. Geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Felicidade	43.38	19.24	75.05	22.41	5.287	.000
Ansiedade	26.91	17.38	36.18	26.69	1.299	n.s.
Tristeza	12.64	10.60	31.79	35.50	2.018	n.s.
Cólera	12.60	12.10	21.40	28.96	1.136	n.s.
Medo	11.99	12.34	23.07	25.52	1.625	n.s.
Surpresa	14.63	12.66	32.64	24.39	2.764	.016
Culpa	10.64	9.68	26.00	25.87	2.221	.045

Quando comparados os resultados de uma amostra da população geral, e de acordo com o exposto no Quadro 2, podemos observar que as mães da nossa amostra, na altura do pós-parto apresentam resultados superiores em todas as dimensões da EAS. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas emoções Felicidade, Surpresa e Cólera. Na emoção Tristeza o nível de significação foi limítrofe ($p=.065$).

2.2. Modelos Preditores da Adaptação ao Nascimento de um Filho

Para o estudo dos modelos preditores de adaptação pessoal, incluímos como variáveis independentes: as variáveis sócio-demográficas (idade; habilitações literárias; raça/etnia; estado civil; e situação profissional); variáveis associadas à infecção pelo VIH (categoria de transmissão e momento do diagnóstico); variáveis associadas com a gravidez e maternidade (experiência prévia de gravidez; planeamento da gravidez; aceitação da gravidez); e variáveis associadas com o recém-nascido (género).

Em primeiro lugar, procedemos à análise das correlações entre as variáveis independentes consideradas e variável critério, de forma a conhecer a associação entre essas variáveis, de forma a incluir no modelo apenas as variáveis em que se verificasse uma associação significativa.

Assim, em primeiro lugar, procurámos averiguar o grau de associação entre as variáveis predictoras e os dois indicadores do BSI. No que se prende com o IGS verificou-se a existência de uma associação significativa entre este índice e o estado civil ($r=-.60$; $p=.031$). A análise da regressão linear permitiu constatar que o estado civil explica 29,7% da variabilidade total do IGS (Cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Análise da regressão linear simples tendo como variável critério o IGS

Variável preditora	Beta (EP)	Beta estandardizado	R ² ajust.	F
Estado civil	-0.775 (0.315)	-.596	0.297	6.068*

* $p<.05$

Relativamente à Depressão (BSI), observou-se apenas uma associação estatisticamente significativa com o planeamento da gravidez ($r=.69$; $p=.007$). Os resultados permitem concluir que cerca de 42,6% da variância da sintomatologia depressiva verificada 2 a 4 dias após o parto é explicada pela variável planeamento da gravidez (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Análise da regressão linear simples tendo como variável critério a Depressão

Variável preditora	Beta (EP)	Beta estandardizado	R ² ajust.	F
Planeamento da gravidez	1.160 (0.356)	.686	0.426	10.641*

* $p<.01$

Em seguida, procedemos às mesmas análises relativamente às três emoções da EAS. A emoção Surpresa correlaciona-se de forma estatisticamente significativa com o estado civil ($r=-.79$; $p=.001$) e com a categoria de transmissão ($r=-.65$; $p=.032$). A regressão múltipla permitiu obter os resultados expressos no quadro seguinte. Como se pode observar, o estado civil, neste momento de avaliação, explica 62,5% da variabilidade total da Surpresa.

Quadro 5 – Análise da regressão múltipla hierárquica tendo como variável critério a Surpresa

Variável preditora	Beta (EP)	Beta estandardizado	R ² ajust.	F
Estado civil	-47.048 (11.752)	-.817	0.625	16.028*

*p<.01

No que concerne à Tristeza, verificaram-se associações com significação estatística com o estado civil ($r=-.66$; $p=.013$) e com o planeamento da gravidez ($r=.63$; $p=.017$). Os resultados encontram-se descritos no Quadro 6.

Quadro 6 – Análise da regressão múltipla hierárquica tendo como variável critério a Tristeza

Variável preditora	Beta (EP)	Beta estandardizado	R ² ajust.	F
Planeamento da gravidez	50.417 (14.120)	.733	0.495	12.750*

*p<.01

Pela leitura do quadro anterior podemos observar que a emoção Tristeza nos momentos subsequentes ao nascimento de uma criança é prevista em 49,5% pelo planeamento da gravidez. Chamamos a atenção para a consistência deste resultado, nomeadamente pela semelhança registada entre a capacidade preditiva da variável planeamento da gravidez, quer em relação à Depressão (cf. Quadro 4) quer em relação à emoção Tristeza avaliada pela EAS.

Discussão e Conclusões

Os modelos teóricos actuais consideram a gravidez e o nascimento de um filho como um marco desenvolvimental importante no percurso de um indivíduo ou família, implicando mudanças e reorganizações diversas e a vários níveis, e comportando exigências acrescidas de adaptação. Dada a variabilidade inerente à forma como os indivíduos se adaptam, torna-se importante conhecer os factores que subjazem a uma adaptação adequada a este momento do ciclo de vida.

A ambivalência que caracteriza a convergência de gravidez e infecção pelo VIH complexifica a compreensão do processo de adaptação, assim como a possibilidade de a testar empiricamente. De forma mais específica, não podemos deixar de ter em consideração o duplo desafio que as mulheres enfrentam: simultaneamente, ter de lidar com as consequências médicas e sociais da infecção pelo VIH e com as questões complexas associadas à gravidez e maternidade.

Podemos verificar que o momento do pós-parto se caracteriza por um nível mais elevado de percepção de stress, embora não estatisticamente significativo, e uma reactividade emocional negativa, quando comparado com os valores da população geral. Inversamente, neste momento, e em comparação com a mesma população, a reactividade emocional positiva é significativamente maior entre as mulheres infectadas pelo VIH.

Embora as gravidezes que ocorrem em contextos de risco ou nos casos em que o diagnóstico da doença (e.g., infecção pelo VIH) ocorre após a ocorrência de gravidez, possam implicar maiores exigências de adaptação, a interpretação destes resultados levam-nos a considerar algumas hipóteses, nomeadamente, da gravidez e do nascimento de um bebé como contexto protector face à expressão de psicopatologia ou de emocionalidade mais negativa. Efectivamente, a gravidez parece exercer um efeito protector face ao confronto com a infecção pelo VIH entre as mulheres com diagnóstico recente e, extensivamente, um efeito facilitador de adaptação da mulher neste período da sua vida.

A gravidez não é uma vivência estacionária, mas uma experiência plena de crescimento, mudança, enriquecimento e desafio. A gravidez e a infecção pelo VIH não é apenas uma questão de saúde. É um contexto que toca todas as esferas da vida de uma mulher. Da sexualidade à política. Da família à comunidade. Da maternidade à moralidade (Bedimo, Bessinger & Kissinger, 1998, p. 177). Perante a trilogia, gravidez, VIH e futuro bebé, tudo se agudiza e se torna mais complexo. Como refere Gouveia-Andrade (2003, p. 442), a forma veloz como o VIH se instala no sistema imunitário do hospedeiro não permite compassos de espera, contemplações ou hesitações. A decisão reprodutiva deverá implicar informação e ponderação. O acompanhamento médico, psicológico e social impõe articulação e precocidade.

Apesar do contributo do nosso estudo, consideramos importante, a opção de investigações futuras com inclusão de população sem risco médico associado, procurando comparar as trajetórias das mulheres e casais durante este período, perceber o que representa o nascimento de uma criança para estas mulheres, e que respondam a algumas perguntas para as quais não conseguimos resposta.

Para finalizar, sabemos que as decisões sobre fertilidade futura são muitas vezes orientadas pelo impacto que um novo filho pode ter na vida de uma mulher ou casal. A reprodução é uma escolha complexa para muitas mulheres. A decisão de uma mulher engravidar ou prosseguir com a gravidez envolve uma diversidade de preocupações que a infecção pelo VIH pode intensificar. Tudo isto, toma lugar numa era em que se verifica uma atenção crescente em torno da liberdade reprodutiva (Campbell, 1999). E finalizaríamos provocando: Certeza de uma morte anunciada: (in)certeza de uma maternidade proibida?

Referências Bibliográficas

- Anderson, J. R. (1996). Gynecological and Obstetrical Issues for HIV-Infected Women. In R. R. Faden & N. E. Kass (Eds.), *HIV, AIDS & Childbearing: Public Policy, Private Lives* (pp. 31-62). New York: Oxford University Press.
- Araújo, M. T. (2003). *SIDA no Feminino – Percepções e Implicações na Sexualidade e Maternidade*. Dissertação de Mestrado em SIDA: Da Prevenção à Terapêutica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Bedimo, A. L., Bessinger, R., & Kissinger, P. (1998). Reproductive Choices among HIV-Positive Women. *Social Science & Medicine*, 46 (2), 171-179.
- Caldas, J. M. & Gessolo, K. (2003). *Rompiendo el Silencio: Las Mujeres y VIH*. Comunicação apresentada no IV Congresso Virtual "A Mulher e a Infecção pelo HIV/SIDA".
- Campbell, C. (1999). *Women, Families, & AIDS: A Sociological Perspective on the Epidemic in America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M.

- Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (II vol.) (pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. (2001) (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (no prelo). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, vol. III. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carlson, C. R., Collins, F. L., Stewart, J. F., Porzelius, J., Nitz, J. A., & Lind, C. O. (1989). The Assessment of Emotional Reactivity: A Scale Development and Validation Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11 (4), 313-325.
- Carvalho, G., Pinho, L., Antunes, A., Cortesão, P., Brinca, M., Ramos, I., & Marques, L. (2002). Infecção VIH na Maternidade Doutor Daniel de Matos: Casuística de 1993 a 2002. Acesso a 3 de Abril de 2003: <http://www.aidsportugal.com/article.php?sid=1375>
- Cohen, C. B. (1997). HIV, AIDS and Childbearing. *JAMA*, 277 (18), 1480-1481.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez – a experiência psicológica*. Lisboa: FLUL – Edições Colibri.
- CVEDT (2003). Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- CVEDT (2005). Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2004. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- de Bruyn, M. (2003). Safe Abortion for HIV-Positive Women with Unwanted Pregnancy : A Reproductive Right. *Reproductive Health Matters*, 11 (22), 152-161.
- De Cock, K. M., Fowler, M. G., Mercier, E., Vincenzi, I. et al. (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA*, 283 (9), 1175-1182.
- de Ruiter, A., & Brocklehurst, P. (1998). HIV infection and pregnancy. *International Journal of STD & AIDS*, 9 (11), 647-655.
- Gouveia-Andrade, L. (2003). A Gravidez, a Criança, os Estudos Clínicos e a Infecção pelo VIH: Limitações Éticas e Implicações Terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 437-446.
- Kourtis, A. P., Bulterys, M., Nesheim, S. R., & Lee, F. K. (2001). Understanding the timing of HIV transmission from mother to infant. *JAMA*, 285 (6), 709-712.
- Landesman, S. H., Minkoff, H., & Willoughby, A. (1989). HIV Disease in Reproductive Age Women: A Problem of the Present. *JAMA*, 261 (9), 1326.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levy-Shiff, R., Lerman, M., Har-Even, D., & Hod, M. (2002). Maternal Adjustment and Infant Outcome in medically Defined High-Risk Pregnancy. *Developmental Psychology*, 38 (1), 93-103.
- Lindgren, M. L., Byers, R. H., Thomas, P., Davis, S. F., Caldwell, B., Rogers, M., et al. (1999). Trends in Perinatal Transmission of HIV/AIDS in the United States. *JAMA*, 282 (6), 531-538.
- Luzuriaga, K., Sullivan, J. L. (1998). Prevention and treatment of pediatric HIV infection. *JAMA*, 280 (1), 17-18.

- Minkoff, H. (1987). Care of Pregnant Women Infected With Human Immunodeficiency Virus. *JAMA*, 258 (19), 2714.
- Miotti, P, Taha, T, Kumwenda, N., Bnroadhead, R. et al. (1999). HIV transmission through breastfeeding: A study in Malawi. *JAMA*, 282 (8), 744-749.
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R. C., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O Stress nos Professores Portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Moura Ramos, M. (2006). Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Newell, M. L. (2006). Current issues in the prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 infection. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100, 1-5.
- Oliveira, C. (2006). Desafios e Contextos de Influência na Adaptação à Maternidade: Um estudo longitudinal em população sem risco médico. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Ramos, M. C., Gregol, L. R., Germany, C., Silva, J., Almeida, M. S., Sander, M. A., et al. (2002). Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Compliance with the Recommendations of the Brazilian National STD/AIDS Control Program for Prenatal and Perinatal HIV Testing in Porto Alegre, Brazil. *AIDS and Behavior*, 6 (3), 277-282.
- Rouzioux, C., Chaix, M. L., Bugard, M., & Mandelbrot, L. (2002). VIH et grossesse. *Pathologie Biologie*, 50, 576-579.
- Ruble, D., Brooks-Gunn, J., Fleming, A. S., Fitzmaurice, G., Stangor, C., & Deutsch, F. (1990). Transition to Motherhood and the Self: Measurement, Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3), 450-463.
- Sherr, L. (1997). Pregnancy and childbirth. *AIDS Care*, 9 (1), 69-77.
- Simões, M. R. (1994). Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.). Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sokal-Gutierrez, K., Vaughn-Edmonds, H., & Villarreal, S. (1993). Health Care for Children and Families. In R. P. Barth, J. Pietrzak, & M. Ramler (Eds.), *Families Living with Drugs and HIV: Intervention and Treatment Strategies* (pp. 119-143). New York: The Guilford Press.
- Stein, E., Handelsman, E., & Matthews, R. (2000). Reducing Perinatal Transmission of HIV: Early Diagnosis and Interventions During Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45 (2), 122-129.
- Stevens, L. M. (2002). HIV infection: The basics. *JAMA*, 288 (2), 268.
- UNAIDS (1998). *HIV in Pregnancy: A Review*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- UNAIDS (2002). *AIDS epidemic update*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- Vaz Serra, A. S. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Wetli, C. V., Roldan, F. O., & Fojaco, R. M. (1993). Listeriosis as a cause of maternal death: an obstetric complication of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 147 (1), 7-9.
- WHO (2001). *Breastfeeding and Replacement Feeding Practices in the Context of Mother-to-Child Transmission of HIV: An assessment tool for research*. World Health Organization.
- Yeung, S. M., & Gibb, D. M. (2001). Paediatric HIV infection: diagnostic and epidemiological aspects. *International Journal of STD & AIDS*, 12(9), 549-554.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA COM ESTUDO DAS CAPACIDADES NEUROCOGNITIVAS NUM DOENTE COM INFECÇÃO PELO HIV

Margalho R, Cabral S, Alves H, Serra J E, Cunha J G, Meliço-Silvestre A A - Coimbra - Portugal

Introdução

A infecção pelo VIH deixou de ser uma doença característica de determinados grupos para se tornar numa realidade que atinge a população geral. Em particular, a população heterossexual e com idade mais avançada passa a ser foco de interesse com necessidade de estudo e intervenção multidisciplinar.

A dimensão neuropsicológica associada ao VIH pode estar associado a uma perturbação cognitivo-motora que implica uma avaliação rigorosa. A proposta do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos considera uma bateria de testes que visam avaliar a inteligência pré-morbida, velocidade do processamento de informação, atenção, linguagem, abstracção, memória, capacidades práxicas, capacidades visuo-espaciais, funções motoras e pesquisa de informação psicopatológica (Clemente-Millana & Portellano, 2000; Sacton, Wong, Nakassujja, Skolakey, Selnes, Musini, Roberston, McArthur, Rolland & Katabine, 2005).

A perturbação depressiva major é um quadro clínico frequente em doentes infectados por HIV e pode conduzir a um enviesamento do diagnóstico, na medida em que sintomatologia como apatia, letargia e isolamento social se torna proeminente. As manifestações clínicas coincidentes com a demência são o declínio das funções pertencentes ao domínio cognitivo (atenção, concentração, competência visuo-espacial, discurso / linguagem e memória), bem como o desenvolvimento das manifestações adicionais do quadro demencial, manifestações cognitivas ou comportamentais que incluem a depressão, insónia, alucinações, alterações do peso, distúrbios sexuais, entre outras (Goodkin *et al.*, 2001; Treisman e Angelino, 2004). Alguns doentes podem desenvolver episódios de agitação psicomotora, insónia, irritabilidade e por vezes quadros psicóticos (Treisman e Angelino, 2004).

De acordo com a Academia Americana de Neurologia existem sub-tipos de demências que se definem pela presença de alterações motoras, comportamentais ou mistas. Dentro de cada sub-tipo são ainda diferenciadas em diferentes graus: ligeiro, moderado ou severo, dependendo da gravidade do empobrecimento cognitivo-motor (Goodkin *et al.*, 2001).

Segundo o DSM-IV, os critérios de diagnóstico para a demência por VIH incluem o empobrecimento significativo em pelo menos dois dos seguintes domínios cognitivos: atenção, concentração, velocidade no processamento de informação, competências ao nível da abstracção, capacidades visuo-espaciais, memória, discurso, entre outros, com duração mínima de um mês. Também implica um enfraquecimento moderado a severo nas tarefas do quotidiano devido a uma deterioração cognitivo-motora. Não deve existir outra dimensão etiológica para as diminuições dos domínios cognitivo-motores. No que concerne às manifestações comportamentais, estas incluem frequentemente apatia e inibição social que podem ocasionalmente acompanhar-se de *delirium*, actividade delirante ou alucinações (DSM-IV, 1996).

A perturbação cognitivo-motora minor assume uma prevalência mais significativa em doentes seropositivos, sendo mais comum que a demência. As características são um enfraquecimento cognitivo-motor associado a alguma dificuldade na realização das tarefas diárias. No que concerne ao diagnóstico diferencial, dois dos seguintes sintomas têm que ser observados, sendo eles empobrecimento ao nível da atenção e concentração, lentificação mental, enfraquecimento da memória, lentificação motora, irritabilidade, labilidade emocional, alteração ao nível da personalidade e falta de coordenação motora (Santana, 2003; Casanova-Sotolongo, Casanova-Carrillo, 2002).

Caso clínico

Identificação: doente do sexo masculino, com 63 anos de idade, viúvo. Escolaridade: 4ª classe. Profissão: padeiro, estando actualmente reformado. Reside na Lousã.

Motivo de Avaliação: a avaliação psicológica com estudo das capacidades neurocognitivas foi solicitada, em contexto de internamento, devido a irritabilidade, humor depressivo e alteração no padrão de sono e alimentação.

Recolha de informação clínico-biográfica: é o quarto elemento de uma fratria de seis. No período da infância não existem registos de perturbação do desenvolvimento psicomotor, linguístico nem de eliminação. Descreve as relações intra-familiares como sendo ajustadas e afectivas. No período da adolescência emigra para África do Sul, devido a condições económicas. O processo de adaptação foi pautado por dificuldades ao nível da aprendizagem da língua e relações inter-pessoais conflituosas.

Não cumpriu Serviço Militar. Aos 21 anos de idade casa, descrevendo a relação conjugal como sendo ajustada. Sem registos de perturbação ao nível da sexualidade.

Aos 45 anos de idade refere a perda da esposa devido a patologia neoplásica, evidenciando um processo de resolução de luto pautado por sintomatologia depressiva arrastada. Após este acontecimento de vida descreve início imoderado de bebidas alcoólicas e comportamentos de risco ao nível sexual.

Diagnóstico de VIH em Fevereiro de 2006, tendo sido internado devido a Pneumonia por *pneumocystis carinii*. A via de infecção foi sexual, desconhecendo a fonte de contágio. As atribuições em relação à doença (VIH) são pobres, com pouco conhecimento.

Observações comportamentais: no decorrer da entrevista clínica o doente esteve colaborante, calmo e contacto reservado. Idade aparente coincidente com a real. Orientado

auto, alopsiquicamente e no tempo. Dificuldades na orientação espacial. Comportamento motor caracterizado por ligeiro tremor dos membros superiores. Discurso com ideias organizadas mas pouco produtivo, com lentificação do pensamento. Evidenciou dificuldades na capacidade de concentração e atenção. Humor depressivo e reactividade emocional pautada por choro fácil. Não foram apuradas alterações senso-perceptivas nem actividade delirante.

Avaliação: procedemos á investigação diagnostica das capacidades neurocognitivas através da entrevista clínica e instrumentos psicométricos, Escala geriátrica de depressão (GDS -Yesavage et al,), Avaliação breve do estado mental (MMS - Folstein, Folstein, McHugh), sub-testes da Escala de Inteligência de Wechsler para adultos, dígitos, semelhanças e chave de números (WAIS), teste do relógio e teste de fluência verbal semântica.

Dos parâmetros neurocognitivos avaliados observamos uma deterioração multidomínios, pautada predominantemente por perturbação da memória recente e imediata, com incapacidade no pensamento abstracto e alguns défices na realização práxica. Apresentou dificuldades ao nível da resolução de problemas. Está ainda implicado, no sentido da diminuição de competências, a velocidade de processamento de informação e decrescimento da flexibilidade mental. Ao nível da linguagem o doente apresentou uma fluência verbal pobre. As actividades de auto-cuidados estão conservadas, existindo no entanto um padrão emocional depressivo que condiciona actividades ocupacionais e de interesse para o doente.

Conclusão: A comunidade científica tem tentado perceber a relação entre a infecção pelo VIH e o funcionamento neurocognitivo. Na realidade, existem inúmeros determinantes que contribuem para o desempenho cognitivo, nomeadamente habilitações literárias, o estado imunitário, antecedentes psiquiátricos e neurológicos, bem como existência de comportamentos de risco entre outros factores. Relativamente à associação entre infecção pelo VIH e deterioração do funcionamento neurocognitivo não existe um consenso. Efectivamente é importante analisar as variáveis que contribuem para o processo de diminuição destas capacidades, tendo em consideração interpretações clínicas e psicossociais que cooperam para a intelegibilidade deste fenómeno.

Assim, o estabelecimento dum diagnóstico definitivo desta entidade nosológica, num idoso com *síndrome demencial infectado VIH*, estará dificultado, como facilmente se depreende, pela multiplicidade potencial de factores favorecedores.

Referências

- Ardila-Ardila, A.; Goodkin, K.; Concha-Bartoli, M.; Lecusay-Ruiz, S.; O'Mellan-Fajardo, S.; Suárez-Bustamante, P.; Molina-Vasquez, R.; Lee, D.; Chabey, G. & Wilkie, F.L. (2003). HUMANS: una batería neuropsicológica para la evaluación de pacientes infectados con VIH-1. *Revista de Neurología*, 36 (8): 756-762.
- Goodkin, K., Baldewicz, T., Wilkie, F., L. & Tyll, M., D. (2001). Cognitive Motor impairment and disorder in HIV1 Infection. *Psychiatry Annals*, 31, 37-48.
- Sacktor, N. (1998). Psychiatry issues and human immunodeficiency virus associated demencia. *Medical Update for Psychiatrists*, 3,182-186.

- Sacktor, N.(1999). Advances in the treatment of HIV Dementia. *Aids Reader*. 9 (1), 57-60. Retirado em 18 de Março de 2004 de <http://www.medscape.com>.
- Treisman, G.; & Angelino, A. (2004). *The Psychiatry of Aids- a guide to diagnoses and treatment*. Johns Hopkins University Press. USA
- Clemente-Millana, L., & Portellano, J.A. (2000). Evaluación neuropsicológica de los deficit cognitivos en la infección por el vírus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1). *Revista de Neurología*.(12), 1192-1201.
- Casanova-Sotolongo, P, Casanova-Carrillo, P. & Casanova-Carrillo, C. (2002). Demência associada al sida. *Revista de Neurología*.(8), 781-787.
- Sacktor, N. C., Wong, M., Nakasujja, N., Skolasky, R.L., Selnes, O. A., Musisi, S., Robertson, K., McArthur, J., Rolland, A. & Katabira, E. (2005). The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV Dementia. *Aids* .(19), 1367-1374.
- Santana, I. (2003). O defeito cognitivo ligeiro: entre o envelhecimento e a demência. *Psychologica*, 34, 99-115.
- McArthur, J., Hoover, D.R., Bacellar, H. & Miller, E., (1993). Demencia in Aids Patients. *Neurology*, 43, 2245-2252.
- Lyketsos, C.G., Hanson, A., Fishman, M. & Rosenblett, A. (1993). Manic syndrome early and late in course of HIV. *American Journal Psychiatry*, 150, 326-328.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (1996), Associação de Psiquiatria Americana. Washington
- Prince, R. & Brew, J (1988). The Aids dementia complex. *Journal of Infection Disorders*, 158, 1079-1083.

CIÊNCIA BÁSICA

DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV-1 EM ÁFRICA

Taveira N ^{1,2}, Cavaco Silva P ², Gama A ³ - Lisboa - Portugal

1. Profilaxia terapêutica da transmissão vertical do HIV-1 em África

Dos cerca de 39 milhões de pessoas infectadas por HIV em todo o mundo no final de 2005, cerca de 24,5 milhões residem na África sub-Sariana (**UNAIDS, 2006**). Destes, 2 milhões são crianças com menos de 15 anos, infectadas sobretudo por via vertical.

A maneira mais eficiente de diminuir o número de crianças infectadas pelo HIV na África sub-Sariana é prevenir a transmissão perinatal do HIV da mãe infectada para o filho através do uso profilático de antiretrovirais (**Dabis & Ekpini, 2002**). Na ausência de terapêutica antiretroviral a taxa de transmissão vertical do HIV-1 na África sub-Sariana é de 35-40%. Para a prevenção da transmissão vertical do HIV-1 em países em vias de desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o uso de regimes terapêuticos profiláticos constituídos por nevirapina em dose unitária (NVP-DU), com ou sem zidovudina (ZDV), administrada durante períodos curtos (**WHO, 2005**).

No mais recente ensaio clínico efectuado na Costa do Marfim, a administração de ZDV (300 mg/2x/dia) às grávidas a partir das 36 semanas de gestação e ZDV (600 mg) + NVP-DU (200 mg) no início parto, e de ZDV (2 mg/kg/7 dias) + NVP-DU (2mg/kg) aos recém-nascidos às 48h de idade originou uma taxa de transmissão vertical de apenas 6.5%, mesmo quando as mães amamentaram os filhos (**Dabis, 2005**). Esta taxa pode reduzir-se a 4.7 % com a incorporação de lamivudina (3TC) no regime terapêutico das mães (150 mg/ 2x /dia a partir das 32 semanas; 300 mg no início parto; 150mg/ 2x /dia, durante 3 dias após o parto). Um dos problemas desta estratégia de prevenção em África é que uma proporção relativamente elevada (cerca de 40%) da transmissão mãe-filho ocorre através da amamentação, numa região do mundo onde não há alternativas seguras disponíveis para alimentar os lactentes (**Coutsoudis, 2004**). Os resultados do Estudo Mashi – um estudo que decorreu no Botswana com o objectivo de avaliar intervenções perinatais e pós-natais para reduzir a taxa de transmissão do HIV, foram publicados recentemente. Pela primeira

¹ Unidade dos Retrovírus e Infecções Associadas, Centro de Patogénese Molecular, Faculdade de Farmácia de Lisboa, Portugal.

² Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Portugal.

³ Cabinda Gulf Oil, Cabinda, Angola.

vez foi utilizada profilaxia pediátrica com zidovudina em conjunto com a amamentação durante 6 meses; no entanto os resultados não foram encorajadores, tendo-se encontrado uma taxa de infecção de 9%, enquanto que no grupo alimentado a leite artificial se encontrou uma taxa de apenas 5,6% (Thior, 2006). O desenvolvimento de uma vacina pediátrica preventiva segura e efectiva para o HIV teria um impacto muito importante no controlo da infecção HIV na criança, pois poderia actuar ao nível da transmissão através da amamentação e constituir a base para uma imunidade para toda a vida (Luzuriaga, 2006).

2. Desenvolvimento de resistência à NVP e suas consequências

Um dos inconvenientes da profilaxia terapêutica com NVP-DU é a rápida selecção de vírus resistentes à NVP nas mulheres e crianças infectadas. Isto deve-se ao facto de que uma única mutação na transcriptase reversa (por exemplo, K103N, Y181C ou G190A), confere um alto nível de resistência à NVP. Nas mulheres, a frequência de vírus resistentes à NVP pode ir de 15% a 69% (Eshleman, 2001; Cunningham, 2002; Lallemand, 2004; Johnson, 2005; Eshleman, 2005a;). Nas crianças, a frequência de vírus resistentes à NVP pode atingir os 46% (Eshleman, 2001). Num estudo recente, a adição de 3TC ao regime profilático originou apenas 1,1% de vírus resistentes à NVP nas mães (Chaix, 2006).

Os vírus resistentes à NVP podem persistir por mais de um ano nas mães e nas crianças (Flys, 2005). Consequentemente, a terapêutica de alta eficácia com NVP, muito frequente nos regimes terapêuticos de primeira linha nos países em vias de desenvolvimento, pode ficar comprometida nesta população (Jourdain, 2004). A presença de vírus resistentes poderá também comprometer a eficácia de tratamento profilático com NVP no caso de uma segunda gravidez.

O desenvolvimento de resistência à NVP foi associado a alta carga viral na mãe antes do parto, baixo número de linfócitos CD4+ e elevadas concentrações de NVP no momento do parto (Musoke, 1999; Eshleman, 2001; Eshleman, 2005a).

O desenvolvimento de resistências à NVP também depende do subtipo viral. Estudos efectuados no Uganda e Malawi em mulheres tratadas com NVP-DU detectaram maior frequência de mutações de resistência à NVP em vírus do subtipo C (69%) seguido do D (36%) e do A (19%) (Eshleman, 2004; Eshleman, 2005b).

Poderá também haver uma associação dos diferentes subtipos com a frequência e modo (perinatal ou post-natal) de transmissão vertical do HIV-1. Num estudo feito no Quênia, o subtipo D apresentou maior taxa de transmissão vertical comparada com o A (32% vs 16%) (Yang, 2003). Outros estudos, efectuados na Tanzânia e no Quênia, não detectaram qualquer associação entre a frequência e modo de transmissão vertical e os subtipos A, C e D de HIV-1 (Murray, 2000; Tapia, 2003). Claramente, são necessários mais estudos para determinar se existe associação entre o subtipo de HIV-1 e a taxa de transmissão vertical.

3. Diagnóstico da infecção perinatal

Os modelos mostram que, mesmo com uma cobertura maior das unidades de prestação de cuidados de saúde, a realização de testes antenatais e o aumento da profilaxia antiretroviral, não vai ser atingido o objectivo da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas: reduzir até 2010 a infecção HIV pediátrica para metade (United Nations, 2001). Nos países em vias de desenvolvimento, muito poucas crianças infectadas por HIV

fazem actualmente terapêutica antiretroviral (WHO, 2005). Um dos problemas que limita o acesso das crianças seropositivas à terapêutica antiretroviral e/ou a iniciação da terapêutica em tempo adequado é a inexistência de testes simples e baratos para efectuar o diagnóstico precoce da infecção perinatal.

O diagnóstico da infecção por HIV-1 em crianças até aos 18 meses de idade não pode ser feito através dos testes serológicos devido à transferência passiva de anticorpos IgG maternos. Assim, até esta idade, o diagnóstico da infecção por HIV deve basear-se na detecção directa do vírus ou dos seus componentes (WHO, 2005). Entre os métodos validados para o diagnóstico directo da infecção por HIV no recém-nascido, os mais aplicáveis em países com recursos limitados são os que detectam, de forma qualitativa ou quantitativa, o ADN proviral nos linfócitos e o ARN do HIV no plasma. Estes testes devem ser efectuados durante a primeira visita pós-natal, que ocorre normalmente 6-8 semanas após o nascimento (WHO, 2005).

A amplificação por PCR de ADN proviral do HIV-1 a partir de células mononucleadas do sangue periférico (PBMC) da criança permite detectar cerca de 50% das infecções verticais à nascença e 98-100 % das infecções às 4- 6 semanas de idade em crianças não amamentadas, mesmo quando as mães e os filhos fizeram terapia preventiva com antiretrovirais (Sherman, 2005a; Dunn, 1995).

O único teste comercial existente para a detecção qualitativa do ADN proviral do HIV-1 é o Amplicor HIV-1 DNA assay, versão 1.5 (Roche Molecular Systems). Este teste detecta adequadamente o ADN dos vírus dos subtipos A, B e C em sangue colhido em papéis de filtro, mas revela baixa sensibilidade para detectar os restantes subtipos (Fischer, 2004; Sherman, 2005a; Sherman, 2005b; Uttayamakul, 2005), o que pode levar a diagnósticos falsos negativos em muitos países Africanos, incluindo Angola, em que circulam múltiplos subtipos de HIV-1 (Abecasis, 2005; Bártolo, 2005).

A quantificação do ARN do HIV-1 presente no plasma às 4 - 8 semanas de idade permite também diagnosticar eficazmente todas as infecções nas crianças sem terapia. (Nesheim, 2003; Rouet, 2005; Sherman, 2005a). Em crianças a fazer terapia preventiva, um teste de carga viral negativo deverá repetir-se quatro semanas após a conclusão da terapia (WHO, 2005).

4. Conclusões

Em conclusão, para uma prevenção eficaz da transmissão mãe-filho do HIV-1 em África são essenciais: regimes antiretrovirais profilácticos, simples e efectivos que não induzam um nível de resistência elevado e, um diagnóstico precoce da infecção HIV-1 acessível e de baixo custo tanto nas grávidas, como nos filhos nascidos das mulheres infectadas.

Referências

- Abecasis, A., Paraskevis, D., Epalanga, M., Fonseca, M., Burity, F., Bartolomeu, J., Carvalho, A. P., Gomes, P., Vandamme, A. M., and Camacho, R. (2005). HIV-1 genetic variants circulation in the North of Angola. *Infect.Genet.Evol.* 5, 231-237.
- Bártolo, I., Epalanga, M., Bartolomeu, J., Fonseca, M., Mendes, A., Gama, A., and Taveira, N. (2005). High genetic diversity of human immunodeficiency virus type 1 in Angola. *AIDS Res.Hum.Retroviruses* 21, 306-310.
- Chaix, M. L., Ekouevi, D. K., Rouet, F., Tonwe-Gold, B., Viho, I., Bequet, L., Peytavin, G., Toure, H., Menan, H., Leroy, V., Dabis, F., and Rouzioux, C. (2006). Low Risk of Nevirapine Resistance Mutations in the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1: Agence Nationale de Recherches sur le SIDA Ditrane Plus, Abidjan, Cote d'Ivoire. *J.Infect.Dis.* 193, 482-487.
- Coutsoudis, A., Dabis, F., Fawzi, W., Gaillard, P., Haverkamp, G., Harris, D. R., Jackson, J. B., Leroy, V., Meda, N., Msellati, P., Newell, M. L., Nsuati, R., Read, J. S., Wiktor, S. and Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group. (2004) Late post-natal transmission of HIV-1 in breast-fed children: an individual patient data meta-analysis. *J.Infect.Dis.* 189, 2154-2166.
- Cunningham, C. K., Chaix, M. L., Rekacewicz, C., Britto, P., Rouzioux, C., Gelber, R. D., Dorenbaum, A., Delfraissy, J. F., Bazin, B., Mofenson, L., and Sullivan, J. L. (2002). Development of resistance mutations in women receiving standard antiretroviral therapy who received intrapartum nevirapine to prevent perinatal human immunodeficiency virus type 1 transmission: a substudy of pediatric AIDS clinical trials group protocol 316. *J.Infect.Dis.* 186, 181-188.
- Dabis, F., Bequet, L., Ekouevi, D. K., Viho, I., Rouet, F., Horo, A., Sakarovitch, C., Becquet, R., Fassinou, P., Dequae-Merchadou, L., Welfens-Ekra, C., Rouzioux, C., and Leroy, V. (2005). Field efficacy of zidovudine, lamivudine and single-dose nevirapine to prevent peripartum HIV transmission. *AIDS* 19, 309-318.
- Dabis, F. and Ekpini, E. R. (2002). HIV-1/AIDS and maternal and child health in Africa. *Lancet* 359, 2097-2104.
- Dunn, D. T., Brandt, C. D., Krivine, A., Cassol, S. A., Roques, P., Borkowsky, W., De Rossi, A., Denamur, E., Ehrnst, A., and Loveday, C. (1995). The sensitivity of HIV-1 DNA polymerase chain reaction in the neonatal period and the relative contributions of intra-uterine and intra-partum transmission. *AIDS* 9, F7-11.
- Eshleman, S. H., Crutcher, G., Petruskane, O., Kunstman, K., Cunningham, S. P., Trevino, C., Davis, C., Kennedy, J., Fairman, J., Foley, B., and Kop, J. (2005a). Sensitivity and specificity of the ViroSeq human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) genotyping system for detection of HIV-1 drug resistance mutations by use of an ABI PRISM 3100 genetic analyzer. *J.Clin.Microbiol.* 43, 813-817.
- Eshleman, S. H., Guay, L. A., Mwatha, A., Brown, E. R., Cunningham, S. P., Musoke, P., Mmiro, F., and Jackson, J. B. (2004). Characterization of nevirapine resistance mutations in women with subtype A vs. D HIV-1 6-8 weeks after single-dose nevirapine (HIVNET 012). *J.Acquir.Immune.Defic.Syindr.* 35, 126-130.
- Eshleman, S. H., Hoover, D. R., Chen, S., Hudelson, S. E., Guay, L. A., Mwatha, A., Fiscus, S. A., Mmiro, F., Musoke, P., Jackson, J. B., Kumwenda, N., and Taha, T. (2005b). Nevirapine (NVP) resistance in women with HIV-1 subtype C, compared with subtypes A and D, after the administration of single-dose NVP. *J.Infect.Dis.* 192, 30-36.
- Eshleman, S. H., Mracna, M., Guay, L. A., Deseyve, M., Cunningham, S., Mirochnick, M., Musoke, P., Fleming, T., Glenn, F. M., Mofenson, L. M., Mmiro, F., and Jackson, J. B. (2001). Selection and fading of resistance mutations in women and infants receiving nevirapine to prevent HIV-1 vertical transmission (HIVNET 012). *AIDS* 15, 1951-1957.

- Fischer, A., Lejczak, C., Lambert, C., Servais, J., Makombe, N., Rusine, J., Staub, T., Hemmer, R., Schneider, F., Schmit, J. C., and Arendt, V. (2004). Simple DNA extraction method for dried blood spots and comparison of two PCR assays for diagnosis of vertical human immunodeficiency virus type 1 transmission in Rwanda. *J.Clin.Microbiol.* 42, 16-20.
- Flys, T., Nissley, D. V., Claasen, C. W., Jones, D., Shi, C., Guay, L. A., Musoke, P., Mmiro, F., Strathern, J. N., Jackson, J. B., Eshleman, J. R., and Eshleman, S. H. (2005). Sensitive drug-resistance assays reveal long-term persistence of HIV-1 variants with the K103N nevirapine (NVP) resistance mutation in some women and infants after the administration of single-dose NVP: HIVNET 012. *J.Infect.Dis.* 192, 24-29.
- Johnson, J. A., Li, J. F., Morris, L., Martinson, N., Gray, G., McIntyre, J., and Heneine, W. (2005). Emergence of drug-resistant HIV-1 after intrapartum administration of single-dose nevirapine is substantially underestimated. *J.Infect.Dis.* 192, 16-23.
- Jourdain, G., Ngo-Giang-Huong, N., Le Coeur, S., Bowonwatanuwong, C., Kantipong, P., Leechanachai, P., Ariyadej, S., Leenasirimakul, P., Hammer, S., and Lallemand, M. (2004). Intrapartum exposure to nevirapine and subsequent maternal responses to nevirapine-based antiretroviral therapy. *N.Engl.J.Med.* 351, 229-240.
- Lallemant, M., Jourdain, G., Le Coeur, S., Mary, J. Y., Ngo-Giang-Huong, N., Koetsawang, S., Kanshana, S., McIntosh, K., and Thaineua, V. (2004). Single-dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. *N.Engl.J.Med.* 351, 217-228.
- Luzuriaga, K., Newell, M-L., Dabis, F., Excler, J-F., Sullivan, J. L. (2006). Vaccines to prevent transmission of HIV-1 via breastmilk: scientific and logistical priorities. *Lancet.* 368, 511-521.
- Murray, M. C., Embree, J. E., Ramdahn, S. G., Anzala, A. O., Njenga, S., and Plummer, F. A. (2000). Effect of human immunodeficiency virus (HIV) type 1 viral genotype on mother-to-child transmission of HIV-1. *J.Infect.Dis.* 181, 746-749.
- Musoke, P., Guay, L. A., Bagenda, D., Mirochnick, M., Nakabiito, C., Fleming, T., Elliott, T., Horton, S., Dransfield, K., Pav, J. W., Murarka, A., Allen, M., Fowler, M. G., Mofenson, L., Hom, D., Mmiro, F., and Jackson, J. B. (1999). A phase I/II study of the safety and pharmacokinetics of nevirapine in HIV-1-infected pregnant Ugandan women and their neonates (HIVNET 006). *AIDS* 13, 479-486.
- Nesheim, S., Palumbo, P., Sullivan, K., Lee, F., Vink, P., Abrams, E., and Bulterys, M. (2003). Quantitative RNA testing for diagnosis of HIV-infected infants. *J.Acquir.Immune.Defic.Syndr.* 32, 192-195.
- Rouet, F., Ekouevi, D. K., Chaix, M. L., Burgard, M., Inwoley, A., Tony, T. D., Danel, C., Anglaret, X., Leroy, V., Msellati, P., Dabis, F., and Rouzioux, C. (2005). Transfer and evaluation of an automated, low-cost real-time reverse transcription-PCR test for diagnosis and monitoring of human immunodeficiency virus type 1 infection in a West African resource-limited setting. *J.Clin.Microbiol.* 43, 2709-2717.
- Sherman, G. G., Cooper, P. A., Coovadia, A. H., Puren, A. J., Jones, S. A., Mokachane, M., and Bolton, K. D. (2005a). Polymerase chain reaction for diagnosis of human immunodeficiency virus infection in infancy in low resource settings. *Pediatr.Infect.Dis.J.* 24, 993-997.
- Sherman, G. G., Stevens, G., Jones, S. A., Horsfield, P., and Stevens, W. S. (2005b). Dried blood spots improve access to HIV diagnosis and care for infants in low-resource settings. *J.Acquir.Immune.Defic.Syndr.* 38, 615-617.
- Tapia, N., Franco, S., Puig-Basagoiti, F., Menendez, C., Alonso, P. L., Mshinda, H., Clotet, B., Saiz, J. C., and Martinez, M. A. (2003). Influence of human immunodeficiency virus type 1 subtype on mother-to-child transmission. *J.Gen.Virol.* 84, 607-613.

- Thior, I., Lockman, S., Smeaton, L. M., Shapiro, R. L., Wester, C., Heymann, S. J., Gilbert, P. B., Stevens, L., Peter, T., Kim, S., van Widenfelt, E., Moffat, C., Ndase, P., Arimi, P., Kebaabetswe P., Mazonde, P., Makhema, J., McIntosh, K., Novitsky, V., Lee, T-H., Marlink, R., Lagakos, S., Essex, M. and the Mashi Study Team. (2006). Breastfeeding plus infant zidovudine prophylaxis for 6 months vs formula feeding plus infant zidovudine for 1 month to reduce mother-to-child HIV transmission in Botswana, a randomized trial: the Mashi Study. *JAMA*. 296 (7), 794-805.
- UNAIDS. (2006) Report on the global AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 7-51.
- United Nations. (2001) UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS, June 2001. www.un.org/ga/aids/coverage/index.html
- Uttayamakul, S., Likansakul, S., Sunthornkachit, R., Kuntiranont, K., Louisirotnachakul, S., Chaovavanich, A., Thiamchai, V., Tanprasertsuk, S., and Sutthent, R. (2005). Usage of dried blood spots for molecular diagnosis and monitoring HIV-1 infection. *J. Virol. Methods* 128, 128-134.
- WHO. (2005). Antiretroviral treatment of HIV infection in infants and children in resource-limited settings, towards universal access: recommendations for a public health approach (2005 revision). World Health Organization, 1-88.
- Yang, C., Li, M., Newman, R. D., Shi, Y. P., Ayisi, J., van Eijk, A. M., Otieno, J., Misore, A. O., Steketee, R. W., Nahlen, B. L., and Lal, R. B. (2003). Genetic diversity of HIV-1 in western Kenya: subtype-specific differences in mother-to-child transmission. *AIDS* 17, 1667-1674.

EVOLUÇÃO MOLECULAR DO GENE ENV DO HIV-2 E COLAPSO DO SISTEMA IMUNITÁRIO EM DOENTES INFECTADOS POR VIA VERTICAL

Rocha C ¹, Barroso H ^{1,2}, Bártole I ^{1,2}, Marcelino J ³, Rosado L ⁴, Taveira N ^{1,2}

1. Introdução

O HIV-2, um dos agentes etiológicos da SIDA, é responsável por epidemias localizadas em alguns países da África Ocidental, nomeadamente na Guiné-Bissau, Senegal, Gambia, Burkina Faso, Ghana, Costa do Marfim, Nigéria e Cabo Verde. A nível mundial estima-se que cerca de 420000 indivíduos estejam infectados com HIV-2. A prevalência de infecções pelo HIV-2 é relativamente elevada em Portugal (cerca de 3% dos casos de SIDA), devido às ligações históricas e socio-económicas com a Guiné-Bissau e Cabo Verde, mas é muito reduzida na maior parte dos outros países com casos conhecidos de infecção pelo HIV-2. Incluem-se aqui França, Holanda, Alemanha, Suécia, Espanha e Índia (Peeters *et al*, 2003; van der Loeff & Aaby, 1999).

O HIV-2 exibe uma elevada diversidade genética, superior inclusive à do HIV-1. Esta diversidade traduz-se na existência de oito grupos filogenéticos, classificados de A a H, sendo o grupo A o mais prevalente em todo o mundo (Damond *et al*, 2004; van der Loeff & Aaby, 1999). O HIV-2 transmite-se essencialmente por via heterossexual. Contudo, a taxa de transmissão do HIV-2 por esta via é cerca de 5 a 9 vezes inferior à do HIV-1 (O'Donovan *et al*, 2000; Reeves & Doms, 2002). Da mesma forma, a taxa de transmissão vertical do HIV-2 é cerca de 10 a 20 vezes inferior à do HIV-1. As manifestações clínicas da infecção pelo HIV-2 são semelhantes às da infecção pelo HIV-1, mas o HIV-2 é geralmente menos patogénico (Berry *et al*, 2002; Brun-Vezinet *et al*, 1987; Clavel *et al*, 1987; O'Donovan *et al*, 2000; Reeves & Doms, 2002). As razões para a reduzida taxa de transmissão e menor patogenicidade do HIV-2 ainda não são conhecidas, mas parecem dever-se a características particulares do próprio vírus e à sua relação com o hospedeiro. Por exemplo, a fraca capacidade replicativa do HIV-2 *in vivo*, leva a que nunca se atinjam cargas virais plasmáticas elevadas durante a infecção, o que compromete a transmissão do vírus e a progressão da infecção (Berry *et al*, 2002; Blaak *et al*, 2006; O'Donovan *et al*, 2000). Por outro lado, durante a fase crónica da infecção HIV-2, existe uma forte resposta humoral

¹ Unidade dos Retrovírus e Infecções Associadas, Centro de Patogénese Molecular, Faculdade de Farmácia de Lisboa, Portugal.

² Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

³ UTPAM, Departamento de Biotecnologia, Instituto Nacional de Engenharia Tecnologia e Inovação, Lisboa.

⁴ Unidade de Imunohematologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

neutralizante por parte do hospedeiro, o que poderá controlar a carga viral plasmática e, consequentemente, limitar a transmissão do vírus e progressão da doença (Anderson *et al*, 2004; Berry *et al*, 2002; Lizeng *et al*, 2004; Popper *et al*, 1999).

A evolução molecular do HIV *in vivo* reflecte a sua dinâmica replicativa e a natureza da sua interacção com o sistema imunitário. Não admira por isso que não haja concordância absoluta sobre o perfil e a natureza da evolução do HIV-1 ao longo da infecção (evolução intra-hospedeiro). Alguns estudos sugerem que a diminuição da diversidade viral ao longo da infecção está relacionada com uma diminuição do número de células CD4+/ml e com uma progressão rápida para a doença (Ganeshan *et al*, 1997; Lukashov *et al*, 1995; Shankarappa *et al*, 1999; Wolinsky *et al*, 1996). Em conformidade, os vírus detectados em doentes que progridem lentamente para SIDA (progressores lentos) exibem uma maior diversidade e divergência (em relação ao vírus inicial) genéticas quando comparados com as populações virais de progressores rápidos (Bagnarelli *et al*, 1999; Halapi *et al*, 1997; Zhang *et al*, 2006). Em contraste, outros estudos sugerem que a diversidade e divergência genéticas aumentam ao longo da infecção, e que divergências genéticas elevadas estão correlacionadas com a diminuição do número de células CD4+/ml, com o aumento da replicação viral e com progressão rápida para SIDA (Castiglione *et al*, 2004; Joos *et al*, 2005; Markham *et al*, 1998; McNearney *et al*, 1992; Strunnikova *et al*, 1995; Sullivan *et al*, 2005; Troyer *et al*, 2005). Em relação à infecção pelo HIV-2, um estudo longitudinal sugere que a progressão mais rápida para SIDA está associada a uma maior diversidade genética da região V3 do *env* (Sankalé *et al*, 1995). Por outro lado, num estudo mais recente de natureza transversal detectou-se uma associação directa entre número de anos de infecção e diversidade genética do HIV-2, de tal modo que os vírus dos doentes infectados há maior número de anos exibiam maior diversidade genética no *env* (região C2V3C3) do que os vírus de doentes infectados recentemente (Barroso & Taveira, 2005).

O gene *env* do HIV-1 evolui, em geral, por selecção natural (Choisy *et al*, 2004; Mikhail *et al*, 2005; Nielsen & Yang, 1998; Wolinsky *et al*, 1996; Yang *et al*, 2003). Isto significa que a maioria das substituições que ocorrem ao longo do tempo no *env* são não sinónimas, ou seja, dão origem a aminoácidos diferentes. Estas mutações estão em geral concentradas nos epitopos neutralizantes e nos locais de glicosilação, que se encontram sobre elevada pressão selectiva imposta pelos anticorpos neutralizantes (Choisy *et al*, 2004; Lemey *et al*, 2006; Mikhail *et al*, 2005; Yamaguchi & Gojobori, 1997; Zhang *et al*, 2006). O aumento do número de aminoácidos nas regiões V1 e V2 da glicoproteína de superfície foi associado a progressão mais lenta para doença, na infecção pelo HIV-1 e pelo HIV-2 (Masciotra *et al*, 2002; Shi *et al*, 2005). Pelo contrário, a compactação da região V1-V4 na gp120 do HIV-1 foi associada a maior sensibilidade viral à neutralização (Botarelli *et al*, 1991; Derdeyn *et al*, 2004; Isaka *et al*, 1999; Pollakis *et al*, 2001; Polzer *et al*, 2002).

A dinâmica populacional e a natureza da evolução do HIV-2 durante a infecção aguda e crónica são praticamente desconhecidas. Este estudo teve por objectivo caracterizar a natureza da evolução molecular do gene *env* do HIV-2 em duas crianças infectadas por via vertical em que ocorreu progressão rápida da doença. O interesse deste estudo prendeu-se com o facto destes doentes constituírem um modelo de evolução rápida da infecção pelo HIV-2, quando habitualmente os doentes infectados por este vírus progridem lentamente para SIDA. Adicionalmente, nestes doentes sabe-se exactamente a data de transmissão o que permitiu investigar, pela primeira vez, a evolução molecular do *env* desde o início da infecção.

2. Material e Métodos

Foram colhidas amostras de sangue de duas crianças infectadas por via vertical, a cada dois anos, ao longo de uma média de sete anos de infecção. A criança SC foi infectada em 1993 e faleceu em 2001 (Tabela 1). A criança CT foi infectada em 1998 e a sua situação clínica e imunológica tem vindo a agravar-se.

A partir de cada amostra, o gene *env* foi amplificado por PCR e clonado. Foram sequenciados oito clones de cada amostra. A análise filogenética foi realizada no programa Treefinder pelo método de máxima verosimilhança utilizando o modelo GTR de substituição nucleotídica com distribuição gama. Calculou-se a distância nucleotídica entre as populações virais recorrendo ao modelo de evolução de Kimura a dois parâmetros com o programa MEGA. A frequência média de substituições sinónimas (dS) e não sinónimas (dN) foi determinada pelo método de Nei-Gojobori modificado segundo o modelo de evolução de Jukes-Cantor. Analisou-se a similaridade entre as sequências dos vírus fundadores e os vírus dos anos subsequentes com o programa Simplot. Os codões sujeitos a pressão positiva durante a infecção foram identificados com o modelo de evolução GTR no programa HyPhy. Identificaram-se os locais de glicosilação (NXT/S) das proteínas Env com o programa N-Glycosite.

Tabela 1 – Dados clínicos e imunológicos dos doentes CT e SC.

Doente e ano da amostra	Idade (meses)	Carga viral (cópias ARN/ml plasma)	Nº células CD4/ μ l	Estado Clínico
				(Classificação CDC- Pediátrico)
CT98	0	<200	5342	N
CT00	24	1355	2919	A1
CT03	66	20968	209	B2
SC93	1	<200	1670	C1
SC01	96	1250	44	C3 (morte)

3. Resultados e Discussão

A análise filogenética das sequências dos vírus dos doentes SC e CT revelou que estes eram do grupo A e que as sequências dos vírus de cada doente formavam subgrupos monofiléticos correspondentes a cada ano de infecção (Figura 1). A análise filogenética e a análise das distâncias evolutivas revelaram ainda que as populações virais dos primeiros anos de infecção (1993 e 1998) eram geneticamente homogêneas nos dois doentes (Figuras 1 e 2).

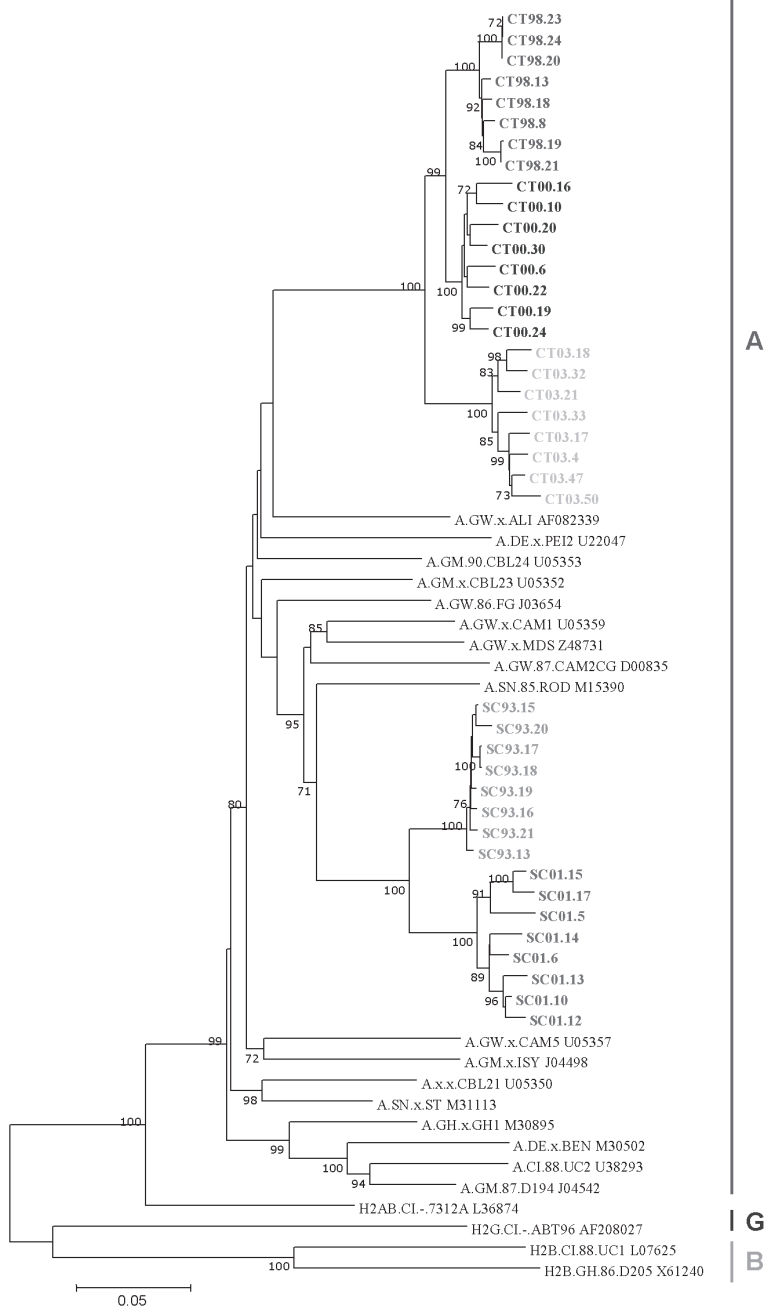


Figura 1 – Árvore filogenética, obtida com sequências de referência do *env* de diferentes grupos de HIV-2, juntamente com as sequências obtidas neste estudo (CT98, CT00, CT03, SC93 e SC01). Os valores apresentados em cada nodo representam o *bootstrap* que suporta cada um dos ramos internos que determinam um subtipo. A escala representa a distância evolutiva (número de substituições por site).

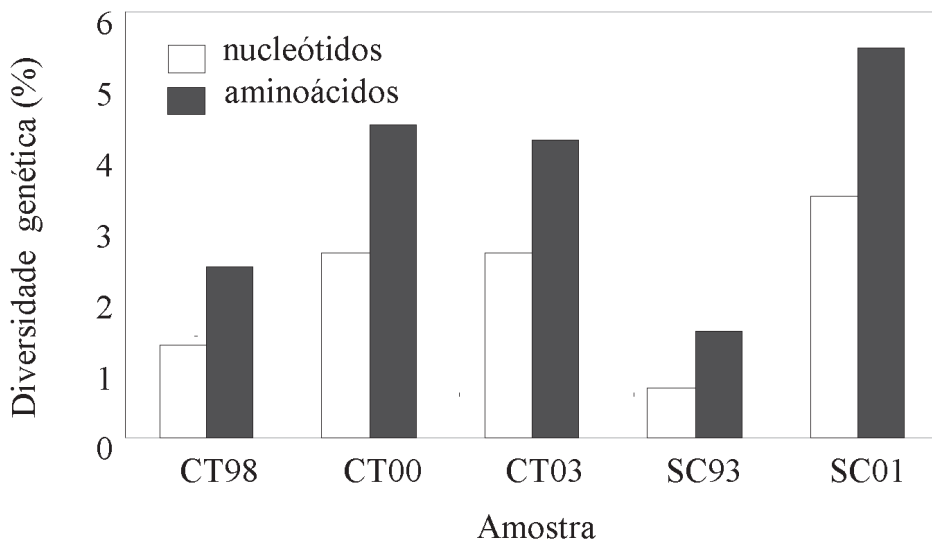


Figura 2 – Diversidade genética do *env* dos vírus dos doentes CT e SC.

Estes resultados sugerem que em ambos os casos houve transmissão selectiva de um variante viral particular das mães para os filhos.

Tal como na infecção por HIV-1, a diversidade populacional e a divergência genética entre as populações virais que estabeleceram as infecções e as encontradas nos anos subsequentes aumentaram substancialmente ao longo do tempo (Figura 2 e 3) (Castiglione *et al*, 2004; Joos *et al*, 2005; Troyer *et al*, 2005). Estes aumentos ocorreram paralelamente a um agravamento das situações clínica e imunológica em ambos os casos (Tabela 1).

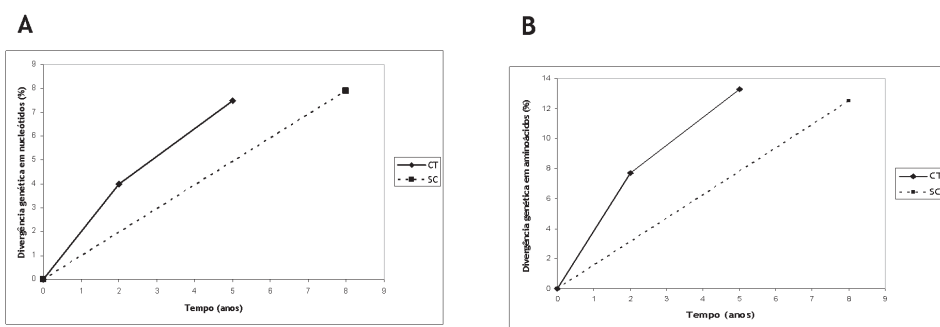


Figura 3 – Evolução da divergência genética média do gene *env* dos vírus dos doentes CT (linha) e SC (tracejado) em nucleótidos (A) e aminoácidos (B), em função do número de anos de infecção.

A taxa de substituição nucleotídica no gene *env* dos isolados virais das duas crianças foi cerca de 1%, valor semelhante ao descrito para HIV-1 e SIV em infecções agudas e progressivas (Bernardin *et al*, 2005; Blay *et al*, 2006; Shankarappa *et al*, 1999) e o dobro do valor descrito para infecções crônicas por HIV-2 e por HIV-1 (infecções em progressores lentos) (Lemey *et al*, 2006b). Estes resultados indicam que o HIV-2 evolui com a mesma rapidez que o HIV-1 durante as fases iniciais da infecção. Contudo, a maior parte das substituições nucleotídicas observadas nestes doentes HIV-2 foram de natureza sinónima (razão dN/dS <1), ou seja, não conduziram a alterações na sequência de aminoácidos da proteína Env (Tabelas 2 e 3). Estes resultados demonstram que, na globalidade, a evolução do *env* do HIV-2 é neutra ou negativa, e sugerem que há constrangimentos funcionais importantes que limitam a evolução molecular da proteína Env do HIV-2 durante a infecção (Barroso & Taveira, 2005; Choisy *et al*, 2004; Wolinsky *et al*, 1996).

Tabela 2 – Frequência média de substituições sinónimas (dS) e não sinónimas (dN) e da sua razão ω (dN/dS) entre amostras colhidas em cada ano

Amostra	dN	dS	ω
CT98	0,011	0,016	0,7
CT00	0,022	0,027	0,8
CT03	0,022	0,036	0,6
SC93	0,007	0,007	1,0
SC01	0,028	0,046	0,6

Tabela 3 – Frequência média de substituições sinónimas (dS) e não sinónimas (dN) e da sua razão ω (dN/dS) entre amostras colhidas em anos sucessivos.

Amostra	dN	dS	ω
CT98 – CT00	0,040	0,046	0,9
CT98 – CT03	0,075	0,079	1,0
SC93 – SC01	0,069	0,085	0,8

A análise por regiões do *env* demonstrou que as regiões variáveis V1 e V2 da gp125 são as que apresentaram maior variabilidade genética, maior variação no número de aminoácidos ao longo da infecção e na localização e número de locais de glicosilação (Figura 4). Estas regiões também possuem maior número de códons sujeitos a pressão selectiva em ambos os doentes (Figuras 5 e 6). Na glicoproteína transmembranar gp36, a região mais variável e com maior número de códons sujeitos a pressão selectiva localiza-se entre os aminoácidos 608 e 668 e engloba o domínio HR2 (Figuras 4, 5 e 6).

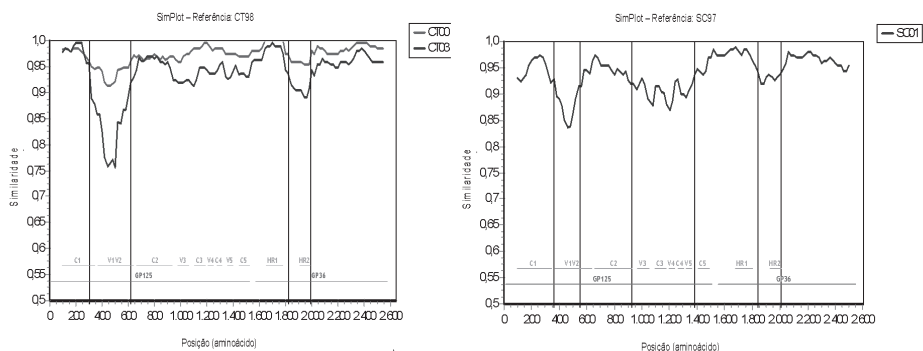


Figura 4 – Análise da similaridade genética entre o vírus fundador e os vírus dos anos subsequentes dos doentes CT (A) e SC (B).

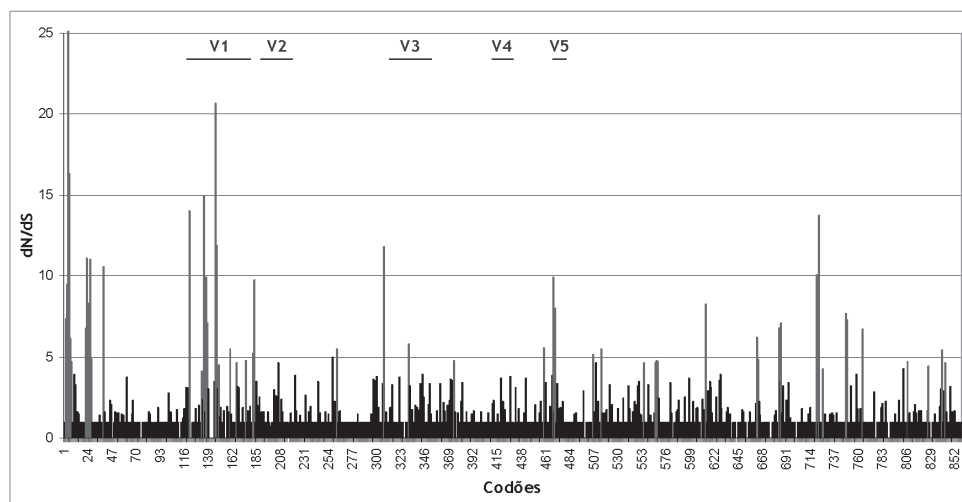


Figura 5 – Análise longitudinal dos códons sobre pressão positiva no gene *env* dos vírus do doente CT. As regiões variáveis encontram-se assinaladas a azul. Os códons sobre pressão positiva com significado estatístico encontram-se assinalados a vermelho (distribuição binomial com $P < 0,05$).

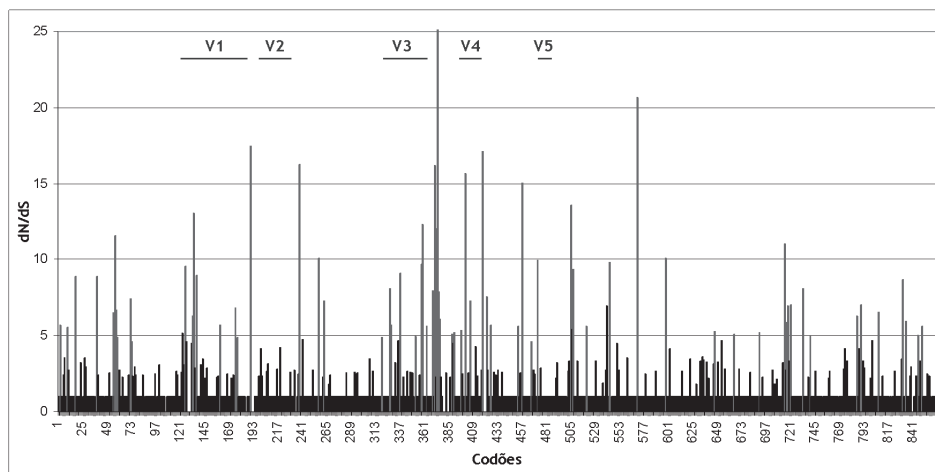


Figura 6 – Análise longitudinal da locais sobre pressão positiva no gene *env* dos vírus do doente SC. As regiões variáveis encontram-se assinaladas a azul. Os codões sobre pressão positiva com significado estatístico encontram-se assinalados a vermelho (distribuição binomial com $P < 0,05$).

Estes resultados sugerem que no HIV-2, à semelhança do HIV-1, as regiões V1, V2 e HR2 possuem epitopos neutralizantes, e que a evolução molecular destas regiões é função da selecção natural exercida pelos anticorpos neutralizantes (Choisy *et al*, 2004; Gorny & Zolla-Pazner, 2003; Masciotra *et al*, 2002; Shi *et al*, 2005).

Concomitante com o aumento da replicação viral, diminuição do número de linfócitos CD4+ e progressão clínica da infecção, nos dois doentes ocorreu um aumento do número relativo de mutações sinónimas e uma diminuição progressiva do número de codões sujeitos a pressão selectiva (Tabelas 2 e 3 e Figuras 5 e 6). Estes resultados sugerem que a pressão selectiva imposta pelos anticorpos neutralizantes diminui progressivamente ao longo da infecção.

4. Conclusões

Tal como na infecção vertical por HIV-1, a infecção vertical por HIV-2 leva a um rápida progressão clínica, imunológica e virológica. Ao longo da infecção observa-se um aumento progressivo da complexidade genética das populações virais. Contudo, em contraste com o HIV-1, a evolução molecular do invólucro do HIV-2 é relativamente limitada, o que poderá reflectir constrangimentos funcionais e estruturais desconhecidos no Env do HIV-1. A identificação e caracterização destes constrangimentos evolutivos poderão ter impacto no desenho de vacinas e de fármacos inibidores de entrada que actuem eficazmente no HIV-1 e HIV-2.

Os nossos resultados sugerem que a quantificação do número de codões sujeitos a selecção positiva no Env pode constituir um bom parâmetro de monitorização da progressão da infecção HIV-2. É importante continuar a analisar a utilidade deste parâmetro biológico como marcador da infecção HIV-2 uma vez que há muito poucos marcadores laboratoriais disponíveis para monitorizar a infecção por HIV-2.

A grande variabilidade e rápida evolução molecular das regiões V1,V2 e HR2 durante a infecção pelo HIV-2 sugerem que estas regiões escapam com facilidade à acção dos anticorpos neutralizantes. Consequentemente, para o desenho de vacinas anti-HIV-2 deverá optar-se por outras regiões do Env que sejam imunogénicas e exibam menor variabilidade ao longo da infecção. Neste contexto, as regiões C2-V3-C3 poderão ser promissoras (Marcelino e tal., 2006).

Agradecimentos

Este trabalho foi financiado pelo projecto POCTI/ESP/48045/2002 da Fundação para a Ciência e Tecnologia e pela Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA através de uma bolsa de investigação da GlaxoSmithKline atribuída a Cheila Rocha.

Bibliografia

- Anderson, D. E., Llenado, R. A. and Torres, J. V. 2004. Humoral immunity and the evolution of HIV-2. *Viral Immunol.* 17: 436-439.
- Bagnarelli, P., Mazzola, F., Menzo, S., Montroni, M., Butini, L. and Clementi, M. 1999. Host-specific modulation of the selective constraints driving human immunodeficiency virus type 1 env gene evolution. *J Virol.* 73: 3764-3777.
- Barroso, H. And Taveira, N. 2005. Evidence for negative selective pressure in HIV-2 evolution in vivo. *Infect Genet Evol.* 5: 239-246.
- Bernardin, F., Kong, D., Peddada, L., Baxter-Lowe, L. A. and Delwart, E. 2005. Human immunodeficiency virus mutations during the first month of infection are preferentially found in known cytotoxic T-lymphocyte epitopes. *J Virol.* 79: 11523-11528.
- Berry, N., Jaffar, S., Schim van der Loeff, M., Ariyoshi, K., Harding, E., N'Gom, P. T., Dias, F., Wilkins, A., Ricard, D., Aaby, P., Tedder, R. and Whittle, H. 2002. Low level viremia and high CD4% predict normal survival in a cohort of HIV type-2-infected villagers. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 18: 1167-1173.
- Blaak, H., van der Ende, M. E., Boers, P. H., Schuitemaker, H. and Osterhaus, A. D. 2006. In vitro replication capacity of HIV-2 variants from long-term aviremic individuals. *Virology.* 353: 144-154.
- Blay, W. M., Gnanakaran, S., Foley, B., Doria-Rose, N. A., Korber, B. T. and Haigwood, N. L. 2006. Consistent patterns of change during the divergence of human immunodeficiency virus type 1 envelope from that of the inoculated virus in simian/human immunodeficiency virus-infected macaques. *J Virol.* 80: 999-1014.
- Botarelli, P., Houlden, B. A., Haigwood, N. L., Servis, C., Montagna, D. and Abrignani, S. 1991. N-glycosylation of HIV-gp120 may constrain recognition by T lymphocytes. *J Immunol.* 147: 3128-3132.
- Brun-Vezinet, F., Rey, M. A., Katlama, C., Girard, P.M., Roulot, D., Yeni, P., Lenoble, L., Clavel, F., Alizon, M., Gadelles, S. et al. 1987. Lymphadenopathy-associated virus type 2 in AIDS and AIDS-related complex. Clinical and virological features in four patients. *Lancet.* 1: 128-132.
- Castiglione, F., Poccia, F., D'Offizi, G. and Bernaschi, M. 2004. Mutation, fitness, viral diversity, and predictive markers of disease progression in a computational model of HIV type 1 infection. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 20: 1314-1323.
- Choisy, M., Woelk, C. H., Guegan, J. F. and Robertson, D. L. 2004. Comparative study of adaptive molecular evolution in different human immunodeficiency virus groups and subtypes. *J Virol.* 78: 1962-1970.

- Clavel, F., Mansinho, K., Chamaret, S., Guetard, D., Favier, V., Nina, J., Santos-Ferreira, M. O., Champalimaud, J. L. and Montagnier, L. 1987. Human immunodeficiency virus type 2 infection associated with AIDS in West Africa. *N Engl J Med.* 316: 1180-1185.
- Damond, F., Worobey, M., Campa, P., Farfara, I., Colin, G., Matheron, S., Brun-Vezinet, F., Robertson, D. L. and Simon, F. 2004. Identification of a highly divergent HIV type 2 and proposal for a change in HIV type 2 classification. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 20: 666-672.
- Derdeyn, C. A., Decker, J. M., Bibollet-Ruche, F., Mokili, J. L., Muldoon, M., Denham, S. A., Heil, M. L., Kasolo, F., Musonda, R., Hahn, B. H., Shaw, G. M., Korber, B. T., Allen, S. and Hunter, E. 2004. Envelope-constrained neutralization-sensitive HIV-1 after heterosexual transmission. *Science.* 303: 2019-2022.
- Ganeshan, S., Dickover, R. E., Korber, B. T., Bryson, Y. J. and Wolinsky, S. M. 1997. Human immunodeficiency virus type 1 genetic evolution in children with different rates of development of disease. *J Virol.* 71: 663-677.
- Gornya, M. K. and Zolla-Pazner, S. 2003. Human Monoclonal Antibodies that Neutralize HIV-1. *HIV Immunology and HIV/SIV Vaccine Databases.* 37-51.
- Halapi, E., Leitner, T., Jansson, M., Scarlatti, G., Orlandi, P., Plebani, A., Romiti, L., Albert, J., Wigzell, H. and Rossi, P. 1997. Correlation between HIV sequence evolution, specific immune response and clinical outcome in vertically infected infants. *AIDS.* 11: 1709-1717.
- Isaka, Y., Sato, A., Miki, S., Kawauchi, S., Sakaida, H., Hori, T., Uchiyama, T., Adachi, A., Hayami, M., Fujiwara, T. and Yoshie, O. 1999. Small amino acid changes in the V3 loop of human immunodeficiency virus type 2 determines the coreceptor usage for CXCR4 and CCR5. *Virology.* 264: 237-243.
- Joos, B., Trkola, A., Fischer, M., Kuster, H., Rusert, P., Leemann, C., Boni, J., Oxenius, A., Price, D. A., Phillips, R. E., Wong, J. K., Hirschel, B., Weber, R. and Gunthard, H. F. 2005. Low human immunodeficiency virus envelope diversity correlates with low in vitro replication capacity and predicts spontaneous control of plasma viremia after treatment interruptions. *J Virol.* 79: 9026-9037.
- Lemey, P., Rambaut, A. and Pybus, O. G. 2006. HIV evolutionary dynamics within and among hosts. *AIDS Reviews* 8: 125-140.
- Lemey, P., Pond, S. K., Drummond, A. J., Pybus, O. G., Shapiro, B., Barroso, H., Taveira, N. and Rambaut, A. 2006b. Synonymous substitution rates predict HIV disease progression as a result of underlying replication dynamics. *PLoS Computational Biology* (in press).
- Lizeng, Q., Nilsson, C., Sourial, S., Andersson, S., Larsen, O., Aaby, P., Ehnlund, M. and Björling, E. 2004. Potent neutralizing serum immunoglobulin A (IgA) in human immunodeficiency virus type 2-exposed IgG-seronegative individuals. *J Virol.* 78: 7016-7022.
- Lukashov, V. V., Kuiken, C. L. and Goudsmit, J. 1995. Intrahost human immunodeficiency virus type 1 evolution is related to length of the immunocompetent period. *J Virol.* 69: 6911-6916.
- Marcelino J.M., Barroso H., Gonçalves F., Silva S. M., Novo C., Gomes P, Camacho R. and Taveira N. 2006. Use of a new dual antigen enzyme-linked immunosorbent assay to detect and characterize the human antibody response to the human immunodeficiency virus type 2 envelope gp125 and gp36 glycoproteins. *J. Clin. Microbiol.* 44: 607-611.
- Markham, R. B., Wang, W. C., Weisstein, A. E., Wang, Z., Munoz, A., Templeton, A., Margolick, J., Vlahov, D., Quinn, T., Farzadegan, H. and Yu, X. F. 1998. Patterns of HIV-1 evolution in individuals with differing rates of CD4 T cell decline. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 95: 12568-12573.
- Masciotra, S., Owen, S. M., Rudolph, D., Yang, C., Wang, B., Saksena, N., Spira, T., Dhawan, S. and Lal, R. B. 2002. Temporal relationship between V1V2 variation, macrophage replication, and

- coreceptor adaptation during HIV-1 disease progression. *AIDS*. 16: 1887-1898.
- McNearney, T., Hornickova, Z., Markham, R., Birdwell, A., Arens, M., Saah, A. and Ratner, L. 1992. Relationship of human immunodeficiency virus type 1 sequence heterogeneity to stage of disease. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 89: 10247-10251.
- Mikhail, M., Wang, B., Lemey, P., Beckthold, B., Vandamme, A. M., Gill, M. J. and Saksena, N. K. 2005. Role of viral evolutionary rate in HIV-1 disease progression in a linked cohort. *Retrovirology*. 2: 41.
- Nielsen, R. and Yang, Z. 1998. Likelihood models for detecting positively selected amino acid sites and applications to the HIV-1 envelope gene. *Genetics*. 148: 929-936.
- O'Donovan, D., Ariyoshi, K., Milligan, P., Ota, M., Yamuah, L., Sarge-Njie, R. and Whittle, H. 2000. Maternal plasma viral RNA levels determine marked differences in mother-to-child transmission rates of HIV-1 and HIV-2 in The Gambia. *AIDS*. 14: 441-448.
- Peeters, M., Toure-Kane, C. and Nkengasong, J. N. 2003. Genetic diversity of HIV in Africa: impact on diagnosis, treatment, vaccine development and trials. *AIDS*. 17: 2547-2560.
- Pollakis, G., Kang, S., Kliphuis, A., Chalaby, M. I., Goudsmit, J. and Paxton, W. A. 2001. N-linked glycosylation of the HIV type-1 gp120 envelope glycoprotein as a major determinant of CCR5 and CXCR4 coreceptor utilization. *J Biol Chem*. 276: 13433-13441.
- Polzer, S., Dittmar, M. T., Schmitz, H. and Schreiber, M. 2002. The N-linked glycan g15 within the V3 loop of the HIV-1 external glycoprotein gp120 affects coreceptor usage, cellular tropism, and neutralization. *Virology*. 304: 70-80.
- Popper, S. J., Sarr, A. D., Travers, K. U., Gueye-Ndiaye, A., Mboup, S., Essex, M. E. and Kanki, P. J. 1999. Lower human immunodeficiency virus (HIV) type 2 viral load reflects the difference in pathogenicity of HIV-1 and HIV-2. *J Infect Dis*. 180: 1116-1121.
- Reeves, J. D. and Doms, R. W. 2002. Human immunodeficiency virus type 2. *J Gen Virol*. 83:1253-1265.
- Sankalé, J. L., de la Tour, R. S., Renjifo, B., Siby, T., Mboup, S., Marlink, R. G., Essex, M. E. and Kanki, P. J. 1995. Intrapatient variability of the human immunodeficiency virus type 2 envelope V3 loop. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 11: 617-623.
- Schim van der Loeff, M. F. and Aaby, P. 1999. Towards a better understanding of the epidemiology of HIV-2. *AIDS*. 13 Suppl A: S69-84.
- Shankarappa, R., Margolick, J. B., Gange, S. J., Rodrigo, A. G., Upchurch, D., Farzadegan, H., Gupta, P., Rinaldo, C. R., Learn, G. H., He, X., Huang, X. L. and Mullins, J. I. 1999. Consistent viral evolutionary changes associated with the progression of human immunodeficiency virus type 1 infection. *J Virol*. 73: 10489-10502.
- Shi, Y., Brandin, E., Vincic, E., Jansson, M., Blaxhult, A., Gyllensten, K., Moberg, L., Brostrom, C., Fenyo, E. M. and Albert, J. 2005. Evolution of human immunodeficiency virus type 2 coreceptor usage, autologous neutralization, envelope sequence and glycosylation. *J Gen Virol*. 86: 3385-3396.
- Strunnikova, N., Ray, S. C., Livingston, R. A., Rubalcaba, E. and Viscidi, R. P. 1995. Convergent evolution within the V3 loop domain of human immunodeficiency virus type 1 in association with disease progression. *J Virol*. 69: 7548-7558.
- Sullivan, S. T., Mandava, U., Evans-Strickfaden, T., Lennox, J. L., Ellerbrock, T. V. and Hart, C. E. 2005. Diversity, divergence, and evolution of cell-free human immunodeficiency virus type 1 in vaginal secretions and blood of chronically infected women: associations with immune status. *J Virol*. 79: 9799-9809.
- Troyer, R. M., Collins, K. R., Abraha, A., Fraundorf, E., Moore, D. M., Krizan, R. W., Toossi, Z., Colebunders, R. L., Jensen, M. A., Mullins, J. I., Vanham, G. and Arts, E. J. 2005. Changes

in human immunodeficiency virus type 1 fitness and genetic diversity during disease progression. *J Virol.* 79: 9006-9018.

Wolinsky, S. M., Korber, B. T., Neumann, A. U., Daniels, M., Kunstman, K. J., Whetsell, A. J., Furtado, M. R., Cao, Y., Ho, D. D. and Safritz, J. T. 1996. Adaptive evolution of human immunodeficiency virus-type 1 during the natural course of infection. *Science.* 272: 537-542.

Yang, W., Bielawski, J. P. and Yang, Z. 2003. Widespread adaptive evolution in the human immunodeficiency virus type 1 genome. *J Mol Evol.* 57: 212-221.

Yamaguchi, Y. and Gojobori, T. 1997. Evolutionary mechanisms and population dynamics of the third variable envelope region of HIV within single hosts. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 94: 1264-1269.

Zhang, H., Hoffmann, F., He, J., He, X., Kankasa, C., West, J. T., Mitchell, C. D., Ruprecht, R. M., Orti, G. and Wood, C. 2006. Characterization of HIV-1 subtype C envelope glycoproteins from perinatally infected children with different courses of disease. *Retrovirology.* 3: 73.

Publicações Anteriores:

I HIV/AIDS Virtual Congress

Portugal 2000: À Descoberta de Desafios Partilhados na Luta Contra a SIDA
Dez. 2000

II HIV/AIDS Virtual Congress

Ontem, Hoje e Amanhã
Dez. 2001

III HIV/AIDS Virtual Congress

O HIV no Mundo Lusófono
Jan. 2003

IV HIV/AIDS Virtual Congress

A Mulher e a Infecção pelo HIV/SIDA
Mar. 2004

V HIV/AIDS Virtual Congress

A importância das Co-infecções no VIH/SIDA
Mai. 2005

VI HIV/AIDS Virtual Congress

Prevenção da Sida - Um desafio que não pode ser perdido
Mai. 2006

NOTAS
