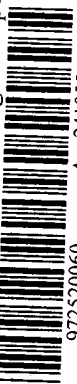


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DO HIV
E DOENTE DE AIDS

N.º Cham. TCC UFSC ENF 0168
Autor: Cunha, Carlos A. d
Título: Assistência de enfermagem ao por

972520060 Ac. 241055
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CARLOS A. DA CUNHA
TONI CARLOS MACIEL

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0168
Ex.1

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
VIIIa. UNIDADE CURRICULAR - INT 1108

FLORIANÓPOLIS
NOVEMBRO - 1990

Este projeto foi considerado ___provado, tendo obtido
conceito ____.

PROF^a. MARIA HELENA WESTRUP

Orientadora/Supervisora

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a nossa orientadora, Maria Helena Westrup, por sua atenção e competência que em muito contribuiu para nossa vida profissional.

Aos funcionários do ambulatório, pela amizade e dedicação.

À Instituição, por nos ter concedido o espaço, viabilizando o desenvolvimento do estágio.

À Nádia, por tudo.

" Dois fatos são comuns nos dias atuais:
A falta de coragem para assumir a res
ponsabilidade pelos erros praticados e
a conseqüente facilidade no encontro de
razões para justificá-los ".

(Nilton Matheus)

SUMÁRIO

	PÁG.
I - INTRODUÇÃO.....	01
1.1 - ASPECTOS GERAIS SOBRE O CAMPO DE ESTÁGIO.....	02
II - REVISÃO DA LITERATURA.....	06
2.1 - CONCEITO DE AIDS.....	07
2.1.1 - O que Causa a AIDS ?	07
2.1.2 - Como se dá a Transmissão do Vírus da AIDS ?	08
2.1.3 - Como a AIDS não se Transmite ?	09
2.1.4 - Quais os Sintomas da AIDS ?	10
2.2 - O AGENTE PATOGÊNICO DA AIDS - O VÍRUS DA AIDS.....	11
2.2.1 - O que é um Vírus ?	11
2.2.2 - O que é um Retrovírus ?	11
2.2.3 - Estrutura do Vírus da AIDS.....	12
2.3 - SISTEMA IMUNITÁRIO - DEFESA DO ORGANISMO.....	12
2.3.1 - O que é Resposta Imunológica ?	13
2.3.2 - Resposta Imunológica Inespecífica.....	14
2.3.3 - Resposta Imunológica Específica.....	14
2.3.4 - Como o Vírus da AIDS Ataca o Sistema Imunitário?	15
2.4 - AIDS - TRANSMISSÃO E DIAGNÓSTICO.....	16
2.4.1 - Como se Propaga o Vírus da AIDS ?	16
2.4.2 - Quais são os Grupos de Risco ? Por que ?	16
2.4.3 - Como Evitar a Transmissão pelo Contato Sexual ?	17
2.4.4 - A Transmissão do Vírus da AIDS pela Transfusão Sanguínea - Como Evitar ?	18
2.5 - DETECÇÃO DE ANTICORPOS CONTRA VÍRUS DA AIDS - <u>TES</u> <u>TES</u> SOROLÓGICOS.....	19
2.5.1 - O que Significa um Teste Sorológico Positivo contra o Vírus da AIDS ?	20
2.5.2 - Os Testes de Imunidade.....	20
2.5.3 - Como Confirmar um Diagnóstico de AIDS ?	21
III - MODELO TEÓRICO.....	22
IV - METODOLOGIA	26

	PÁG.
4.1 - POPULAÇÃO.....	26
4.2 - INSTRUMENTO.....	26
4.3 - ATIVIDADES RELACIONADAS PARA O ALCANCE DO OBJETIVO DO ESTUDO.....	26
V - OBJETIVO GERAL.....	29
VI - CRONOGRAMA.....	30
VII - RESULTADOS.....	35
7.1 - INTRUDUÇÃO.....	36
7.2 - ATIVIDADES REALIZADAS PARA O ALCANCE DO OBJETIVO DO ESTUDO.....	36
7.2.1 - Atividades Preliminares.....	36
7.2.2 - Atividades de Levantamento de Dados Existentes no Ambulatório do Centro de Referência para AIDS.....	37
7.2.3 - Atividades Relacionadas a Clientes que se Submeteram a teste de HIV.....	42
7.2.4 - Atividades Relacionadas com Pacientes Portadores de HIV.....	42
VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
IX - RECOMENDAÇÕES.....	54
X - BIBLIOGRAFIA.....	55
XI - ANEXOS.....	57
Anexo 1: Instrumento para identificação do conhecimento do cliente sobre auto-cuidado na prevenção da AIDS...	
Anexo 2: Metodologia da Visita Domiciliar.....	
Anexo 3: Croqui do Ambulatório do Centro de Ref. p/ AIDS HNR.	
Anexo 4: Croqui da Futura Instalação do Ambulatório do Centro de Ref. p/ AIDS - HNR.....	
Anexo 5: Ficha de cadastramento de clientes Utilizada no Ambulatório do Centro de Ref. p/ AIDS - HNR.....	
Anexo 6: Folha de Evolução do Paciente HIV positivo.....	
Anexo 7: Informações e Instruções sobre AIDS.....	
Anexo 8: Panfletos Educativos.....	

I. INTRODUÇÃO

Este planejamento de estágio é parte integrante do currículo do Curso de Graduação em Enfermagem - VIII Fase - e foi elaborado pelos acadêmicos: Carlos Alberto da Cunha e Toni Carlos Maciel, na área de Saúde Pública, no Ambulatório do Hospital Nereu Ramos.

Tem como objetivo geral prestar assistência de enfermagem ao paciente portador de HIV e doente de AIDS, segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

É de fundamental importância a atuação nesta área, uma vez que a assistência prestada a esta clientela por parte do pessoal da área da saúde é bastante precária, face ao despreparo deste pessoal. Há necessidade da conscientização destes para o assunto, tendo em vista o crescente número de casos e o aumento da demanda de pacientes que buscam os serviços de ambulatório deste e dos demais hospitais para tratamento.

Escolhemos o Ambulatório do Hospital Nereu Ramos, por servir de Centro de Referência para a AIDS definido pelo Ministério da Saúde, para o Estado de Santa Catarina.

Estamos vivendo o início da epidemia de AIDS no Brasil. A AIDS tem sido explorada de diferentes formas e pelos mais diversos segmentos da sociedade. Interesses ideológicos ou não permeiam toda a discussão, colocando o tema em notícia e pessoas em evidência. Brubaker (2). Para o mesmo autor " AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é a doença causada pelo retro-vírus HIV (Vírus Humano linfotrópico célula T, tipo III), caracterizada por progressiva deficiência do sistema imunológico. O principal efeito na AIDS é uma depressão adquirida, persistente, quantitativa, funcional dentro do sub-conjunto T_4 dos linfócitos. Muitas vezes, essa depressão leva a infecções causadas por microrganismos que geralmente não produzem doença em indivíduos com imunidade normal, ou ao desenvolvimento de um tipo raro de

Sarcoma de Kaposi, geralmente visto em pessoas idosas ou em indivíduos que estão seriamente imunocomprometidos por outras causas".

" Para coibir a disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), dela conseqüente, só contamos hoje com recursos preventivos, como a educação da comunidade, que deve receber informações corretas e francas sobre a citada enfermidade, que está mostrando dispersão assustadora e encerra trágica conotação, com morte inexorável". Brubaker (2). Portanto, informar bem, pedir a cooperação dos grandes responsáveis pela transmissão, detectar a necessidade de abandono de comportamentos inadequado quanto ao relacionamento sexual, combater a toxicomania e apoiar a implantação de técnicas destinadas a conceder qualidade ao sangue e seus derivados a serem transfundidos, são atitudes imprescindíveis e essenciais. Em outras palavras, é fundamental educar para viver.

Os resultados das atividades planejadas que foram alcançados no decorrer do estágio são apresentados no item VII.

UMA BREVE HISTÓRIA DA EPIDEMIA

- 1.960 - 1.977 - Disseminação silenciosa do HIV.
- 1.977 - 1.978 - Primeiros casos de AIDS nos Estados Unidos, Haiti e África Central.
- 1.979 - 1.980 - A forma agressiva do Sarcoma de Kaposé e infecções oportunistas são diagnosticadas entre africanos na Europa.
- 1.981 - Primeiros relatos de AIDS entre homossexuais nos Estados Unidos. Aventada hipótese de transmissão sexual.
- 1.982 - Estabelecida a definição de AIDS pelo Center for Diseases Control (EUA). Início do controle oficial dos dados sobre a epidemia nos EUA e na Europa.
 - A AIDS é associada ao uso de drogas injetáveis, transfusões de sangue e transmissão congênita.

- Primeiros casos diagnosticados no Brasil.
- 1.983 - 2.500 casos são diagnosticados nos EUA.
 - 1.983 - 1.984:
Identificado o vírus HIV-1 por pesquisadores americanos e franceses.
- 1.984 - Primeiras publicações mostrando ser comum AIDS entre heterossexuais em certas regiões da África.
 - Testes anti-HIV tornam-se disponíveis no mercado.
- 1.985 - 24.424 casos de AIDS oficialmente registrados no mundo.
 - Primeiros casos identificados no Sudeste Asiático.
 - No Brasil, a proporção de aidéticos é de 36 homens para 1001 mulher.
 - I Internacional Conference on AIDS (Atlanta, EUA).
- 1.986 - Assembléia da OMS recomenda estratégias para controle da AIDS a nível mundial.
 - O vírus HIV-2 é identificado em pacientes infectados na África Ocidental.
 - Demonstração de que o AZT é capaz de melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida de doentes com AIDS.
 - II Internacional Conference on AIDS (Washington, EUA).
- 1.987 - 129 países registram casos de AIDS na OMS. Total: 73.747.
 - Primeiros estudos em humanos visando testar a eficácia de vacinas.
 - III Internacional Conference on AIDS (Paris, França).
- 1.988 - Em Junho, a OMS registra 96.433 casos distribuídos em 136 países.
 - Em Junho, há 3.378 casos no Brasil (7 homens para 1 mulher).
 - Cerca de 40 mil novos casos aparecem apenas nos Estados Unidos.
 - O código genético do vírus é decifrado, e suas proteínas caracterizadas.
 - 1.988 - 1.989: Estudos com AZT em portadores assintomáticos do HIV.

- IV Internacional Conference on AIDS (Estocolmo, Suécia).
- 1.989 - Em Junho, a OMS registra 157.191 casos distribuídos em 149 países.
- Aumento significativo da sobrevida média dos pacientes desenvolvidos.
- Calcula-se que 5 milhões de pessoas estejam infectadas: 2,5 milhões na África e 2 milhões na América.
- Demonstração de que chimpanzés infectados podem tornar-se mais resistentes após inoculação de vírus mortos.
- Em Abril, 6.421 casos são notificados no Brasil (11% entre usuários de drogas injetáveis).
- V Internacional Conference on AIDS (Monteal, Canadá).

Segundo Souza, Herbert (1), " é possível que a AIDS seja realmente uma doença com tudo o que tem direito: vírus identificado, catalogado, localizado. É praticamente certo que seus hábitos e costumes tenham sido também descoberto, assim como sua capacidade de matar depois de um certo tempo de evolução. Essas descobertas levantaram uma certa série de perguntas que estão sendo discutidas por especialistas e difundidas através de comunicados, sérios ou não. Mas existe uma outra AIDS que não passou por esse tipo de tratamento científico e que se vem desenvolvendo em ritmos muito mais amplo, rápido e avassalador: A AIDS DO MEDO ".

Baseados nos dados da literatura, meios de comunicação, preocupações sociais que nos mostram a importância e eficiência da prevenção na redução de sua incidência , optamos por realizar um trabalho que, através de ações educativas estimule a sociedade a adotar condutas que visem a promoção da saúde.

Para tanto escolhemos como base científica o modelo de Dorothea Orem, pois pensamos que o mesmo, através do ensino do auto-cuidado, se adapta ao objetivo básico de nosso trabalho, ou seja, a prevenção da AIDS.

Acreditamos que, ao nos envolvermos no esforço da educação pública, poderemos, com nossos conhecimentos e habilidades contribuir

para melhorar a qualidade de vida do portador de HIV e doente de AIDS.

1.1 - ASPECTOS GERAIS SOBRE O CAMPO DE ESTÁGIO

O local escolhido para o desenvolvimento do Projeto foi o Ambulatório do Hospital Nereu Ramos, em Florianópolis, como foi mencionado, por se constituir no Centro de Referência para a AIDS no Estado.

O Ambulatório é composto por três (3) consultórios, sendo um (1) de enfermagem, um (1) de medicina e um (1) de assistência social, e mais uma (1) sala para coleta de materiais. A ala de internação possui dez (10) leitos que atendem aos pacientes advindos do ambulatório local ou transferidos de outras instituições hospitalares. (Anexo 3).

Está sendo construído um novo ambulatório, que virá modernizar a assistência a nível ambulatorial. Este novo ambulatório, cuja inauguração está prevista para o primeiro semestre de 1991, é composto por um (1) consultório de enfermagem, dois (2) de medicina, um (1) de psicologia, um (1) de serviço social, um (1) de odontologia, uma (1) sala de coleta de materiais, uma (1) sala de paciente/dia, uma (1) sala de reuniões e outra de espera. Ainda, em anexo, uma ala de internação composta por vinte (20) quartos com dois (2) leitos cada, mais um posto de enfermagem. (Anexo 4).

II. REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com Jonathan Mann (2), " a infecção pelo HIV es tá aumentando de forma geral, e às vezes, de forma dramática em certas áreas atingidas ". Por tratar-se de doença com múltiplos comportamen tos e correlações, seu conhecimento vem adquirindo cada vez maior im portância entre os profissionais da área da saúde e da população em geral.

Está evidente que o desenvolvimento econômico-social, acompa nhado de alterações profundas no modo de viver das populações contri buiu com maior conhecimento da doença, dos seus fatores predisponentes e causas, dos métodos de diagnóstico e tratamento, e de sua distribui ção geográfico-climática por todo o mundo.

A partir destes conhecimentos, e da performance da doença nos índices gerais de morbidade e mortalidade mundial, a AIDS tornou-se indiscutivelmente um problema médico-social relevante, que se cons titui em ponto de dedicação e de advertência à população, pelos espe cialistas da área e preocupação crescente dos sanitaristas, estatísti cos, epidermiologistas e educadores.

Finalmente, é preciso que se equipe os hospitais e serviços de diagnóstico e tratamento dando-lhes condições de uma atenção médi co-hospitalar eficiente e moderno.

A AIDS é efetivamente um problema médico-social com raízes nos estágios de desenvolvimento econômico-social e na capacidade des tes organizarem serviços de saúde pública, eficazes e eficientes, de senvolvendo cobertura integral em saúde às suas populações.

Uma vez que o HIV tem várias portas de entrada, pensamos ser importante buscar na literatura dados referentes a anatomia e fisiolo gia, visando um entendimento global do assunto, haja vista que cada elemento do sistema imunológico do ser humano tem participação, quer na gênese da patologia, quer na manutenção da saúde do indivíduo.

2.1 - CONCEITO DE AIDS

AIDS é uma abreviatura da expressão inglesa: Aquired Immu-nodeficienty Sndrome, que equivale, em português à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. "Síndrome" refere-se ao conjunto de sinais e sintomas que podem ocorrer na pessoa acometida; "Imunodeficiência" é fator comum de todos os casos - uma incapacidade do corpo em defender-se contra certos tumores e infecções; "Adquirida" indica que ela não é herdada nem causada por nenhuma doença subjacente. Algumas vezes as doenças associadas são chamadas de infecções oportunistas, já que tiveram vantagem desta perda da capacidade de resposta imunitária contra as doenças. Em pessoas com AIDS, certos cânceres e infecções, que são raros em indivíduos previamente saudáveis, ocorrem comumente como resultados da perda de imunidade natural pela doença. Do ponto de vista epidemiológico define-se um caso de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida quando uma pessoa apresenta:

a) Diagnóstico confiável da doença que seja menos moderadamente indicativa de uma subjacente imunodeficiência celular, como por exemplo, Sarcoma de Kaposi em um paciente com menos de sessenta (60) anos, ou ainda, infecções oportunistas.

b) Um quadro de imunodeficiência que não tenha nenhuma causa de resistência reduzida a ser associada a doença. Esta definição apresentada pelo "Center Disease Control" dos EUA, é a adotada pela maior parte dos países e pela OMS.

2.1.1 - O que Causa a AIDS ?

Desde os primeiros estudos sobre a epidemiologia da doença acreditava-se que ela era causada por um agente infeccioso, provavelmente viral. De fato, em 1983 esta hipótese foi demonstrada simultaneamente por duas equipes trabalhando separadamente, na França e nos Estados Unidos.

Embora os primeiros casos de AIDS tenham sido observados em homossexuais masculinos, posteriormente se constatou que outros grupos como toxicômanos que utilizam drogas por via venosa e hemofílicos eram também atingidos.

Esses grupos são chamados "grupos de risco", e são aqueles onde a prevalência da doença é maior quando comparada com a população em geral.

Estas observações clínicas e epidemiológicas indicam que a doença era transmitida por via sexual e sangüínea e que o vírus seria provavelmente o agente etiológico.

Atualmente sabe-se que a AIDS é uma doença transmissível por um vírus denominado Vírus da Linfadenopatia (LAV) ou Vírus Linfotrófico para Células T Humanas (HTLV-HI). (14)

2.1.2 - Como se dá a Transmissão do Vírus da AIDS ?

A transmissão da AIDS se dá, portanto, através do sêmen e do sangue de indivíduos contaminados, ou pela relação sexual ou pelo uso terapêutico do sangue e seus derivados ou ainda, pelo uso coletivo de uma mesma seringa pelos toxicômanos.

- Transmissão Sexual: A vigilância da AIDS nos Estados Unidos e Reino mostrou que a maior parte dos casos notificados ocorreram entre homossexuais masculinos e bissexuais. Não é um quadro típico de uma doença sexualmente transmitida através de contatos heterossexuais. Talvez porque a transmissão da mulher para o homem seja mais difícil. Estudos soros-epidemiológicos de homossexuais masculinos concordam com esta observação. Os principais fatores de risco para a infecção por vírus da AIDS nestes tempos foram o intercuro anal receptivo e múltiplos, parceiros sexuais. A transmissão de infecção durante o contato sexual ocorre mais prontamente no contato anal, devido aos traumas comumente provocados na mucosa retal nesse tipo de relação. Esta não é, entretanto, a única forma de transmissão.

- Transmissão por Sangue ou Hemo-derivados: A transmissão do

vírus da AIDS para hemofílicos e outros pacientes através da transfusão de sangue ou uso de hemo-derivados, foi detectada em 2% do total de casos nos Estados Unidos. No Brasil está em torno de 7,3%.

- Transmissão Acidental: Transmissão de AIDS para pessoal de equipes hospitalares através da inoculação de sangue ou outros materiais infectados não foi comprovada. Entretanto o risco de transmissão é baixo.

- Transmissão de Pais para Filhos: Nos EUA os casos registrados em crianças doentes, em torno de 10% do total de casos, são na maior parte filhos de pacientes com AIDS ou pertencentes a grupos de maior risco (bissexuais ou toxicômanos). A transmissão pode ser transplacentária, por secreções cervicais ou por sangue durante o nascimento, ou no período neo-natal.

Outras vias de transmissão do vírus da AIDS por outros meios ainda não foi descrita. Não há nenhuma evidência de transmissão através do contato pessoal casual ou através de alimentos. Tais transmissões parecem muito improváveis, pois exigem o contato de um material muito contaminado com uma ferida aberta, com as membranas de alguma mucosa ou com a conjuntiva de uma pessoa susceptível. As evidências epidemiológicas sugerem que a possibilidade de transmissão pelo ar, de pessoa a pessoa é muito remota, embora uma transmissão por aerosol possa, teoricamente ocorrer, em laboratórios durante a manipulação de altas concentrações de vírus. Varella (16).

2.1.3 - Como a AIDS não se Transmite ?

Não há nenhuma evidência de que a AIDS se transmita por:

- Espirros ou tosse;
- Contatos cutâneos, como apertos de mão e outros contatos casuais;
- Uso de privadas, chuveiros ou banheiros;
- Utensílios, pratos ou roupas usadas por pessoa contaminada, mesmo se a limpeza não foi feita corretamente;
- Comida preparada ou servida por pessoa contaminada;

- Proximidade de pessoa contaminada, mesmo cotidianamente e por longo período de tempo;
- Contato com mosquito e outros insetos;
- Água de piscina;
- Lágrimas ou pelo beijo.

2.1.4 - Quais os sintomas da AIDS ?

Em seus estágios iniciais, a imunodeficiência pode não causar nenhum sintoma, ou apresentar alguns poucos.

As vítimas da AIDS podem também desenvolver sintomas das doenças que as atacam. Estes podem incluir:

- Extremo cansaço, algumas vezes combinado com dores de cabeça e tonturas;
- Febre contínua e suores noturnos;
- Perda de peso acentuada;
- Gânglios linfáticos persistentemente crescidos (enfartados), no pescoço, axila, virilha;
- Manchas púrpuras ou descoloridas na pele e nas membranas mucosa (boca, ânus);
- Diarréia contínua;
- Aftas ou coberturas branca espessa na língua ou na garganta, acompanhada por tosse ou irritação;
- Sangramentos inexplicáveis em qualquer cavidade corporal;
- Diminuição progressiva do fôlego.

Estes sintomas não são específicos de AIDS, podem ocorrer em muitas outras patologias e manifestam-se por meses, antes que se diagnostique qualquer doença, como Sarcoma de Kaposi ou a Pneumonia por Pneumocystis carinii. O Sarcoma de Kaposi é uma forma de câncer que usualmente aparece na pele, nos primeiros estágios. Pode assemelhar-se a contusões ou uma mancha azul-violeta ou avermelhada, às vezes ulcerada e, posteriormente pode espalhar-se para outros órgãos, inclusive enfiar os gânglios linfáticos. A Pneumonia por Pneumocystis carinii,

tem sintomas semelhantes a qualquer outra forma de pneumonia, tal como dificuldade de respirar, tosse persistente, dor no peito e febre.

2.2 - O AGENTE PATOGÊNICO DA AIDS - O VÍRUS DA AIDS

Em 1.982 diversos estudos já indicavam que a AIDS era uma doença infecciosa causada por um vírus. Em 1983, Luc Montagnier e colaboradores do Instituto Pasteur, de Paris, isolaram de um paciente com Linfadenopatia acompanhada de infecções oportunista, um retrovírus que chamaram de LAV (Vírus da Linfadenopatia).

Concomitantemente, Robert Gallo e colaboradores do Instituto Nacional do Câncer de Bethesda, isolaram de um paciente com AIDS um retrovírus que chamaram de HTLV (Vírus Linfotrópico para Células T Humanas).

A organização Mundial da Saúde (OMS) unificou e universalizou o nome do vírus para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).

2.2.1 - O que é um Vírus ?

Os vírus são seres vivos apresentando-se como partículas pequenas, compostas de um programa genético registrado em uma cadeia de ADN (Ácido Desoxirribonucleico) ou ARN (Ácido Ribonucleico), contidos em um invólucro de proteínas, o que os torna relativamente resistentes ao meio externo e permite a sua disseminação.

2.2.2 - O que é um Retrovírus ?

Retrovírus é um vírus cujo código genético está contido em células de ARN, que normalmente não se podem inserir dentro dos cromossomos da célula, constituídas de ADN. Entretanto, o retrovírus possui uma enzima específica (transcritase inversa), que permite a transcrição reversa de ARN para ADN, e dessa maneira podem-se integrar no

selo do cromossomo celular, que possui o código genético da célula. Assim, o vírus permanece indefinidamente no interior da célula, podendo-se transmitir como um carácter hereditário.

Cada vez que a célula se divide ela produz uma cópia dos cromossomos celulares e, ao mesmo tempo, uma cópia do código genético do vírus, que se transmite assim às células filhas.

O vírus da AIDS pode permanecer silencioso, adormecido por muito tempo dentro dos cromossomos das células infectadas, o que explica o longo período de incubação (ou latência) entre o início da infecção e o aparecimento da doença.

Ao mesmo tempo, sob a influência de fatores ainda desconhecidos, bruscamente, ele pode começar a se multiplicar, de maneira autônoma e muito intensa, e torna impossível a vida da célula que ele está parasitando, levando a sua destruição.

No caso de AIDS, supõe-se que o início da degradação das defesas imunitárias corresponde a esse "despertar" do vírus.

2.2.3 - Estrutura do Vírus da AIDS

Ao microscópio eletrônico, muito aumentado, o vírus da AIDS tem a forma de um saco mais ou menos esférico. A parede é feita de uma camada bilaminar lipídica formando um envelope, no qual estão inseridas moléculas protéicas que constituem os principais antígenos contra os quais são produzidos anticorpos antivírus no sangue da pessoa infectada. No interior encontra-se o seu programa genético, inscrito numa cadeia de ARN, com várias proteínas em torno. Associadas ao ARN estão uma ou várias moléculas de Transcriptase Inversa (enzima).

2.3.- SISTEMA IMUNITÁRIO - DEFESA DO ORGANISMO

Como se defende o organismo de um agente estranho ?

O meio em que vivemos é povoado de germes, às vezes bastante perigosos. Esses germes são vírus, bactérias, fungos, parasitas; mui

tos deles coexistem pacificamente com o organismo humano, mas em determinadas situações alguns deles são capazes de produzir doenças.

Estas doenças ou infecções podem ser mortais, caso esses germes se produzam de maneira incontrolável. Graças ao sistema imunitário que é capaz de reconhecê-los e combater esses agressores, a maioria das doenças infecciosas têm duração limitada e não deixam seqüelas no organismo das pessoas normais.

O sistema de proteção do organismo compreende duas grandes linhas de defesa, que são:

- A pele e as mucosas, que recobrem todas as diversas cavidades do organismo (nariz, boca, tubo digestivo, vagina, uretra) e que representa a fronteira com o meio ambiente exterior;
- As numerosas células especializadas do sistema imunitário, que são capazes de reconhecer e reagir contra substâncias e partículas estranhas que entram no organismo.

2.3.1 - O que é Resposta Imunológica ?

É a capacidade que possui o organismo de reconhecer moléculas, células, tecidos, cuja constituição é diferente de si mesmo e eventualmente, destruir e eliminá-las. É o caso, por exemplo, dos micróbios, das toxinas microbianas ou dos tecidos proveniente de outras pessoas, como nos transplantes. Essa especificidade molecular, particular, reconhecida como estrangeira pelo sistema imunológico é chamada de antígeno.

O sistema imunitário possui vários tipos de células que chamamos glóbulos brancos. A maior parte desses glóbulos brancos têm uma ação não específica, isto é, reagem aos casos de agressão variados, como por exemplo, a diversos microorganismos; e há outros glóbulos brancos chamados linfócitos, que apenas entram em ação quando reconhecem especificamente determinado caráter do germe. Dentre eles, apenas alguns linfócitos que reconhecem um antígeno serão ativados frente a um determinado micróbio, enquanto os outros linfócitos permanecem em repouso. Isto é o que se chama ação específica.

2.3.2 - Resposta Imunológica Inespecífica

Quando um germe invade o organismo pela primeira vez, invariavelmente as células do sistema imunitário, chamadas linfócitos, entram em ação e tentarão destruí-lo independente de sua identidade ou de seus antígenos.

A ação dessas células é favorecida por várias outras substâncias que aumentam sua eficácia e que são responsáveis pela inflamação, (que é a resposta normal do organismo a um agressão externa), resultando na eliminação dos invasores menos resistentes.

2.3.3 - Resposta Imunológica Específica

Se o germe não for destruído nesse primeiro momento através do mecanismo inespecífico, vai se multiplicar e a doença se desenvolver. O germe tentará se dessiminar e o mecanismo específico poderá ser mobilizado.

Se a doença é debelada o organismo guarda a memória da experiência adquirida nos linfócitos específicos. Numa segunda invasão, se rão acionadas muito rapidamente as defesas. Esta resposta específica resultará na atividade dos glóbulos brancos, os linfócitos.

Os linfócitos são responsáveis por dois tipos de resposta:

- Resposta imunológica celular, mediada por linfócitos T ;
- Resposta imunológica humoral, mediada por anticorpos produzidos pe los linfócitos B.

A resposta imunológica celular é mediada por linfócitos que destroem as células anormais do organismo (células cancerosas, células infectadas por vírus), destruindo-as diretamente, secretando substâncias tóxicas que agem à distância e aumentando a eficácia dos fagócitos.

A resposta imunológica humoral é devida aos anticorpos secretados pelos linfócitos B. Os anticorpos são moléculas que se ligam à superfície dos antígenos estranhos, podendo inativar seus efeitos patogênicos. Tanto os linfócitos quanto os responsáveis pelas respostas humorais dispõem na sua superfície a afinidade entre antígenos e re

ceptores que determinam a especificidade e a ligação entre eles, de sncadeando a resposta imunológica.

Os mecanismos mais eficazes de eliminação do vírus são a destruição direta pelos linfócitos T, citotóxicos e o aumento da res_posta anti-viral pela produção de várias substâncias, tais como "in_terferon", tanto pelos linfócitos T auxiliares como pelas células in_fectadas. É devido a esses mecanismos que a maioria das infecções vi_rais são reversíveis.

2.3.4 - Como o Vírus da AIDS Ataca o Sistema Imunitário ?

Na sua forma típica, uma infecção viral começa pela invasão local de uma mucosa, Depois o vírus cai na corrente sangüínea e, após de uma ou várias passagens pelo sangue se localiza e infecciona as cé_lulas e/ou o órgão específicos, que é seu alvo.

O vírus da AIDS tem uma particularidade extremamente grave. Ele ataca exatamente as células do sistema imunitário que normalmente seriam capazes de eliminar os vírus e de acionar os mecanismos de de_fesa contra eles.

No caso da AIDS a resposta imunitária é afetada. O vírus possui um tropismo específico pelos linfócitos T₄ e é dentro deles que ele se multiplica. Após esse momento há duas situações possíveis: ou o vírus fica "adormecido" e não altera o funcionamento da célula , estado este que pode durar muitos anos ou então o vírus vai se multi_plicar, resultando daí numa destruição dos linfócitos.

Assim, cada vez que a célula se divide o vírus também se multiplica aos milhares. Os vírus liberados vão infectar outras célu_las e o ciclo recomeça.

A cada situação de estímulo do sistema imunitário (por exem_plo, durante uma outra infecção por outro vírus ou bactéria), se o linfócito já está infectado, o estímulo levará à multiplicação celu_lar, e conseqüentemente à multiplicação do vírus. Assim, qualquer in_fecção que uma pessoa contaminada pela AIDS tenha pode contribuir ao agravamento da própria AIDS.

Por sorte o organismo humano possui milhares de linfócitos T_4 e será necessário um certo tempo até que o sistema imunitário se ja seriamente comprometido. Enquanto isso, o sistema imunitário caminha inexoravelmente para a destruição, chegando um momento onde não restarão mais células capazes de combater qualquer infecção, até mesmo aquela mais banal, pode levar à morte.

2.4 - AIDS - TRANSMISSÃO E DIAGNÓSTICO

2.4.1 - Como se propaga o Vírus da AIDS ?

A AIDS é uma doença transmissível. Para que uma pessoa se ja contaminada é necessário que o vírus seja transmitido a partir de uma outra pessoa já contaminada.

Ao contrário das doenças, tais como a gripe, a rubéola, etc, o vírus da AIDS só se transmite pelas relações sexuais ou pela passagem de sangue contendo células infectadas de um indivíduo para outro. Este último modo de contaminação explica os casos de AIDS por transmissão sanguínea ou porque essa infecção se propaga entre toxicômanos que se picam com a mesma seringa. Compreende-se, assim, porque os recém-nascidos podem ser contaminados durante a gravidez, quando a mãe é portadora do vírus da AIDS.

O aleitamento pode ser uma forma de transmissão. Os contatos comuns da vida cotidiana, familiar ou profissional não apresentam nenhum perigo.

2.4.2 - Quais são os Grupos de Risco ? Por que ?

1 - HOMOSSEXUAIS MASCULINOS - Até o momento é neste grupo que a AIDS está se desenvolvendo mais rapidamente. Os primeiros estudos realizados mostram que os doentes homossexuais contaminados pelo vírus, comparados aos homossexuais de boa saúde, possuíam um número maior de parceiros sexuais diferentes e que, portanto, estavam mais

expostos ao risco de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis.

Essa observação foi de importância capital para a descoberta do vírus da AIDS, pois indicava que o agente causador podia ser transmitido por via sexual.

2 - TOXICÔMANOS - Refere-se àqueles que utilizam materiais injetáveis. E por isso são igualmente um grupo de risco. A utilização de seringas e agulhas não desinfetadas entre viciados pode permitir a transmissão do vírus de indivíduo contaminado através de pequenas quantidades de sangue que ficam na seringa após a injeção da droga. Toxicômanos contaminados podem transmitir o vírus igualmente por via sexual e transfusão sanguínea.

3 - HEMOFÍLICOS - A hemofilia é uma doença que se caracteriza pela ausência da produção pelo organismo de certos componentes do sangue, responsáveis pela coagulação, e cuja falta possibilita hemorragias. Para compensar tal situação, os hemofílicos devem receber fatores de coagulação preparados por concentração de sangue proveniente de milhares de doadores.

4 - PARCEIROS SEXUAIS DE INDIVÍDUOS CONTAMINADOS - Este quarto grupo é de difícil caracterização. Ele é composto por pessoas que não pertencem aos grupos acima mencionados, mas são parceiros sexuais de pessoas contaminadas.

2.4.3 - Como Evitar a Transmissão pelo Contato Sexual ?

A probabilidade maior é que a infecção do vírus se faça a partir de linfócitos infectados e presentes no esperma ou secreções vaginais, que passam através de lesões, entrando em contato com a corrente sanguínea do eventual receptor.

A relativa fragilidade das mucosas genitais explica, sem dúvida, que esse tipo de situação se possa produzir. A relação sexual seja homo ou heterossexual, é susceptível de permitir a transmissão do vírus. Pode-se dizer também que todas as práticas sexuais que favore

cem traumatismos e lesões aumentam o risco de transmissão. Assim, compreende-se porque a posição passiva na relação anal homo ou heterossexual seja mais infectante do que outros tipos de relação. A mucosa do reto é frágil, e por isso a região anal é uma região que pode ser facilmente lesada. Isto explica em parte, a frequência de infecções nos homossexuais aliada aos múltiplos parceiros.

Isto exposto, quais as medidas possíveis de diminuir os riscos de transmissão sexual ?

No que concerne a esta questão, o primeiro passo deve passar sem dúvidas pela desculpabilização da noção de doença sexualmente transmissível. A noção de vergonha a que está ligada só pode prejudicar as explicações claras que são necessárias.

A prevenção deve decorrer de fato, diretamente, dos conhecimentos que temos sobre a transmissão. Por outro lado toda barreira física ou química entre as secreções e mucosas de uma parte e o sangue de outra parte é susceptível de diminuir os riscos. Daí recomenda-se o uso de "camisinhas de vênus".

A prostituição seria um risco real ?

Sim, frequentar prostitutas que vivem em promiscuidade sexual representa um fator de risco. Entretanto, os conhecimentos de higiene e de prevenção das doenças sexuais são bem conhecidos mesmo entre as milhares de prostitutas profissionais. A utilização de preservativos é cada vez mais praticada.

2.4.4 - A Transmissão do Vírus da AIDS pela Transfusão San güínea - Como Evitar ?

Sabe-se que o vírus da AIDS pode existir no plasma e em células sangüíneas de indivíduos de boa saúde, que só desenvolverão a doença mais tarde ou mesmo nunca. O sangue desses indivíduos é, portanto, contaminado. A transfusão do sangue de tais doadores irá transmitir o vírus e provocar no receptor, seja um estágio de portados latente (assintomático), seja uma AIDS ou uma síndrome aparente, a ARC.

No Brasil, em 1987, a taxa estava em torno de 7,3% de casos

transmitidos por esta via. Essas taxas mostram claramente o lugar reduzido que ocupa a transfusão sanguínea como fator de risco da AIDS se comparada à transmissão sexual. As medidas preventivas recentemente aplicadas às doações de sangue e ao controle de outros produtos sanguíneos, farão, num breve futuro, diminuir e posteriormente anular a transmissão do vírus por esta via.

2.5 - DETECÇÃO DE ANTICORPOS CONTRA VÍRUS DA AIDS - TESTES SOROLÓGICOS

A infecção pelo vírus introduz no organismo elementos estranhos: as proteínas virais ou os antígenos virais. Em resposta a esta agressão, o organismo produz proteínas chamadas anticorpos específicos contra os antígenos do vírus da AIDS. Eles persistem muitos anos sendo considerado como "marcos" que denotam uma infecção por vírus, recente ou antiga.

Pode-se, através de diversas técnicas de laboratório, colocar em evidência no sangue de um indivíduo a presença de anticorpos específicos de determinado vírus. Quem possui esses anticorpos é dito "soro positivo" para tal vírus. Quem não possui é dito "soro negativo". A detecção de anticorpos contra o vírus da AIDS é atualmente realizado nos centros de transfusão sanguínea ou nos laboratórios hospitalares. Existem, pelo menos 4 (quatro) métodos para detecção de anticorpos contra o vírus da AIDS: Imunoflorescência (IF), Ensaio Imunoenzimático (ELISA), Ensaio imunoradiométrico (RIA) e "Western Blot".

Essas técnicas têm valor para:

- Confirmar o diagnóstico das diferentes formas clínicas;
- Informar a prevalência da infecção na comunidade;
- Triagem do sangue para transfusões ou fracionamento;
- Triagem de doadores de órgãos ou sêmem.

Os princípios básicos são similares para IF, ELISA e RIA, entretanto os sistemas de revelações é diferente, levando a diferentes unidades de sensibilidade e especificidade.

Para a leitura da IF, emprega-se um microscópio dotado de um sistema de iluminação adequado. Para o ELISA, a reação que se verifica é colorida e pode ser avaliada a olho nú, ou medida através de um espectrofotômetro. Já no RIA, é necessário a medida de radiação. A "Western Blot", por sua vez é uma técnica de execução complexa e alto custo operacional.

Deve ser ressaltado que nenhum ensaio sorológico tem isoladamente o valor diagnóstico absoluto. Os resultados dos diferentes ensaios devem ser considerados em conjunto, levando-se também em consideração os aspectos clínicos e epidemiológicos de cada caso.

2.5.1.- O que Significa um Teste Sorológico Positivo contra o Vírus da AIDS ?

A interpretação do significado da presença de anticorpos anti-vírus da AIDS, pode ser prudente em todos os casos que não apresentem sinais clínicos da infecção pelo vírus. Tal presença não significa que o indivíduo testado apresenta AIDS, significa apenas que o indivíduo foi contaminado pelo vírus da AIDS, sem que se possa precisar a data, pois o vírus possui propriedades de resistir no organismo, após infecção. É difícil dizer se um indivíduo não doente, portador de anticorpos anti-vírus da AIDS, irá desenvolver posteriormente a AIDS.

Os testes detectam a presença de anticorpos contra o vírus no sangue e não a presença do vírus em si. Os testes de detecção do vírus ou de seus antígenos são outro tipo de estudo e um indivíduo soropositivo deve ser considerado como potencialmente contagioso.

2.5.2 - Os Testes de Imunidade

TESTES CUTÂNEOS:

Os testes imunitários que se realizam diretamente no homem são os chamados teste cutâneos. Eles consistem na introdução de um an

tígeno por uma pequena picada na pele e espera de alguma resposta imunitária local. Esta resposta aparecerá se a pessoa alguma vez já entrou em contáto com o antígeno e se ela possui os linfócitos, provocará uma reação inflamatória local que pode ser visualizada e apalpada sob a forma de uma mancha vermelha que sobressai à pele. Numa pessoa com o sistema imunitário deficiente, mesmo se está corretamente vacinada, nenhuma reação se produzirá, o que pode significar infecção pelo vírus da AIDS.

TESTES DE LABORATÓRIO:

Os testes mais simples consistem na contagem de linfócitos no sangue, feito por comparação com a fórmula sangüínea normal. Porém essa contagem de linfócitos é global e para qualquer confirmação é necessário contar separadamente os diversos linfócitos (T_4 , T_8 , B).

Este teste de laboratório é trabalhoso, mas permite precisar o número de LT_4 numa pessoa contaminada pelo vírus da AIDS, o que traduzirá o grau de destruição dessa população celular preferencial do vírus da AIDS.

2.5.3 - Como Confirmar um Diagnóstico de AIDS ?

Como já foi dito, as doenças que aparecem com a AIDS não são específicas, mas podem indicar que há imunodepressão. Qualquer que seja a causa, tratamento com medicamentos que diminuem a imunidade, quimioterapia, deficiência congênita, certos cânceres ou leucemias e a própria AIDS.

Na prática somente a presença de certos germes oportunistas ou de um sarcoma de Kaposi em pessoas jovens (infecção extremamente rara), indicará uma imunodepressão que faz evocar a AIDS.

Finalmente, em casos de dúvida, existe confirmação via testes sorológicos que detectam os anticorpos contra o vírus da AIDS.

III. MODELO TEÓRICO

Para que a enfermagem atue efetivamente, necessita desenvolver uma metodologia de trabalho que deve estar fundamentada em um método científico.

Para Orem, citada por Reibnitz (12), "o homem tem habilidade para cuidar de si mesmo, através de práticas adquiridas pela influência de ciências e hábitos e atitudes que caracterizam a forma de grupo que pertence".

Para Orem, citada por Nunes (11), o auto-cuidado pode ser definido como "a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem estar".

São três (3) os conceitos básicos da Teoria do Auto-cuidado:

1. Demanda terapêutica de auto-cuidado: simboliza as necessidades dos indivíduos em relação a manutenção da vida, da saúde e bem estar;

2. Competência dos indivíduos para o auto-cuidado: é a expressão usada para simbolizar o poder dos indivíduos de se engajarem em auto-cuidado de forma a atender as suas necessidades individuais e que se desenvolve juntamente com os indivíduos porque inicia seu desenvolvimento na infância, atinge um maior grau de desenvolvimento na idade adulta e declina na idade avançada;

3. Competência da enfermagem para o auto-cuidado: não definida, porém Orem explica que deve haver um encontro entre ambos (enfermagem/cliente), formal ou informal, em torno da assistência a ser prestada.

Para Orem, citada por Rosa (13), há três (3) requisitos de auto-cuidado:

1. Universal;
2. De desenvolvimento;

3. Nos desvios da saúde.

1. Requisitos de auto-cuidado universal: se relacionam com a manutenção de suficiente aporte de ar, água, alimentos, balanço entre a atividade e repouso, balanço entre o estar só e a interceção social, provisão de cuidados associados aos processos de alimentação e excreção, prevenção de risco à vida, ao funcionamento e bem estar como ser humano, promoção do funcionamento e desenvolvimento humano com grupos sociais de acordo com os potenciais e limitações e o desejo de ser normal;

2. Requisitos para o auto-cuidado de desenvolvimento: estão relacionados com a produção e manutenção de condições do nascimento à morte; provisão de cuidado, tanto para prevenir como para recuperar a saúde;

3. Requisitos para o auto-cuidado nos desvios de saúde: relacionam-se com as buscas da assistência médica segundo suas necessidades quando afetadas por agente físico ou biológico, ou quando há evidência de condições genéticas ou psicológicas que possam produzir ou estar associadas a patologia humana, podendo ou não estar sob tratamento médico; ser consciente e observar os incômodos e efeitos nocivos do tratamento; modificar a auto-imagem para aceitação de si mesmo; aprender a viver com os efeitos de estados e condições patológicas.

Orem ainda coloca outros pressupostos teóricos a respeito do auto-cuidado, entretanto, estes pressupostos ou se relacionam com os conceitos básicos de auto-cuidado, ou então se desenvolvem a partir deles.

Para Orem, citada por Nunes (11), "aquele que providencia o auto-cuidado necessário para si mesmo ou para outra pessoa, é o agente do auto-cuidado".

Para melhor compreensão desta teoria, faz-se necessário que alguns termos comuns sejam definidos, segundo a visão de Orem:

a) Homem: o homem interage com o meio, adapta esse meio às suas necessidades, e é ele que escolhe o curso de ações que julga ser necessário.

b) Saúde: é um estado de totalidade ou integridade (psiqui ca, social e biológica) do indivíduo.

c) Sociedade: a saúde é responsabilidade de toda sociedade e não de uma parte dela.

d) Auto-cuidado: é a prática de atividades que o indivíduo i nicia e desempenha em seu próprio benefício para manter a vida, a saú de e o bem estar.

e) enfermagem: preocupa-se com a necessidade do indivíduo de auto-cuidar-se e a provisão e manutenção deste auto-cuidado de uma for ma contínua de modo a manter a vida e saúde, recuperar a saúde ou dano e enfrentar seus efeitos.

Remor, citado por Nunes (11), afirma que " a condição que justifique a existência da enfermagem para o indivíduo adulto é a au sência de capacidade de manter continuamente aquela quantidade e quali dade de auto-cuidado que é terapêutica na manutenção da vida e da saú de na recuperação após a doença ou dano ou a maioria de enfrentar seus defeitos " .

Orem, citada por Rosa (13), " inclui o cuidado dispensado à familiares que não possam desempenhar tais cuidados, até que a pessoa que recebe se torne capaz de fazê-lo para si mesmo. O auto-cuidado de senvolve a integridade estrutural, funcional e de desenvolvimento dos seres humanos " .

Acreditamos que o paciente e família que recebe orientações adequadas para o auto-cuidado tem maior possibilidade de recuperar a saúde e bem estar, reintegrando-se à sociedade.

OPERACIONALIZAÇÃO DA TEORIA DE DOROTHEA OREM

Fase Intelectual:

1º Passo: coleta de dados; determinação dos motivos da necessidade dos cuidados de enfermagem, considera a história de vida do pa ciente e o estilo de vida.

2º Passo: plano do sistema paciente-enfermagem. Plano para assegurar

os cuidados de enfermagem.

Fase Prática:

3º Passo: iniciação, conduta e controle das ações necessárias aos cui
dados de enfermagem. Controle do cuidado da enfermagem.

IV - METODOLOGIA

4.1 - POPULAÇÃO:

A população do estudo foi constituída por todos os clientes que procuraram o ambulatório do Hospital Nereu Ramos para realizar o teste de HIV e pelos clientes em controle ambulatorial, durante o período em que nos encontrávamos presentes no ambulatório.

4.2 - INSTRUMENTOS:

Elaborou-se dois instrumentos para mostrar o levantamento de dados. O primeiro (Anexo 1), permitiu avaliar o conhecimento dos clientes que procuravam o ambulatório para realizar o teste HIV ou dos em controle ambulatorial, acerca dos cuidados preventivos da AIDS. Este instrumento foi aplicado em duas oportunidades: no primeiro contato com o cliente e, posteriormente, após ter recebido orientações sobre a matéria. Estabeleceu-se critérios para avaliar o conhecimento, descrito posteriormente.

O segundo instrumento, (Anexo 2), trata-se da metodologia utilizada na visita domiciliar aos clientes faltosos.

4.3 - ATIVIDADES RELACIONADAS PARA O ALCANCE DO OBJETIVO DE ESTUDO:

4.3.1 - Atividades Preliminares:

- Reuniões com elementos da equipe multidisciplinar;
- Conhecimento da planta física do local do estágio;

4.3.2 - Atividades de Levantamento de Dados Existentes no Ambulatório:

- Levantamento de todos os casos registrados no Centro de Referência para estudo da AIDS (ambulatório do HNR), a partir de 1987;
- Levantamento dos casos positivos, segundo o sexo, grupo de risco , faixa etária e proporcionalidade, a partir de 1987;

4.3.3 - Atividades Realizadas com Pacientes que se Submeteram aos Testes de HIV :

- Aplicação do questionário antes da realização do teste e após orientações, para verificar o conhecimento que possuía acerca dos cuidados preventivos da AIDS;
- Orientações a cerca dos cuidados preventivos da AIDS;
- Verificação da mudança de conhecimento após as orientações dadas;

4.3.4 - Atividades Realizadas com Pacientes Portadores da AIDS:

- Levantamento dos clientes que não retiraram o resultado dos exames realizados;
- Levantamento dos clientes cadastrados nos últimos dois anos que não retornaram para fazer novos exames ou novas consultas;
- Visita domiciliar a clientes faltosos, identificando as razões do não retorno e motivando ao comparecimento, utilizando o roteiro que consta do anexo 2;
- Entrevista individual ou coletiva de clientes que aguardavam a consulta no ambulatório, aplicando o questionário (Anexo 1), para identificar o nível de conhecimento acerca da patologia, medidas preventivas e de auto-cuidado;
- Orientação individual e/ou coletiva de todos os clientes aos quais foi aplicado o questionário;

- Triagem dos clientes por grupo de risco, para consulta de enfermagem sendo dez (10) em cada um dos seguintes grupos: toxicômanos, homossexual masculino e prostitutas;
- Orientar quanto a necessidade de controle ambulatorial e quanto a importância dos exames laboratoriais para o diagnóstico;
- Agendar novas consultas de acordo com a indicação;
- Acompanhamento das consultas médicas e de enfermagem para ampliar o conhecimento dos acadêmicos e promover o entrosamento.

V - OBJETIVO GERAL

Prestar assistência de enfermagem ao portador do HIV e doen
te de AIDS, segundo a Teoria do Auto-cuidado de Dorothea Orem.

VI. CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

MÊS DE AGOSTO

Dias de mês:	23 Q	24 S	25 S	26 D	27 S	28 T	29 Q	30 Q	31 S
Nomes:									
Carlos A. da Cunha	RAFF + RG	LSF	-	-	RG	AE	AE	TP	TP
Toni Carlos Maciel	RAFF + RG	LSF	-	-	RG	AE	AE	TP	TP

LEGENDA:

RAFF - Reconhecimento da área física e dos funcionários.

RG - Reunião de grupo.

LSF - Levantamento e seleção dos faltantes junto ao fichário.

AE - Acompanhamento da consulta de enfermagem.

VD - Visita domiciliar.

TP - Triagem dos pacientes.

* - Feriado.

TE - Término do estágio.

OA - Orientação e acompanhamento.

EC - Estágio em campo.

PG - Palestra em grupo.

SE - Seminário.

MÊS DE SETEMBRO

Dias do mês:	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S
Nomes:														
Carlos A. da Cunha	-	-	TP	TP	TP	TP	*	-	-	TP	TP	RG	TP	TP
Toni Carlos Maciel	-	-	TP	TP	TP	TP	*	-	-	TP	TP	RG	TP	TP

Dias do mês:	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S
Nomes:														
Carlos A. da Cunha	-	-	TP	TP	TP	RG	TP	-	-	TP	TP	TP	TP	TP
Toni Carlos Maciel	-	-	TP	TP	TP	RG	TP	-	-	TP	TP	TP	TP	TP

Dias do mês:	29	30
	S	D
Nomes:		
Carlos A. da Cunha	-	-
Toni Carlos Maciel	-	-

MÊS DE OUTUBRO

Dias do mês:	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
Nomes:														
Carlos A. da Cunha	RG	OA	OA	VD	OA	-	-	VD	OA	OA	VD	OA	-	-
Toni Carlos Maciel	RG	OA	OA	VD	OA	-	-	VD	OA	OA	VD	OA	-	-

Dias do mês:	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
Nomes:														
Carlos A. da Cunha	PG	OA	OA	RG	OA	-	-	EC	EC	EC	EC	EC	-	-
Toni Carlos Maciel	PG	OA	OA	RG	OA	-	-	EC	EC	EC	EC	EC	-	-

Dias do mês:	29	30	31
	S	T	Q
Nomes:			
Carlos A. da Cunha	OA	RG	OA
Toni Carlos Maciel	OA	RG	OA

MÊS DE NOVEMBRO

Dias do mês:	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q
Nomes:														
Carlos A. da Cunha	OA	VD	-	-	OA	OA	PG	OA	VD	-	-	RG	RG	SE
Toni Carlos Maciel	OA	VD	-	-	OA	OA	PG	OA	VD	-	-	RG	RG	SE

VII - RESULTADOS

7.1 - INTRODUÇÃO

Prestar assistência de enfermagem a clientes do ambulatório do Centro de Referência de AIDS do Hospital Nereu Ramos não foi uma tarefa fácil. Um objetivo como este, desenvolvido numa área de abrangência com uma demanda ilimitada, num período de tempo curto, seria extremamente difícil se conseguir bons resultados, se não fosse a vantagem de ter bibliografias atuais, recursos humanos de capacidade incomparáveis.

Todos os resultados levantados são fiéis aos registros do ambulatório do Centro de Referência de AIDS do Hospital Nereu Ramos. Não desrespeitamos os direitos humanos. O respeito e a ética nos colocaram em posição de fazer observações, tentar mudar rotinas e chegar a conclusões, a fim de estimular outras análises mais profundas e críticas.

O estudo mostra dados, e queremos neste intuito polemizar mais, e tentar forçar as entidades, sociedade e meios de comunicação a serem mais agressivos que o HIV no sentido de preservar a vida.

7.2 - ATIVIDADES REALIZADAS PARA ALCANÇAR DO OBJETIVO DO ESTUDO

7.2.1 - Atividades Preliminares:

Estas atividades foram desenvolvidas nos primeiros dias do estágio. Envolveu o conhecimento da planta física (Anexo 3), local de estágio e interação com a equipe multidisciplinar.

O ambulatório do Centro de Referência de AIDS do Hospital Nereu Ramos está atualmente localizado em posição de fácil acesso, na entrada do Hospital. Devido a construção antiga da Instituição de Saúde, verificou-se um distanciamento prejudicial dos gabinetes de consulta

da equipe multidisciplinar, bem como, da unidade de internação. Observamos que não havia sala de reuniões e nem gabinete para o odontólogo. Devido a estes fatores e também a falta de leitos para pacientes internados. Foi iniciada e, está em fase de acabamento, um novo ambulatório que contempla todas as prerrogativas citadas, e que vem premiar os esforços da equipe que lá atua. (Anexo 4).

Realizamos reuniões com a equipe multiprofissional e estabelecemos boa interação o que favoreceu a um ambiente agradável e estimulante, permitindo desta forma o desenvolvimento do estágio.

7.2.2 - Atividades de Levantamento de Dados Existentes no Ambulatório do Centro de Referência para a AIDS:

Traz-se nestes gráficos e tabelas um sumário dos resultados obtidos em um estudo de VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, referentes a clientes adultos atendidos no ambulatório do Hospital Nereu Ramos, no período de agosto a novembro de 1990, visando a caracterização de sua demanda e uma melhor assistência de enfermagem.

Em vista do curto período de tempo de observação envolvendo vários tipos de consultas, o quadro aqui apresentado deve ser adotado muito mais como um corte instantâneo da demanda, ou seja, o que seria o dia a dia do atendimento no serviço, mais do que o traçado da história (evolução) natural da infecção pelo HIV no meio catarinense.

Algumas sinalizações, a seguir, serão feitas no sentido de nortear a apreensão dos dados contidos nas tabelas e, estimular novas análises, mais profundas e críticas.

Pelo exame da Tabela 1, nota-se que a clientela é constituída predominantemente de adultos jovens, dados estes entre 1987 a novembro de 1990. As categorias de exposição ao HIV mais frequentemente referidas foram: usuários de drogas injetáveis (71,41% masculinos e 37% femininos), homossexuais (31,46%) e história de multiplicidade de parceiros sexuais - heterossexuais - (18,8% masculinos, 20,8% femininos). Destes 303 do sexo masculino e 110 do sexo feminino, do ambulatório do Centro de Referência para AIDS - HNR.

Tabela 1:

Caracterização dos clientes do ambulatório do Centro de Referência para AIDS - Hospital Nereu Ramos.

Variáveis :	Sexo:	Masculino	Feminino
IDADE (anos):			
média		27,5	25,2
mediana		28	26
amplitude		08-66	15-49
ESCOLARIDADE (%):			
analfabeto		0,7	1,6
curso superior		12,1	8,3
demais *		87,2	90,1
GRUPO DE RISCO (%):			
homossexual		31,4	-
bissexual		20	9,6
usuário de drogas		71,4	37
heterossexual		18,8	20,8
hemofílicos		16	-
heterossexual/usuário de drogas		24	27,2
transfusão recebida		14,6	6,7
outros		4,6	15,7
não determ./não investigado		11,7	64,2

* Demais: engloba clientes com nível de escolaridade a saber:

1º grau completo e incompleto

2º grau completo e incompleto

Depreende-se da Tabela 2 que a soropositividade para o HIV não é uniformemente distribuída nas distintas categorias de exposição. No sexo masculino, os usuários de drogas, os homossexuais e heterossexuais/IV (história de multiplicidade de parceiros), apresentam maior

res taxas de infecção, a saber: 71,4%, 31,4%, 24% respectivamente. Obviamente, estas cifras não devem ser assumidas como estimativas de infecção pelo HIV nos distintos subgrupos da população geral, haja vista o caráter de demanda espontânea. A taxa global de homens infectados (32%) é estatisticamente superior o das mulheres (27,5%), entre estas 37% das usuárias de drogas mostraram-se infectadas. É oportuno deter-se na taxa (20,8%) de infecção em mulheres com história de multiplicidade de parceiros sexuais em relação ao valor 18,8%, observado para os homens. Esta diferença vai de encontro as inúmeras evidências empíricas a favor da maior eficiência da transmissão sexual do HIV no sentido homem-mulher. Ao confrontar estes dados, todavia, deve-se ter em conta, além da possível flutuação casual devido ao pequeno número de clientes avaliados, que multiplicidade de parceiros (as) sexual, foi assumido pelo entender de cada pessoa. Por outro lado, os possíveis erros de classificação de categorias não devem ser negligenciados.

Tabela 2:

Soropositividade para HIV, segundo grupo de risco e sexo, a partir de 1987 à novembro de 1990.

GRUPO DE RISCO	CLIENTES EXAMINADOS				SOROPOSITIVIDADE P/ HIV			
	MASC.		FEM.		MASC.		FEM.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Homossexual	194	17,4	-	--	61	31,4	-	-
Bissexual	39	3,5	31	7,8	08	20	03	9,6
Usuário de Drogas	213	19,1	186	46,6	152	71,4	69	37
Transf. Recebida	41	3,7	15	3,7	06	14,6	01	6,7
Multipl. Parceiros	208	18,7	87	21,8	38	18,8	18	20,8
Hemofilia	12	1,1	-	-	02	16	-	-
Heterossexual/IV *	59	5,3	33	8,3	14	24	09	27,2
Profis. da Saúde	37	3,3	14	9,5	01	2,7	-	-
Outros	216	19,4	19	4,8	10	4,6	03	15,7
Não Determinado	94	8,4	14	3,5	11	11,7	07	64,2
TOTAL	1113	100	399	100	303	32**	110	27,5**

* Heterossexual usuário de drogas injetáveis.

** Índice Global de incidência de infecção

Tabela 3:

Números de casos de HIV positivos, segundo sexo, por ano de diagnóstico e razão masculino/feminino, a partir de 1987 à 13 de novembro de 1990. Ambulatório do Hospital Nereu Ramos.

ANO de DIAGNÓSTICO	NÚMEROS DE CASOS		RAZÃO
	MASCULINO	FEMININO	
ATÉ 1987	26	09	3:1
1988	73	36	2:1
1989	102	35	3:1
1990	112	30	4:1
TOTAL	303	110	3:1

Tabela 4:

Número acumulado e percentual de casos de HIV positivos, segundo categoria de transmissão e sexo, a partir de 1987 à novembro de 1990.

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Transmissão Sexual	117	38,3	21	19	138	33,4
homossexual	61	20,2	-	-	61	20,2
bissexual	08	2,6	03	2,8	11	2,6
heterossexual	38	12,5	18	16,2	56	13,6
Transmissão Sangüínea	160	52,8	70	63,6	230	55,7
usuário de drogas	152	50,2	69	62,8	221	53,5
hemofílico	02	0,7	-	-	02	0,7
transfusão recebida	06	1,9	01	0,8	07	1,5
Outros	26	8,9	19	17,4	45	10,9
TOTAL	303	100	110	100	413	100

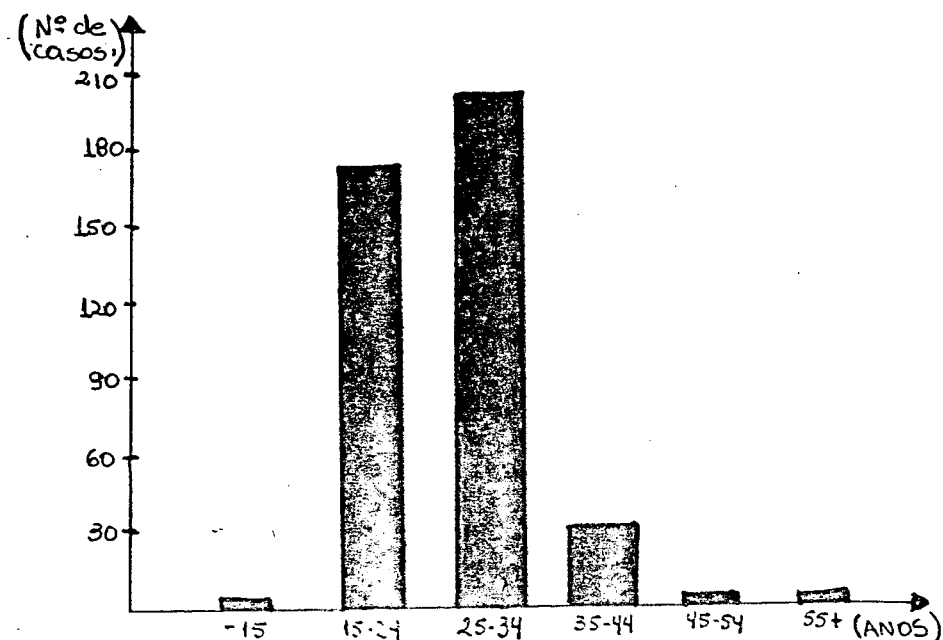
Tabela 5:

Distribuição do número acumulado de casos de HIV positivos e coeficiente de incidência, segundo sexo e idade, a partir de 1987 à novembro de 1990.

GRUPO ETÁRIO (anos)	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 15	01	0,3	-	-	01	0,2
15 - 19	41	13,5	13	11,8	54	13
20 - 24	83	27,3	33	30	116	28
25 - 29	102	33,4	41	37,3	143	34,6
30 - 34	46	15,2	15	13,7	61	14,8
35 - 39	19	6,7	04	3,6	23	5,7
40 - 44	08	2,7	02	1,8	10	2,4
45 - 49	01	0,3	02	1,8	03	0,9
50 - 54	01	0,3	-	-	01	0,2
55 e mais	01	0,3	-	-	01	0,2
TOTAL	303	100	110	100	413	100

Gráfico I:

Distribuição de números de casos de HIV positivos por grupo etário.



7.2.3 - Atividades Realizadas com Pacientes que se Submeteram aos Testes de HIV:

Durante o período de estágio (23.08.90 a 13.11.90), entrevistamos e prestamos assistência de enfermagem a 105 (cento e cinco) clientes que procuraram o ambulatório do Centro de Referência para a AIDS do Hospital Nereu Ramos. Em um primeiro contato com estes clientes aplicamos um questionário (Anexo 1) para medir o nível de conhecimento acerca da patologia, medidas preventivas da AIDS e auto-cuidado. Este questionário seria repetido a fim de diagnosticar a evolução do conhecimento dos clientes, após orientações prestadas.

Observamos que os clientes soropositivados assimilaram muito mais as orientações que os clientes que receberam resultado sorológico para HIV negativo. Isto é explicável uma vez que o cliente positivo está muito mais frequentemente no ambulatório, participa das orientações coletivas, recebe orientação individual e passa mais tempo conosco. Estas conclusões podem ser melhor observadas nas tabelas que demonstram o nível de conhecimento entre clientes de controle ambulatorial e clientes de coleta. (Pág.).

7.2.4 - Atividades com Clientes Portadores da AIDS:

Programamos fazer um levantamento junto ao arquivo dos clientes cadastrados nos últimos 2 (dois) anos e que não retornaram para novos exames e consultas. Ao fazermos levantamento junto ao fichário ano 88-89, verificamos que 187 (cento e oitenta e sete) novos clientes foram cadastrados neste período. O levantamento foi iniciado no segundo dia de estágio e concluído no quinto dia. Dos prontuários verificados selecionamos 20 (vinte), sendo anotados nomes, endereços e última consulta, para posterior visita domiciliar.

Realizar a visita domiciliar a pacientes faltosos, promovendo ações educativas visando a conscientização dos cuidados de saúde, necessidade de retorno e periodicidade da consulta.

Houve uma seleção das fichas anteriormente separadas, levando

do em consideração a última consulta e o endereço. Verificamos que dos clientes que realizaram o teste de anticorpo do HIV, 187 (cento e oitenta e sete) foram cadastrados, apenas 140 (cento e quarenta) retornaram para controle ambulatorial, 40 (quarenta) abandonaram ao saber do resultado do exame e 17 (dezesete) não retornaram para buscar o resultado.

A princípio pensamos que esta atividade seria atingida sem maiores problemas, mas na realidade foi a que causou maior dificuldade. Os impecilhos foram os mais variados, sendo estes: endereço trocado, resistência por parte do cliente, informações incorretas, grandes distâncias dos endereços sem que tivéssemos carro próprio.

Conforme planejamento, 7 (sete) dias de estágio estariam programados para realização de visitas domiciliar. Realizamos 11 (onze) visitas domiciliares e, por decisão em uma reunião entre nossa orientadora e nós e em função dos problemas mencionados, mais buscas em locais de alto índice de criminalidade (Morro do Céu, Morro da Caixa, Morro do Mocotó e favelas da Avenida Ivo Silveira), foram canceladas as demais visitas.

Das 11 (onze) visitas realizadas, 4 (quatro) clientes retornaram ao ambulatório. Os demais prometeram retorno, mas não apareceram, sendo que 1 (um) está fazendo acompanhamento em clínica particular.

Podemos observar durante as visitas, 4 (quatro) motivos que nos levam a acreditar serem os principais pelo não retorno dos clientes ao ambulatório:

- Desinteresse ou "relaxamento";
- Medo de se expor à sociedade como aidético/HIV positivo;
- Falta de informação ou esclarecimento;
- Negação do próprio paciente em ser um HIV positivo.

Consideramos ter atingido, não na totalidade, esta atividade, mas acreditamos ter sido esta uma experiência nova, interessante, construtiva e valiosa para nossa formação profissional.

Talvez por inexperiência nossa, 20 (vinte) clientes a serem visitados e entrevistados tenha sido uma estimativa muito elevada para o curto período, uma vez que outras atividades também foram realizadas neste mesmo período.

Foi elaborado por nós um instrumento (anexo 1) para identificação do conhecimento do cliente sobre o auto-cuidado, patologia e prevenção da AIDS.

O referido instrumento foi aplicado aos clientes que procuraram o ambulatório, em sua primeira consulta, quando da coleta de sangue para o teste de Elisa.

Foi estabelecido um escore de 0 (zero) a 3 (três) pontos para cada resposta obtida nas 10 (dez) questões. Avaliando o conhecimento partindo da somatória dos pontos obtidos nas 10 (dez) questões, sendo que: o indivíduo que apresentasse de 25 (vinte e cinco) a 30 (trinta) pontos seria classificado como apto para o auto-cuidado; o indivíduo que apresentasse de 15 (quinze) a 24 (vinte e quatro) pontos possuiria conhecimento satisfatório, necessitando alguns reforços; o indivíduo que apresentasse menos de 15 (quinze) pontos necessitaria de ensino, orientações e/ou treinamento.

Ao indivíduo que apresentasse total conhecimento sobre as questões seria atribuído escore 3 (três), o que acertasse 50% (cinquenta por cento) das questões, escore 2 (dois) e no caso do indivíduo que apresentasse nenhum conhecimento, o valor atribuído seria 0 (zero).

- TC - total conhecimento: 3
- SC - satisfatório conhecimento: 2
- PC - pouco conhecimento: 1
- NC - nenhum conhecimento: 0

Este instrumento foi aplicado num total de 30 (trinta) clientes, separados em dois grupos:

- Pacientes de coleta de sangue;
- Pacientes HIV positivos em controle ambulatorial.

E em duas situações diferentes:

- a primeira aplicação foi feita no primeiro contato que tivemos com o cliente. Tabulamos os dados e constatamos que 45% (quarenta e cinco por cento) o que corresponde a 13 (treze) clientes, tiveram escore abaixo de 15 (quinze) pontos e que necessitariam de orientações, ensino e/ou treinamento e 35% (trinta e cinco por cento), o que corresponde a 11 (onze) clientes necessitariam de reforços.

- a segunda aplicação ocorreu após prestados as orientações.

Os clientes por nós entrevistados tinham uma idade entre 22 (vinte e dois) e 30 (trinta) anos, possuíam na maioria o 1º grau completo, tendo alguns o 2º e o 3º graus. A religião predominante foi a católica e a renda média foi de 2 (dois) a 3 (três) salários mínimos.

A seguir passaremos a representar em tabelas as respostas do instrumento (anexo 1).

Tabela 1:

Conhecimento dos clientes a respeito das formas de transmissão da AIDS.

NÍVEL DE CONHECIMENTO	PACIENTE DE COLETA				PACIENTE DE CONTROLE			
	1ª apl.		2ª apl.		1ª apl.		2ª apl.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TC	01	10	03	30	03	15	10	50
SC	04	40	02	20	05	25	07	35
PC	02	20	02	20	10	50	01	05
NC	03	30	02	20	02	10	-	-
TOTAL	10	100	09	90	20	100	18	90

OBS.: Houve um abandono de resultado e dois óbitos.

Tabela 2:

Conhecimento dos pacientes sobre as medidas de prevenção da AIDS.

NÍVEL DE CONHECIMENTO	PACIENTE DE COLETA				PACIENTE DE CONTROLE			
	1ª apl.		2ª apl.		1ª apl.		2ª apl.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TC	00	00	00	00	01	05	12	60
SC	01	10	01	10	02	10	06	20
PC	03	30	04	40	13	65	02	10
NC	06	60	04	40	04	20	00	00
TOTAL	10	100	09	90	20	100	18	90

Tabela 3:

Conhecimento dos clientes quanto ao grupo de risco.

NÍVEL DE CONHECIMENTO	PACIENTE DE COLETA				PACIENTE DE CONTROLE			
	1ª apl.		2ª apl.		1ª apl.		2ª apl.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TC	01	10	02	20	02	10	15	75
SC	01	10	02	20	03	15	03	15
PC	03	30	03	30	08	40	00	00
NC	05	50	02	20	07	35	00	00
TOTAL	10	100	09	90	20	100	18	90

OBS.: 90% dos pacientes de controle ambulatorial fazem parte de grupo de risco e 80% dos clientes de coleta também.

Tabela 4:

Conhecimento dos clientes acerca do efeito do vírus no organismo.

NÍVEL DE CONHECIMENTO	PACIENTE DE COLETA				PACIENTE DE CONTROLE			
	1ª apl.		2ª apl.		1ª apl.		2ª apl.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TC	00	00	00	00	01	05	16	80
SC	01	10	02	20	02	10	01	05
PC	06	60	06	60	07	35	01	05
NC	03	30	01	10	10	50	-	-
TOTAL	10	100	09	90	20	100	18	90

Tabela 5:

Conhecimento dos clientes a respeito do risco de contágio do vírus.

NÍVEL DE CONHECIMENTO	PACIENTE DE COLETA				PACIENTE DE CONTROLE			
	1ª apl.		2ª apl.		1ª apl.		2ª apl.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TC	05	50	05	50	10	50	18	90
SC	03	30	03	30	05	25	-	-
PC	02	20	01	10	03	15	-	-
NC	-	-	-	-	02	10	-	-
TOTAL	10	100	09	90	20	100	18	90

Tabela 6:

Conhecimento dos clientes sobre o risco de contágio através do aperto de mão com uma pessoa contaminada.

NÍVEL DE CONHECIMENTO	PACIENTE DE COLETA				PACIENTE DE CONTROLE			
	1ª apl.		2ª apl.		1ª apl.		2ª apl.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TC	-	-	01	10	03	15	14	70
SC	01	10	01	10	03	15	03	15
PC	03	30	03	30	10	50	01	05
NC	06	60	04	40	04	20	-	-
TOTAL	10	100	09	90	20	100	18	90

Tabela 7:

Conhecimento dos clientes sobre o contágio em ambientes como banheiro e cabelereiro.

NÍVEL DE CONHECIMENTO	PACIENTE DE COLETA				PACIENTE DE CONTROLE			
	1ª apl.		2ª apl.		1ª apl.		2ª apl.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TC	01	10	03	30	02	10	13	65
SC	01	10	02	20	04	20	03	15
PC	06	60	03	30	11	55	01	05
NC	02	20	01	10	03	15	01	05
TOTAL	10	100	09	90	20	100	18	90

Tabela 8:

Conhecimento dos clientes acerca da transmissão do vírus através do uso de roupas de uma pessoa contaminada.

NÍVEL DE CONHECIMENTO	PACIENTE DE COLETA				PACIENTE DE CONTROLE			
	1ª apl.		2ª apl.		1ª apl.		2ª apl.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TC	01	10	02	20	03	15	10	50
SC	01	10	01	10	04	20	04	20
PC	04	40	03	30	09	45	02	10
NC	04	40	03	30	04	20	02	10
TOTAL	10	100	09	90	20	100	18	90

Tabela 9:

Conhecimento dos clientes acerca do risco de transmissão do vírus através da doação de sangue.

NÍVEL DE CONHECIMENTO	PACIENTE DE COLETA				PACIENTE DE CONTROLE			
	1ª apl.		2ª apl.		1ª apl.		2ª apl.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TC	04	40	05	50	10	50	16	80
SC	03	30	03	30	04	20	01	05
PC	02	20	01	10	01	05	01	05
NC	01	10	-	-	05	25	-	-
TOTAL	10	100	09	90	20	100	18	90

Tabela 10:

Conhecimento dos clientes quanto ao modo de contaminação das crianças.

NÍVEL DE CONHECIMENTO	PACIENTE DE COLETA				PACIENTE DE CONTROLE			
	1ª apl.		2ª apl.		1ª apl.		2ª apl.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TC	-	-	-	-	01	05	08	40
SC	01	10	02	20	01	05	06	30
PC	06	60	07	70	11	55	03	15
NC	03	30	-	-	07	35	01	05
TOTAL	10	100	09	90	20	100	18	90

Podemos observar pelas estatística que: Em cada grupo de 10 (dez), clientes que fazem o teste de anticorpo para o HIV, 1 (um) abandona, sem saber qual foi o resultado. Isto coloca o risco de este cliente estar transmitindo o vírus sem orientação no sentido de prevenir novos casos. Dos 10(dez) casos de coleta, 1(um) deu resultado positivo.

Houve uma variação acentuada entre os 2 (dois) grupos de clientes, coleta e controle ambulatorial.

Paciente de controle ambulatorial na qual tivemos condições de ensino, orientação e/ou treinamento, demonstrou que evoluiu no conhecimento. Dos 20 (vinte), pacientes, excluindo 2(dois) óbitos, 17(dez e sete) pacientes estão apto para o Auto-cuidado.

A pequena evolução dos clientes do grupo de coleta se deve principalmente à ansiedade e preocupação deste no momento da entrevista, que dificultou o aprendizado durante as orientações. E, tendo somente uma única oportunidade de ser instruído. O que fica claro também, que a população de modo geral está transmitindo o HIV, sem saber o que é AIDS. Não sabe tampouco como prevenir, como conviver e nem aceita AIDS como doença, dizendo não acreditar da sua existência.

Apesar de não ter sido atingido na sua totalidade, este objetivo nos proporcionou maiores experiências, amadurecimento e confirmou a importância do trabalho educativo em saúde.

Para alcançar o objetivo do presente estudo, planejamos como atividade, assistir durante os primeiros 5 (cinco) dias de estágio as consultas de enfermagem realizadas no ambulatório.

Entendemos que a consulta de enfermagem deva visar, além de uma maior interação entre profissional e cliente, o levantamento das necessidades humanas básicas afetadas e em consequência, direcionar para uma assistência sistemática e planejada.

O planejamento do cuidado de enfermagem implica em que o enfermeiro possua capacidade para tomar decisões efetivas no sentido de estabelecer objetivos alcançáveis e selecionar as ações de enfermagem. Uma outra parte do planejamento deve relacionar-se com a identificação das necessidades potenciais do paciente que possam surgir em algum momento no futuro.

As medidas adequadas de enfermagem devem destinar-se a satisfazer essas necessidades a fim de prevenir o surgimento de problemas tanto para paciente como para equipe de enfermagem.

Após esta primeira etapa onde nos familiarizamos com a metodologia da assistência e participamos ativamente das consultas realizadas, partimos para uma segunda etapa onde nós executaríamos as consultas.

Todo processo anterior foi de grande importância, realizamos em média 5 (cinco) consultas diárias, perfazendo um total de 90 (noventa) consultas durante o estágio.

As consultas de enfermagem eram feitas de acordo com a especificidade do caso, ou seja, uma consulta com um cliente que procura o ambulatório pela primeira vez a fim de realizar o teste de Elisa, procedia-se inicialmente investigando o porquê ou o motivo da consulta. Feito isso, o paciente era por nós orientado quanto as formas de transmissão, esclarecimento do teste e medidas preventivas. Após, era encaminhado para o serviço de coleta e agendado um dia para retorno e busca de resultado. Retornando para buscar o resultado do exame, poderia ocorrer duas situações:

- 1 - Resultado negativo: o cliente recebe o resultado e é novamente orientado da necessidade ou não de repetir o teste.
- 2 - Resultado positivo ou reagente: o cliente é encaminhado ao consultório médico e recebe o resultado. É feito o exame clínico e orientado a fazer os exames requeridos. Recebe da enfermagem todos os cuidados que deveria ter a partir deste momento. É agendado para retornar, dependendo do caso, entre 10 a 30 dias.

Outra situação, relaciona-se com pacientes que fazem controle periódico no ambulatório, os quais são submetidos a consulta de enfermagem, que avalia o estado geral do paciente, verifica os sinais vitais e registra-os. Após a consulta pelo médico é agendado para retornar entre 30 (trinta) e 90 (noventa) dias.

A estratégia para alcançar esta atividade seria separar os pacientes por grupos de risco a fim de prestar orientações e cuidados específicos e individualizado, se necessário, e promover discussões em grupo com o mínimo de constrangimento entre os membros.

Segundo Kront (15) " a discussão em grupo e o planejamento de cuidados de enfermagem tendem a eliminar o velho método funcional de cuidado, pois todos os membros da equipe encaram o paciente como indivíduo e estão mais cientes de como podem ajudá-lo. Aqui a enfermagem tem a oportunidade de encorajar a dinâmica de grupo e o trabalho de equipe. Assim a equipe também é capaz de achar as respostas às suas perguntas relativas aos pacientes, suas doenças e seu cuidado. As discussões em grupo devem ser úteis e gratificantes para todos. O paciente se beneficia da consideração que lhe é dada quando o grupo planeja um cuidado específico para ele".

Para operacionalizar esta estratégia tínhamos a proposta de trabalhar com um grupo de 30 (trinta) indivíduos, subdivididos em 3 (três) subgrupos, sendo: 10 (dez) homossexuais masculinos, 10 (dez) toxicômanos e 10 (dez) prostitutas.

A aplicação dos questionários, consultas de enfermagem e visita domiciliar foram os mecanismos de agrupar e selecionar os clientes para os grupos de estudo.

Houve a formação de grupos de toxicômanos e homossexuais masculinos, porém não reunimos prostitutas, uma vez que o serviço do DSP no centro de Florianópolis, é o local procurado por este grupo de risco.

Durante as discussões (bate-papos), passávamos a necessidade de controlar a transmissão do vírus, do auto-controle dos clientes e prepará-los para o auto-cuidado. Nossa preocupação foi sempre de fazer o cliente ser o centro das atenções, visando seu bem estar geral.

Houve situações difíceis, perigosas, onde nós conseguimos amadurecer e nos sentir parte do problema. Fizemos todo possível para diminuir este problema. A participação da assistente social e da en

fermeira nos ajudou a elevar o grau de conhecimento dos indivíduos e nos sentir participantes do processo social e educativo.

Além de todas estas atividades desenvolvidas, foram realizadas acompanhamento de consulta médica sempre que possível, com a finalidade de ampliar o conhecimento do acadêmico e promover o relacionamento interpessoal.

Foram orientados todos os pacientes de controle com relação ao auto-cuidado e importância da consulta periódica no ambulatório.

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade imposta pelo atual sistema de saúde colocou-nos o questionamento de preparo/despreparo da equipe de saúde, recursos materiais obsoletos, preconceito social. Este projeto vem no intuito de proporcionar o aprendizado de assistir sem discriminação, com compromisso e com preparo frente a este problema crucial de progressão geométrica que é letal para a vida. A AIDS mata, mas o descaso, o medo e a ignorância nos distancia mais do respeito com a saúde do ser humano.

Ao término deste trabalho, gostaríamos de tecer algumas considerações que julgamos necessário.

Trabalhar fundamentados em alguns princípios da Teoria de Dorothea Orem foi para nós uma experiência nova e gratificante, apesar da complexidade que envolve uma teoria e da dificuldade natural de operacionalizá-la. Concluimos que uma assistência de enfermagem planejada e desenvolvida com base numa metodologia científica dá sentido e direção à atuação do enfermeiro. Isto proporciona ao profissional a satisfação de um bom desempenho e ao cliente, confiança.

A atividade de acadêmico enquanto agentes da saúde junto a população atendida nos faz despertar para os fatores que facilitam ou dificultam a assistência. Entendemos que o ensino do auto-cuidado apesar do baixo custo, envolve tempo, boa vontade, paciência e interesse.

O repasse do saber científico não desperta o interesse real, uma vez que o ensino do auto-cuidado torna o cliente cada vez mais independente, consciente da importância da prevenção, o que o faz procurar menos os profissionais de saúde, abalando a sustentação de sua hegemonia.

Constatamos a importância da atuação da enfermagem em saúde pública, principalmente com pacientes HIV positivos. O currículo de enfermagem em nosso entender deveria abordar com mais ênfase este assunto.

IX - RECOMENDAÇÕES

Ao Curso de Enfermagem, para que aborde com mais abrangência e intensidade, assuntos relacionados a sexualidade humana e, especificamente a questão ética, moral e AIDS.

Aos professores, para que estimule os alunos de fases anteriores à assistirem a apresentação dos planejamentos e relatórios da VIII Unidade Curricular deste Curso.

Ao ambulatório do Centro de Referência para a AIDS, para que continue a receber bem e dar apoio aos estagiários de enfermagem.

Aos alunos, para que desenvolvam maior interesse sobre trabalhos de conclusão de curso e para que deem continuidade ao nosso trabalho.

À equipe multiprofissional do ambulatório do Centro de Referência para a AIDS, para que continue a assistir aos seus clientes e para que descubram mecanismos para agilizar suas atividades, estimulando o controle ambulatorial.

VII - BIBLIOGRAFIA

1. AIDS - número especial, Revista Tema. Fiocruz - RJ, Ano V, 1987.
2. AQUINO, Ulisses Mota de. AIDS, Toda a Verdade. 2ª edição, Ed. Record, RJ, 1986.
3. DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA - Serviço de Educação em Saúde. Prevenção da AIDS - Teste para Detecção da AIDS.
4. DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA -. Serviço de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS - Assistência Médica em AIDS.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS - Recomendações Técnicas e Aspectos Éticos.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS - AIDS e Infecção pelo HIV na Infância, 1988.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS - Organização Panamericana de Saúde - OPS. Manual de Aconselhamento/AIDS, 1989.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Ministério da Previdência e Assistência Social - INAMPS. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão de Controle de Doenças sexualmente Transmissíveis, SIDA AIDS.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Centro Nacional de Referência para AIDS - Recomendações para Hospitais, Am

bulatórios Médicos, Odontológicos e Laboratórios. Brasília ,
1986.

11. NUNES, Ana Maria Pereira. Desenvolvimento de um Instrumento de Identificação da Competência do Indivíduo para o Auto-Cuidado. Florianópolis. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC, 1982, p. 142.
12. REINBNITZ, Kenyad. Síntese da Teoria do Auto-Cuidado de Dorothea Orem. Florianópolis, UFSC. 1983, p. 30.
13. ROSA, Mit. Estudo da Teoria de Enfermagem. Florianópolis, Setem
bro, 1986. p.38.
14. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS. Apostila de Saúde
Pública. UFSC, 1987.
15. Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem. Curso de Mestrado el
borado por Alvarez e Soares, UFSC, 1986.
16. VARELLA, Drauzio. ESCALEIRA, Narciso. VARELLA, Fernando. AIDS HOJE
2ª edição, SP. Ed. Jovem Pam: Centro Educacional Objetivo: Gru
po Perdigão, 1989.

XI — ANEXOS

INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO DO CLIENTE SOBRE AUTO-CUIDADO NA PREVENÇÃO DA AIDS.

IDENTIFICAÇÃO:

Nome (iniciais ou código): _____

Idade: _____ . Religião: _____

Profissão: _____

Grau de Instrução: _____

Estado Civil: _____

CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS:

Menos de 1 (um) salário mínimo ()

Um (1) salário mínimo ()

De um (1) a dois (2) salários mínimos ()

De três (3) a quatro (4) salários mínimos ()

Mais de quatro (4) salários mínimos ()

1 - Quais as formas de transmissão da AIDS ?

0 - NC ()

1 - PC ()

2 - SC ()

3 - TC ()

2 - Como prevenir a AIDS ?

0 - NC ()

1 - PC ()

2 - SC ()

3 - TC ()

3 - O que você entende por grupo de risco ?

0 - NC ()

1 - PC ()

2 - SC ()

3 - TC ()

4 - Como o vírus atua no organismo ?

0 - NC ()

1 - PC ()

2 - SC ()

3 - TC ()

5 - O vírus é contagioso ?

0 - NC ()

1 - PC ()

2 - SC ()

3 - TC ()

6 - É possível pegar o vírus da AIDS através de um aperto de mão com uma pessoa contaminada ?

0 - NC ()

1 - PC ()

2 - SC ()

3 - TC ()

7 - Pode-se pegar o vírus da AIDS no banheiro ou cabelereiro ?

0 - NC ()

1 - PC ()

2 - SC ()

3 - TC ()

8 - O vírus da AIDS é transmitido através do uso de roupas de uma pessoa contaminada ?

0 - NC ()

1 - PC ()

2 - SC ()

3 - TC ()

9 - Pode-se pegar o vírus da AIDS doando sangue ?

0 - NC ()

1 - PC ()

2 - SC ()

3 - TC ()

10 - Como as crianças são contaminadas ?

0 - NC ()

1 - PC ()

2 - SC ()

3 - TC ()

LEGENDA:

NC - nenhum conhecimento

PC - pouco conhecimento

SC - satisfatório conhecimento

TC - total conhecimento

METODOLOGIA DA VISITA DOMICILIAR

ESQUEMATIZAÇÃO:

- 1 - PLANEJAMENTO:
 - 1.1 - Seleção da visita a ser realizada.
 - 1.2 - Coleta de dados.
 - 1.3 - Revisão de conhecimentos.
 - 1.4 - Plano.
 - 1.5 - Preparo do material.

- 2 - EXECUÇÃO:
 - 2.1 - Abordagem.
 - 2.2.- Atividades.
 - 2.3 - Resumo e avaliação.

- 3 - REGISTRO DE DADOS

- 4 - AVALIAÇÃO:
 - 4.1 - Seleção da visita a ser realizada:
 - a) Prioridades estabelecidas
 - b) Itinerário e meio de transporte
 - c) Horas mais apropriadas para assistência que vai ser prestada
 - d) Cálculo do tempo disponível da visita
 - 4.2 - Coleta de dados:
 - a) Solicitar ao arquivo as fichas de controle de saúde de dado paciente
 - 4.3 - Revisão de conhecimento:
 - a) Estudar todos os dados registrados nas fichas

b) Rever os conhecimentos científicos para aplicar nas orientações

4.4 - Plano:

a) Definir a conduta a ser seguida e traçar um plano provisório das ações de enfermagem

4.5 - Preparo do material:

a) Selecionar o material a ser utilizado na visita

EXECUÇÃO:

1 - ABORDAGEM:

1.1 - Complementar o estudo com informações que possam ajudar na abordagem do assunto.

1.2 - Estabelecer ambiente favorável.

2 - ATIVIDADES:

2.1 - Executar as ações de enfermagem planejadas ou equacioná-las à situação encontrada.

2.2 - Rever orientações e atividades prestadas à família e os planos para o atendimento das necessidades.

3 - RESUMO:

3.1 - Resumir todos os assuntos abordados durante a visita.

4 - AVALIAÇÃO:

4.1 - Avaliar se os objetivos da visita foram atingidos.

5 - REGISTRO DE DADOS:

5.1 - Registrar as ações da visita no prontuário ou fichário do paciente.

6 - AVALIAÇÃO FINAL:

6.1 - Rever todos os passos a partir do planejamento, avaliando os aspectos positivos e negativos a respeito da validade do trabalho educativo.

FATORES A CONSIDERAR:

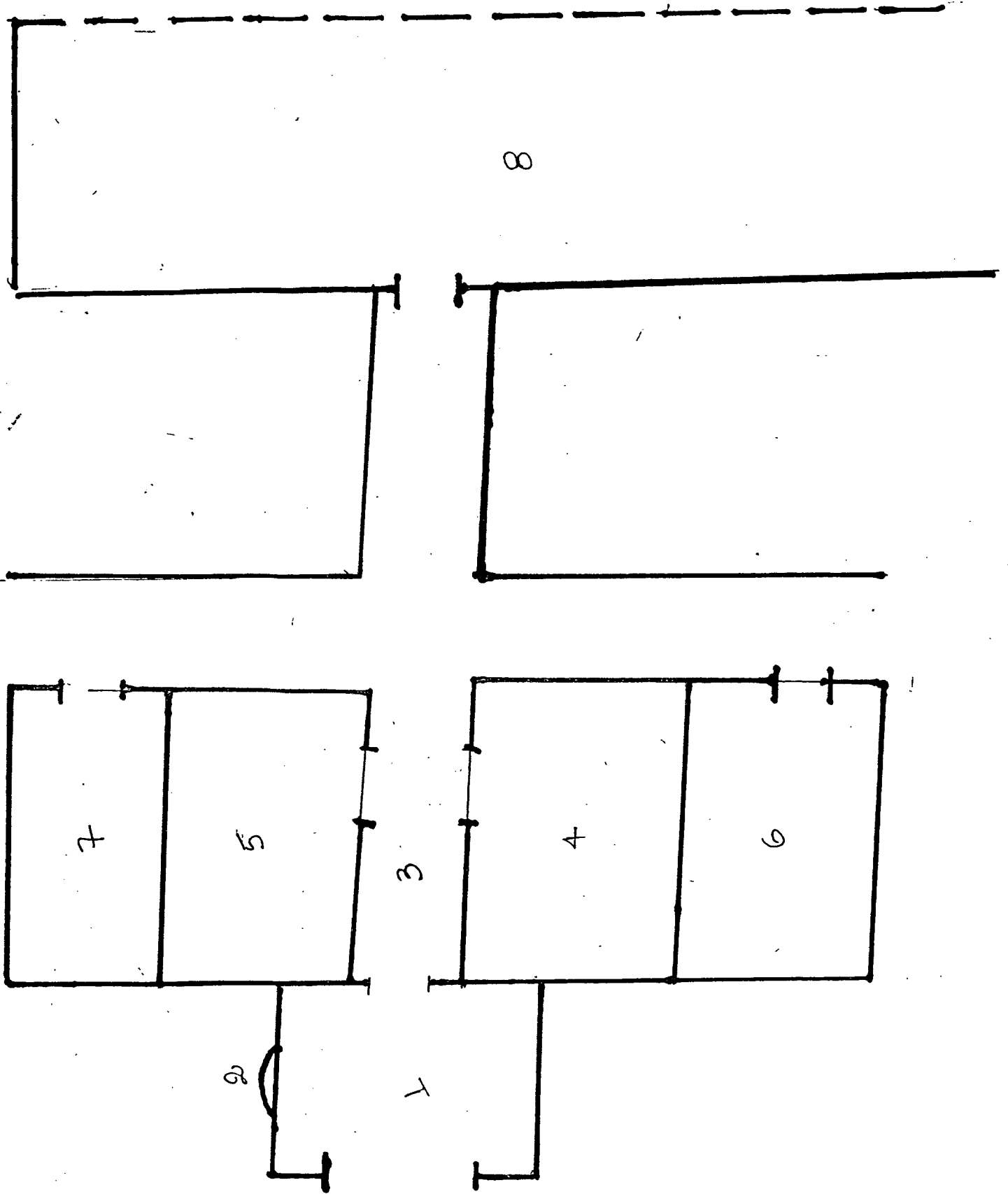
- 1- Problemas aparentes, ciente da família;
- 2 - Problemas não reconhecidos pela família;
- 3 - Estabelecimento de contato com outros serviços, antes de serem indicadas as famílias;
- 4 - Estabelecimento de formas de comunicação verbal e não-verbal adequada a realidade encontrada.

Anexo 3:

Croqui do Amb. do Centro
de Ref. p/ AIDS - H.N.R.

Legenda:

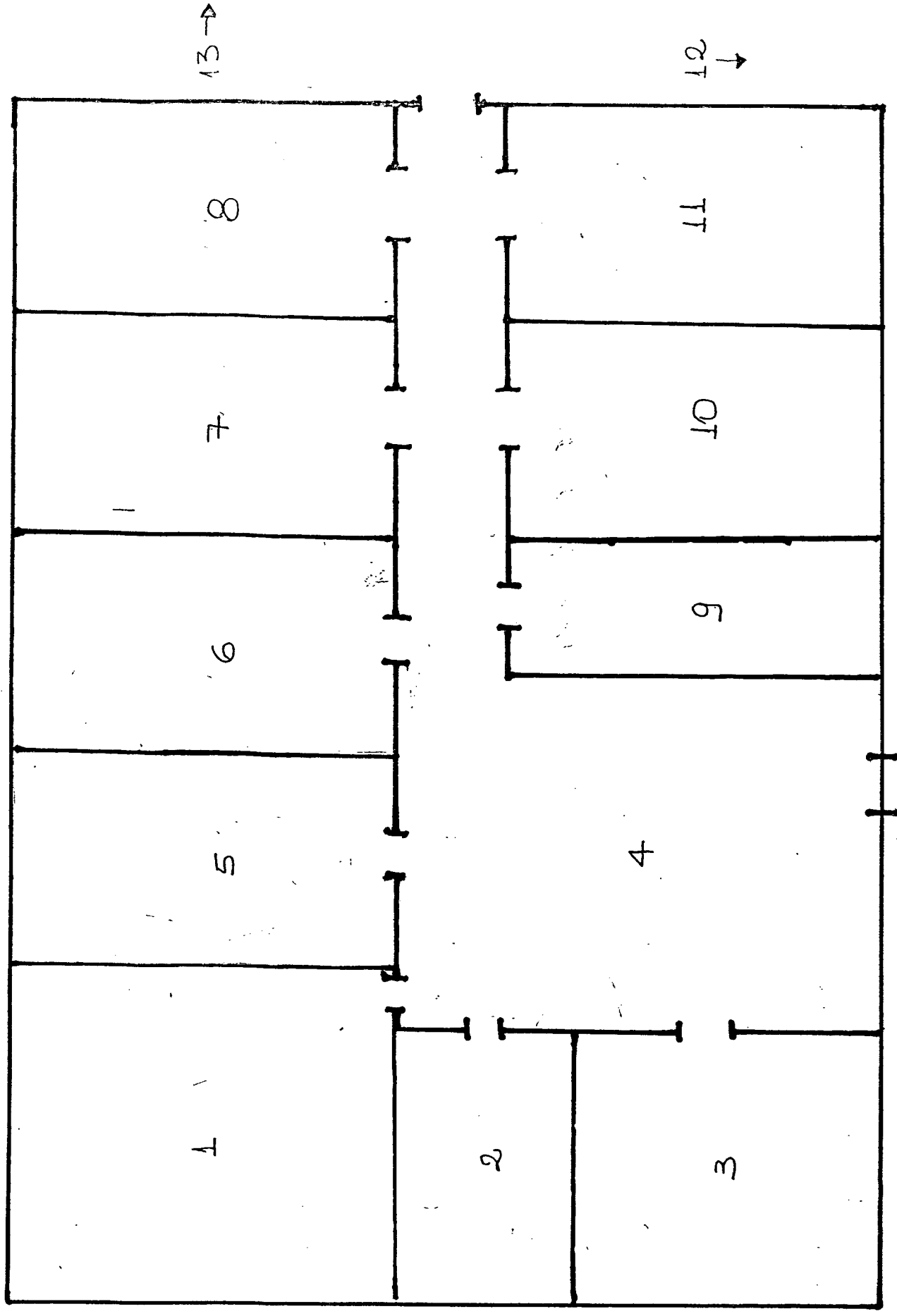
- 1- Hall de Entrada
- 2- Registro de Internação
- 3- Sala de Espera (Comedor)
- 4- Consultório Enfermagem
- 5- Consultório Médico
- 6- Consultório S. Social
- 7- Sala de Coleta
- 8- Unidade de Internação



Anexo 4
 Croqui da Futura
 Instalação do
 Ambulatório - HNR.

Legenda:

- 1- Sala de Coleta
- 2- Copa
- 3- Sala Paciente/dia
- 4- Sala de Espera
- 5- Cons. Odontologia
- 6- Cons. Enfermagem
- 7- Cons. Asist. Social
- 8- Cons. Psicologia
- 9- Banheiro
- 10- Cons. Médico
- 11- Cons. Médico
- 12- Unidade de Internação
- 13- Sala de Reuniões



ANEXO 5

Ficha de Cadastramento de Clientes utilizada no Ambulató
rio do Centro de Referência para AIDS - Hospital Nereu Ramos.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA

REGISTRO NOMINAL

SOBRENOME	NOME	Nº DE REGISTRO
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LUGAR DE NASCIMENTO	DATA DE NASC.
NOME DO PAI		
NOME DA MÃE		
REGISTRANTE	DATA DO REGISTRO	

UNIDADE

SA/041

1055c 58328

ANEXO 6

Folha de Evolução do Paciente HIV positivo, utilizada pela Equipe Multiprofissional do Centro de Referência para AIDS - Hospital Nereu Ramos.

ANEXO 7

Informações e Instruções sobre AIDS.

Informações Básicas sobre a AIDS

1. A AIDS é uma doença fatal que não pode ser curada atualmente.
2. A AIDS não é disseminada por contacto não íntimo.
3. A AIDS é disseminada através de relação sexual, de sangue contaminado e de agulhas hipodérmicas contaminadas.
4. Uma mulher contaminada pode transmitir a AIDS a seu filho durante a gravidez.
5. Um relacionamento estável, mutuamente fiel, com outra pessoa não infectada é o modo mais seguro de se evitar a infecção. De qualquer maneira, a redução do número de parceiros sexuais reduz as chances de se contrair a AIDS.
6. Para os sexualmente ativos, o uso sistemático de preservativos é uma boa proteção contra a AIDS.
7. Alguém pode parecer e sentir-se saudável e, ainda assim, ser capaz de disseminar a infecção que causa a AIDS.

Instruções para os Usuários de Preservativos

Para a máxima proteção possível, os preservativos devem ser usados corretamente. Os profissionais de saúde não devem pressupor que as pessoas saibam como usar os preservativos. Todos os usuários dos preservativos devem receber instruções muito claras e explícitas:

- Use um preservativo cada vez que tiver uma relação sexual.
- Sempre coloque o pênis dentro do preservativo antes do início da relação.
- Coloque o preservativo quando o pênis estiver em ereção.
- Não deixe o preservativo ficar apertado na ponta do pênis. Deixe um pequeno espaço vazio — cerca de um ou dois centímetros — na ponta do preservativo para acondicionar o espermatozoário. Alguns preservativos têm uma ponta especial para esse fim.
- Desenrole o preservativo até a base do pênis.
- Se o preservativo se romper durante a relação, retire o pênis imediatamente e coloque outro preservativo.
- Depois da ejaculação, retire o pênis enquanto ainda estiver em ereção. Enquanto retirar, segure a borda do preservativo para que este não escorregue.
- Use um novo preservativo cada vez que tiver uma relação. Jogue fora os preservativos usados.
- Se desejar usar lubrificante, use lubrificantes feitos à base de água, como as geléias anticoncepcionais. Os lubrificantes feitos com geléia de petróleo podem danificar os preservativos. Não use saliva porque pode conter vírus.
- Armazene os preservativos em lugar fresco e seco, se possível.
- Os preservativos que estiverem pegajosos ou quebradiços, ou danificados de algum outro modo, não devem ser usados.

Dez Maneiras de Como os Profissionais de Saúde Podem Auxiliar a Deter a AIDS

O que podem fazer atualmente os profissionais de saúde e as instituições para reduzir a disseminação da AIDS? Quando factíveis, as medidas abaixo podem ser tomadas:

1. Informe-se a respeito da AIDS.
2. Informe o público sobre a AIDS.
3. Encoraje o uso de condons.
4. Encoraje os clientes a desenvolver um relacionamento sexual estável e mutuamente fiel ou, pelo menos, a reduzir o número de parceiros sexuais.
5. Aconselhe todos os clientes que são, ou que possam em breve tornar-se, sexualmente ativos, sobre as medidas preventivas contra a AIDS.
6. Faça exames de detecção em sangue doado e eduque doadores.
7. Administre transfusões somente quando claramente necessário.
8. Use apenas agulhas, seringas e outros instrumentos esterilizados.
9. Previna os clientes a evitarem quaisquer injeções com agulhas que possam não estar esterilizadas. Encoraje os usuários de drogas injetáveis a usarem apenas agulhas e seringas esterilizadas, a reduzirem o uso de drogas e a usarem preservativos.
10. Aconselhe as pessoas que possam estar infectadas pelo vírus da AIDS e informe-as sobre como evitar infectar outras.

Uma discussão detalhada dessas medidas pode ser encontrada nas páginas L-24-29 deste número de *Population Reports*. As precauções que os profissionais de saúde podem tomar para se protegerem se encontram listadas nas páginas L-26-27.

Recomendações Especiais para os Grupos de Alto Risco

1. Siga as recomendações sobre práticas sexuais (veja quadro, pág. L-20).
2. Se for provável que você esteja contaminado, pense cuidadosamente antes de engravidar, ou de engravidar uma parceira. Uma mulher infectada pode transmitir AIDS para seu bebê antes de que ele nasça.
3. Não compartilhe agulhas com outras pessoas. Não permita que outros usem suas agulhas. Se isso não for possível, esterilize agulhas e seringas antes de usá-las.
4. Não doe sangue, esperma ou quaisquer órgãos.
5. Como medida extra de segurança, não use objetos de outras pessoas, como aparelhos de barbear, escovas de dente, ou outros objetos que possam estar contaminados com sangue.

Cinco Recomendações sobre Sexo e AIDS

1. Procure um relacionamento mutuamente fiel com um parceiro ou, pelo menos, limite o número de parceiros sexuais para reduzir as chances de contrair AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis.
2. Não tenha relações com alguém que tenha tido muitos parceiros sexuais.
3. Lembre-se de que tanto a relação vaginal como a anal podem disseminar a AIDS.
4. Sempre use preservativos ou insista para que seu parceiro os use, se houver qualquer risco de infecção. Proteja-se; proteja seu parceiro.
5. Lembre-se de que alguém pode parecer saudável mas, ainda assim, disseminar a AIDS.

ANEXO 8

Panfletos Educativos.

AMBS
AMBS
AMBS

**ESCLARECIMENTOS IMPORTANTES
SOBRE O TESTE PARA
DETECÇÃO DA AIDS**

DEPARTAMENTO AUTÓNOMO DE SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
PREVENÇÃO DA AIDS

ESCLARECIMENTOS SOBRE O TESTE DE ANTICORPOS

É importante que você leia e entenda estas informações antes de fazer o Teste de Anticorpos para identificar se você entrou ou não em contato com o vírus da AIDS.

O QUE É O TESTE DE ANTICORPOS?

O Teste de Anticorpos HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é um teste sanguíneo que além de analisar o sangue para doação, pode também mostrar se você teve ou não contato com o vírus da AIDS.

O QUE O TESTE MOSTRA?

O teste mostra se você foi infectado com o HIV (Vírus da AIDS).

Embora este não seja um teste para o vírus da AIDS, mostra por outro lado os anticorpos (substâncias que se formam quando determinados agentes invadem nosso organismo) que foram formados pela invasão do vírus (HIV).

Esta circunstância demonstra que houve infecção, isto é, houve contato com o vírus.

O TESTE NÃO LHE DIRÁ SE VOCÊ TEM AIDS.

O TESTE NÃO LHE DIRÁ SE VOCÊ VAI OU NÃO FICAR COM AIDS.

Mesmo assim é importante que as pessoas infectadas (Teste de Anticorpos Positivos) tomem muito cuidado, evitando serem infectadas novamente ou transmitir o vírus para outros.

QUE TESTES SÃO FEITOS?

Uma amostra sangüínea será tirada do seu braço com uma seringa descartável ou esterilizada e analisada em um laboratório usando um teste chamado ELISA.

Se o ELISA der positivo, um segundo teste será feito com a mesma amostra sangüínea para confirmar o resultado.

O QUE SIGNIFICAM OS RESULTADOS?

1) Resultado Positivo:

Um resultado positivo significa: que você tem anticorpos e que foi infectado com o vírus em alguma época. Pessoas com um resultado positivo devem assumir que possuem o vírus e podem transmiti-lo a outras pessoas:

- . pelo sexo (anal, vaginal ou oral) onde fluidos do corpo, especialmente esperma ou sangue, entram no corpo do parceiro;
- . compartilhando agulhas infectadas com o sangue contaminado com outras pessoas;
- . doando seu sangue, esperma ou qualquer órgão de seu corpo;
- . às gestantes que durante o fim da gestação, parto ou logo depois poderão transmitir para seus filhos.

Um teste com resultado positivo não significa:

- . que o indivíduo seja portador de AIDS;

- . que o indivíduo terá AIDS;
- . que o indivíduo seja imune à AIDS.

2) Resultado Negativo:

Um teste com resultado negativo significa:

- . que nenhum anticorpo contra o vírus da AIDS foi encontrado no **sangue do indivíduo no momento**. Para isso, existem três possíveis explicações.
 1. o indivíduo não teve contato com o vírus;
 2. o indivíduo teve contato com o vírus mas não foi infectado;
 3. o indivíduo foi infectado, porém ainda não produziu anticorpos.

O RESULTADO NEGATIVO NÃO SIGNIFICA QUE O INDIVÍDUO SEJA IMUNE AO VÍRUS.

INFORMAÇÕES PARA AS PESSOAS QUE TENHAM O TESTE POSITIVO E PARA AQUELAS QUE POSSAM TRANSMITIR O VIRUS DA AIDS.

- . se o teste deu positivo é aconselhável uma avaliação médica periódica de 3 em 3 meses, assim como um seguimento para detectar precocemente, sinais e/ou sintomas da AIDS;
- . esses indivíduos não devem doar sangue, plasma, órgãos, esperma e leite;
- . as mulheres com teste positivo devem evitar a gravidez, pelo risco de transmissão ao feto;

- . durante o ato sexual (anal, vaginal ou oral) tome cuidado para que o sangue ou esperma não sejam passados de uma pessoa para outra;
- . use preservativos (Camisinha de Vênus) para não transmitir o vírus ao seu parceiro;
- . evitar multiplicidade de parceiros sexuais;
- . para injeções, deve-se usar agulhas e seringas descartáveis e individuais;
- . nunca faça uso de seringas ou agulhas em roda de viciados. Até mesmo uma pequena quantidade de sangue deixada nelas pode conter o vírus;
- . informe seu médico e dentista que você pode estar infectado, para que eles tomem os devidos cuidados.

OBS.:

- . Aparelho de barbear e escova de dente deve ser de uso exclusivo;
- . se um acidente resultar em sangramento, use sabão e água para limpar os objetos e superfícies sujas. Você poderá mais tarde desinfetar estas superfícies com um desinfetante caseiro (Água Sanitária — QBoa);
- . informe seus parceiros sexuais ou qualquer um que possa ter sido infectado por você, para que eles também possam tomar os devidos cuidados com os outros;
- . procure seu médico para um exame completo.

O TESTE É CONFIDENCIAL E ANÔNIMO

Sua amostra sangüínea e resultados não têm o seu nome, somente um número para identificação.

Se você fizer o teste através de seu médico ou qualquer clínica, você pode perguntar como eles pretendem proteger a sua confidencialidade.

É de máxima importância você procurar orientação com o seu médico, independentemente do resultado do teste.

A I D S

Quanto mais você conhecer, mais você pode evitar.