



ANNIOLYS HERRERIA MICHEL

**INFLUÊNCIA DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIV/AIDS, NO
CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES ENTRE 15 E 17 ANOS.
PORTO ALEGRE, 2017-2018.**

PORTO ALEGRE – RS

2018



ANNIOLYS HERRERIA MICHEL

**INFLUÊNCIA DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIV/AIDS, NO
CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES ENTRE 15 E 17 ANOS.
PORTO ALEGRE, 2017-2018.**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Lucas Mello Pioner

PORTO ALEGRE – RS

2018

RESUMO

O Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) tem um comportamento pandêmico nos últimos anos. No município de Porto Alegre a situação é alarmante, o que propiciou a realização deste projeto de intervenção e portfólio. Se apresentou um caso clínico complexo de uma adolescente infectada pelo HIV, com uma rede de apoio fraca e fatores de riscos comportamentais associados, de difícil manejo, que demandou uma atenção integral e interdisciplinar para um desfecho satisfatório. Foram abordados os aspectos relacionados à prevenção de estigma, isolamento, depressão e suicídio na pessoa HIV +, assim como as atividades de promoção e prevenção do HIV/AIDS oferecidas na APS. Se colocou o atendimento domiciliar como uma alternativa valiosa para melhorar a qualidade de vida e adesão ao tratamento e acompanhamento dos pacientes infectados e doentes. O aprendizado durante o curso de especialização foi decisivo para levar adequadamente os protocolos clínicos no cenário diário e demonstrar que embora os adolescentes sejam muito vulneráveis dada sua inexperiência, a educação em saúde possibilita capacitação e ações transformadoras que favorecem mudança de pensamentos e ações. Palavras-chaves: HIV/AIDS, adolescente, intervenção educativa, promoção e prevenção, cuidado domiciliar.

Descritores: Atenção Primária, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Saúde do adolescente, Prevenção de doenças.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 5 |
| 2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO | 8 |
| 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO | 16 |
| 4. VISITA DOMICILIAR..... | 22 |
| 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA..... | 26 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 29 |
| ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO | 32 |

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Anniolys Herrera Michel, estudei medicina em Cuba, no Instituto Superior de Ciências Médicas de La Habana em 2008. Fiz meu serviço social durante 2 anos no município rural do estado de Artemisa conjuntamente com a especialização em Medicina General Integral que conclui em 2010. Trabalhei como médica de comunidade na República Bolivariana de Venezuela, no período 2011-2015, como parte da Missão “Bairro Adentro”, nos estados de Aragua e Zulia. Durante esse período tive maravilhosas experiências e aprendizado dos costumes do povo venezuelano, particularmente na saúde indígena e áreas de extrema pobreza. Além disso contribuí como professora na formação de futuros médicos integrais comunitários como parte dos programas sociais do projeto da Revolução Bolivariana da Venezuela.

Ao concluir minha missão regressei para Cuba integrando-me novamente ao programa dos Consultórios Médicos da Família na periferia do meu município de residência. No final de 2016 me incorporei ao Programa Mais Médicos do Brasil, sendo lotada no município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, onde me encontro atuando como médica na Estratégia De Saúde Da Família (ESF) São Pedro.

A ESF São Pedro está localizada na Rua São Pedro, 526, no Bairro Lomba do Pinheiro, na periferia leste da cidade de Porto Alegre. Está vinculada à Secretaria de Saúde do Município, fazendo parte da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP). A área de atuação das equipes faz divisa com as Unidades de Saúde (US) Panorama, Viçosa, Lomba do Pinheiro e Santa Helena. A US São Pedro foi construída em 1996. É uma unidade pequena, com duas equipes de Saúde da Família e uma equipe de Saúde Bucal, composta atualmente pelos seguintes profissionais: duas médicas, duas enfermeiras (no momento uma em licença maternidade), quatro técnicas de enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ACS) uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma técnica de saúde bucal. Dentro dos Recursos Sócio -Institucionais da região se encontram: Associações de Moradores, Conselho Tutelar 9ª Região, CRAS Lomba do Pinheiro, CREAS Lomba do Pinheiro, Equipe de Saúde Mental / Ambulatório de Saúde Mental, EMEF São Pedro, Educação Infantil Sociedade Beneficente Creche São Pedro, Unidade de Pronto Atendimento – UPA Lomba do Pinheiro, SAF Nossa Senhora Aparecida (Atende São Pedro I), SAF CPCA (Atende São Pedro II) e SASE - Lomba do Pinheiro Entidades. Nossa área de

abrangência é constituída de 1551 famílias divididas em 772 para a equipe I e 779 para a equipe II. O total da população é de 5234 pessoas cadastradas com um predomínio da população jovem. De acordo com informações coletadas com os Agentes Comunitários, a maior parte tem Ensino Fundamental completo, poucas pessoas completaram o Ensino Médio, algumas são universitárias e a minoria são analfabetas.

A maior parte dos moradores possuem alguma fonte de renda, sendo que alguns usuários contam somente com a renda proporcionada pelo bolsa-família. Além do trabalho formal, existe uma porção importante da população que vive do trabalho informal, como vendas, artesanato, serviços gerais não assalariados, ou ainda atuam como autônomos no comércio local. Há também uma porção que atua em atividades ilícitas como a venda de drogas e entorpecentes. No que se refere às condições de moradia, temos uma predominância absoluta de imóveis próprios, em situação regular, de alvenaria, com abastecimento de água da rede pública, coleta seletiva de lixo, sistema de esgoto encanado e energia elétrica. Os principais problemas atendidos em consultas agendadas e em demandas espontâneas são: problemas de saúde mental, Asma, Diabetes, Hipertensão Arterial e doenças infecciosas como Tuberculoses, Sífilis e infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana /Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS).

Por ser o país mais populoso da América Latina, o Brasil é também o que mais concentra casos de novas infecções por HIV na região. Porto Alegre apresentou taxa de 74,0 casos/100 mil hab., em 2015, valor correspondente ao dobro da taxa do Rio Grande do Sul e a quase quatro vezes a taxa do Brasil (MINSITÉRIO DA SAÚDE, 2016)

De acordo com dados do último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o crescimento da AIDS na juventude (15 a 24 anos) continua sendo uma preocupação importante e as ações nesse segmento tem de ser intensificadas. Na nossa área temos um total de 57 pacientes cadastrados vivendo com HIV, mas em acompanhamento na US temos registro de somente 14, sendo que destes 3 são casos novos de adolescentes com idade entre 16 e 18 (diagnosticados este ano). O Brasil é um país onde uma percentagem considerável da população pertence ao grupo de adolescentes, e a grande maioria não tem uma maturidade sobre as questões de saúde e sexualidade. Esta geração desempenha um papel importante na concepção das infecções sexualmente transmissíveis, o que na minha percepção ocorre devido

à informação inadequada e insuficiente dos jovens sobre o exercício da função sexual, como a falta de conhecimento sobre transmissão de doenças e as formas de prevenção, além de falta de orientação pela família. Neste sentido, justifica-se realizar este projeto (Anexo 1) que irá informar e implementar um conjunto de conhecimentos baseado em alternativas ligadas à prevenção em adolescentes através da implementação de um programa educacional, que lhes permita ser informados sobre os riscos que existem para a infecção pelo HIV.

2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO

Dentre dos problemas de saúde mais frequentes na ESF São Pedro, estão as doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, as doenças relacionadas a Saúde Mental e as doenças infecciosas como a Sífilis, a Tuberculose e o HIV/AIDS (Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), que tem apresentando um aumento significativo nos últimos anos. Por esse motivo, o meu projeto foi direcionado à uma intervenção no grupo de adolescentes, que se mostram mais vulneráveis devido à desinformação que frequentemente apresentam nesta idade. Sendo assim se expõe o caso que inspirou ou sensibilizou a equipe para a realização deste trabalho.

Relato do Caso

Paciente GTF, feminina, branca, 16 anos de idade, procurou atendimento no mês de janeiro/2017 na ESF São Pedro, sendo acolhida pela enfermeira MGY. Sua demanda era solicitar método anticoncepcional, referiu que fazia uso de contraceptivo injetável trimestral, mas parou porque tinha saído de casa; relatou também ter tido relações sexuais desprotegidas com mais de um parceiro. Tem histórico de acompanhamento no Núcleo de Atenção da Saúde da Criança e Adolescente(EESCA) desde os 13 anos porque começou a fugir de casa, ficava na rua e fazia uso de maconha. Foi internada na Clínica São Jose. Após a internação usou durante dois meses Ácido Valpróico 500 mg, 01 comprimidos (cp) de manhã e 01 cp à noite e Clorpromazina 25 mg, 02 cp de manhã e 02 cp à noite. No momento do acolhimento não estava usando nenhuma medicação. Durante a avaliação com a enfermeira, negou queixas ou sintomas, sem alterações ao exame físico exceto sobrepeso. Na consulta foi orientada sobre a necessidade de realizar teste de gravidez e testes rápidos para doenças sexualmente transmissíveis, assim como uso de preservativo. Foi acordado com a paciente seu retorno na manhã seguinte para a realização dos mesmos e tomada de conduta a respeito da prescrição do anticoncepcional. No dia seguinte, a paciente voltou conforme combinado e fez os testes rápidos, tendo resultado positivo para HIV, a enfermeira solicitou o exame confirmatório ao laboratório, conforme orientado pelo Telessaúde, e orientou a paciente a coletar o quanto antes, também agendou consulta para avaliação médica na próxima semana,

e forneceu receita de acetato de medroxiprogesterona 150 mg 1 ampola IM a cada 3 meses.

Primeira consulta médica:(18/01/2017)

Subjetivo: paciente veio para avaliar resultado de exame (Anti-HIV), adolescente, de 16 anos, com ensino médio incompleto, abandonou escola e está desempregada, com histórico de depressão e uso de drogas. Relatou práticas sexuais desprotegidas. Natural de Porto Alegre, terceira filha da família T-F, convive com seus pais senhor GFR e senhora RTS, seus três irmãos e sobrinha, diz ter relacionamento familiar difícil, saindo muitas vezes de sua casa e ficando na rua (ver genograma no ANEXO 2). Foi internada e tratada por problemas de saúde mental, no momento sem tratamento e sem acompanhamento.

Objetivo: paciente com bom estado geral, normohidratada, Temperatura :36,5 °C. Cabeça e pescoço: simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de adenopatias retroauricular e cervicais, tireoide não visível nem palpável. Aparelho respiratório: murmúrios vesiculares normais, sem ruídos agregados.FR:17 Ausculta cardíaca: batimentos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.FC:83, PA:110/70.

Abdome: Plano, depressível e não doloroso a palpação, não apresentou visceromegalias, nem irritação peritoneal, ruídos hidroaéreos normais. Sistema nervoso: Paciente orientada em tempo espaço e pessoa, que respondeu ao interrogatório coerentemente, linguagem sem alterações, sensibilidade superficial e profunda normais, tônus e força muscular conservados. Reflexos sem alterações, nem sinais meníngeos. Peso:67,8 kg Altura:158,0 cm IMC:27,16 kg/m²

Exames complementares: Anti-HIV reagente :10/01/2017

Avaliação: evidência laboratorial do vírus HIV (cid10 R75) / comportamento sexual de alto risco (CID10 Z72.5) / suporte familiar inadequado.

Plano: orientações gerais (dieta e hábitos saudáveis, relações sexuais com preservativo, manter higiene adequada). Foi orientada sobre o vírus e como causa a doença, a diferença entre estar infectada pelo vírus e ter a doença, as alternativas de tratamento e vantagens do começo precoce, quais são as possíveis complicações e a importância de um acompanhamento regular segundo Protocolo e diretrizes terapêuticas (BRASIL, 2017). Solicito exames laboratoriais (Hemograma completo, glicose em jejum, EQU, HBsAg, Anti-HBC total, Anti-Hbs, Anti- HCV,VDRL, sorologia

para toxoplasmose, FAT-ABS, Chagas, Anti -HTLV I-II, TGO , TGP ,Creatinina ,Ureia ,Colesterol Total, LDL ,HDL ,Triglicerídeos , TSH, EPF, Rx de tórax e Prova de tuberculina (PPD), além de Carga viral e contagem de CD4/CD8 (marcados por telefone no Sanatório Partenon, que é o centro de referência para os pacientes HIV de nossa localidade). Foi preenchida a notificação compulsória, planejamos uma visita domiciliar na próxima semana para abordagem da família (paciente concordou em notificar seus pais e fazer acompanhamento na US), marcada consulta em 30 dias para avaliar os resultados dos exames, e orientada a paciente a procurar a unidade se apresentar algum sintoma.

Visita Domiciliar (26/1/2017):

Junto com agente comunitária de saúde (ACS) LMA chegamos na casa da família T-F, estavam na casa a paciente, seus pais, sua irmã menor e sua sobrinha. A casa tem condições estruturais regulares, paredes e chão de cimento, teto laminado, condições higiênicas regulares, com animais domésticos que entram no domicílio, tem 1 banheiro, 1 sala ,3 dormitórios,1 cozinha e pátio. A renda familiar é de 3 salários mínimos, providos pelo pai e pelos dois irmãos maiores. Com ajuda da ACS abordamos os pais e notificamos a condição de sua filha, o que gerou uma briga na família, com os pais culpando a menina e dizendo que tudo era devido ao seu comportamento. Acalmamos a situação, explicamos para todos que não tem risco de contrair a doença por compartilhar com ela objetos de cozinha nem ficar perto dela, que precisa de apoio e carinho, o que também é importante para uma boa imunidade e que fazendo o tratamento corretamente ela terá um melhor prognóstico. Orientamos sobre o vírus e a doença assim como a importância de uma boa adesão ao tratamento para evitar resistência do vírus. Falamos também sobre a necessidade do uso de preservativo para evitar infectar a outros e a ela mesma com outras doenças ou com o mesmo vírus. Orientamos sobre a existência de grupos de apoio e que o caso seria matriciado com a Equipe do EESCA para retomar o acompanhamento com Psiquiatria e Psicologia. Aproveitamos para dar algumas orientações aos pais sobre suas doenças e a prevenção de acidentes com a neta. Reforçamos com a paciente a necessidade de retornar em consulta com o resultado dos exames.

A paciente retornou ao posto no dia 06/02/2017 para trazer resultado de exames, relatou que teve episódio de febre há 3 dias, passou em consulta com a

enfermeira LVS, UROCULTURA 19/01/2017: E. coli >100.000. Resultado de BHCG de 19/01 inferior a 25. RX de tórax sem achados radiológicos. Em atendimento compartilhado com a médica e Telessaúde, foi decidido iniciar tratamento com Sulfametoxazol +Trimetropim 400/80 mg: 2 CP/DIA POR 7 DIAS. Orientou-se aguardar para o início dos antirretrovirais após receber resultados de carga viral e CD4.Repetir Urocultura após tratamento.

2ª consulta médica (20/02/2017)

Paciente compareceu para avaliar exames, ainda sem ter completa aceitação de sua condição de saúde, sem interesse de começar tratamento no momento, acha que é ruim estar tomando remédios todos os dias se não tem sintomas no momento. Ao exame físico não se detectam alterações, só leve sobrepeso. Exames do dia 19/01/2017:

- TSH:2,501mLU/L
- EQU:hb+
- L:8/camp
- H:3p/camp
- hb:12,8
- hto:38,9
- L:9,510
- N:40,2
- L:4 8,1
- Plaquetas:424,000,
- CD4:1,450,
- CD8:781,
- CD3:2,687,
- CD4/CD8:1,86,
- Glicose:83,
- Ureia:25,
- Creatinina: 0,59
- Colesterol T:142,
- HDL:40,

- LDL: 76,
- TG:79
- TGO:21,
- TGP:33
- Toxoplasma IgG: n/r, IgM: n/r
- HTLV1/HTLV 2:n/r
- VDRL: n/r
- HBsAg: n/r
- Anti- HBC total :n/r,
- Anti-Hbs: regente(360,6),
- Anti-HCV: n/r, carga viral HIV:78878 cópias/ml.

Orientei a paciente que o vírus está em atividade e que, embora sua contagem de CD4 esteja adequada no momento, é recomendável começar tratamento para impedir o progresso da doença e possíveis doenças oportunistas, a mesma se mostrou resistente ao tratamento e combinamos de marcar consulta para o mês de março para avaliação e discutir o assunto. Nessa mesma tarde na reunião de Equipe, discutimos o caso e solicitamos à residente de Psicologia matriciar o caso com a Equipe do EESCA.

A paciente não compareceu à consulta programada para o mês de março, ao ser realizada busca ativa pela ACS, o pai informou que a mesma fugiu de casa e estava morando com seu namorado em outro município. Solicitamos ao pai estabelecer contato com ela, e orientá-la a procurar acompanhamento no seu novo local de moradia ou voltar à US São Pedro, além de reforçar a necessidade de manter relações sexuais protegidas. No matriciamento marcamos o atendimento com Psiquiatra e Psicólogo do EESCA para o mês de abril.

No dia 11/04/2017 a paciente veio à US São Pedro procurando atendimento odontológico por dor de dente, a cirurgiã-dentista avaliou o caso e realizou exodontia do dente 36, além de solicitar radiografia periapical dos dentes 16 e 46 para avaliar se ainda era possível fazer a endodontia. Foi realizada a exodontia no mesmo momento do acolhimento por ser uma paciente que não adere aos tratamentos e frequentemente se ausenta da área. Foi prescrito paracetamol para dor e inter-consulta o caso com a médica porque notou lesões eritematosas na palma das mãos

e abordando a paciente também relata ter nos pés. Realizamos teste rápido para Sífilis, tendo resultando reagente, foi iniciado o tratamento com Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 UI, 1 aplicação em cada nádega como dose única, solicitamos que o parceiro venha a US para testagem. A paciente, com medo por ter apresentado esta situação aceitou iniciar os antirretrovirais, fornecemos receita para 1 mês de Tenofovir/Lamivudina 300/300 mg 1 CP à noite e Dolutegravir 50 mg 1 cp à noite, segundo Nota Informativa Nº 007/2017(BRASÍLIA,2017). Orientamos sobre as possíveis reações adversas e retorno em 7 dias para avaliar a tolerância aos medicamentos, também reforçamos as medidas de autocuidado.

Na semana seguinte, novamente a paciente faltou a consulta, em visita domiciliar foi constatado que estava fora de área e se estabeleceu contato telefônico com ela para orientar o comparecimento à consulta na unidade e no EESCA. A paciente faltou em ambos os atendimentos, mas afirmou que estava realizando tratamento conforme orientado sem intercorrências, confirmamos a retirada dos remédios pela paciente com farmácia do Sanatório.

A assistente social do EESCA entrou em contato com a unidade no mês de julho preocupada porque a receita da paciente estava vencida, informamos que não estava morando mais na área e que era um caso difícil. Novamente entramos em contato com a paciente por telefone (no momento se encontrava em Santa Catarina), marcamos consulta para o mês de agosto, que era quando pensava voltar, referiu que estava sendo acompanhada na unidade de saúde de lá. A paciente faltou novamente, reagendamos a coleta de exames para o 19/09/17 no Sanatório e consulta na unidade para o dia 11/10/17.

Terceira consulta :11/10/2017

Subjetivo: veio para retorno de exames, referiu que embora tinha faltado a consulta estava fazendo tratamento, alimentando-se bem, não estava usando anticoncepcional oral (ACO) porque tinha ganhado peso, referiu que não tinha parceiro no momento. Eliminações diárias normais.

Objetivo: paciente com bom estado general, ausculta cardiorrespiratória sem alterações FR: 19, FC:85, PA: 120 /70, abdômen levemente globuloso sem achados anormais. Peso: 78 KG, Altura :159,0 cm, IMC:30,8 kg/m². Exames do dia 19/09/2017:

TSH:3,501mLU/L,EQU:hb+,L:8/camp,H:3p/camp,hb:13,8,hto:39,9,L:9,510,N:4
0,2,L:4 8,1,plaqs:424,000, CD4:1,576,CD8:981,CD3:2,687, CD4/CD8:1,61,
glicose:93, ureia:39, creatinina: 0,73 ,Colesterol T:147,HDL:41 , LDL: 88, TG:89
,TGO:25, TGP:40,Toxoplasma IgG: n/r, IgM: n/r, HTLV1/HTLV 2:n/r, VDRL: n/r,
HBsAg: n/r , Anti-HBC total :n/r, Anti-Hbs: regente(362,4),Anti-HCV: n/r, carga viral
HIV:47 cópias/ml

Avaliação: doença pelo vírus da imunodeficiência humana não especificada (CID10 B24) / obesidade (CID10 E66) / exames sem alterações significativas/resposta adequada a TARV.

Plano: Parabenizei a paciente pelos resultados dos exames, ofereci apoio emocional, expliquei à paciente que no momento o vírus tem diminuído muito sua carga viral e que é o resultado de seu comprometimento com o tratamento, mas que mesmo assim é preciso comparecer as consultas programadas de 3/3 meses para examiná-la e abordar todos os aspectos da doença o que não é possível em só uma consulta. Orientamos manter o acompanhamento compartilhado entre a equipe do EESCA e a nossa unidade, orientei o fluxograma para a solicitação de implante ou DIU disponíveis para pacientes em idade fértil HIV +(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PORTO ALEGRE, 2017), foi marcada consulta com a nutricionista do posto, assim como planejamos um plano de exercício. Reforcei a necessidade do uso do preservativo e sinais e sintomas de doença oportunista, foi renovada a receita dos antirretrovirais e marcada a próxima reavaliação para o dia 01/02/2018, após a médica voltar das férias.

Durante o período após a última consulta, a paciente foi acompanhada a cada 15 dias pela nutricionista do posto com uma reeducação alimentar e participando de grupos de caminhadas, o que levou a perda de 8 kg, ficou em acompanhamento com Psiquiatra e Psicólogo mensalmente. Estava comprometida em seu autocuidado e ia no posto semanalmente para se pesar. Até o momento, com boa resposta e tolerância ao tratamento. A família estava participando do processo e têm diminuídos as brigas entre a paciente e seu pai, assim como as tentativas dela de fugir de casa.

Discussão:

Como pode se evidenciar desde o princípio, tratou-se de um caso muito complexo, com pouca cooperação da paciente e família, requerendo que a equipe se

envolvesse no acompanhamento do caso e que realizasse busca ativa da mesma em diversas oportunidades, além de outras especialidades como a equipe do EESCA para um atendimento mais integral da paciente. Finalmente e com o empenho de todos, a paciente está estável no momento e tem-se evitado o encaminhamento para infectologia, garantindo que tenha acesso a unidade de saúde mais perto a sua casa. Acredito que seja necessário aumentar o conhecimento dos jovens sobre a sexualidade e sobre os prejuízos de um comportamento sexual de risco, assim como sobre o HIV/AIDS, com vistas a diminuir sua vulnerabilidade diante destas situações. Temos muitos preconceitos a vencer e muito trabalho pela frente.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A introdução da terapia antirretroviral para o tratamento do HIV/AIDS, foi fundamental para a redução da incidência da doença, mas a situação ainda é de pandemia, aproximadamente 35 milhões de pessoas estão infectadas pelo vírus no mundo (UNAIDS BRASIL, 2017). Como já se tinha exposto em capítulos anteriores a situação da cidade de Porto Alegre não é favorável a este respeito. Nas comunidades onde tenho atuado existem muitos casos de pessoas vivendo com HIV, a maioria não faz acompanhamento na unidade pelo estigma relacionado à doença. Dentre dos pacientes acompanhados os principais desafios encontrados são a adesão ao tratamento e problemas relacionados à saúde mental.

No caso do cuidado integral, a pessoa deve ser tratada considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e entenda-se no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. (MACHADO et al, 2007). Quando um usuário chega na unidade e não encontra uma escuta qualificada (muitas vezes suas demandas são tratadas apenas com medicação) estaremos só fazendo uma medicalização do sofrimento.

A Política Nacional de Atenção Básica inclui o conjunto de ações que caracteriza uma atenção integral à saúde, a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2012)

As ações de promoção e prevenção podem ser de ordem individual ou atingir níveis coletivos onde organizações ou até mesmo o Estado estejam envolvidos, sendo mais efetivas quando consigam mudar atitudes e estilos de vida para outros mais saudáveis, então a participação interdisciplinar é muito importante, garantindo impactar o maior número de pessoas. Por isso a mídia tem um importante papel nos programas de prevenção e promoção.

Existem diferentes níveis de prevenção: primário ou promoção: quando atuamos sobre risco o ambiente ou sujeito saudável para evitar a aparição de doenças; secundário quando atuamos fazendo o rastreamento e /ou diagnóstico precoce com tratamento oportuno para evitar complicações e minimizar incapacidade;

e terciário quando reabilitamos uma vez instaurada as sequelas de doenças ou acidentes, visando sua recuperação funcional e reinserção social. (DEMARZO; AQUILANTE,2008)

Relato e discussão de caso

Retomando o caso relatado no capítulo anterior tínhamos visto que era uma paciente branca, de 16 anos de idade, com diagnóstico de HIV em fevereiro de 2017. Com problemas de saúde mental, tendo internações anteriores nas quais fez uso de ácido valpróico e amitriptilina, com histórico de fugir de casa e uso de maconha. Durante a abordagem da paciente e visita domiciliar se constatou que pertencia a um núcleo familiar disfuncional, com relacionamento conflitante com o pai, além de histórico de tentativa de abuso sexual pelo tio paterno, a partir do qual a paciente começa com as alterações do humor depressivo e saídas de casa. Segundo estudo realizado por SANTIS; GONZALEZ-GUARDA e VASQUEZ (2012) a depressão é uma condição de saúde mental comum entre pessoas com infecção pelo HIV que influencia a qualidade de vida, as relações sociais e a adesão à terapia de medicação e uma história de abuso de substâncias e violência infantil e adulta eram comuns.

No início, a paciente não aceitou a doença, nem teve interesse em começar o tratamento, faltando às consultas marcadas para seu acompanhamento, o que contribuiu para à aparição de infecção urinária, além disso, manter conduta sexual de risco levou a comorbidade com sífilis. A menina estava desempregada, tinha abandonado a escola e a reação inicial da família foi a discriminação, culpando – a por ter contraído a doença devido ao estilo de vida que levava. Alguns autores invocam o estigma relacionado com o HIV / AIDS (estigma H / A) como um problema persistente e pernicioso em qualquer discussão sobre respostas efetivas à epidemia. Além de devastar a vida familiar, social e econômica dos indivíduos, o estigma H / A é citado como uma grande barreira para acessar os serviços de prevenção, cuidados e tratamento. (MAHAJAN et al,2008).

Analisando mais um caso que recebemos na unidade no mês de julho de 2017, paciente TEC, parda, feminina , 17 anos de idade, com HIV por transmissão vertical, em acompanhamento desde seu nascimento no Hospital de Clinicas de Porto Alegre(HCPA) com Infectologia, tinha abandonado o tratamento quando foi morarem Viamão, retornou à área de atuação da US São Pedro para viver com sua avó

materna, mãe falecida há 3 anos por doença oportunista (Tuberculose). Fazia uso de zidovudina + lamivudina 300+150 02 cp/dia e lopinavir + ritonavir 80 mg/ml+20 mg/ml 5 ml duas vezes ao dia segundo receita do dia 11/04/2017. Apresenta dificuldade para caminhar e só consegue com andador ou tem que permanecer em cadeiras de rodas, paciente traz ressonância sugestiva de possível mielopatia crônica, observando-se lesão na região temporal esquerda de possível sequela herpética, durante a internação em dezembro de 2016. Chegou ao acolhimento trazida pelo irmão, (após orientação do agente comunitário) referindo que ela não queria mais fazer tratamento, só tinha vontade de sumir, chorava frequentemente e estava se negando a comer, no mês anterior tinha falado de pegar os remédios de sua avó e tomar eles para morrer.

Durante a consulta a paciente referiu que achava ser uma carga para sua família desde que ficou confinada a cadeira de rodas e como tinha a doença que sua mãe transmitiu para ela não poderia desenvolver uma vida normal, e que o melhor era acabar definitivamente com o sofrimento dela e dos outros. Paciente apresentava deterioração importante de seu estado de saúde, amigdalite, lesões micóticas na pele, foi iniciado amoxicilina + clavulânico 500/125 mg de 8/8 horas x10 dias, miconazol creme 2 vezes ao dia, solicitados os exames de Carga Viral, CD4 e outros complementares para o acompanhamento do paciente com HIV segundo protocolo (BRASIL,2017) e encaminhada via Gercon (Central de gerenciamento de consultas) para retomar acompanhamento com especialista.

Finalmente foi marcada a consulta para o Hospital Conceição, onde ficou internada do dia 15/08/2017 a 18/08/2017, foi trocada a medicação para: zidovudina + lamivudina 300+150 mg tomar 01 cp de 12/12 horas, darunavir 600 mg 01 cp de 12/12,ritonavir 100 mg 01 cp de 12/12 horas, sulfametoxazol+trimetoprim 400+80 mg 02 cp /dia x 6 meses e fez tratamento com ciprofloxacino 500 mg 01 cp de 12/12 horas x 7 dias e orientada retomar acompanhamento pelo infectologista. A paciente não gostou do atendimento no hospital e não queria retomar nas consultas agendadas lá. No mês de setembro paciente regressa com resultados de exames solicitados onde preocupavam CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4 / CD8: *TCD4 :41, TCD8 :429, TCD3:562, CD4/CD8 :0,10 e QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1: 1 200 068 copias /ml.*

O estigma percebido em contextos clínicos pode desencorajar os indivíduos infectados pelo HIV de acessar os serviços de saúde necessários. Ter um bom acesso aos cuidados é imperativo para manter a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida

das pessoas que vivem com HIV / AIDS (PVHS). No estúdio realizado o estigma percebido foi associado com baixo acesso ao cuidado tanto na linha de base quanto ao seguimento. Essas descobertas são de particular importância porque a falta de acesso ou o acesso tardio aos cuidados podem resultar em apresentação clínica em estágios mais avançados da doença do HIV. São necessárias intervenções para reduzir o estigma percebido no ambiente de cuidados de saúde. Programas educacionais e modelagem de comportamento não estigmatizante podem ensinar prestadores de cuidados de saúde a fornecer cuidados imparciais. (KINSLER et al ,2007)

Num estudo em quatrocentos e sessenta e cinco PVHS na China, se encontrou que a ideia suicida é freqüente entre elas e é consistente com as estimativas de prevalência do exterior. Os problemas de saúde psicossocial foram os fatores determinantes associados à ideação suicida, e um efeito sindêmico das condições de saúde psicossocial (alto estigma percebido, depressão, baixa autoestima, apoio social e resiliência) foi confirmado na predição de ideação suicida. Portanto, o rastreio precoce de grupos de alto risco para ideação suicida e mais cuidados de saúde psicossocial entre as PVHS são necessários. (WANG et al,2018)

Como pode se apreciar tratam-se de casos complexos nos quais era preciso uma abordagem integral e em coordenação com outros níveis e recursos do sistema. Ambas as pacientes foram acolhidas e matricidas com a Equipe do EESCA, recebendo um atendimento compartilhado por uma equipe multiprofissional com psiquiatra, psicologia, fisioterapeuta e nutricionista, além do apoio ao tratamento feito na US pelo infectologista do Ambulatório de Especialidades do Sanatório Partenon, desde o agente comunitário até os médicos, cada membro da equipe teve envolvimento com o caso de acordo com as faculdades afins de sua categoria profissional.

A Paciente TEC, tem melhorado a força muscular das suas pernas e conseqüentemente seu estado de ânimo e autoestima estão ganhando terreno para aceitação da doença, adesão ao tratamento, níveis de CD4 e carga viral e sua inscrição em cursos profissionalizantes oferecidos pelo Centro de Referência de Assistência Social(CRAS) da Lomba. As famílias foram envolvidas e comprometidas com o acompanhamento e cuidado das pacientes, sobre tudo na remoção de meios letais e de potencial risco para o suicídio. Se instaurou tratamento em ambos os casos para a depressão e foram incorporadas a grupos de apoio de pacientes que vivem

com HIV, com participação voluntária onde podem compartilhar experiências e esclarecer dúvidas no Sanatório. Também participam das atividades do grupo Razão de Viver da unidade, para maior suporte emocional, e no grupo de planejamento familiar, por se encontrar em idade fértil e para receber orientação sobre direitos e saúde reprodutiva, cuidando da não divulgação inadvertida da condição de HIV. Em cada contato são encorajadas pelos funcionários para manter o acompanhamento, enfatizando nas vantagens da adesão ao tratamento.

Outras estratégias adotadas pela equipe foram aumentar as palestras nas salas de espera relacionadas com o HIV, visando aumentar o nível de conhecimento e diminuir os preconceitos relacionados a doença:

- Promoção ou prevenção primária: o que é o HIV, vias de transmissão, métodos de proteção (preservativo masculino e feminino, relações sexuais seguras), tratamento pós-exposição e onde ter acesso a ele, necessidade de manter um esquema de vacinação atualizado nas pessoas infectadas e a contra-indicação da amamentação nos filhos de mães HIV positivo.
- Prevenção secundária: a disponibilidade de um diagnóstico muito seguro com o teste rápido, de forma gratuita nas unidades de saúde de diferentes níveis, garantindo o sigilo profissional, a realização dos testes nos três trimestres de gestação para detecção precoce e o tratamento na mulher grávida infectada, assim como a eleição do parto cesariano para evitar a transmissão vertical ao bebê; importância do início precoce do tratamento com antirretrovirais também gratuito para todos os pacientes garantindo uma redução da carga viral a níveis indetectáveis o que diminui a possibilidade de transmissão para outras pessoas.
- Prevenção terciária: direito dos usuários de serem atendidos por equipes multiprofissionais para garantir um cuidado integral de sua saúde e as possíveis complicações e sequelas associadas, garantindo sua recuperação funcional e social: psiquiatras, psicólogos, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, infectologia, cirurgia plástica para correção de lipodistrofia, etc.; sempre coordenados a partir da APS.

Conclusão

Os casos anteriores evidenciam a necessidade de que os profissionais de saúde na Atenção Primária ofereçam um atendimento integral com o envolvimento da família e da comunidade na educação para o autocuidado o que produz maior adesão ao plano terapêutico, minimizando as incapacidades e as limitações relacionadas às comorbidades e complicações agudas e crônicas das doenças.

Estudos sugerem que as intervenções para diminuir o estigma relacionado ao HIV, podem ser um componente importante das iniciativas para aumentar o engajamento no atendimento ao HIV. (LEVI-MINZI; SURRATT,2014). A atenção humanizada e centrada no paciente sempre será a melhor abordagem desde que compreendamos que o sujeito é um ser de amplas e diferentes necessidades que não podem ser abordadas de forma isolada.

4. VISITA DOMICILIAR

A atenção no domicílio não é uma prática nova no mundo, existem relatos antigos da Idade Média, ilustrando sua existência como uma modalidade de cuidado aos pacientes. Como parte do processo de transição ao novo modelo assistencial e diante das mudanças na composição demográfica da população e o aumento das doenças crônicas, agravos e sequelas, a atenção domiciliar (AD) volta a aparecer como alternativa ao cuidado institucional, oferecendo a possibilidade da continuidade do cuidado no próprio ambiente do paciente e ajudando a descongestionar a demanda de leitos e potenciando a utilização de tecnologias leves na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde.

Nos seus inícios, no Brasil, era privilégio da classe acomodada; sendo executada oficialmente como atividade planejada no setor público, pela primeira vez, em São Paulo, com o Serviço de Assistência Domiciliar de Servidores Públicos (HSPE). É a partir do ano 2000 que começa um grande movimento de leis e portarias que iriam a regularizar as condições e modalidades do mesmo.

Constitui uma forma de acesso mais integrador da equipe em geral com a população, chegando mais perto dos problemas da comunidade, fundamentalmente daquelas famílias com mais necessidades de apoio. A equipe deve respeitar a privacidade familiar, conservar e fortalecer os vínculos afetivos das pessoas e fomentar a autonomia, sendo imprescindíveis o consentimento da família e a existência de um cuidador. (Caderno de Atenção Domiciliar, BRASIL, 2012)

Existem muitos serviços de AD ao longo do país, a maioria utiliza-se da visita domiciliar (VD) para avaliar a situação de saúde do paciente em seu contexto integral (condições de higiene, moradia, alimentação, cuidados do mesmo, etc). Se procura a identificação das necessidades e após se discute em coletivo para estabelecer os possíveis planos de cuidados (orientações gerais, de higiene, com relação a comunicação, controle das dores, prevenção de úlceras de pressão, cuidados de sondas, traqueostomias, etc) e estabelecer vínculos cada vez mais estreitos entre o paciente, cuidador, família e equipe, planejando de mútuo acordo aquelas atividades com caráter ambulatorial, orientar a suas famílias sobre os principais cuidados e sinais de gravidade do paciente. Desta forma o familiar ou cuidador deixa de ser um ser passivo e coopera de forma positiva com o processo da recuperação do doente, colocando na prática o princípio da integralidade e os cuidados contínuos a saúde.

(BRASIL,2014) Esta modalidade empregada fundamentalmente na década de 20, com o principal intuito do controle das grandes epidemias de doenças infectocontagiosas; consegue espaço contundente a partir da década de 90, sendo seu melhor momento a implementação do Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994, programa que faz ênfase na atenção integral do indivíduo. Para a consecução da qualidade no atendimento domiciliar nas ESF é muito importante que o profissional da saúde possa desenvolver habilidades primordiais como a comunicação e a ética, assim como atividades de ordem educativas baseadas na promoção e prevenção para lograr o impacto necessário nas práticas de saúde coletiva. (SANTOS; KIRSCCHBAUM, 2008)

Segundo SAKATA et al,2017, a efetividade e frequência das visitas domiciliares podem estar influenciadas pelo sentir de sus próprios executores, principalmente os agentes comunitários de saúde (ACS) que são os que profissionais que a realizam com mais regularidade .No seu estudo foram destacadas os aspectos positivos no cuidado longitudinal do indivíduo e sua família, mas também os negativos ao serem vistas como fonte de controle e violação da privacidade. Além disso, alguns dos entrevistados mostraram frustração pelo escasso tempo para sua realização e sentimento de imponência diante de determinadas situações encontradas durante as mesmas.

Como parte da organização dos serviços na minha unidade, cada perfil tem horário na agenda de trabalho para as VD segundo as necessidades de nossa população. O profissional médico tem um turno de trabalho semanal para realizar os atendimentos domiciliares que são agendadas segundo programação a cada 2 ou 3 meses para pacientes com doenças crônicas acamados ou com dificuldade na locomoção e idosos. Também podem ser agendadas, segundo a necessidade, a petição dos pacientes, familiares ou pelos ACS, se detectaram algum caso que precise durante seu recorrido pelo território. São tributários destes atendimentos pacientes com doenças mentais, descapacitados, com neoplasias malignas e em estágio terminal incluindo aqueles que precisavam de curativos especiais devido a escaras a diferentes níveis, de procedimentos como colocação de sondas gastroentéricas e vesicais, retiradas de pontos após cirurgias ou simplesmente aqueles pacientes com alta hospitalar que tem necessidade de atendimento domiciliar. Além disso outros pacientes como gestantes, puérperas, ou crianças menores de um ano e faltosos a consultas na unidade e nos serviços especializados que sejam notificados ao posto

para busca ativa. Sendo o HIV uma condição infectocontagiosa com evolução crônica, o paciente precisa de tratamento e acompanhamento ao longo de sua vida. O desconhecimento sobre a doença, efeitos adversos dos medicamentos, ausência de sintomas, os preconceitos e o prolongado tratamento são fatores que muitas vezes acabam desanimando aos pacientes; traduzindo-se num aumento das faltas a consultas e interrupção da medicação.

Neste contexto, as visitas domiciliares ganham um importante papel no resgate dos faltosos e dados ao respeito foram oferecidos pelo projeto da Faculdade de Medicina USP em Ribeirão Preto, que com uma estratégia de busca ativa através de telefonemas e visitas domiciliares conseguiu resgatar o 55 % dos pacientes faltosos que tinham assinado o consentimento informado. (BORGES,2014)

A Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) aos portadores do HIV/AIDS, como iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil, foi inaugurada em 1995. Um estudo no Município de Contagem, Estado de Minas Gerais (2000-2003), revela dados epidemiológicos de 34 pacientes que receberam gratuitamente este serviço, mediante a realização de visitas por uma equipe multidisciplinar. Este programa foi desenvolvido, fundamentalmente, para os pacientes com estado de saúde comprometido pela presença de doenças oportunistas (44 % com tuberculose, 29 % com neurotoxoplasmoses, 3 % com doenças malignas) ou sequelas e para aqueles que apresentam uma adesão inadequada ou nula ao tratamento (74 %). No final do período, foram dados de alta 25 pacientes e deles 72 % mantinham acompanhamento especializado e 68 % apresentaram melhora clínica e adesão, mostrando ser uma alternativa eficaz para o acompanhamento humanizado destes casos, diminuindo o tempo, custos e riscos da internação hospitalar. (PARENTI et al, 2005)

Em nossa realidade também tem demonstrado ser um instrumento eficaz na melhora da integração entre os diferentes níveis de atenção, a coordenação e atenção integral dos pacientes que acompanham com especialistas fora da unidade. Trazendo um caso de exemplo: paciente KAR, feminina, parda de 20 anos de idade, não é usuária habitual do posto porque é acompanhada de 3 em 3 meses no Hospital de Clínicas de Porto Alegre(HCPA) já que na gravidez de sua filha maior foi diagnosticada com HIV. Faz uso regular de TARV, com CV indetectável e CD4 acima 1000 e no momento se encontrava em seguimento de sua segunda gravidez no pré-natal de alto risco. Recebeu VD pela ACS de sua área LMS e técnica de enfermagem GRC no dia

1/11/2017 encontrando-se na carteirinha de gestante registrado uma sorologia para sífilis (VDRL= 1/128) sem confirmação de ter realizado o tratamento. A situação despertou a preocupação das colegas que levaram o caso a discussão na reunião de equipe do dia seguinte. Em conjunto se decidiu entrar em contato com o serviço de pré-natal do HCPA para verificar se tinha sido administrado o medicamento lá (resposta negativa) e agendar com urgência uma consulta para o casal com a medica da equipe.

No dia 3/11/2017 a paciente chegou em consulta, acompanhada pela mãe e parceiro. Nesse dia com 35 semanas +5 dias de idade gestacional, sem queixas, FR:19, PA:130/80 mmHg, referindo movimentos fetais frequentes, com altura uterina de 33 cm, batimentos cardíacos fetais de 140 x minutos, apresentação cefálica e dorso à esquerda. Se constatou o VRRL reagente com título elevado, se testou o parceiro dando positivo no teste rápida para sífilis e diante da demora no início do tratamento, o tempo transcorrido e a incerteza da paciente de se fez alguma vez tratamento para sífilis, decidimos tratar com o esquema para sífilis latente tardia de tempo indeterminado, com aplicação de Benzilpenicilina benzatina 1,200.000 UI 1 ampola intramuscular em cada glúteo semanal por 3 semanas para ambos conforme Protocolos (BRASIL,2015). O tratamento foi iniciado na segunda-feira 6/11/2017 por não ter disponibilidade na mesma sexta da medicação na unidade e posteriormente concluído.

Pode-se apreciar que graças à intervenção oportuna iniciada na visita desta paciente se conseguiu tratar mais um agravo que tinha sido negligenciado até o momento e que poderia ter um desfecho como a sífilis congênita. O bebê faz acompanhamento com infectologia e até o momento com CV e VDRL negativos.

As principais dificuldades encontradas por nós, quando a equipe oferece atendimento domiciliar são os pacientes ou cuidadores que não seguem criteriosamente as indicações médicas, interferindo no progresso favorável e planejado da situação; ou quando se interrompe o acompanhamento por parte da equipe devido à instabilidade do recurso humano ou perda da comunicação bidirecional equipe-cuidador. Apesar destas desvantagens, o cuidado domiciliar continua sendo uma ferramenta útil na atenção da saúde de nossa comunidade, facilitando uma via mais de acesso aos serviços, baseada na equidade e garantindo a longitudinalidade e integralidade da atenção, atributos essenciais da APS.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A modalidade de educação à distância tem sido uma experiência desafiadora para mim, que desde o início do curso em março de 2017 tem exigido disciplina e compromisso contínuo para tentar otimizar o tempo e cumprir com as tarefas propostas. Tive que me esforçar diariamente para melhorar minhas habilidades em informática e as barreiras do idioma, que foram melhorando progressivamente com ajuda dos colegas do posto e dos tutores, embora deva continuar estudando o português. Assumi os compromissos e respeitei os prazos para a entrega das atividades, exceto durante o mês de férias, no qual apresentei dificuldades para acessar a plataforma desde Cuba. Compartilhei com os colegas de turma minhas opiniões e participei de forma respeitosa nos fóruns, sempre respeitando seus pontos de vista. Aceitei as críticas oportunas dos tutores, aos quais considero excelentes profissionais, e me propus a corrigir os meus erros.

No estudo dos conteúdos do Eixo I, aprendi sobre a história, as políticas públicas de saúde, os aspectos éticos e legais que envolvem a atuação dos profissionais da saúde e a relevância social do SUS. Toda a base teórica e conceitual assim como as portarias e as leis que regularizam os processos de trabalho e os sistemas de alimentação de dados e indicadores epidemiológicos ficaram bastante esclarecidas com a implementação dos materiais oferecidos em cada módulo.

Adorei no Eixo II, a forma didática de apresentar os temas em casos clínicos complexos, tão semelhantes a nosso dia a dia em consulta; contribuindo de forma decisiva para me ensinar a colocar corretamente na prática os protocolos, muitas vezes bem diferentes aos que tinha de referência na minha formação profissional. Utilizei em ocasiões os vídeos e material complementar nas atividades de equipe para ajudar a melhorar a qualidade da atenção à população e até em atividades de grupo, fazendo ênfases nos atributos e princípios do sistema. Um dos momentos que teve mais impacto sobre mim foi o caso clínico Amélia. Casos como este são muito frequentes nos serviços de Estratégia da Saúde da Família do município Porto Alegre, demandas de saúde mental concomitante com outras morbidades incluindo tuberculose e HIV.

Como sugestão gostaria de sinalizar à plataforma, que se modificasse o sistema de acesso aos materiais complementares, pois se perde a relação com a página principal, tendo que voltar ao menu inicial a cada instante, o que dificulta mais

a navegação e atrasa o estudo. Também acho interessante que a coordenação do curso considere a possibilidade de manter o sistema de chat para o acompanhamento dos estudantes durante o Eixo II, acredito que poderia oferecer vantagens no esclarecimento de dúvidas de forma mais rápida e coletiva.

A infecção pelo HIV evoluiu de uma condição fatal a uma condição tratável e com isto aumentou a taxa de pessoas convivendo com a doença. Lamentavelmente o tratamento não é definitivo e constitui um grande desafio, para quaisquer sistemas de saúdes públicos, garantir uma atenção integral e de qualidade para esta população cada dia mais crescente.

Embora no Brasil exista um programa bem estruturado para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com HIV/AIDS e a melhora na sobrevida do paciente seja alentadora, não acontece o mesmo enquanto a diminuição dos casos novos infectados. O fato de ter acesso a atenção médica especializada e a medicamentos gratuitos, não implica obrigatoriamente que a pessoa faça uso adequado deles, precisando ter conhecimentos básicos sobre a doença. Neste contexto, torna-se a educação em saúde uma inestimável ferramenta na luta contra estilos de vida de risco favoráveis para o avanço da pandemia.

Um desafio importante que se enfrenta com a descentralização do atendimento ao paciente com HIV, é a inexperiência dos profissionais da APS para a atenção integral do mesmo. Continua sendo necessária a capacitação constante das equipes, segundo o perfil de cada membro, para garantir um acolhimento de qualidade, livre de preconceitos e que garanta um cuidado imparcial e completo abrangendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo. Deve ser interesse da gestão oferecer cursos de desenvolvimento em comunicação, técnicas de educação coletiva, suporte psicológico e informação técnica sobre o HIV para os profissionais da ESF.

Durante a confecção deste trabalho, ficou bem esclarecido para mim e a equipe onde atuo, que no sucesso, abordagem e tratamento do paciente com HIV/AIDS influenciam muitos fatores, desde a própria percepção da pessoa, ambiente familiar, estado psicológico, acessibilidade aos serviços, disponibilidade de medicamentos e até a competência dos profissionais envolvidos. A longitudinalidade no cuidado e a participação compartilhada da família conjuntamente com a equipe e os outros níveis de atenção se faz imperativa na adesão ao tratamento.

Na discussão e preparação de cada etapa, foi possível ter uma visão da

magnitude do problema e da vulnerabilidade da subpopulação adolescente, mais imatura em todas as esferas da vida, necessitada de orientação e susceptível de ser transformada mediante intervenções educativas e abordagens comportamentais. A dificuldade maior foi a busca e apresentação das referências bibliográficas para que não ocorresse plágio. O alerta constante dos tutores foi decisivo neste sentido.

Enfim, tem sido uma experiência maravilhosa na qual consegui me aprofundar num universo de conhecimentos até então pouco explorado e acredito que a cada passo iremos modificar positivamente a realidade de nossa comunidade. O aprendizado durante a realização do curso de especialização e deste trabalho há contribuído enormemente na minha preparação como profissional da saúde e como pessoa. Agradeço pela oportunidade de ter realizado a especialização em Saúde da Família contando com a ajuda de minha equipe, supervisora do programa Mais Médicos, os tutores e pessoal do apoio acadêmico da universidade, e espero ter atingido os objetivos do curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, P. Telefonemas e Visitas domiciliares reduzem abandono de tratamento de HIV. **Saúde – iG**. Saúde, 2014. Disponível em: <http://saude.ig.com.br/minha_saude/2014-05-18/telefonemas-e-visitas-domiciliares-reduzem-abandono-de-tratamento-de-hiv.html> Acesso em: 2 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes** Brasil, publicado em 05/09/2017 e modificado em 27/09/2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e/>>. Acesso em: 23 jan. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v.1. Brasília, Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf> Acesso em: 15 abr. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **A atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar** / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 184 p.: il. – (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf. > Acesso em: 2 abr. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120 p.: il. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pe_ssoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf> Acesso em : 10 abr. 2018

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. **Saúde escolar e escolas promotoras de saúde**. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed. 3: 49-76 p. 2008.

KINSLER, J. J. et al. The Effect of Perceived Stigma from a Health Care Provider on Access to Care Among a Low-Income HIV-Positive Population. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 21, n. 8, p. 584-592, 2007. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/apc.2006.0202>>. Acesso em: 26 fev.2018

LEVI-MINZI, M. A.; SURRATT, H. L. HIV Stigma Among Substance Abusing People Living with HIV/AIDS: Implications for HIV Treatment. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 28, n. 8, p. 442-451, 2014. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/apc.2014.0076>>. Acesso em: 26 fev.2018

MACHADO, M. D. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2018

MAHAJAN, A. P. et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. **AIDS**, v. 22, p. S67-S79, 2008. ISSN 0269-9370. Disponível em: <https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2008/08002/Stigma_in_the_HIV_AIDS_epidemic_a_review_of_the.10.aspx>. Acesso em: 28 fev. 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasil, 2016-11-30 2016. ISSN 1517 1159. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/59427/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf?file=1&type=node&id=59427&force=1>. Acesso em: 8 jul.2017

_____. **Nota Informativa nº 007/2017 - DDAHV-SVS-MS.**

Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids das Hepatites Virais.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Brasília ,2017. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Nota%20Informativa%200007%20-%20protocolo%20de%20uso%20ARV%20-%202017.pdf. Acesso em: 23 jan.2018

PARENTI, C.F et al. Perfil dos pacientes com AIDS acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 91-96, jun. 2005. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em:2 abr.2018.

SAKATA, K. N et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-664, Dec. 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0034-71672007000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em :2 abr.2018.

SANTIS, J. P. D.; GONZALEZ-GUARDA, R. M.; VASQUEZ, E. P. Psychosocial and cultural correlates of depression among Hispanic men with HIV infection: a pilot study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 19, n. 10, p. 860-869, 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2011.01865.x>>. Acesso em:20 fev. 2018

SANTOS, E.M; KIRSCCHBAUM, DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008; 10(1): 220-227. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>. Acesso em :2 abr.2018

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo para colocação de Implante Subdérmico e DIU Mirena**. GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE DA MULHER. Porto Alegre, 2017.

UNAIDS BRASIL. Fact sheet - Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic., 2017. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf>. Acesso em: 28 fev.2018.

WANG, W. et al. Psychosocial health and suicidal ideation among people living with HIV/AIDS: A cross-sectional study in Nanjing, China. **PLOS ONE**, v. 13, n. 2, p. 192- 940, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192940>>.

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO



ANNIOLYS HERRERIA MICHEL

**INFLUÊNCIA DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONHECIMENTO DE
ADOLESCENTES ENTRE 15 E 17 ANOS SOBRE HIV/AIDS, PERTENCENTES À
EEEM "RAFAELA REMIÃO", PORTO ALEGRE, 2017-2018.**

PORTO ALEGRE – RS

2017

RESUMO

Educação em saúde possibilita capacitação e ações transformadoras que favorecem mudança de pensamentos e ações, se aplicando bem às doenças sexualmente transmissíveis , dentre as quais, destaca-se o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) que tem um comportamento pandêmico nos últimos anos; afetando a pessoas independentemente de sexo, raça e idade; embora os adolescentes sejam muito vulneráveis dada sua inexperiência .Se realizará um estudo longitudinal prospectivo de intervenção educativa na Escola Estadual de Ensino Médio “Rafaela Remião”, no município de Porto Alegre, estado Rio Grande do Sul, no período 2017-2018, a fim de determinar o nível de conhecimento que os adolescentes têm em relação ao HIV/AIDS. O universo de trabalho estará formado por alunos do centro com idade entre 15 e 17 anos, dos quais será selecionada uma amostra por meio de amostragem aleatória simples e em amostragem estratificada com um nível de confiança de 95% e um erro máximo aceitável de 5%. Uma pesquisa inicial sobre o conhecimento da doença será aplicada, posteriormente se realizará um programa educativo sobre assuntos considerados de interesse e seis meses depois o mesmo questionário será novamente aplicado. Espera-se aumentar o nível de conhecimentos além de melhorar as práticas sexuais e atitudes dos adolescentes sobre HIV/AIDS após a intervenção.

Palavras-chaves: HIV/AIDS, adolescente, intervenção educativa.

1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo milhares de pessoas são infectadas, anualmente, com o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) segundo dados de junho de 2016, foram registrados um total de 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV, 2,1 milhões de novos casos e 1,1 milhões de mortes relacionadas à AIIIDS (UNAIDS BRASIL, 2017).

A doença que, no Brasil, teve seus primeiros casos registrados no início da década de 80, registra hoje, cerca de 35 mil novos casos de infecção a cada ano até 2015 com uma leve diminuição no 2016, conforme os dados obtidos junto ao Ministério de Saúde e o Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) -AIDS e Hepatites Virais. (DEPARTAMENTO DE DST-AIDS E HEPATITES VIRAIS,).

No início da epidemia, o HIV/AIDS, era associado a um grupo específico de pessoas, os homossexuais, vindo inclusive a ser conhecido como “câncer gay”, (GALVÃO, 2000. p. 35). Devido ao aparecimento dos primeiros casos da doença entre este grupo de pessoas. Aos poucos, os primeiros casos da doença começaram a ser registrados entre outros grupos (profissionais do sexo, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis) e somente, então, as pesquisas para descobrir as causas da doença foram iniciadas. (GALVÃO, 2000, p. 56.)

Devido aos primeiros casos de HIV/AIDS terem sido registrados entre os homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, estes grupos passaram a ser conhecidos como “grupo de risco”. (GALVÃO, 2000, p. 83) Nos dias de hoje, não se aplicam mais estes termos, mas sim, em “comportamento de risco”, já que todas as pessoas, independentemente de idade, raça ou religião podem ser contaminadas com o vírus, desde que entrem em contato com o sangue ou sêmen contaminado.

A origem e a cura do HIV/AIDS ainda são desconhecidas, no entanto, as pesquisas sobre a doença progrediram e hoje é possível viver muitos anos com a doença fazendo o uso de medicamentos adequados, conhecidos como antirretrovirais. (BRASIL, 2017) Estes medicamentos impedem que o vírus se multiplique no organismo. Mas é importante lembrar que, quanto mais cedo o vírus for descoberto no organismo, mais fácil será o tratamento, uma vez que a quantidade de carga viral no organismo pode ser controlada, retardando o aparecimento de doenças oportunistas. Por isto, o diagnóstico precoce é importante no controle da doença. Estar

contaminado com o vírus HIV não significa estar doente de AIDS, uma vez que os primeiros sintomas da doença podem demorar anos para se manifestar, no entanto, o vírus já pode ser transmitido para outras pessoas, já que ele se encontra presente na corrente sanguínea da pessoa contaminada. O aparecimento de determinadas doenças, conhecidas como “doenças oportunistas” indica que a pessoa está doente de AIDS. Isto quer dizer que o vírus já se multiplicou de tal forma que deixou debilitado o sistema de defesa do indivíduo.

O vírus HIV pode ser transmitido através do contato com o sangue ou sêmen da pessoa contaminada. A contaminação pode acontecer através de relações sexuais desprotegidas, uso compartilhado de seringas ou objetos cortantes (usuários de drogas injetáveis), transfusão sanguínea e da mãe para o bebê durante a gestação, parto ou amamentação.

Não é possível saber quem está contaminado com o HIV/AIDS de outra forma a não ser através de um exame. Milhares de pessoas podem estar contaminadas com o vírus e não sabem disto. Dessa forma, sem o uso de medidas preventivas elas acabam contaminando outras pessoas, aumentando ainda mais o número de pessoas vivendo e convivendo com o HIV/AIDS.

PROBLEMA

Por ser o país mais populoso da América Latina, o Brasil é também o que mais concentra casos de novas infecções por HIV na região. O país responde por 40% das novas infecções – segundo estimativas mais recentes do Programa de Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS) -, enquanto Argentina, Venezuela, Colômbia, Cuba, Guatemala, México e Peru respondem por outros 41% desses casos.

Em 2015, havia 830.000 [610.000 – 1.100.000] pessoas vivendo com HIV;

Em 2015, estima-se que tenham ocorrido 44.000 [32.000 – 59.000] novas infecções pelo HIV;

O número de mortes relacionadas à AIDS no Brasil foi estimado pelo UNAIDS em 15.000 [11.000 – 21.000] em 2015.

O dado mais recente sobre prevalência de HIV estimada para o Brasil em relatórios do UNAIDS é de 0,4% a 0,7% em pessoas de 15 a 49 anos – em 2014. (UNAIDS BRASIL,2017)

Em 2015, o ranking das UF referente às taxas de detecção de AIDS mostrou que os estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina apresentaram as maiores taxas, com valores de 34,7 e 31,9 casos/100 mil hab.

Porto Alegre apresentou taxa de 74,0 casos/100 mil hab., em 2015, valor correspondente ao dobro da taxa do Rio Grande do Sul e a quase quatro vezes a taxa do Brasil (MINISTERIO DA SAÚDE, 2016)

De acordo com dados do último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o crescimento da AIDS na juventude (15 a 24 anos) continua sendo uma preocupação importante e as ações nesse segmento tem de ser intensificadas.

De 2006 a 2015 a taxa de detecção de casos de AIDS entre jovens do sexo masculino com 15 a 19 anos quase que triplicou (de 2,4 para 6,9 casos por 100 mil habitantes) e entre os jovens de 20 a 24 anos, a taxa mais do que dobrou (de 15,9 para 33,1 casos por 100 mil habitantes).

Os riscos de HIV entre adolescentes e jovens são maiores quando a transição de idade ocorre em ambientes desafiadores, com acesso insuficiente a alimentos, educação e moradia e com altas taxas de violência. Percepções de baixo risco de infecção, uso infrequente do preservativo e baixas taxas de testagem de HIV persistem entre os jovens.

Dados epidemiológicos do UNAIDS de 25 países mostra que o número total de pessoas com idades entre 15-19 anos vivendo com HIV nestes países cresceu de aproximadamente 800.000 em 2005 para 940.000 em 2015.

As medidas de proteção social e a inserção de adolescentes e jovens no ambiente escolar e no mercado de trabalho diminuem a vulnerabilidade para o HIV. As escolas representam o espaço mais conveniente para a educação sexual abrangente, que fornece aos adolescentes e jovens o conhecimento e as habilidades necessárias para fazer escolhas conscientes, saudáveis e respeitadas sobre relacionamentos e sexualidade.

A agenda 2030 para Desenvolvimento Sustentável tem o objetivo de melhorar as oportunidades para jovens através de maior acesso à educação de qualidade, serviços de saúde e oportunidades de emprego, e através da igualdade de gênero e empoderamento de meninas e mulheres. O empoderamento de jovens é um componente fundamental da resposta à AIDS. (UNAIDS BRASIL,2017)

Com base no que precede, sem dúvida, estes números são cada vez maiores, conforme o tempo passa, há mais adolescentes infectados. Então veio a necessidade

de investigação, com a intenção de promover mudanças de atitude contra esta infecção. Para a elaboração deste projeto serão selecionados alunos entre 15 e 17 anos que estão estudando na Escola Estadual de Ensino Médio (EEEM) "Rafaela Remião" aos quais se lhes informará através de programas educacionais baseados em argumentos científicos para uma melhor abordagem que permita a sensibilização dos adolescentes, diante esse grande problema de saúde, pelo que devemos fornecer orientação e educação para evitar esta infecção transmitida sexualmente.

Esta situação incentiva os pesquisadores a considerar as seguintes questões:

O quais são os conhecimentos de HIV/AIDS que possuem os adolescentes que estão estudando na EEEM " Rafaela Remião "?

É necessário ter um programa de intervenção educativa sobre HIV/AIDS em adolescentes?

O qual será a influência de um programa de intervenção educativa no conhecimento dos adolescentes em estudo?

JUSTIFICATIVA

O Brasil é um país onde uma percentagem considerável da população pertence ao grupo de adolescentes, e a grande maioria não tem uma maturidade sobre as questões de saúde e sexualidade. Esta geração é que desempenha um papel importante na concepção das infecções sexualmente transmissíveis, que são consequências da informação inadequada e insuficiente dos jovens sobre o exercício da função sexual, que depende de vários fatores, como a falta de conhecimento sobre sua transmissão, a forma de prevenção, as suas consequências e a falta de orientação pela família. O profissional médico como um agente de saúde, tem a responsabilidade de servir como promotor social, participando de ações de promoção, controle e prevenção de DST, e neste caso é trazer para os alunos (adolescentes), um programa que lhes permita ser informados sobre os riscos que existem para a infecção pelo HIV. A relevância deste trabalho de investigação tem como objetivo principal orientação, ensino-aprendizagem para adolescentes. Neste sentido, justifica-se realizar este estudo que irá informar e implementar um conjunto de conhecimentos baseado em alternativas ligadas à prevenção em adolescentes através da implementação de um programa educacional.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a influência de uma intervenção educativa no conhecimento de adolescentes entre 15 e 17 anos sobre HIV/AIDS, pertencentes à EEEM "Rafaela Remião", do município Porto Alegre, 2017-2018.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever algumas variáveis tais como: sexo, idade, idade de início das relações sexuais, uso do preservativo e via principal da aquisição de conhecimento.
- Investigar o nível de conhecimento sobre o assunto, dos alunos antes de aplicar o programa educacional.
- Aplicar uma intervenção educacional de acordo com tópicos selecionados anteriormente e as necessidades identificadas após o diagnóstico inicial.
- Medir o nível de conhecimento sobre a doença em estudo no final do programa educativo.

3. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

O terceiro milênio surpreende a humanidade na desesperada luta para erradicar doenças sexualmente transmissíveis e, especificamente, a pandemia do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). É a expressão final desta condição, causada pela infecção do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

A infecção pelo HIV, é causada por um retrovírus que afeta principalmente sistema imunológico e o sistema nervoso. Pode passar da infecção aguda inicial, através de um longo período de portador assintomático de anos de duração, até culminar em um estado de infecções oportunistas ou neoplasias que definem o estágio mais perto do fim.

HIV pertence à família dos retrovírus e dentro destes, da família Retroviridae. A família Retroviridae abrange um grande número de espécies virais que infectam vertebrados. Esta família, por sua vez, foi subdividida em três gêneros: Oncovirinae, Lentivirinae e Spumavirinae. Os dois primeiros causam numerosas doenças contagiosas em animais, de tumores, doenças neurais e imunodeficiências. Oncovirinae gênero inclui cinco grupos e todos têm a propriedade de induzir a formação de tumores. Gênero Spumavirinae possui a habilidade de induzir vacúolos, e as células infectadas têm uma aparência espumante. O gênero Lentivirinae caracteriza-se por produzir infecções de início lento. Os retrovírus contêm ácido ribonucleico (RNA), de cadeia simples e positiva como material genético. Eles possuem duas cópias de RNA por partícula viral e são diploides. Uma característica distintiva é que eles codificam um transcriptase reversa (RT). É uma enzima que sintetiza o Ácido desoxirribonucleico (DNA) usando o genoma RNA como molde. (GALLO,1987)

Existem dois retrovírus que causam imunodeficiência em humanos. O mais difundido e virulento são HIV-1, HIV-2 é principalmente na África Ocidental e é menos virulento. Suas sequências do genoma diferem em 55%. HIV-1 é um retrovírus RNA de cadeia simples. (GILBERT,2003) A partícula viral é esférica, com um diâmetro de 80 a 120 nm e uma estrutura de 3 camadas: a interna, que contém um capsídeo cônico consistindo de RNA diploide, nucleoproteínas e enzimas virais; uma intermediária

formada por uma nucleocapsídeo icosaédrico e uma terceira, exterior ou envoltório, derivada da célula hospedeira. Na bainha são inseridas as glicoproteínas como 72 saliências exteriores constituídas de trimeros de glicoproteína 120 (gp120), que suportariam 216 moléculas de gp120 por virião e antígenos de histocompatibilidade de classe I e II, que derivam da célula do hospedeiro. (ABFALTERER,2008)

Os dois testes que são usados para a confirmação do diagnóstico são o ensaio de imun absorção enzimática (ELISA) e a imunofluorescência (Western Blot). O teste de ELISA é inicialmente usado para realizar uma triagem (screening) em um grande número de amostras. É sensível e razoavelmente específico. Embora seja pouco provável que dê falso negativo pode dar falso positivo. Os resultados positivos são confirmados com o teste de imunofluorescência, que é um teste mais sensível e específico.

Nos últimos anos, testes combinados para a detecção simultânea de anticorpos para diversos vírus como o HIV-1 e HIV-2 e HIV-1 antígeno da hepatite B (HBsAg) foram desenvolvidos. Sua sensibilidade e especificidade são boas. Sua principal indicação é a análise das amostras de doadores de sangue e pessoas que seriam submetidas a cirurgia. (FERNANDEZ,2013)

O HIV é muito sensível ao contato com o ar e o calor, ao entrar em contato com o ar, seca-se rapidamente. Ele não sobrevive acima de 60 ° C. O HIV é transmitido através de três maneiras diferentes:

1.Transmissão sexual. 2.Transmitidas pelo sangue. 3.Transmissão vertical.

Sexual: A maioria das infecções pelo HIV é adquirida através de relações sexuais desprotegidas. A transmissão por via sexual pode ocorrer quando as secreções sexuais infetadas de um dos parceiros entram em contato com as membranas mucosas genitais, orais ou anais do outro. Em países desenvolvidos, o risco de transmissão da mulher para o homem é de 0,04% por ato, enquanto o risco da transmissão do homem para a mulher é de 0,08% por ato. Por várias razões, este risco é entre 4 a 10 vezes superior em países em desenvolvimento. (BOILY, 2009)

Sangue: Regra geral, há o risco de transmissão do HIV quando sangue infectado entra em contato com qualquer ferida exposta. Esta é a via de transmissão responsável por grande parte dos casos em toxicod dependentes, hemofílicos e receptores de transfusões de sangue ou produtos derivados do sangue (embora nos países desenvolvidos as transfusões sejam despistadas para a presença do HIV). É

também um motivo de preocupação em pessoas que recebam cuidados de saúde em regiões onde não sejam comuns as boas práticas de higiene no manuseio de equipamento de injeção, como a reutilização de agulhas em países subdesenvolvidos. Indivíduos que realizem ou recebam tatuagem, piercings ou escarificações são também grupos de risco. Tem sido observado HIV em baixas concentrações na saliva, lágrimas e urina de indivíduos portadores; no entanto, não há qualquer caso registrado de infecção através destas secreções e o risco potencial de transmissão é desprezível. (LIFSON,1988) A transmissão do HIV através do mosquito não é possível.

Vertical: A transmissão do vírus de mãe para filho pode ocorrer durante a gravidez, no momento do parto ou através de amamentação. Na ausência de tratamento, a taxa de transmissão é de cerca de 25%. No entanto, caso estejam disponíveis tratamentos de combinação de antirretrovirais e a possibilidade de realizar uma cesariana, este risco pode ser reduzido para 1%. A partilha da tarefa de amamentação entre mães deve ser evitada, já que é uma das causas de transmissão. (HORVATH,2009)

A infecção por VIH não proporciona imunidade adquirida, pelo que é possível ser infectado diversas vezes com estirpes diferentes do vírus. As múltiplas infecções têm sido ainda associadas a uma progressão mais rápida da doença. (GOTTLIEB,2004)

Não existe, atualmente, qualquer vacina ou cura para o HIV/SIDA. O único método de prevenção recomendado é evitar a exposição ao vírus. No entanto, acredita-se que um tratamento antirretroviral denominado profilaxia pós-exposição (PPE) reduza o risco de infecção caso seja iniciado imediatamente após a exposição.

O tratamento atual para a infecção com HIV consiste numa terapêutica antirretroviral de alta eficácia (em inglês, HAART), introduzida em 1996. (BARTLETT, 2006) As opções terapêuticas atuais são compostas por três fármacos, pertencentes a pelo menos duas classes de agentes antirretrovirais. Regra geral: estas classes são dois nucleósidos inibidores da transcriptase reversa (NITR), associados a um não nucleósido inibidor da transcriptase reversa (NNITR) inibidor de protease (IP). (COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFECÇÃO HIV/SIDA,2011)

A terapêutica HAART permite a estabilização dos sintomas e da viremia, mas não cura o paciente. Uma vez interrompido o tratamento, os HIV-1 regressa aos níveis elevados anteriores. Apesar disso, muitos indivíduos infectados apresentam uma melhoria significativa em termos de saúde e qualidade de vida, o que tem

proporcionado uma redução significativa da morbidade e mortalidade associadas ao HIV em países desenvolvidos. A esperança média de vida de um indivíduo infectado por HIV é de 32 anos a partir da data de infecção, caso o tratamento seja iniciado quando a contagem de CD4 for 350/ μ L. Na ausência de terapêutica HAART, o tempo mediano para que uma infecção por HIV faça a progressão para AIDS é de cerca de nove a dez anos, enquanto que a estimativa mediana de sobrevivência depois de instalada a AIDS é de apenas 9,2 meses. (MORGAN,2002)

Portanto, a maneira eficaz para prevenir a infecção é tomar precauções nas práticas sexuais de risco. O uso do preservativo é a maneira mais segura de não serem infectadas em práticas sexuais de risco. Atualmente, transfusão de sangue e hemoderivados são seguros já que nos bancos de sangue, são tomados todos os tipos de precauções. Trabalhar os aspectos motivacionais, realizar programas de treinamento em habilidades sociais e um bom nível de informações em populações com baixo nível socioeconômico leva a contatos sexuais mais seguros.

Estratégias para reduzir o risco de transmissão vertical estão relacionadas com os fatores que influem na transmissão tais como reduzir a viremia materna através do tratamento antirretroviral adequado, evitar a manipulação invasiva do feto durante a gravidez e o parto (cesariana programada), reduzir a exposição da criança ao sangue ou secreção materna, evitando a amamentação e proceder à administração ao filho de tratamento antirretroviral profilático.

ADOLESCÊNCIA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera os jovens um grupo alvo para o risco de infecção pelo vírus HIV e uma população de prioridade nas intervenções preventivas a desenvolver. De acordo com os critérios, o termo adolescente inclui qualquer pessoa entre 10 e 19 anos de idade, quando adquire uma filosofia de vida e o mundo circundante, consistente com as alterações sexuais e transformações físicas, no momento social em que se desenvolve e o equilíbrio entre os diferentes interesses, motivações, objetivos e aspirações. Particularmente no Brasil considerasse adolescente aquele entre doze e dezoito anos de idade. (BRASIL,1990)

De acordo com os conceitos convencionais da OMS, adolescência opera entre infância e idade adulta iniciada cronologicamente com alterações sexuais e é caracterizada por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais; muitos

destes geradores de crises, conflitos e contradições (essencialmente positivas). Não é apenas um período de adaptação às transformações corporais, mas a uma fase de independência psicológica e social.

Este grupo populacional é muito vulnerável, porque dada a sua inexperiência pode adquirir (DST) doenças sexualmente transmitidas, que são um conjunto de doenças contagiosas com diferentes sinais, sintomas e origens; no entanto, lhes traz o fato epidemiológico que normalmente são adquiridas através do contágio sexual (independentemente da preferência neste sentido e não ser o único mecanismo de transmissão), são evitáveis na maioria dos casos e podem ser diagnosticadas em estágios iniciais. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1995)

O conhecimento atual dos adolescentes sobre AIDS, seus modos de transmissão e medidas de prevenção, pode ser considerado positivo. A convicção de que a principal medida preventiva a ser tomada é o uso de preservativos é generalizada entre eles. No entanto, a percepção de seu próprio risco é muito baixa, eles reconhecem que diante uma relação sexual não planejada, geralmente, não é pensando o risco ou não é falado disso com o parceiro sexual. Os esforços neste sentido, da implementação de diversos programas de educação sexual e as iniciativas levadas a cabo nos centros educacionais não tem totalmente resolvidos os problemas e dificuldades ainda persistem a este respeito, tais como: deficiências na educação sexual, adolescentes grávidas, uma cultura pobre na prevenção de DST/HIV/AIDS-induzido por baixa percepção de risco em relação ao HIV/AIDS e às DST e insuficiente preparação dos professores.

Os adolescentes devem aprender como se proteger e proteger seu parceiro para o qual não é suficiente fornecer informações adequadas sobre estes conteúdos, é necessário também que existam espaços educativos onde eles possam levantar suas preocupações, para analisar seus erros, dúvidas, aspirações e sentimentos. Este aprendizado será um elemento de referência e análise que lhes permita tomar decisões, por esse motivo, informar sobre sexualidade responsável não constitui uma contribuição educacional em si, mas é necessário que eles reflitam nos grupos da mesma idade e com os mesmos interesses no assunto para entender aspectos importantes de suas vidas e de sua sexualidade.

Desse modo uma educação preventiva correta é muito necessária e consiste em promover a saúde e prevenção de doenças, fornecendo o conhecimento, exemplos de atitudes e a mídia para incentivar o comportamento sustentável que

reduzem o risco, melhore o atendimento e reduza o impacto da doença.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nas diversas reorganizações administrativas do Ministério da Saúde, ocorridas entre 1964 e 1980, deve ser assinalada a criação da Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde.

A mudança de nomenclatura de educação sanitária para educação em saúde diz respeito a mudanças nos paradigmas vigentes na prática educativa da época.

A educação sanitária baseava-se na concepção de que o indivíduo tinha que aprender a cuidar de sua saúde, vista como ausência de doença.

O objetivo da educação em saúde, por sua vez, não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.

Na década de 1990 tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família que, no contexto da política de saúde brasileira, deve contribuir para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destaca-se os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde isso devido à particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. Dentre as funções de um médico de atenção básica, destacam-se: prestar atenção preventiva, curativa e reabilitadora, ser comunicador e educador em saúde.

É comum entre os profissionais de saúde a cultura de que não é preciso aprender a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a capacidade de falar de forma coloquial fossem suficientes para a implementação dessa prática; a reflexão metodológica é tratada como algo desnecessário.

Com esse raciocínio, é frequente encontrarmos atividades baseadas nas Palestras prescritivas de hábitos e condutas, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e de como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas

populações. A Educação Permanente em Saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva, além de nortear caminhos para uma relação lógica e horizontal, em que cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possa compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis. A ESP, portanto, pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes. (VASCONCELOS,2009)

Atualmente “tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender”, contribuindo para o contexto da qualificação das práticas de saúde do SUS (GERMANO M M, p 3-6)

A educação em saúde surge como estratégia para promover saúde e prevenção primária e secundária e deve ser uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência dos indivíduos e grupos, tendo como referência a realidade na qual eles estão inseridos. É a soma de todas as experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo em relação à saúde e aos processos que necessitam ser modificados.

Tem como objetivo estimular as pessoas (público em foco/população) a realizar ações de promoção à saúde – seja pela adoção de hábitos de vida saudáveis, seja pela utilização de forma correta e cuidadosa dos serviços de saúde à sua disposição.

Estimula-se a consciência na tomada de decisões, tanto individual como coletivamente, buscando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente. Busca, ainda, desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela própria saúde e pela saúde da comunidade a que pertencem e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva.

Essa educação em saúde tem grande papel para diminuir a distância existente entre descobertas/estudos científicos e a aplicação desses na vida diária das pessoas. (CHAGAS S C, 2012, p 41-46)

4. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO:

A pesquisa deste projeto consistirá num estudo longitudinal prospectivo de intervenção educativa. Pretende-se identificar o nível de o conhecimento dos alunos sobre o tema do HIV/SIDA, e desta forma poder implementar um programa educacional e assim medir o conhecimento antes e após a intervenção educativa.

Universo:

O universo de trabalho estará formado pelos alunos matriculados na EEEM Rafaela Remião de 15 a 17 anos de idade.

Amostra:

Será selecionada uma amostra pelo pacote estatístico stats v 1.1 para um nível de confiança de 95% e um erro máximo aceitável de 5% e o percentual estimado de 50%. Após ter determinado o tamanho da amostra a seleção dos mesmos será utilizando amostragem aleatória simples e estratificada, através do pacote estatístico SPSS v22. Ainda para a seleção da amostra se terão em conta uma série de critérios listados abaixo:

Critérios de inclusão:

Os adolescentes que concordam em participar do estudo.

Aqueles que não deixarem o formulário incompleto e participarem em todas as conferências.

Critérios de exclusão:

-Deixar voluntariamente o estudo.

Aqueles que não preencherem o formulário e não participarem de todas as

conferências.

FERRAMENTAS E MÉTODOS:

Para obter informações sobre o assunto ou o objeto de estudo, será usada como ferramenta um questionário, baseado em conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) que será aplicado a todos os alunos. O mesmo é desenhado para a Avaliação Independente do Projeto de Fortalecimento da resposta para a prevenção e cuidados de HIV/AIDS, que foi previamente validado através de um cockpit no município de Marianao, Havana, Cuba, por especialistas (uma especialista em Bioestatística, um sanitarista, uma licenciada em Educação, infectologista infantil e um Ginecologista), com a inclusão de alguns aspectos necessários para a investigação. (GONZALEZ,2008) (ANEXO B)

A coleta de dados será realizada através do próprio questionário, que, além da implementação de questões-chave, contém uma série de elementos úteis para a investigação e mediante o mesmo se obterá nível de conhecimento dos adolescentes, também sobre as atitudes e práticas sexuais diante ao HIV/AIDS, antes e após a intervenção, através de dezessete perguntas (seção B e C), dando um ponto para cada item.

Para esta finalidade, nós projetamos a seguinte escala:

| | |
|------------|----------|
| Escala | contagem |
| Excelente | 15-17 |
| Bom | 12-14 |
| Regular | 9 -11 |
| Deficiente | 0-8 |

Procedimento:

Se visitará a EEEM "Rafaela Remião" a fim de solicitar a autorização necessária

para implementar o programa educacional (anexo 3) Antes de aplicar o programa será medido o conhecimento dos alunos, utilizando o instrumento (questionário) (ANEXO B). O mesmo está dividido em três seções.

Secção A:

Explora dados demográficos, sexo, início de práticas sexuais, frequência de atividade sexual.

Secção B:

Lida com aspectos relacionados ao conhecimento sobre HIV/AIDS: conceito de AIDS, agente causal, vias de transmissão, idade em que mais frequentemente aparece, grupos de risco, as manifestações da doença, os meios de prevenção. Este formulário fornecerá o nível de informação que têm sobre esta doença, uma das principais armas para a prevenção.

Secção C:

Explora as atitudes e comportamento sexual, uso de preservativos, critérios sobre a proteção conferida pelo uso e a manutenção num casal estável e se sabem como usar preservativos além disso explora a posição dos adolescentes com relação a pessoas doentes. O objetivo é medir o risco de contrair estas doenças, nesta população vulnerável e exposto ao risco; aproximando-nos a seus comportamentos e práticas que os expõem, bem como para avaliar suas atitudes ou crenças sobre certos fatores que os fazem ainda mais expostos a tais doenças.

Fase de intervenção: após a aplicação da primeira vistoria será implementado um programa de prevenção primária, dirigido a estudantes do grupo selecionado. Isto será realizado a cada 15 dias, nas sextas-feiras de tarde (no horário de UNASUS) por 3 meses, com aulas de 45 minutos no horário escolar e em coordenação prévia com a gestão do centro, assim, garantir a maior apoio e assistência. Como uma metodologia geral aplicada no processo educativo serão palestras e debates de vídeos, usaremos técnicas como uma chuva de ideias, análise de casos, descrição e relatos de experiências, cartazes e solução de problemas. (ANEXO C)

Avaliação: Depois de superada a fase de intervenção primária será aplicada novamente seção B e C da pesquisa com as mesmas características na avaliação inicial, para finalmente discutir as mudanças no conhecimento, para o qual será aplicada uma escala de medição de conhecimento dos adolescentes.

Obtenção das informações: para a coleta de informações sobre o conhecimento antes e após o treinamento, o autor aplicará os questionários em forma escrita.

Técnicas de processamento: a informação obtida será levada a um banco de dados feito no Excel 2010 para Windows e processado usando o programa estatístico SPSS versão 22.

Técnicas de análises: se realizará análise estatístico descritiva utilizando medidas de resumo para variáveis qualitativas (porcentagens, razões) bem como variáveis quantitativas (média). Os resultados obtidos serão levados a quadros estatísticos. A elaboração do relatório final será realizada com o uso de editor de texto Microsoft Word 2010. A análise e discussão dos resultados será feita com base na revisão da literatura, expressando lós em tabelas de frequência absoluta e relativa.

ASPECTOS ÉTICOS:

Como prévia será solicitado à direção da instituição autorização para o estudo com a explicação dos objetivos da pesquisa. Posteriormente, se comunicará aos adolescentes as características, objetivos e importância deste trabalho e coletados consentimento por escrito (ata de consentimento informado) dos guardiões desses alunos para participarem voluntariamente do estudo, explicando o direito de deixar o inquérito se fora seu desejo. (ANEXO A). Também se comunicará a todos aqueles envolvidos no estudo, o elevado nível de profissionalismo do pessoal responsável pela pesquisa.

5. CRONOGRAMA

O cronograma de atividades abrange um período de seis meses e está apresentado no quadro abaixo.

| Atividades | 2018 | | | | | |
|---|------|-----|-----|------|------|------|
| | ev. | ar. | br. | maio | jun. | jul. |
| Apresentação do trabalho para equipe da ESF São Pedro | | | | | | |
| Planejamento /organização das atividades | | | | | | |
| Apresentação do trabalho para direção da EEEM "Rafaela Remião " | | | | | | |
| Apresentação do projeto para os estudantes Seleção da amostra e 1ra aplicação do questionário | | | | | | |
| Atividade 1: Introdução ao HIV/AIDS. Situação atual, definição e etiologia. | | | | | | |
| Atividade 2: Rotas de transmissão e os grupos de risco. | | | | | | |
| Atividade 3: Quadro clínico e forma de apresentação do quadro da doença. | | | | | | |
| Atividade 4: Formas de prevenção e de comportamento a seguir ante a suspeita de estarem infectados com HIV. | | | | | | |
| Atividade 5: Evolução da doença social ao HIV/AIDS. | | | | | | |
| Atividade 6: Consolidação do conhecimento e aplicação da pesquisa novamente. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Análise dos resultados | | | | | | |
| Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho | | | | | | |

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

- Médico 1;
- Enfermagem ou Técnico de enfermagem 1;
- Pedagogo 1;

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores 2;
- Datashow 1;
- Folha A4 500 a 1000;
- Impressora 1;
- Toner para impressora 1;
- Canetas 3;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades e questionários 1;
- Material para confecção de cartasses e material gráfico de apoio: papel cartaz, papel cartolina, papel color, papel crepon, marcador, cola, aquarelas, etc.

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar as necessidades de aprendizagem dos adolescentes em estudo sobre o HIV/AIDS;
- Compartilhamento de vivências e conhecimentos;
- Melhorar a percepção de risco dos adolescentes ao respeito da doença;
- Promover mudanças para práticas sexuais protegidas;
- Diminuir preconceitos e melhorar a atitude de procurar informação e ajuda profissional ante situações de risco;
- Ampliar a responsabilidade e conhecimento de cada participante com relação à sua própria sexualidade, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões;
- Estimular a equipe ao trabalho intersetorial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABFALTERER, W. HIV Sequence Compendium 2008: HIV Sequence Database and Analysis Staff, New México, p.1-7.2008. Disponível em: <https://www.hiv.lanl.gov>. Acesso em: 10 set.2017

BARTLETT, John G. A Pocket Guide to Adult HIV/AIDS Treatment: Companion to A Guide to Primary Care of People with HIV/AIDS. February 2006 edition. Disponível em: <<https://hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/clinical-quality-management/adultpcktguide06.pdf>.> Acesso em: 13 ago.2017

BOILY, M. C et al. Risco heterossexual de infecção por HIV-1 por ato sexual: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais. The Lancet Infectious Diseases, Volume 9, Edição 2, 118 – 129,2009

CHAGAS S C, A.M et al: Percepção Do Processo Saúde Doença Significados E Valores Da Educação Em Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, 36, (1 Supl. 1), p 41 – 46; 2012. Disponível em: <www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/ >Acesso em: 13 ago. 2017.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFECÇÃO VIH/SIDA. Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção HIV/AIDS. Lisboa, 2011. Disponível em:< http://www.sermais.pt/media/86/File/Prevencao/Recomendacoes_2011.pdf.> Acesso em :13 ago.2017

DEPARTAMENTO DE DST-AIDS E HEPATITES VIRAIS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>.> Acesso em: 8 jul.2017.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Constituição Federal, Brasil. LEI Nº 8.069, 13 de jul. 1990 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.>Acesso em :13 ago.2017.

FERNADEZ, Fernando A. et all. Guia Prático de AIDS. Clínica, diagnóstico e tratamento. 12. ed, Barcelona: Antares, 2013.p 55-72. Disponível em: <<http://www.escofetzamora.com>.> Acesso em: 10 set.2017

GALLO, Robert C. Os primeiros retrovírus humanos. In: Pesquisa e Ciência; Espanha, n.125, p.44-55, fev.1987. Disponível em: <<http://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/hidrodinmica-de-propulsin-humana-189/el-primer-retrovirus-humano-2021>.>Acesso em :10 set.2017

GALVÃO, Jane. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GERMANO M M, Adriana; COUTINHO S. W, Luciana: Os processos educativos no contexto das práticas de saúde no SUS. Especialização em Saúde da Família. p 3-6. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf.> Acesso em :13 ago.2017.

GILBERT, Peter B. et al. Comparação da infecciosidade do HIV-1 e HIV-2 de um potencial estudo de coorte no Senegal. *Estatista. Med.*, n.22, p.573-593. Fev.2003. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/>. Acesso em: 10 set.2017

GONZALEZ V, Bertha et al. Conocimientos y comportamientos sobre el VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza media superior. *Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana*, v. 34, n. 2, jun. 2008. Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em :13 ago. 2017

GOTTLIEB, Geoffrey S et al. «Dual HIV-1 infection associated with rapid disease progression». *Lancet*. 363 (9049): 619–22. 2004

HORVATH, T et al. Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD006734, jan.2009. Disponível em:<<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab006734.html>. > Acesso em :13 ago.2017.

LIFSON, A. R. Do Alternate Modes for Transmission of Human Immunodeficiency Virus Exist? A Review. *JAMA*. 1988;259(9):1353–1356.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasil, 2016-11-30 2016. ISSN 1517 1159. Disponível em: < [ttp://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/59427/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf?file=1&type=node&id=59427&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/59427/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf?file=1&type=node&id=59427&force=1) >. Acesso em: 8 jul.2017

MORGAN, D. et al. Infecção por HIV-1 na África rural: existe uma diferença na mediana do tempo para a AIDS e sobrevida em comparação com a dos países industrializados? *AIDS (Londres, Inglaterra)*. 16 (4):p. 597-603, mar. 2002

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. A saúde dos jovens: um desafio e uma esperança. Ginebra: OMS:1995, p.31-35. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle>> Acesso em: 10 set.2017

UNAIDS BRASIL. Fact sheet - Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic., 2017. Disponível em: < https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf >. Acesso em: 8 jul.2018.

VASCONCELOS, Mara. et al. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. *Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>> Acesso em: 10 set.2017

ANEXO A- Ato de consentimento informado.

Por este meio informar aos alunos que irá se realizar um estudo de intervenção, a fim de determinar o nível de conhecimento dos alunos em relação ao HIV / AIDS. Esta pesquisa envolve a aplicação de um inquérito, em um segundo tempo será implementado um programa de prevenção e, em seguida, aplicar novamente a pesquisa.

Solicitamos que seja informada a participação do aluno por vontade própria neste estudo e a possibilidade de deixá-lo quando quiser.

Nenhum outro assunto:

Nome do tutor do aluno assinatura

Nome do aluno assinatura

Data

ANEXO B - Instrumento de coleta de dados (questionário).

Secção A:

Abaixo estão várias perguntas para apreciar o conhecimento sobre AIDS este questionário é totalmente anônimo. Agradecemos antecipadamente a sua colaboração para garantir o sucesso de nossa pesquisa.

Idade

Grau matriculado

Sexo

Já tiveste relações sexuais? Sim não

Se sim fora positiva à resposta anterior responder às seguintes perguntas: Com que idade teve a sua primeira relação sexual?

Após sua primeira relação sexual você tem mantido esta prática:
Frequentemente (3 ou mais vezes por semana) Esporadicamente (1 vez a cada duas semanas)

Só a primeira vez

Sempre que fez sexo você usou camisinha? Sim Não

Você já recebeu informações sobre HIV / AIDS? Sim Onde?

Não

Família Escola

Amizade Meios de comunicação. Livros e revistas Profissional de saúde

Secção B:

Marque a resposta correta.

O que é AIDS?

Uma doença simples que tem cura.

Uma doença de imunodeficiência adquirida que destrói as defesas do organismo.

Uma doença bacteriana aguda.

A AIDS é causada por:

Neisseria Gonorrhoeae.

Treponema pallidum.

Clamídia trachomatis.

Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Trichomonas.

O qual é a idade onde é mais frequente obter a AIDS?

entre 1 e 15 anos.

entre 16 e 30 anos.

entre 46 e 60 anos.

mais de 60 anos.

Marque com uma (x) via (s) de transmissão da doença:

Beijos.

Tomar num copo de um paciente doente.

Falar com um paciente doente.

Sexo protegido.

Sexo desprotegido.

Transfusão de sangue sem ter sido analisado previamente.

Durante a gravidez para o feto de uma mãe doente.

Tocar num paciente doente.

Através da amamentação.

O que grupo (s) de pessoas tem maior risco de adquirir a doença?

Adolescentes que têm parceiro estável.

Homossexuais.

Jovens que frequentemente mudam de parceiro.

Bissexuais.

Viciados em drogas.

Prostitutas.

Jovens que fazem sexo com proteção.

Marcar com uma (x) as respostas de acordo com as manifestações clínicas quando deve-se suspeitar da doença:

Febre, tosse, gripe, que dura aproximadamente de 8 dias e é facilmente resolvido.

Febre e diarreia abundante ao longo de 30 dias com linfadenopatia, faringite, perda de peso e herpes Zoster.

Febre, tosse, expectoração com diagnóstico de pneumonia, resolvida com penicilina e que cura sem dificuldade.

Febre, perda de peso, úlcera na boca que é diagnosticada com câncer invasivo do colo do útero e tuberculose.

Acha que AIDS é uma doença evitável?

Sim Não

Marque com uma (x) os meios de proteção que ajuda a impedir a aquisição da doença.

Pílulas anticoncepcionais.

Injeções de hormônio.

Dispositivos intrauterinos.

Camisinha ou preservativo.

Diafragma. Secção C:

Responda sim ou não conforme o caso:

Devemos nos sentir mal sobre recusar a ter sexo com alguém só para agradá-lo?

Se conhece uma pessoa com HIV/AIDS você se afastaria dela?

Você acha que a possibilidade de ficar doente é mínima por ter relações sexuais sem preservativo?

É correto fazer sexo sem camisinha com alguém que você conhece bem?

Você acha que a pessoa com AIDS tem o que merece?

Considera vergonhoso comprar preservativos? 7. Acha vergonhoso o uso de preservativo?

Se você soubesse que sua namorada ou namorado tem AIDS você deixaria-o?

Se você tivera que usar camisinha, sabe como é?

Chave de resposta:

Secção B

Os especialistas avaliaram os resultados em: Adequado: quando a resposta está correta. Inadequados: quando a resposta está incorreta. Conhecimento da conceituação de AIDS: (Resposta correta: item b)

Adequada: se marca item b.

Inadequada: se não marca item b. Conhecimento da etiologia:

(Resposta correta: item d)

Adequada: se marca item d.

Inadequada: se não marca item d. Conhecimento sobre a faixa etária mais frequente: (Resposta correta: item b)

Adequada: se marca item b.

Inadequada: se não marca item b. Conhecimento da rota de transmissão.

Considerar adequada inclusão dos itens e, f, g, i.

Considera-se impróprio, se pelo menos dois dos três itens corretos não estão incluídos.

Conhecimento sobre os grupos de risco:

Considerar adequada a inclusão dos itens b, c, d, e, f.

Considera-se impróprio, se pelo menos três dos quatro itens corretos não estão incluídos.

Conhecimento sobre as manifestações clínicas:

Considerar adequada inclusão dos itens b e d.

Considera-se impróprio, se pelo menos não é incluído um item correto.

Conhecimento sobre o AIDS como doença evitável:

Uma resposta afirmativa é considerada adequada.

Considerado inapropriado uma resposta negativa. Conhecimento sobre os meios de proteção:

Adequada: a inclusão do item d.

Inadequada: não inclusão do item b ou a inclusão de qualquer outro.

Secção C

Não

Não

Não

Não

Não

Não

Não

Não

Personalizado.

ANEXO C - Programa de intervenção educativa.

Plano temático Definição da AIDS. Agente etiológico. Rotas de transmissão.
Grupos de risco.

Formas clínicas de apresentação. Medidas preventivas.

Atividade # 1:

Tópico: Introdução ao HIV/AIDS. Situação atual, definição e etiologia. Forma de aprendizagem: conferência.

Tempo: 45 minutos.

Objetivos:

Mostrar a situação atual do mundo.

-Conceituar o HIV/AIDS.

Explicar sua etiologia.

Técnica: leitura eficiente e chuvas de ideias. Recursos: Fotocópias de materiais, pôster.

Atividade # 2:

Tópico: Rotas de transmissão e os grupos de risco. Forma de aprendizagem: Oficina.

Tempo: 45 minutos.

Objetivos:

-Orientação sobre as diferentes vias de transmissão do HIV/AIDS.

-Explicar quais são os fluidos do corpo envolvidos na transmissão.

-Identificar os principais grupos de risco.

Técnica: oficina, demonstração e dramatização de casos. Recursos: Fotocópias de materiais, pôster.

Atividade # 3:

Tópico: Quadro clínico e forma de apresentação do quadro da doença.

Forma de aprendizagem: Conferência. Tempo: 45 minutos.

Objetivos:

-Divulgar as principais manifestações clínicas da doença e explicar as principais formas de apresentação da doença.

Recursos: Quadro-negro, material fotocopiado, software educacional, PowerPoint.

Atividade # 4:

Tópico: Formas de prevenção e de comportamento a seguir ante a suspeita de estarem infectados com HIV.

Forma de aprendizagem: Dinâmicas de grupo. Tempo: 45 minutos.

Objetivos:

-Apresentar as medidas de prevenção ao HIV/AIDS.

-Explicar a conduta a seguir diante a suspeita de HIV/AIDS.

-Reforçar a importância do uso do preservativo.

-Destacar a importância dos exames na suspeita de infecção. Técnica: Dramatização, discussão em grupo.

Recursos: Fotocópias de materiais, material didático (porta - camisinhas, preservativos).

Atividade # 5:

Tópico: Evolução da doença social ao HIV/AIDS.

Forma de aprendizagem: Palestras educativas, dinâmicas de grupo. Tempo: 45 minutos.

Objetivos:

-Trazer ao conhecimento os direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS, aprender a viver com eles.

-Explicar o comportamento da doença.

-Reforçar a importância de aprender sobre o HIV /AIDS. Técnica: Palestras educativas, dinâmicas de grupo.

Recursos: Cartaz informativo.

Atividade # 6:

Tópico: Consolidação do conhecimento e aplicação da pesquisa novamente.

Forma de aprendizagem: Discussão em grupo.

Tempo: 45 minutos.

Objetivos:

-Reafirmar o conhecimento dos tópicos ensinados.

-Esclarecer as dúvidas dos participantes.

-Aplicar novamente o inquérito inicial.

-Comparar o conhecimento adquirido depois de recebido o programa. Técnica:

Chuva de ideias, confronto motivacional de expectativa.

Recursos: material fotocopiado, filmes e cartazes

Anexo - GENOGRAMA: família T-F

