

OUT LOOK

Série Especial sobre HIV / AIDS

Esta é a 2ª e última parte da série sobre prevenção e tratamento de HIV/AIDS em locais com poucos recursos.

Atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS

Embara a prevenção da disseminação do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) seja essencial para o controle da epidemia de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), os profissionais de saúde também devem cuidar de mais de 36 milhões de pessoas já infectadas pelo vírus.¹ Na ausência de cura ou tratamento acessível para reduzir os danos ao sistema imunológico, prestar assistência frequentemente significa ajudar pessoas que vivem com o HIV/AIDS a carregar o pesado fardo psicológico, social e físico de uma doença crônica ainda sem cura.

Em países industrializados, transcorrem, aproximadamente, de oito a dez anos desde a infecção pelo HIV até o desenvolvimento da AIDS, a partir da qual as pessoas sobrevivem, aproximadamente, de um a cinco anos sem o tratamento anti-retroviral². Acredita-se que o tempo de sobrevivência seja menor nos países em desenvolvimento, devido à má nutrição, co-infecções e acesso limitado aos serviços de saúde^{3,4}. Embora a AIDS venha progredindo numa proporção semelhante nas mulheres e nos homens⁵, em algumas localidades, fatores socioculturais e econômicos podem abreviar a sobrevivência feminina².

As pessoas que vivem com o HIV/AIDS precisam ter acesso a uma assistência ampla e contínua por todo o período de infecção/doença. O aconselhamento precoce, logo que é feito o diagnóstico de infecção pelo HIV, pode ajudá-las a colaborar com o tratamento e adotar mudanças de comportamento que reduzirão futuros problemas de saúde e limitarão a transmissão da doença. À medida que a infecção pelo HIV progride, o enfraquecimento do sistema imunológico torna as pessoas suscetíveis a uma variedade de infecções e doenças oportunistas. A assistência médica para tratamento dessas infecções e alívio de outros sintomas comuns pode incrementar a qualidade, e, algumas vezes, prolongar a vida das pessoas com AIDS. Quando disponíveis, as drogas anti-retrovirais podem retardar, ou até mesmo reverter, a progressão da doença. À medida que as pessoas com AIDS aproximam-se do final da vida, uma combinação de suporte técnico e emocional pode ajudá-las a se preparar para a morte e oferecer consolo aos outros membros da família.

Os programas que prestam assistência às pessoas que vivem com o HIV/AIDS reforçam as estratégias de prevenção da infecção. Sua mais importante contribuição para a prevenção é encorajar as pessoas a buscar voluntariamente o aconselhamento e o teste anti-HIV, quando poderão ser orientadas sobre a transmissão da doença e sobre como proteger seus/suas parceiros/as sexuais. (Consulte Outlook, volume 19, número 1, para ler sobre aconselhamento e teste anti-HIV voluntários.)

Saber que a assistência está disponível para aliviar seu sofrimento e prolongar sua vida dá às pessoas um incentivo para a realização do exame.⁶ Ao mesmo tempo, o aconselhamento e o exame voluntário são a porta de entrada ideal para uma ampla e contínua assistência às pessoas HIV positivo. Esses programas, com o apoio contínuo das comunidades, podem também reduzir as barreiras sociais para a realização do teste e o estigma associado ao HIV/AIDS. Finalmente, nos locais onde está disponível, a terapia anti-retroviral pode, de fato, diminuir o risco de uma pessoa infectada transmitir o HIV através da redução da carga viral⁷.

Barreiras à assistência

Pessoas que vivem com o HIV são frequentemente obrigadas a superar barreiras socioculturais e econômicas para conseguir o atendimento e o apoio de que precisam. O estigma associado ao HIV/AIDS faz com que muitas pessoas relutem em admitir que estão contaminadas e/ou que devem procurar assistência, e pode tornar os profissionais de saúde relutantes em prestar atendimento⁸.

Os governos têm frequentemente demorado a tomar providências, em parte devido ao longo período de latência antes das pessoas adoecerem. A AIDS também suscita questões sexuais que podem ser politicamente difíceis de abordar, e a transmissão é frequentemente atribuída a grupos estigmatizados, tais como profissionais do sexo, usuários de drogas e homens que fazem sexo com homens (HSH)⁹.

Mesmo que a vontade política de confrontar a AIDS esteja presente, a magnitude da epidemia pode comprometer os recursos em países em que o gasto per capita com saúde é pequeno e a infra-estrutura é deficiente. O HIV aumenta dramaticamente a carga sobre os serviços de saúde, especialmente porque a maioria das vítimas são adultos jovens que, sem a infecção, necessitariam de menos assistência médica. Ao mesmo tempo, o estresse e as mortes relacionadas à AIDS entre os profissionais de saúde reduzem o número de profissionais disponíveis para cuidar dos pacientes^{3,10}.

Embora as intervenções que podem melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS sejam conhecidas, podem não ser financeiramente viáveis em

todos os locais. Os gestores têm escolhas difíceis a fazer, ao analisar a epidemia de HIV/AIDS face a outras questões de saúde pública e ao buscar o equilíbrio entre ações de prevenção e tratamento. Para orientar essas decisões, a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization – WHO) e o Programa Conjunto de HIV/AIDS das Nações Unidas (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS) definiram os cuidados essenciais que devem estar universalmente disponíveis às pessoas que vivem com o HIV/AIDS (ver figura 1). Atividades de maior custo e complexidade devem ser oferecidas onde forem acessíveis.

A assistência às pessoas que vivem com o HIV/AIDS divide-se em três grandes categorias: (1) assistência paliativa e apoio social para alívio dos sintomas, suporte às necessidades nutricionais e de assistência social, apoio psicológico e ajuda para enfrentar o estigma social; (2) diagnóstico, tratamento e prevenção das infecções oportunistas e doenças relacionadas ao HIV; e (3) tratamento com drogas anti-retrovirais.

Assistência paliativa

A assistência paliativa não tem como objetivo o tratamento do HIV/AIDS. Especificamente, melhora a qualidade de vida do paciente ao tratar seus sintomas e oferecer apoio psicológico, social e espiritual para o/a paciente e sua família. Idealmente, a assistência paliativa começa com o diagnóstico da infecção pelo HIV e continua por todo o curso da enfermidade, eventualmente ajudando a pessoa a morrer em paz e com dignidade.^{11,12}

O HIV/AIDS proporciona desafios singulares a assistência paliativa porque o curso da enfermidade e suas possíveis complicações são imprevisíveis e altamente variáveis.^{11,13} Além disso, o estigma social isola as pessoas infectadas pelo HIV/AIDS, limitando o apoio da comunidade, enquanto a magnitude da epidemia intensifica o estresse emocional e financeiro das famílias, que correm o risco de perder vários membros devido à doença.

A assistência paliativa para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS tem quatro componentes:

- Alívio dos sintomas. Mais da metade dos pacientes com AIDS sofrem de dor, fadiga, e perda de peso. Insônia,

Figura 1 . Atividades de assistência e apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS, definidas pela WHO e pela UNAIDS

Assistência Essencial

- * Apoio Psicossocial
- * Assistência Paliativa
- * Tratamento de infecções comuns relacionadas ao HIV
- * Assistência nutricional
- * Prevenção das infecções sexualmente transmissíveis
- * Planejamento familiar
- * Prevenção da transmissão
- * Profilaxia com Cotrimoxazole
- * Atividades comunitárias que possam reduzir o impacto da infecção pelo HIV

Atividades Adicionais de Complexidade e/ou Custo Intermediário

- * Busca intensificada de casos e tratamento para tuberculose
- * Terapia preventiva para tuberculose
- * Antifúngicos sistêmicos
- * Tratamento das doenças malignas relacionadas ao HIV
- * Tratamento do herpes
- * Financiamento de atividades comunitárias para reduzir o impacto da infecção da mãe para o filho pelo HIV

Atividades Adicionais de Alta Complexidade e/ou Custo

- * Terapia anti-retroviral potente (HAART)
- * Tratamento das infecções relacionadas ao HIV que são de difícil diagnóstico e/ou de alto custo
- * Tratamento das doenças malignas relacionadas ao HIV
- * Serviços públicos que reduzam o impacto econômico e social da infecção pelo HIV

Adaptado de Perriens et al. 2000¹⁰

dificuldades respiratórias, diarreia, problemas na pele, febre, e depressão também são comuns.^{12,13} Infelizmente, os profissionais de saúde podem não priorizar estes sintomas, além de frequentemente faltar treinamento e recursos para tratá-los.¹⁰

- Apoio psicossocial. Aconselhamento individual, encontros com outras pessoas infectadas com o HIV em grupos de apoio, e suporte da comunidade e dos membros da família podem ajudar as pessoas a aceitar a sua situação, falar sobre o seu diagnóstico e enfrentar a ansiedade e a depressão.^{10,13} A educação da comunidade é importante para neutralizar o estigma associado ao HIV/AIDS.

- Assistência ao paciente terminal. À medida que as pessoas com AIDS se aproximam do fim de suas vidas, as pessoas de apoio podem mantê-los confortáveis fisicamente com bons cuidados de enfermagem, além de ajudá-los a preparar-se para a morte, inclusive fazendo planos para os dependentes. Esta assistência também pode incluir aconselhamento de luto para a família e amigos, ajudando-os a dizer adeus e a suportar sua consternação.¹²

- Atendimento às pessoas de apoio. Se as pessoas de apoio forem membros da família, voluntários da comunidade ou profissionais de saúde, eles irão precisar de apoio emocional e controle do estresse para prevenir a depressão e o desgaste excessivo.¹⁴

Assistência comunitária. Quando a epidemia de AIDS começou, pessoas doentes inundaram os hospitais e centros de saúde, ocupando de 50% a 70% dos leitos nas áreas mais atingidas, levando os sistemas de saúde, já sobrecarregados, ao limite extremo.^{3,13} Em resposta à crise, os governos, organizações não-governamentais (ONGs), e organizações comunitárias começaram a desenvolver modelos alternativos de prestação de serviços, incluindo clínicas para pacientes externos de AIDS, assistência domiciliar, assistência em abrigos, e a opção que provou ser a mais eficiente: a assistência comunitária.¹⁵

A assistência domiciliar com a participação da comunidade provou ser melhor sucedida e mais eficiente do que os programas de assistência médica na mesma linha.¹⁶ Programas comunitários treinam voluntários para visitar pessoas da vizinhança que vivem com o HIV/AIDS. Na Zâmbia, este tipo de assistência comunitária custa somente US\$26 por seis meses de visitas (em comparação com US\$312 para assistência médica domiciliar), e os agentes comunitários gastam muito mais tempo com os clientes.³ Voluntários da comunidade são treinados para oferecer aconselhamento, cuidados básicos de enfermagem e conselhos práticos sobre nutrição, higiene e cuidados preventivos de saúde. Eles também atuam estabelecendo uma conexão com a clínica local e, onde for necessário, podem aprender técnicas especializadas, tais como tratamento de tuberculose ou controle da dor.¹⁴ Entretanto, programas que atuam em algumas comunidades podem encontrar dificuldades para recrutar voluntários e apoio financeiro.¹⁷

As pessoas que vivem e são atingidas pelo HIV/AIDS podem fazer uma contribuição especial para os programas de assistência paliativa. Suas experiências e percepções asseguram



Cuidados a um paciente acamado na África do Sul. O atendimento domiciliar às pessoas com HIV/AIDS é o que, frequentemente, atende melhor às necessidades dos indivíduos, das famílias e dos sistemas de saúde. A foto é cortesia da UNAIDS, 2000.¹⁴

que os serviços sejam planejados de acordo com as necessidades e colocados em prática. Essas pessoas também contribuem para a formação de conselheiros e porta-vozes da comunidade.

A assistência comunitária deve ser apoiada pelo sistema de assistência de saúde formal. As pessoas que vivem com o HIV/AIDS precisam de uma assistência abrangente dada através de um continuum que se estende desde a sua residência até o hospital e inclui organizações comunitárias, assim como o sistema formal de assistência a saúde. Acima de tudo, é necessário um sistema de referência eficiente e serviços organizados em rede, de modo que as pessoas que vivem com o HIV/AIDS possam procurar assistência no nível mais adequado, transitando livremente entre os diferentes níveis de complexidade da assistência.^{10,15,18}

A carga do atendimento diário recai sobre os membros da família. No estágio terminal do HIV/AIDS, os familiares encaram uma longa lista de tarefas, incluindo ajuda para alimentação e higiene do paciente, limpeza e tratamento de feridas e úlceras, administração de medicamentos e provisão de conforto e companhia.¹³ Os programas de assistência comunitária podem dar o treinamento e o apoio psicológico necessários para que possam cumprir bem essas tarefas, incluindo conhecimentos sobre a prevenção de infecções. Na Tailândia, por exemplo, o projeto Sanpatang provê apoio médico, emocional e financeiro para os avós, que tradicionalmente, cumprem o papel de cuidar dos doentes.¹⁷

Ajudar famílias atingidas pela AIDS a satisfazer as necessidades básicas de alimentação, água e abrigo pode ser tão importante quanto oferecer atendimento de enfermagem e aconselhamento. Quando os adultos de uma família ficam muito doentes para trabalhar, os velhos e as crianças o fazem para compensar. Voluntários da comunidade podem ajudar com as tarefas domésticas. O programa de assistência domiciliar em associação com a Igreja de Cristo (the Church of Christ) em Soweto, por exemplo, tem um pequeno grupo de 150 voluntários treinados em aconselhamento com aproximadamente 2.000 voluntários, que ajudam as famílias atingidas pela AIDS nas tarefas domésticas, conserto de telhados, na agricultura e outras tarefas essenciais.¹⁴

Infecções oportunistas

O HIV enfraquece o sistema imunológico, tornando as pessoas vulneráveis a infecções e enfermidades que normalmente seriam capazes de superar. As infecções oportunistas e as doenças malignas são as principais manifestações clínicas da infecção pelo HIV e definem a doença (AIDS).¹⁹ As infecções oportunistas comuns incluem:

- Infecções bacterianas tais como tuberculose, mycobacterium avium complex, pneumonia bacteriana e septicemia (infecção no sangue);

- Infecções fúngicas tais como a candidíase e a criptococose (meningite criptocócica);
- Doenças causadas por protozoários tais como pneumonia (Pneumocystis carinii), toxoplasmose e criptosporidiose;
- Doenças virais tais como citomegalovírus, herpes simples e herpes zoster;
- Doenças malignas tais como sarcoma de Kaposi, linfoma e carcinoma de células escamosas.

Embora as mulheres sejam vulneráveis às mesmas infecções oportunistas que os homens, elas enfrentam o risco adicional de câncer e infecções ginecológicas. As mulheres que vivem com o HIV/AIDS precisam de uma assistência em saúde reprodutiva cuidadosa para enfrentar esses riscos (ver quadro na página 8).

O padrão das infecções oportunistas associadas ao HIV varia de um país para outro, mesmo nos países em desenvolvimento.⁴ Por exemplo, a tuberculose é a infecção oportunista mais prevalente no Brasil, Congo, e Costa do Marfim, atingindo mais de 40% das pessoas que vivem com o HIV/AIDS. No México, entretanto, a prevalência do citomegalovírus (de 65% a 69%) e do sarcoma de Kaposi (de 30% a 43%) é maior que a da tuberculose (28%). Nos países desenvolvidos, a pneumonia por Pneumocystis carinii é a infecção oportunista mais prevalente, atingindo 64% dos pacientes com HIV/AIDS nos Estados Unidos.²²

Os recursos necessários para tratar ou prevenir muitas infecções também variam amplamente, dependendo das drogas necessárias, da complexidade e do custo dos exames de diagnóstico e do acompanhamento.²³ Uma das infecções oportunistas comuns, a candidíase oral pode ser tratada através de programas comunitários a um custo menor do que US\$ 10 por pessoa, para o tratamento completo.²² Elas exigem pouco equipamento e dependem de medicamentos baratos e facilmente armazenáveis. Outras doenças oportunistas, tais como sarcoma de Kaposi e pneumonia por Pneumocystis carinii, exigem medicamentos mais caros e um investimento significativo em equipamento e instalações, tais como laboratórios e máquinas de raio X. Existem ainda outras infecções oportunistas, como o citomegalovírus, que custam centenas ou mesmo milhares de dólares para tratar, porque requerem equipe especializada, exames e medicamentos caros, e/ou acompanhamento mais complexo.

Os gestores, muitas vezes, têm que estudar a prevalência e o sofrimento associados a cada doença oportunista, além do custo do diagnóstico, tratamento, e prevenção, frequentemente sem informações completas sobre os custos e os benefícios das intervenções em estudo. A UNAIDS recomenda considerar o contexto em que se desenvolve a epidemia de AIDS e priorizar as necessidades de saúde compartilhadas pela população em geral – por exemplo, o controle da disseminação da tuberculose ou a oferta de alívio da dor para os doentes terminais, não importando qual seja a sua doença.²²

Cuidando dos Órfãos

Estima-se que mais de 10 milhões de crianças com menos de 15 anos perderam suas mães para a AIDS até dezembro de 2000, e um número ainda maior vive com pais contaminados pelo HIV. Nos países mais atingidos da África Sub-Saariana, 7% a 11% de todas as crianças estão órfãs hoje.

À medida que os seus pais adoecem, as crianças sofrem. Por haver pouco dinheiro para comida ou para a mensalidade escolar, as crianças são frequentemente forçadas a tomar para si as responsabilidades dos adultos.²⁰ Após a morte dos seus pais, as crianças podem mudar-se para a casa dos avós ou de parentes distantes, comandar seus próprios lares, ou sobreviver nas ruas. Elas têm de enfrentar o estigma da AIDS ao mesmo tempo em que lidam com o pesar, a depressão e a ansiedade – e talvez sua própria infecção pelo HIV.²⁰

A magnitude da epidemia de AIDS vem prejudicando a forma tradicional de apoio para órfãos na África – a família estendida. No entanto, a experiência mostra que é muito melhor para essas crianças permanecerem na comunidade, com parentes ou famílias adotivas, do que serem transferidas para uma instituição de caridade. Por toda a África, grupos incluindo ONGs, igrejas, e comitês informais de povoados, estão atendendo às necessidades dos órfãos locais.²⁰ Na Zâmbia, por exemplo, o Programa de Apoio aos Órfãos de Chikankata (the Chikankata Orphan Support Programme) instituiu os comitês de Crianças Necessitadas (Children in Need) que visitam órfãos semanalmente e asseguram o seu bem-estar. Essas atividades, no entanto, são em grande parte realizadas por voluntários sobrecarregados e com os recursos limitados que as comunidades podem fornecer. Alguns países, inclusive Botsuana, Malawi e Zimbábue, iniciaram o próximo passo, criando políticas e programas nacionais para coordenar e apoiar intervenções para órfãos.²⁰

A abordagem das infecções oportunistas em bebês e crianças com HIV merece considerações especiais.²⁴ Assegurar boa nutrição e prevenir o retardo do desenvolvimento são preocupações fundamentais, como é a prevenção da pneumonia por *Pneumocystis carinii* durante o primeiro mês de vida com o uso profilático de cotrimoxazole. A exceção da vacina com bacilo de Calmette-Guérin, o esquema básico de vacinação deve ser realizado, incluindo uma segunda dose da vacina contra o sarampo. O diagnóstico precoce e o tratamento agressivo das infecções é importante; mais estudos são necessários para a abordagem da diarreia persistente.

Os provedores também podem aconselhar as pessoas que vivem com o HIV/AIDS sobre higiene e outros comportamentos capazes de reduzir o risco de infecções oportunistas, incluindo beber somente água tratada, lavar as mãos cuidadosamente depois de manusear fraldas, terra, carne mal cozida e produtos agrícolas, nunca comer carne e ovos crus ou mal cozidos, e evitar arranhaduras e excrementos de gatos e animais doentes.²⁵ Infelizmente, as pessoas que vivem em países em desenvolvimento podem não ser capazes de seguir todas essas recomendações, por exemplo, se não houver acesso a água tratada.

Controle da tuberculose. A tuberculose é a principal causa de morbimortalidade entre pessoas que vivem com o HIV/AIDS nos países em desenvolvimento.²⁶ Ocorre mais cedo no curso da infecção pelo HIV do que outras infecções oportunistas. Algumas pesquisas sugerem que ela pode acelerar a progressão do HIV/AIDS, aumentar a carga viral e tornar as pessoas mais vulneráveis a outras infecções oportunistas.^{23,26,27} A infecção pelo HIV aumenta a probabilidade de as pessoas contraírem tuberculose e transmitirem para os outros. Como resultado, a epidemia de AIDS levou ao ressurgimento global da tuberculose entre a população em geral, o que vem esgotando a capacidade de resposta dos sistemas de saúde.^{27,28} (Para maiores informações sobre tuberculose, consulte Outlook -Volume 17, Número 3).

A interrupção do ciclo de transmissão exige rastreamento e tratamento de rotina para tuberculose nas pessoas com HIV, embora a infecção pelo HIV torne este processo mais difícil.²⁹

Entre as pessoas HIV positivo com tuberculose, metade ou mais tem a forma disseminada da doença, que pode não ser facilmente detectada a partir de exame de escarro.²⁷ Entretanto, uma vez feito o diagnóstico, as pessoas com HIV podem curar-se da tuberculose com os tratamentos convencionais para esta infecção. A escolha do tratamento, obrigatoriamente, deve levar em consideração as interações potenciais com os anti-retrovirais e outros medicamentos utilizados para tratar outras infecções oportunistas, tais como os antifúngicos.³⁰

Nos locais onde a tuberculose está disseminada, a profilaxia tem sido sugerida. Uma meta-análise de estudos clínicos feitos no Haiti, Quênia, Uganda, e Estados Unidos concluiu que o uso de quimioprofilaxia reduziu a frequência da tuberculose ativa em 70 % e a mortalidade em 25 %, entre pessoas que vivem com o HIV/AIDS e também tiveram testes tuberculínicos positivos.³¹ No entanto, os benefícios da quimioprofilaxia parecem durar somente cerca de 18 meses, provavelmente devido a re-infecção.²³

Profilaxia com cotrimoxazole. A Organização Mundial de Saúde recomenda a profilaxia diária com o antibiótico cotrimoxazole para adultos africanos que têm infecção sintomática pelo HIV ou níveis baixos de CD4. Este medicamento está disponível na África ao custo de US\$ 8 a US\$ 17 ao ano e está indicado para adultos que têm infecção sintomática ou uma baixa contagem de CD4 (baixos níveis de linfócitos que combatem doenças).³² O Cotrimoxazole é utilizado de rotina em países industrializados para prevenção da pneumonia por *Pneumocystis carinii* e tem potencial para prevenir outras infecções oportunistas, incluindo pneumonia bacteriana, doenças diarreicas, septicemia e toxoplasmose.

A profilaxia com cotrimoxazole provou ser eficiente entre as pessoas infectadas pelo HIV/AIDS com tuberculose na Costa do Marfim³³ e na África do Sul³⁴, embora haja a preocupação de que uma ampla profilaxia possa causar resistência ao medicamento.³² Na Costa do Marfim, o uso do cotrimoxazole foi associado a uma redução de 43% das internações hospitalares e 46% da mortalidade.³³ Outro estudo no mesmo país revelou que o uso do cotrimoxazole resultou em uma redução de 43% em doenças de maior gravidade,

O HIV/AIDS e a Saúde Reprodutiva das Mulheres

Os problemas ginecológicos são comuns entre as mulheres que vivem com o HIV/AIDS e podem ser um sinal de imunossupressão. O HIV/AIDS contribui para a frequência e a gravidade de muitas infecções ginecológicas, inclusive a candidíase vaginal, herpes simples, doença inflamatória pélvica e verrugas genitais. O tratamento para muitas dessas infecções é relativamente barato, mas as mulheres que vivem com o HIV/AIDS frequentemente necessitam de doses mais altas e tratamentos mais longos, pois elas também podem sofrer com recorrências mais frequentes. As mulheres que vivem com HIV/AIDS também podem ter um risco mais alto de câncer cervical. Os esfregaços de Papanicolaou (Pap Smears) anormais e a displasia cervical são aproximadamente dez vezes mais prevalentes em mulheres que vivem com o HIV/AIDS. Elas também têm maior probabilidade de serem infectadas com o papilomavírus humano (HPV, a causa subjacente primária do câncer cervical), especialmente pelos subtipos oncogênicos. Quando as mulheres que vivem com o HIV/AIDS desenvolvem câncer cervical invasivo, elas o apresentam em estágios mais avançados, têm metástases para locais pouco comuns, respondem menos à terapia convencional e têm taxas mais altas de recorrência e de mortalidade do que as outras mulheres.³⁵

Entretanto, a relação entre HIV/AIDS, neoplasia intra-epiteliais cervical (um precursor do câncer), HPV e câncer cervical invasivo ainda não está clara. Além disso, existem poucas evidências de que a prevalência do câncer cervical invasivo seja mais elevada entre mulheres que vivem com o HIV/AIDS.³⁶ (Para mais informações sobre câncer cervical, consultar Outlook- Volume 18, Número 1).

embora não tenha alterado a sobrevivência de pacientes HIV positivo sem tuberculose.³⁷ Não está claro se o uso do cotrimoxazole será tão eficiente em outros lugares, uma vez que a prevalência e a sensibilidade dos patógenos aos antibióticos variam. Na área urbana do Senegal, por exemplo, um estudo demonstrou que não existem efeitos benéficos sobre o curso clínico, internações hospitalares ou mortes.³⁸

Tratamento anti-retroviral

O desenvolvimento de medicamentos anti-retrovirais teve início no final da década de 1980, com a zidovudina (conhecida como AZT) que oferece às pessoas que vivem com o HIV/AIDS a esperança de um tratamento eficiente. Embora os anti-retrovirais não curem a doença, eles podem reduzir a quantidade do vírus no organismo a níveis indetectáveis, retardar o desenvolvimento da AIDS, reverter seus efeitos sobre o sistema imunológico, e prolongar a sobrevivência.³⁰ Para muitas pessoas em países desenvolvidos, a utilização rotineira da terapia anti-retroviral está transformando a AIDS em uma doença crônica, que requer acompanhamento médico intensivo, mas permite uma vida satisfatória por muitos anos. A educação em saúde é importante para fazer com que as pessoas que tomam anti-retrovirais compreendam que ainda podem transmitir o HIV e que devem tomar precauções para não contaminar os outros.

Os três tipos de medicamentos anti-retrovirais – inibidores do transcriptase reversa (nucleosídeos e não-nucleosídeos) e inibidores da protease – afetam as enzimas necessárias para a atuação e multiplicação do HIV.³⁰ Por ser o impacto de um único medicamento anti-retroviral de curta duração, a monoterapia somente é útil para prevenir a transmissão do HIV da mãe para o bebê (consultar Outlook, Volume 19, Número 1).

Programas HAART Efetivos

Para uma terapia anti-retroviral efetiva, que minimize o desenvolvimento da resistência ao medicamento, são necessários:

- teste e aconselhamento voluntário para o HIV e apoio psicossocial contínuo para assegurar adesão dos pacientes aos regimes de medicamentos;
- capacidade para reconhecer e manejar infecções oportunistas mais comuns;
- serviços de laboratório confiáveis para monitorar a toxicidade dos medicamentos, status imunológico e carga viral;
- abastecimento adequado e consistente de medicamentos, incluindo os anti-retrovirais, os medicamentos para tratar infecções oportunistas e drogas paliativas;
- recursos financeiros suficientes para financiar tratamentos a longo prazo;
- profissionais de saúde e equipe de laboratório treinados;
- regras que possam prevenir o mau uso e desvio de medicamentos anti-retrovirais.³⁰

Para o controle do HIV/AIDS a longo prazo, os pacientes devem tomar uma combinação de três ou mais anti-retrovirais, de pelo menos duas das três classes de medicamentos. Esse tipo de tratamento é conhecido como terapia anti-retroviral potente (HAART).

Administração do HAART em locais com poucos recursos. Embora os antiretrovirais possam melhorar significativamente o bem-estar das pessoas que vivem com o HIV/AIDS, os sistemas de saúde têm de superar múltiplos obstáculos para administrá-los com segurança e eficiência. O HAART é complexo para administrar, tem muitos efeitos colaterais e pode não funcionar para todos os pacientes.³⁰ Alguns pacientes freqüentemente têm que mudar a combinação de medicamentos usados para que a terapia permaneça efetiva. Conseqüentemente, múltiplas combinações de medicamentos têm que estar disponíveis.³⁹ Visto que as pessoas somente começaram a utilizar o esquema tríplice em 1996, falta experiência com o HAART a longo prazo.⁴⁰

Em locais com poucos recursos, a falta de médicos habilitados, laboratórios bem equipados e outros elementos essenciais (ver quadro à esquerda) freqüentemente constituem problemas para o acesso ao HAART.⁹ O fortalecimento da infraestrutura de saúde tem sido uma parte necessária e bem sucedida das muitas iniciativas para ampliar o acesso ao HAART em países em desenvolvimento por todo o mundo.^{7,41,42}

Estimular a adesão dos pacientes aos regimes medicamentosos também é essencial para o sucesso do programa. Os novos regimes HAART em que os/as pacientes tomam menor número de pílulas, com uma freqüência menor, vêm facilitando os desafios da adesão dos/as pacientes, embora efeitos colaterais desagradáveis como náusea e diarreia permaneçam. Mesmo com os regimes mais antigos, que exigiam que os pacientes tomassem até 20 pílulas por dia, obedecendo a um cronograma complexo, programas de países em desenvolvimento alcançaram níveis de adesão iguais aos dos países industrializados, onde de 50% a 75% dos pacientes tomam, pelo menos, 80% das doses prescritas.^{42,43} Quando os pacientes omitem essas doses, isso não só prejudica a efetividade da terapia, como também estimula o desenvolvimento de tipos de HIV resistentes aos medicamentos. Para aumentar a adesão, alguns programas de AIDS em países em desenvolvimento, tais como a Clinique Bom Sauveur, no Haiti, estão utilizando a terapia diretamente observada (DOT), que foi inicialmente desenvolvida para o tratamento da tuberculose.^{7,44}

Os programas que utilizam esquemas HAART nos países em desenvolvimento enfrentam alguns desafios adicionais. Existe pouca pesquisa sobre quais são as combinações de anti-retrovirais mais efetivas contra os subtipos de HIV mais comuns no mundo em desenvolvimento – que não são os mesmos predominantes na Europa e nos Estados Unidos.⁷ Além disso, onde a tuberculose ou outras doenças, estão largamente disseminadas, é essencial considerar interações medicamentosas potenciais ao selecionar os anti-retrovirais.³⁰ Alguns anti-retrovirais exigem um sistema logístico que pode não ser viável, por exemplo, se há necessidade de refrigeração.

As normas clínicas internacionais recomendam a oferta do HAART para todos os portadores do HIV que desenvolverem

uma infecção sintomática, que tenham uma contagem CD4 abaixo de 350 ou uma carga viral acima de 30.000 cópias de RNA³⁰. Entretanto, nos locais onde os recursos são limitados, os programas podem optar por restringir o tratamento às pessoas que estão nos estágios finais da doença, sem analisar a carga viral. Adiar a terapia é uma estratégia viável, porque o HAART tem um impacto maior sobre o tempo de sobrevivência nos últimos estágios do HIV/AIDS sintomático, e a recuperação é boa mesmo com o retardo do início da terapia.^{7,30} O adiamento do tratamento também permite aos profissionais de saúde identificar pacientes com base nos sinais e sintomas clínicos, em vez de usar testes de laboratório caros. Isto é feito na Clínica Bom Sauveur, no Haiti.^{7,44} No entanto, quanto mais tarde o HAART é oferecido, mais doenças oportunistas e outros sintomas podem acometer os/as pacientes.

Os anti-retrovirais estão disponíveis nos países em desenvolvimento? Embora o HAART custe cerca de US\$10,000 a US\$15,000 por pessoa ao ano nos países industrializados, uma combinação de pressão política e competição de mercado reduziu o preço dos anti-retrovirais em até 90% em alguns países em desenvolvimento.^{7,40} O resultado é que um suprimento para 1 ano de alguns regimes básicos HAART pode estar disponível por aproximadamente US\$500 em alguns países. No entanto, mesmo a esse preço, o HAART pode não estar disponível para os países mais pobres e mais atingidos pela epidemia de AIDS, dado que os custos clínicos e laboratoriais mais do que duplicam o custo da terapia, e o tratamento tem que continuar por todo o tempo de vida do/a paciente.^{7,40} É claro que o tratamento reduz a necessidade de assistência paliativa e tratamento para infecções oportunistas. No Brasil, por exemplo, o acesso universal ao HAART reduziu as hospitalizações por AIDS em três quartos, poupando ao Ministério da Saúde uma quantia estimada em US\$422 milhões de 1997 a 1999.⁴² Com os preços do HAART mudando continuamente, os custos e benefícios do tratamento devem, ser reavaliados constantemente.

Lições aprendidas

A assistência paliativa de baixo custo e o tratamento das infecções oportunistas podem ajudar as pessoas que vivem com o HIV/AIDS a ter uma vida mais produtiva e confortável e aliviar a carga sobre suas famílias. O acesso universal a medicamentos efetivos que aliviar os sintomas comuns e controlam infecções oportunistas deve ser prioridade máxima para programas de HIV/AIDS.³ Onde os recursos financeiros e a infra-estrutura de saúde permitirem, a terapia anti-retroviral pode produzir um impacto ainda maior na qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS. As lições aprendidas na prestação desses serviços incluem:

- Pessoas que vivem com o HIV/AIDS precisam de cuidados

abrangentes que satisfaçam suas necessidades emocionais, espirituais e materiais, tanto quanto as questões médicas;

- Aproveitando-se as tradições locais para atendimento em relação a outras doenças, a assistência comunitária tem potencial para oferecer cuidados paliativos eficientes, disponíveis e abrangentes para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS;
- A superação de atitudes negativas da comunidade permite que as pessoas que vivem com o HIV/AIDS encontrem o apoio necessário em suas famílias, amigos e vizinhos;
- O envolvimento de pessoas que vivem com o HIV/AIDS na elaboração de políticas e no planejamento e implementação de programas assegurará que os serviços satisfaçam as suas necessidades.

À medida que o impacto do HIV/AIDS sobre os indivíduos, as famílias, as comunidades continua a crescer, os programas têm de aumentar os esforços para prevenção do HIV/AIDS em

conjunto com o tratamento e as abordagens de assistência paliativa. Os esforços para prevenção e tratamento do HIV/AIDS são mais efetivos quando se trabalha de mãos dadas. Assim como os esforços para prevenção e rastreamento médico – tais como aconselhamento e o teste anti-HIV/AIDS voluntário –, podem facilitar o tratamento precoce e apropriado, a disponibilidade de regimes de tratamento reforça os esforços preventivos, por exemplo, dando aos indivíduos um incentivo para a realização do teste anti-HIV, reforçando mensagens de prevenção, reduzindo a carga viral e, conseqüentemente, a infectividade. Com o aproveitamento da interação entre tratamento e esforços para prevenção, os programas de HIV/AIDS podem maximizar seu impacto sobre esta pandemia global.

1. UNAIDS. AIDS Epidemic Update: December 2000. Geneva: UNAIDS and WHO (December 2000).
2. Cohen, M. Natural history of HIV infection in women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 24(4):743–758 (December 1997).
3. Ainsworth, M. and Over, C. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Oxford: Oxford University Press for the World Bank (1997). Available online at www.worldbank.org/aids-econ/confront/confrontfull.
4. Grant, A.D. et al. Natural history and spectrum of disease in adults with HIV/AIDS in Africa. *AIDS* 11(suppl B):S43–S54 (1997).
5. Sterling, T.R. et al. Initial plasma HIV-1 RNA levels and progression to AIDS in women and men. *New England Journal of Medicine* 344(10):720–725 (March 8, 2001).
6. Wood, E. et al. Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. *Lancet* 355(9221):2095–2100 (June 17, 2000).
7. Individual faculty of Harvard University. *Consensus Statement on Antiretroviral Treatment for AIDS in Poor Countries* (March 2001). Available online at http://aids.harvard.edu/overview/news_events/events/consensus_aids_therapy.pdf.
8. WHO. HIV/AIDS: fear, stigma, and isolation. *Fact Sheets on HIV/AIDS for Nurses and Midwives #6* (2000). Available online at www.who.int/HIV_AIDS/Nursesmidwivesfs/fact-sheet-6/index.html.
9. Ainsworth, M. and Teokul, W. Breaking the silence: Setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries. *Lancet* 356(9223):55–60 (July 1, 2000).
10. Perriens, J. et al. *Key Elements in HIV/AIDS Care and Support: A Working Document*. Geneva: WHO and UNAIDS (December 2000). Available online at www.who.int/HIV_AIDS/HIV_AIDS_CARE/Key_elements_HIV_AIDS_care.htm.

13. UNAIDS. AIDS Palliative Care. UNAIDS Technical Update. Geneva: UNAIDS (October 2000).
14. Armstrong, S. Caring for Carers: Managing Stress in Those who Care for People with HIV and AIDS. UNAIDS Case Study. Geneva: UNAIDS (May 2000).
15. Osborne, C.M. et al. Models of care for patients with HIV/AIDS. AIDS 11(suppl B):S135-S141 (1997).
16. McDonnell, S. et al. Assessing and planning home-based care for persons with AIDS. Health Policy and Planning 4(4):429-437 (1994).
17. UNAIDS. Comfort and Hope: Six Case Studies on Mobilizing Family and Community Care for and by People With HIV/AIDS. UNAIDS Case Study. Geneva: UNAIDS (June 1999). Available online at www.unaids.org/publications/documents/responses/community/una99e10.pdf.
18. Osborne, C.M. HIV/AIDS in resource-poor settings: comprehensive care across a continuum. AIDS 10(suppl 3):S61-S67 (December 1996).
19. Chaisson, R.E. et al. Impact of opportunistic infection on survival in patients with HIV infection. AIDS 12(1):29-33 (January 1, 1998).
20. UNICEF and UNAIDS. Children Orphaned by AIDS: Front-line Responses from Eastern and Southern Africa. New York: UNICEF and UNAIDS (December 1999).
21. Foster, G. and Williamson, J. A review of current literature on the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa. AIDS 14(suppl 3):S275-S284 (2000).
22. UNAIDS. HIV-Related Opportunistic Diseases. UNAIDS Technical Update. Geneva: UNAIDS (October 1998).
23. Maartens, G. Management of opportunistic infections in developing countries. Medscape HIV/AIDS Conference Coverage: XIII International AIDS Conference (July 15, 2000). Available online at www.medscape.com/medscape/cno/2000/AIDS/Story.cfm?story_id=1486
24. Tudor-Williams, G. HIV infection in children in developing countries. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 94:3-4 (2000).
25. United States Public Health Service (USPHS) and Infectious Diseases Society of America (IDSA). Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected With Human Immunodeficiency Virus (August 20, 1999). Available online at www.thebody.com/cdc/oiguide/guidelines.html
26. Bell, J.C. et al. Tuberculosis preventive therapy for HIV-infected people in sub-Saharan Africa is cost-effective. AIDS 13(12):1549-1556 (August 20, 1999).
27. UNAIDS. Tuberculosis and AIDS. UNAIDS Point of View. Geneva: UNAIDS (October 1997).
28. Mukadi, Y.D. et al. Tuberculosis case fatality rates in high HIV prevalence populations in sub-Saharan Africa. AIDS 15(2):143-152 (January 26, 2001).
29. De Cock, K.M. and Chaisson, R.E. Will DOTS do it? A reappraisal of tuberculosis control in countries with high rates of HIV infection. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 3(6):457-465 (1999).
30. WHO Initiative on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Safe and Effective Use of Antiretroviral Treatments in Adults. Geneva: WHO (2000).
31. Wilkinson, D. et al. Effect of preventive treatment for tuberculosis in adults infected with HIV: systematic review of randomised placebo controlled trials. British Medical Journal 317(7159):625-629 (September 5, 1998).
32. UNAIDS. UNAIDS/WHO hail consensus on use of cotrimoxazole for prevention of HIV-related infections in Africa [press release] (April 5, 2000). Available online at www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc00/geneva050400.html.
33. Wiktor, S. et al. Efficacy of trimethoprim-sulphamethoxazole prophylaxis to decrease morbidity and mortality in HIV-1-infected patients with tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire: A randomised controlled trial. Lancet 353(91635):1469-1475 (May 1, 1999).
34. Badri, M. et al. Co-trimoxazole in HIV-1 infection. Lancet 354(9175):334-335 (July 24, 1999).
35. Abularach, S. and Anderson, J. Gynecologic problems. In: A Guide to the Clinical Care of Women With HIV. J.R. Anderson, ed. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS Bureau (2001). Available online at <http://hab.hrsa.gov/womencare.htm>.
36. Sitas, F. et al. The spectrum of HIV-1 related cancers in South Africa. International Journal of Cancer 88(3):489-492 (2000).
37. Anglaret, X. et al. Early chemoprophylaxis with trimethoprim-sulphamethoxazole for HIV-1-infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial. Cotrimo-CI Study Group. Lancet 353(9163):1463-1468 (May 1, 1999).
38. Maynard, M. et al. Primary prevention with cotrimoxazole for HIV-1-infected adults: results of the pilot study in Dakar, Senegal. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 26(2):130-136 (2001).
39. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), United States. Studies highlight shortcomings of AIDS treatments [press briefing] (July 11, 2000). Available online at www.cdc.gov/nchstp/od/Durban/AIDS%20Treatment%20release%206.28.pdf
40. Foreman, M. et al. Beyond Our Means? The Cost of Treating HIV/AIDS in the Developing World. London: Panos Institute (2000).
41. UNAIDS. UNAIDS HIV drug access initiative: pilot phase. Best Practice Digest (2000). Available online at www.unaids.org/bestpractice/digest/files/drugaccess.html.
42. Rosenberg, T. Look at Brazil. New York Times Magazine (January 28, 2001).
43. Chesney, M.A. et al. Adherence: a necessity for successful HIV combination therapy. AIDS 13(suppl A):S271-S278 (1999).
44. Farmer, P. et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. Lancet 358(9279):404-409 (August 4, 2001).
45. Schoofs, M. AIDS: the agony of Africa, part 8: use what you have. Village Voice (December 29, 1999-January 4, 2000).

O editor convidado para este exemplar foi o Dr. Christopher J. Elias, presidente do PATH. A redatora deste exemplar foi Adriene Kols. A Assistência Editorial foi prestada por Michele Burns. A assistência para produção foi prestada por Kristin Dahlquist. Além dos membros selecionados do Conselho Consultivo do Outlook, as seguintes pessoas revisaram esse exemplar: Dr. M. Carael, Dr. W. Cates, Dr. G. Davis, Dr. Y. D. Mukadi, Dr. G Perkin, Dr. J Pulerwitz, e Dr. E. van Praag. Outlook agradece seus comentários e sugestões.

Outlook é publicada por PATH em Inglês e Francês, e está disponível em Chinês, Indonésio, Português, Russo, e Espanhol. Outlook apresenta notícias sobre questões de saúde reprodutiva de interesse para os leitores de países em desenvolvimento. A Fundação Bill & Melinda Gates tornou possível este exemplar através de uma subvenção ao PATH para atividades de saúde reprodutiva. O conteúdo ou opiniões expressas no Outlook não necessariamente são aquelas dos fundadores do Outlook, dos membros individuais do Conselho Consultivo do Outlook, ou do PATH.

PATH é uma organização internacional sem fins lucrativos, dedicada ao aperfeiçoamento da saúde, especialmente da saúde de mulheres e crianças. Outlook é enviada, gratuitamente, para leitores de países em desenvolvimento; assinaturas para as pessoas interessadas em países desenvolvidos custam US\$40 ao ano. Por favor, os cheques deverão ser nominais ao PATH.

A produção da edição brasileira foi realizada por bee-line idiomas (tradução) e Maira Golçalves (copydesk), Mônica Almeida (revisão técnica) e Ana Rosas (editoração eletrônica e produção gráfica).

Jaqueline Sherris, Ph.D. Diretora Editorial PATH
4 Nickerson Street
Seattle, Washington 98109-1699 U.S.A.
Phone: 206-285-3500 Fax: 206-285-6619
E-mail: outlook@path.org

URL: <http://www.path.org/resources/pub-Outlook.htm>

Conselho Consultivo

Giuseppe Benagiano, M.D., Director General, Italian National Institute of Health, Italy • Gabriel Bialy, Ph.D., Special Assistant, Contraceptive Development, National Institute of Child Health & Human Development, U.S.A. • Willard Cates, Jr., M.D., M.P.H., President, Family Health International, U.S.A. • Lawrence Corey, M.D., Professor, Laboratory Medicine, Medicine, and Microbiology and Head, Virology Division, University of Washington, U.S.A. • Horacio Croxatto, M.D., President, Chilean Institute of Reproductive Medicine, Chile • Judith A. Fortney, Ph.D., Senior Scientist, Family Health International, U.S.A. • John Guillebaud, M.A., FRCSE, MRCOG, Medical Director, Margaret Pyke Centre for Study and Training in Family Planning, U.K. • Atiqur Rahman Khan, M.D., Country Support Team, UNFPA, Thailand • Louis Lasagna, M.D., Sackler School of Graduate Biomedical Sciences, Tufts University, U.S.A. • Roberto Rivera, M.D., Corporate Director for International Medical Affairs, Family Health International, U.S.A. • Pramilla Senanayake, MBBS, DTPH, Ph.D., Assistant Secretary General, IPPF, U.K. • Melvin R. Sikov, Ph.D., Senior Staff Scientist, Developmental Toxicology, Battelle Pacific Northwest Labs, U.S.A. • Irving Sivin, M.A., Senior Scientist, The Population Council, U.S.A. • Richard Soderstrom, M.D., Clinical Professor OB/GYN, University of Washington, U.S.A. • Martin P. Vessey, M.D., FRCP, FFCM, FRCGP, Professor, Department of Public Health & Primary Care, University of Oxford, U.K.

© PATH (Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde), 2001. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

TRADUZIDO E DISTRIBUÍDO NO BRASIL PELA BEMFAM
SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL