



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS DOENTES COM VIH-SIDA
ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA DE
CACUACO NO II. TRIMESTRE DE 2023.

Autora: Feliciana Cafeca Chivonde.

Orientador: Mauro Culeca. Lic.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS DOENTES COM VIH-SIDA
ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA DE
CACUACO NO II. TRIMESTRE DE 2023.

Trabalho de fim do Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Sob orientação do professor, Mauro Culeca, Lic.

Autora: Feliciana Cafeca Chivonde.

Orientador: Mauro Culeca, Lic.

Luanda, 2024

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Luís Chindova e Sofia Cafeca estiveram e estão próximos de mim, pela força, pelo incentivo e apoio que muito contribuíram para a realização desse trabalho. Sem vocês seria impossível!

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me proporcionado protecção, saúde e a vida e a oportunidade de chegar a este momento tão esperado.

Aos meus familiares, meu querido filho, Luís Gosanga.

Ao meu tutor Mauro Culeca por ter disponibilizado o seu tempo para atender todas as minhas inquietações;

A todos do Instituto Superior de Angola (ISA), obrigada;

Aos meus professores, obrigada pelas correções e ensinamentos que me permitiram desenvolver as minhas capacidades no decorrer das aulas e em particular o professor Samuel Wassuca.

Aos meus amigos e colegas, e todos aqueles que contribuíram de alguma forma, dando força e coragem para não desistir. Em especial aos colegas Gaspar Gongga, Alice Cambinja e Emília Cassoma.

O meu muito obrigada a todos!

EPIGRAFE

“HIV-Sida é uma doença que pode ser evitada. O preconceito, atitude que deve ser exterminada.”

Leonardo Albertini

RESUMO

INTRODUÇÃO: O presente trabalho enquadra-se no âmbito do plano curricular do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem no Instituto Superior de Angola (ISA), exigida para a avaliação final. O intuito desta monografia é de preparação no campo de investigação científica e o consequente despertar da postura profissional, apropriada para uma constante procura do saber científico, cujo foco de pesquisa é; “Perfil epidemiológico dos doentes com VIH-SIDA atendidos no centro de saúde de referência de cacuaco, no II. Trimestre de 2023.” Os primeiros relatos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foram documentados em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados 5 casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii*.

Objectivo geral: Avaliar o Perfil epidemiológico dos doentes com VIH-SIDA atendidos no Centro de Saúde de Referência de cacuaco, no II. Trimestre de 2023. Metodologia. Foi realizado um estudo descritivo observacional e transversal, com abordagem quantitativa no Centro de Saúde de Referência de Cacuaco. Optou-se a um estudo retrospectivo. Resultados. A população foi de 70 doentes e amostra foi constituída por 35 (50%) de doentes com VIH-SIDA. Resultados: A faixa etária que apresentou maior frequência foi de 25 a 31 anos com 17 (34%) dos pacientes. Quanto ao género 40, na ordem dos (80%) dos pacientes são do género feminino. Em relação a proveniência, 16 (24%) dos pacientes são do bairro paraíso. Em relação aos factores de riscos, verificou-se que 45 na ordem dos (90%) dos pacientes tiveram como a fonte de contaminação a promiscuidade. **Conclusão;** O estudo permitiu concluir que o acompanhamento médico adequado e humanizado e o apoio da família também se apresentam como factor indispensável no enfrentamento da doença. Os profissionais de saúde possuem o desafio de se organizar para promoção de intervenções que possibilitem qualidade de vida com adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Perfil Epidemiológico; Doentes com VIH-SIDA.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This work falls within the scope of the 4th year curriculum plan of the Nursing Degree Course at the Instituto Superior de Angola (ISA), required for the final assessment. The purpose of this monograph is preparation in the field of scientific investigation and the consequent awakening of a professional attitude, appropriate for a constant search for scientific knowledge, whose research focus is; “Epidemiological profile of patients with HIV-AIDS treated at the Cacuo reference health center, in II. Quarter 2023.” The first reports of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) were documented in 1981, in the United States, when 5 cases of *Pneumocystis carinii* pneumonia were reported. Objective: To evaluate the epidemiological profile of patients with HIV-AIDS treated at the Cacuo Reference Health Center, in II. Quarter 2023. Methodology. An observational and cross-sectional descriptive study was carried out, with a quantitative approach, at the Cacuo Reference Health Center. A retrospective study was chosen. Results. The population was 70 patients and the sample consisted of 35 (50%) patients with HIV-AIDS. Results: The age group that presented the highest frequency was 25 to 31 years old with 17 (34%) of the patients. As for gender, 40 (80%) of the patients are female. Regarding origin, 16 (24%) of the patients are from the Paradise neighborhood. Regarding the source of contamination, it was found that 45 (90%) of the patients had promiscuity as the source of contamination. Conclusion; The study concluded that adequate and humanized medical monitoring and family support are also essential factors in coping with the disease. Health professionals face the challenge of organizing themselves to promote interventions that enable quality of life with adherence to treatment.

Keywords: Epidemiological Profile; Patients with HIV-AIDS.

LISTAS DE ABREVIATURAS

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

GER – Gasto Energético de Repouso

HAART – Terapia Antirretroviral Altamente Ativa

IO – Infecção Oportunista

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TARV – Terapia Antirretroviral

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

VIH + – Vírus da Imunodeficiência Humana Positivo

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária.....	34
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes segundo o Género.....	35
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo a proveniência.....	36
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes segundo o nível de escolaridade.....	37
Tabela 5 – Distribuição dos pacientes segundo os factores de riscos.....	38
Tabela 6 – Distribuição dos pacientes segundo os meses com maior incidência...	39

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária.....34

Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes segundo o Género.....35

Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes segundo a proveniência.....36

Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes segundo o nível de escolaridade.....37

Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes segundo os factores de contaminação.....38

Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes segundo os meses com maior incidência.....39

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	4
1.1- Definição dos termos e conceitos	4
1.2 Transmissão	8
1.3 Fases do VIH-SIDA (Sinais e sintomas)	9
1.4 Testes diagnósticos	10
1.5 Observações	14
1.6 Tratamento	15
1.7 Etiologia da desnutrição na infeção VIH/SIDA	17
1.8 Perda de peso	20
1.9 Sarcopenia	21
1.10 A Prevenção Combinada	23
1.11 Cuidados de Enfermagem a pessoas vivendo com VIH-AIDS	28
CAPÍTULO: II METODOLOGIA DE PESQUISA	32
2.1 Tipos de pesquisas	32
2.2 Modelo (s) de abordagem	32
2.3 Nível (s) de estruturação de métodos (s)	32
2.4 Técnica (s) de recolha de dados	33
2.5 – Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	33
2.6- População e Amostra	33
3.7- Dificuldades encontradas	33
CAPÍTULO: III RESULTADOS E DISCUSSÃO	35

3.1. Apresentação e interpretação dos resultados.....	35
3.2 - DISCUSSÕES DOS RESULTADOS.....	41
5- CONCLUSÃO.....	43
6- SUGESTÕES.....	44
7- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	45
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no âmbito do plano curricular do 4º ano do Curso de Licenciatura em enfermagem no Instituto Superior de Angola (ISA), exigida para a avaliação final. O intuito desta monografia é de preparação no campo de investigação científica e o consequente despertar da postura profissional, apropriada para uma constante procura do saber científico, cujo foco de pesquisa é:” Perfil epidemiológico dos doentes com VIH-SIDA atendidos no Centro de Saúde de Referência de Cacuaco, no II. Trimestre de 2023.” Os primeiros relatos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foram documentados em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados 5 casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii*. Em 1983, foi identificado o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), o agente etiológico da síndrome (Souza, 2018)

Desde o início da epidemia, o número de pessoas a viverem com VIH tem vindo a aumentar, estimando-se 36,9 milhões de infetados em 2017, mais 14% do que em 2010, sendo 25,7 milhões africanos e apenas 2,3 milhões europeus. O número de novos infetados por ano tem vindo a diminuir desde finais da década de 90, estimando-se 2,8 milhões de novos portadores em 2000, evoluindo para 1,8 milhões em 2017. Atualmente, o VIH/SIDA permanece uma doença infecciosa preocupante, responsável por uma elevada carga de doenças, especialmente na África subsaariana (Martins, 2018)

Em Angola tem atualmente 310.000 pessoas vivendo com HIV-Sida, com 15.000 novos casos de infeção e 13.000 mortes relacionado aos doentes atualmente. África do Sul tem uma das taxas mais elevada do mundo, uma das mais elevada de infeções pelo HIV-Sida.

A descoberta da terapia antirretroviral (TARV) e o seu uso no tratamento do VIH é considerada uma das maiores conquistas da medicina moderna, tendo permitido um aumento da esperança média de vida dos indivíduos infetados nos países desenvolvidos.(5) Por outro lado, paralelamente ao crescente acesso à TARV, aumentou a prevalência de co morbilidades associadas à infeção características do envelhecimento. Deste modo, a infeção passou a ser vista como uma doença crónica, que confere aos doentes um envelhecimento precoce (Martins, 2018).

Face a essa realidade, cremos ser fundamental um programa educativo mas, antes da sua execução, é fundamental uma abordagem que nos aproxime da dimensão dos doentes com HIV-SIDA. Assim sendo considera-se de suma importância levantar a seguinte questão problema;

“Qual é o Perfil epidemiológico dos doentes com VIH-SIDA atendidos no Centro de Saúde de Referência de Cacuo no II. Trimestre de Abril á Julho de 2023.”?

- **Hipótese**

H1 - A desnutrição é um dos factores que está na base do perfil epidemiológico dos doentes com VIH-SIDA.

H2. As doenças oportunistas influenciam nos doentes com VIH-SIDA.

Objectivo Geral:

- ❖ Caracterizar o Perfil epidemiológico dos doentes com VIH-SIDA atendidos no Centro de Saúde de Referência de cacuo, no II. Trimestre de 2023.

Objectivos específicos:

- ❖ Identificar os doentes segundo as variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, nível académico e proveniência);
- ❖ Descrever os factores de risco da doença;
- ❖ Propor medidas que visam mitigar os problemas identificados.

Delimitação e limitação

- Contextual: **Perfil epidemiológico dos doentes com VIH-SIDA atendidos no Centro de Saúde de Referência de cacuo .**
- Tempo: Quanto ao tempo o presente estudo foi delimitado para o II. Trimestre de 2023. Espaço: Centro de Saúde de Referência de Cacuo.

Limitação

- De acordo com a limitação, de modo a facilitar a nossa pesquisa, limitamos a mesma aos doentes com VIH-SIDA , em estudo.

Justificativa

A escolha desse tema foi no decorrer da academia de enfermagem transversalmente a disciplina de Saúde coletiva, pelo interesse de conhecer sobre o perfil epidemiológico, e quais dificuldades que o enfermeiro enfrenta, a realização desse trabalho é bastante apropriada e de suma importância por se tratar de cuidados e acolhimento e se pretendeu analisar as tendências desenvolvidas pela enfermagem Angolana, quanto ao perfil epidemiológico a pessoa vivendo com VIH/SIDA.

Esse estudo apontou a necessidade que tem os enfermeiros com a falta de capacitação, e conhecimento amplos frente ao cuidado à pessoa com VIH-SIDA, pois muitos não sabem o quanto o acolhimento é importante ao paciente, e quais benefícios trazem na vida do indivíduo que convive com a doença, o vínculo do profissional com o paciente ajuda na qualidade de vida.

Surgindo a dificuldade do enfermeiro quanto ao acolhimento e aos cuidados prestados, minha intenção através deste estudo de base teórica contribuir no conhecimento, atrair atenção para o tema, contribuir para novas descobertas de novas hipóteses a respeito desses cuidados à pessoa com VIH/SIDA, além disso a conclusão desse estudo pode servir para futuros estudos.

Estrutura do trabalho

O nosso trabalho começa por uma introdução que esclarece a teoria da pesquisa, e apresenta 3 capítulos.

No 1º Capítulo abordamos as questões teóricas e conceituais sobre o perfil epidemiológicos dos doentes com VIH-SIDA, sua etiologia, e evolução.

No 2º Capítulo, a metodologia utilizada na elaboração do trabalho

No 3º Capítulo, relata os resultados e discussões obtidos, em função destes resultados apresenta-se as conclusões e sugestões e por fim seguirão as referências bibliográficas e apêndice e anexo.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.

1.1- Definição dos termos e conceitos

- **Perfil epidemiológico**

O **perfil epidemiológico** (ou **perfil** de saúde) é um estudo feito para identificar o quadro geral de saúde de uma população específica. Ele geralmente é traçado por meio de questionários personalizados abordando questões como hábitos de vida, doenças prévias e histórico familiar, por exemplo. (OMS, 2015)

De acordo com Martins (2018) é uma ferramenta essencial para conhecer melhor as necessidades dos pacientes e garantir uma prestação de serviços

É um pilar fundamental na saúde pública, oferecendo uma visão detalhada da situação de saúde (Rajasuriar, 2017).

Na nossa óptica, o perfil epidemiológico é um indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença.

- **Doente**

É aquele que necessita de cuidados médicos e clínicos (OMS, 2015);

É uma condição particular anormal que afecta negativamente o organismo e a estrutura ou função de parte ou de todo organismo (Souza, 2018).

Na nossa óptica entendemos que é aquele que carece de saúde, ou seja, indivíduo na condição de enfermo

- **Doença**

De acordo com Luvuola (2011) é a caracterização como ausência da saúde um estado que ao atingir um indivíduo provoca distúrbios das funções físicas e mentais psico socioeconómico

Portador - é uma pessoa que alberga os microrganismos de uma doença infecciosa mas que não é necessariamente afectado pela mesma, embora possa infectar outras (Werrerr, 2010).

Portador convalescente - indivíduo que continua eliminando bactérias nos quatro meses seguintes à infecção aguda e que representa 30% dos doentes (ibid, 2008).

Portador crônico - indivíduo que por um ano continua eliminando bactérias ou vírus e que representa 5% dos doentes (Werrer, 2010).

VIH-SIDA: O VIH dissemina-se através do sangue, sêmen, fluido pré-ejaculatório, muco anal, muco vaginal ou leite materno, anexando-se aos recetores das células CD4+. Após a entrada nas células, converte o seu ARN

em ADN através da enzima transcriptase reversa, incorporando o genoma do hospedeiro. Forma-se assim um provírus que rapidamente se replica, difunde-se na corrente sanguínea e produz partículas virais, afetando os linfócitos T CD4+ e os macrófagos. Mesmo indivíduos assintomáticos e imunocompetentes, produzem mais de 1010 partículas virais por dia, partículas essas que têm uma semivida inferior a 6 horas. Por sua vez, os linfócitos CD4+ infectados pelo VIH, responsáveis pela produção de até 99% dos vírus detetáveis, têm uma semivida de cerca de 2 dias, o que torna este processo extremamente dinâmico, com milhões de vírus e de células a serem produzidos e destruídos diariamente (OMS,2015).

O resultado é uma progressiva deterioração do sistema imunológico, que se torna ineficaz e deixa o organismo altamente suscetível a infeções oportunistas (IO) que seriam inofensivas na ausência do vírus. A severidade da imunossupressão pode ser determinada através da contagem das células CD4+ no sangue. Sendo que menores valores indicam um maior dano do sistema imunológico e uma maior susceptibilidade a infecção oportunista.

O prognóstico da doença pode ainda ser aferido através da carga viral, que estima o número de partículas virais ou cópias por mililitro de sangue e reflete a extensão da replicação do vírus no sangue. Uma elevada carga viral é sugestiva de uma rápida replicação (resultando numa drástica destruição dos linfócitos T, e numa baixa contagem de células CD4), enquanto que uma carga viral diminuída se correlaciona com uma menor taxa de progressão da doença.

Após a exposição ao VIH inicia-se um período denominado de “Infecção Primária” que pode durar até 3 meses, durante os quais se dá a seroconversão e os anticorpos VIH tornam-se detetáveis.

Nas primeiras semanas da infecção decorrem sintomas moderados a severos, como febre, glândulas inchadas, erupções cutâneas, dor de garganta, fadiga e dor de cabeça. Após o estabelecimento da doença, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), esta pode ser classificada em 4 estádios clínicos, de acordo com os sintomas manifestados.

Estádio clínico 1

Assintomático: Os sintomas estão ainda ausentes

Estádio clínico 2

Moderadamente sintomático: Neste estágio, apesar da elevada destruição de células do sistema imunitário, este continua a combater o vírus, podendo não haver sintomas significativos da doença. Podem, no entanto, ocorrer alguns sintomas como a moderada perda de peso involuntária (10%),

Estádio clínico 3

Sintomático: O sistema imunitário já se encontra gravemente debilitado, podendo surgir sintomas como severa perda de peso involuntária (>10%), diarreia crónica, febre persistente e infeções bacterianas severas, como pneumonia e a tuberculose pulmonar.

Estádio clínico 4

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA): Este estágio corresponde à fase final da infecção pelo VIH (quando não é tratada) em que o sistema imunológico se apresenta severamente debilitado para combater infeções, tornando o hospedeiro vulnerável a IO.

Ocorrem assim um conjunto de sintomas e doenças características como a síndrome de wasting, infeções fúngicas, virais e bacterianas (como tuberculose, candidíase esofágica, citomegalovírus, pneumonia, etc.) e neoplasias relacionadas com o VIH, como sarcoma de Kaposi e linfoma.

A progressão da infecção para SIDA é principalmente determinada por uma baixa contagem de linfócitos CD4, estando também relacionada com o resultado dos CD4 nadir – o valor mais baixo de sempre de linfócitos CD4.

Além disso, idades mais avançadas na altura da seroconversão estão associadas a uma mais rápida progressão para SIDA. Se nenhum tratamento for feito, aproximadamente 4% dos pacientes desenvolvem SIDA após 3 anos de infeção e 50% após 10 anos. (10, 14) Com base nas características genéticas e diferenças nos antígenos virais, o VIH é classificado nos tipos 1 e 2. Geograficamente, o VIH-1 é encontrado em todo o mundo, enquanto que o VIH-2 está principalmente restrito à África Ocidental e às

comunidades europeias com ligações socioeconómicas a esse território, como Portugal. O VIH-2 é caracterizado por uma menor capacidade de transmissão e menor probabilidade de progressão para a SIDA em comparação com o VIH-1. Em comum têm os mesmos modos de transmissão, vias de replicação intracelular e consequências clínicas. Os dois vírus podem coexistir no mesmo indivíduo, originando uma infeção dupla, já que uma infeção pelo VIH-1 não confere imunidade à infeção pelo VIH-2 e vice-versa.

Perucci,J.R. (2016).O vírus da imunodeficiência humana, continua a disseminar-se por todo o mundo atingindo comunidades que antes eram pouco vulneráveis à pandemia e sua virulência está aumentando em áreas nas quais a SIDA já é a principal causa de mortalidade em adultos (entre 15 e 49 anos). **VIH** refere-se ao vírus da imunodeficiência humana, que enfraquece o sistema imunitário humano. A infecção pode ser prevenida através de medidas adequadas.

VIH/AIDS

VIH

Perucci,J.R. (2016). AIDS: É uma doença causada pelo VIH, ou seja, é uma doença da síndrome imunológica deficiente adquirida ou seja (SIDA).

Perucci,J.R. (2011). VIH/AIDS é um conjunto de sinais e sintomas bem definidos que podem surgir em indivíduos com infecção ou pelo trato infectocontagioso. A doença do SIDA é uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo VIH.

Perucci,J.R. (2011). Existem dois tipos de VIH: Tipo 1: é o VIH mais prevalente. É o que mais causa doenças no mundo e também o mais virulento.

Tipo 2: é o VIH mas tranquilo. É o que mais demora para aparecer ou ser descoberta.

O vírus do VIH/Adies não tem cura e ele é conhecido como um retroviral O vírus do VIH tem uma cápsula que protege o seu RNA e algumas enzimas que carrega consigo. O VIH é um vírus bem simples e o seu perigo está na sua simplicidade, Por ser RNA são mais instáveis que os vírus de DNA porque o vírus RNA sofre muita é muito mais mutações que o DNA e quando o RNA multiplica-se ou acontece a viratização acaba acobertando o organismo pelo sistema imune porque o vigésimo vírus é muito diferente do 1º vírus (OMS, 2015)

1.2 Transmissão

Perucci,J.R. (2016) Formas de VIH Transmissão Existe várias formas de transmissão do VIH, dentre elas:

1º Sexual: de 80 à 90% das pessoas com VIH adquiriram por via sexual. Tantos heterossexuais ou homossexual. Todavia a metade do ser humano que adquiriram o VIH por via sexual são homem com homem. Por ser mesmo o incerto; a chance de pegar é maior. Depois são adquiridas por via vaginal e só assim com ínfimas chances transmite-se por via oral

2º Drogas injetáveis: 10% no mundo inteiro e 15 a 20% nos EUA em particular. Por causa das agulhas compartilhadas por essa um factor de risco pelo facto de ser droga injetada e incorretamente.

3º Transmissão Vertical da mãe para o bebé: Pode ser antes do parto, durante o parto e durante a amamentação. E a mais frequente é a durante o parto, por isso deve-se ter um bom acompanhamento do pré-natal e se a mãe tiver HIV deve-se fazer a profilaxia de 1º dose do anti-retrovirais para diminuir a chance de contrair a partir da mãe e a mãe não pode amamentar o bebé.

4. Transfusão sanguínea: A taxa dos Hemofiz é muito pequena. Porém os pacientes que transfundem ou fazer qualquer internamento que acometem como hemodiálise tem a maior chance de contrair o HIV. Mais foi mais frequente nas décadas 80 e 90 por falta de testagem profunda.

5º Picadas e cortes com materiais hospitalares: quase não há riscos porque diz-se que não existem doenças de riscos nem doentes de riscos; existem procedimentos de riscos.

Segundo MINSA, (2015). do organismo que está no sangue, existem ainda os reservatórios do vírus, corpo e por isso num momento qualquer soltam os vírus. Por isso é que ainda não há cura do VIH. “é tão difícil matar o DNA porque a sua preferência é invadir as células do CDA4 mais transporta as membranas e vingam-se dessas moléculas destruindo os linfócitos; todavia, invade o sistema nervoso central e o trato gastrointestinal.

1.3 Fases do VIH-SIDA (Sinais e sintomas).

O VIH tem (4) quatro fases.

1ª Eclipsia: é a fase que afecta as primeiras células a serem infectadas (linfócitos) na forma de reservas e o comprometimento da consciência.

2ª Aguda: é fase da reconversão do indivíduo que apresenta sinais e sintomas parecidos a gripe tais como febre, calafrio, sudoreses, mialgia, cefaleia, dor da garganta, dor gastrintestinais, linfadenopatia e erupções cutâneas.

3ª Crónica: é a fase em que o indivíduo começa a ter perda progressiva do CD4, mais e vai se predispor a outras alterações como: astenia, adenomegalia, diarreia crónica, perda de peso HTA; AVC, e outras.

4ª Sida: é a fase em que o indivíduo se torna vulnerável ou propenso a progredir algumas ou muitas doenças oportunistas como: Tuberculose; pneumonia, candidíases, meningite, toxoplasmose. Chicomunha: manifestações neurológicas: Sarcoma de Kaposi (tumor) entre outras (Carvalho, 2015).

A progressão da infeção para SIDA é principalmente determinada por uma baixa contagem de linfócitos CD4, estando também relacionada com o resultado dos CD4 nadir – o valor mais baixo de sempre de linfócitos CD4. Além disso, idades mais avançadas na altura da seroconversão estão associadas a uma mais rápida progressão para SIDA. Se nenhum tratamento for feito, aproximadamente 4% dos pacientes desenvolvem SIDA após 3 anos de infeção e 50% após 10 anos. Com

base nas características genéticas e diferenças nos antígenos virais, o VIH é classificado nos tipos 1 e 2.

Geograficamente, o VIH-1 é encontrado em todo o mundo, enquanto que o VIH-2 está principalmente restrito à África Ocidental e às comunidades europeias com ligações socioeconómicas a esse território, como Portugal. O VIH-2 é caracterizado por uma menor capacidade de transmissão e menor probabilidade de progressão para a SIDA em comparação com o VIH-1. Em comum têm os mesmos modos de transmissão, vias de replicação intracelular e consequências clínicas. Os dois vírus podem coexistir no mesmo indivíduo, originando uma infeção dupla, já que uma infeção pelo VIH-1 não confere imunidade à infeção pelo VIH-2 e vice-versa.

Gelso, O.P.(2000) O VIH/SIDA é um assunto relacionado com a saúde e os direitos no trabalho de grande impacto no mundo de trabalho, e afecta os trabalhadores e os seus familiares, os empregadores e as economias nacionais, particularmente nas regiões que continuam a suportar a maior pressão. (Greene 2007, p. 46)

1.4 Testes diagnósticos

Os testes para detecção da infeção pelo HIV podem ser divididos basicamente em quatro grupos:

1. detecção de anticorpos;
2. Detecção de antígenos;
3. Dcultura viral;
4. Amplificação do genoma do vírus;

As técnicas rotineiramente utilizadas para o diagnóstico da infeção pelo HIV são baseadas na detecção de anticorpos contra o vírus. Estas técnicas apresentam excelentes resultados e são menos dispendiosas, sendo de escolha para toda e qualquer triagem inicial. Porém detectam a resposta do hospedeiro contra o vírus, e não o próprio vírus diretamente. As outras três técnicas detectam diretamente o vírus ou suas partículas. São menos utilizadas rotineiramente, sendo aplicadas em situações específicas, tais como: exames sorológicos indeterminados ou duvidosos, acompanhamento laboratorial de pacientes, mensuração da carga viral para controle

de tratamento, etc. A seguir, cada técnica será explicada separadamente (Silva, 2018).

Testes de detecção de anticorpos

ELISA (teste imunoenzimático): este teste utiliza antígenos virais (proteínas) produzidos em cultura celular (testes de primeira geração) ou através de tecnologia molecular recombinante. Os antígenos virais são adsorvidos por cavidades existentes em placas de plástico e, a seguir, adiciona-se o soro do paciente. Se o soro possuir anticorpos específicos, estes serão fixados sobre os antígenos. Tal fenômeno pode ser verificado com a adição de uma antiimunoglobulina humana conjugada a uma enzima como, por exemplo, a peroxidase. Em caso positivo ocorre uma reação corada ao se adicionar o substrato específico da enzima. Esta técnica é amplamente utilizada como teste inicial para detecção de anticorpos contra o vírus, devido à sua facilidade de automação e custo relativamente baixo. Apresenta atualmente altas sensibilidade e especificidade (OMS, 2015)

Western-blot: este ensaio envolve inicialmente a separação das proteínas virais por eletroforese em gel de poliacrilamida, seguida da transferência eletroforética dos antígenos para uma membrana de nitrocelulose. Em um terceiro momento, a membrana é bloqueada com proteínas que são adsorvidas por sítios não ocupados pelos antígenos. Posteriormente a membrana é colocada em contato com o soro que se deseja pesquisar. As reações antígeno-anticorpo são detectadas por meio da reação com antiimunoglobulina humana, conjugada com um radioisótopo ou uma enzima (Souza, 2018).

A revelação é feita por auto-radiografia ou por substrato cromogênico. Geralmente este teste é utilizado para confirmação do resultado reagente ao teste ELISA (ou seja, teste confirmatório da infecção), devido à sua alta complexidade e custo. Tem alta especificidade e sensibilidade.

Imunofluorescência indireta: fixadas em lâminas de microscópio, as células infectadas (portadoras de antígenos) são incubadas com o soro que se deseja testar. Depois, são tratadas com outro soro que contenha anticorpos específicos para imunoglobulina humana (anti-Ig) conjugados a um fluorocromo. A presença dos

anticorpos é revelada por meio de microscopia de fluorescência. Também é utilizada como teste confirmatório (Silva, 2018).

- Radioimunoprecipitação: a detecção dos anticorpos decorre de reações com antígenos radioativos. Estes antígenos são obtidos de células infectadas, mantidas na presença de radioisótopos durante a síntese de proteínas virais. Precipitados formados da reação desses antígenos com anticorpos específicos são sedimentados, dissociados com detergente, e depois, analisados por eletroforese em gel de poliacrilamida. Segue-se a auto-radiografia. É uma técnica menos conhecida, mas que pode ser utilizada para confirmação de diagnóstico.

- Outros testes para detecção de anticorpos: um grande número de testes rápidos para estudos de campo, triagens de grandes populações e para decisões terapêuticas em situações de emergência vêm sendo desenvolvidos, geralmente baseados em técnicas de aglutinação em látex e hemaglutinação.

Testes de detecção de antígeno VIRAL

Pesquisa de Antígeno p24: este teste quantifica a concentração da proteína viral p24 presente no plasma ou no sobrenadante de cultura de tecido. Embora esta proteína esteja presente no plasma de pacientes em todos os estágios da infecção pelo HIV, sua maior prevalência ocorre antes da soroconversão e nas fases mais avançadas da doença; o teste é realizado mediante a utilização da técnica de ELISA (imunoenzimático).

Técnicas de cultura viral

- Cultura de células mononucleares de sangue periférico para isolamento do HIV: esta técnica foi inicialmente utilizada para caracterizar o HIV como agente causador da aids. As culturas são observadas quanto à evidência de formação sincicial (células gigantes multinucleadas), presença de atividade da transcriptase reversa e produção de antígeno p24 em sobrenadantes. São consideradas positivas quando dois testes consecutivos detectam a presença dos achados acima descritos em valores superiores ao limite de corte (cut-off).

Cultura quantitativa de células: é uma técnica que mede a carga viral intracelular, mediante a diluição seriada decrescente de uma população de 10⁶

células do paciente infectado. Considera-se como positiva a menor diluição capaz de isolar alguma célula infectada.

Cultura quantitativa de plasma: técnica semelhante à anterior, porém utilizando alíquotas decrescentes de plasma. Considera-se como positiva a menor diluição capaz de infectar células mononucleares.

Testes de amplificação do genoma do vírus

Análise quantitativa direta da carga viral através de técnicas baseadas na amplificação de ácidos nucleicos, tais como a reação de polimerase em cadeia (PCR) quantitativa, amplificação de DNA em cadeia ramificada (branched-chain DNA ou bDNA) e amplificação sequencial de ácidos nucleicos (nucleic acid sequence-based amplification ou NASBA (Carvalho, 2015).

Segundo Souza (2018). Embora as técnicas sejam diferentes, o PCR quantitativo e o NASBA apresentam alta sensibilidade, permitindo o acompanhamento da resposta terapêutica antiretroviral. Além disso, valores elevados de partículas virais detectados ao PCR quantitativo ou NASBA parecem estar relacionados com um maior risco de progressão da doença, independente da contagem de células TCD4+. Sugere-se sua monitorização a cada 3-4 meses. Em caso de início ou mudança de terapia antiretroviral, alguns autores recomendam uma dosagem da carga viral com 1 a 2 meses de tratamento, para avaliação da resposta ao esquema. Os resultados devem ser interpretados da seguinte maneira:

- Carga viral abaixo de 10.000 cópias de RNA por ml: baixo risco de progressão ou de piora da doença.
- Carga viral entre 10.000 e 100.000 cópias de RNA por ml: risco moderado de progressão ou de piora da doença.
- Carga viral acima de 100.000 cópias de RNA por ml: alto risco de progressão ou de piora da doença

Contagem de células CD4+ em sangue periférico

A contagem de células T CD4+ em sangue periférico tem implicações prognósticas na evolução da infecção pelo HIV pois é a medida de imunocompetência celular; é mais útil no acompanhamento de pacientes infectados

pelo HIV. De maneira didática pode-se dividir a contagem de células T CD4+ em sangue periférico em quatro faixas (Souza, 2018):

- maior que 500 células/mm³: estágio da infecção pelo HIV com baixo risco de doença. Há boa resposta às imunizações de rotina e boa confiabilidade nos testes cutâneos de hipersensibilidade tardia, como o PPD. Casos de infecção aguda podem apresentar estes níveis de células T CD4+, embora, de modo geral, esses pacientes tenham níveis mais baixos.

- entre 200 e 500 células/mm³: estágio caracterizado por surgimento de sinais e sintomas menores ou alterações constitucionais. Risco moderado de desenvolvimento de doenças oportunistas. Nesta fase, podem aparecer candidíase oral, herpes simples recorrente, herpes zoster, tuberculose, leucoplasia pilosa, pneumonia bacteriana (Silva, 2018).

- entre 50 e 200 células/mm³: estágio com alta probabilidade de surgimento de doenças oportunistas como pneumocistose, toxoplasmose de SNC, neurocriptococose, histoplasmose, citomegalovirose localizada. Está associado à síndrome consumptiva, leucoencefalopatia multifocal progressiva, candidíase esofagiana, etc.

- menor que 50 células/mm³: estágio com grave comprometimento de resposta imunitária. Alto risco de surgimento de doenças oportunistas como citomegalovirose disseminada, sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin e infecção por micobactérias atípicas. Alto risco de vida com baixa sobrevida.

1.5 Observações

Estes valores levam em conta apenas a avaliação quantitativa. Alterações qualitativas na função dos linfócitos podem permitir o surgimento de condições oportunistas em pacientes com níveis diferentes de células T CD4+.

- Em crianças, a contagem de células T CD4+ tem níveis diferentes de interpretação.

- Quando não há disponibilidade de quantificação da carga viral, pode-se basear na contagem de células T CD4+ para iniciar ou alterar terapêutica anti-retroviral.

- Soroconversão: é a positivação da sorologia para o HIV. A soroconversão é acompanhada de uma queda expressiva na quantidade de vírus no plasma (carga viral), seguida pela recuperação parcial dos linfócitos T CD4+ no sangue periférico. Esta recuperação é devida tanto à resposta imune celular quanto à humoral. Nesta fase observa-se o seqüestro das partículas virais e das células infectadas (linfócitos T-CD4+) pelos órgãos linfóides responsáveis por nossa imunidade, particularmente os linfonodos.

- Janela imunológica: é o tempo compreendido entre a aquisição da infecção e a soroconversão (também chamada de janela biológica). O tempo decorrido para a sorologia anti-HIV tornar-se positiva é de seis a 12 semanas após a aquisição do vírus, com o período médio de aproximadamente 2,1 meses. Os testes utilizados apresentam geralmente níveis de até 95% de soroconversão nos primeiros 5,8 meses após a transmissão (Carvalho, 2015).

1.6 Tratamento

Não existe cura para o VIH, logo os pacientes infetados necessitam de receber tratamento durante toda a vida. Existem quatro principais categorias de medicamentos utilizados na gestão do VIH, sendo a terapia antirretroviral (TARV) a mais frequentemente utilizada. Estes fármacos visam reduzir a carga viral do hospedeiro para níveis indetetáveis, de modo a inibir a replicação do vírus e limitar a lesão do sistema imunológico, evitando a progressão da doença.

No período de introdução da TARV (1996–2005), a esperança média de vida dos doentes VIH+ era aproximadamente dois terços da esperança média de vida da população em geral. Porém, o aparecimento da terapêutica revolucionou a doença e, atualmente, pacientes devidamente medicados podem alcançar uma idade muito semelhante à da população em geral (Perucci, 2016).

Paralelamente ao crescente acesso à TARV, aumentou a prevalência de comorbilidades associadas à infeção, como as doenças cardiovasculares, osteoporose, doenças renais, doença pulmonar obstrutiva crónica e comprometimento cognitivo e da mobilidade. As complicações relacionadas com a SIDA deixaram de ser a principal ameaça, dando lugar a um novo conjunto de co

morbilidades associadas ao vírus, o que fez com que a infeção pelo VIH passasse a ser vista como uma doença crónica.

Existem 6 diferentes classes de TARV, definidas de acordo com seu mecanismo de ação: inibidores nucleosídeos e nucleotídeos da transcriptase reversa, inibidores não-nucleosídeos da transcriptase reversa, inibidores das proteases, inibidores de fusão, antagonistas CCR5 e inibidores da integrase. A combinação de 3 fármacos sinérgicos de 2 classes diferentes é conhecida como terapia antirretroviral altamente ativa (HAART). O uso desta terapia melhorou drasticamente a morbilidade e mortalidade em pacientes com VIH/SIDA.

Assim como acontece com muitos fármacos, a TARV pode ter algumas interações fármaco-nutriente. Alguns alimentos interferem na eficácia de determinados fármacos, ao afetarem a sua absorção, metabolismo, distribuição ou excreção. O álcool, por exemplo, pode aumentar os níveis séricos de certos fármacos e, consequentemente, a sua toxicidade.

O sumo de toranja e os inibidores das proteases competem pelas enzimas do citocromo P450, logo, se tomados em conjunto, podem originar um aumento ou diminuição dos níveis sanguíneos do fármaco. Além disso, a TARV apresenta alguns efeitos colaterais (Perucci, 2016).

A exposição prolongada a estes fármacos tem sido associada a alterações metabólicas, como a redistribuição da gordura corporal, ou lipodistrofia (caracterizada por lipoatrofia periférica e acumulação de gordura central), resistência à insulina, diabetes mellitus, hiperlipidemia e ainda distúrbios gastrointestinais como diarreias, náuseas ou vômitos. Mesmo toxicidades ligeiras podem resultar numa grande carga de doenças quando os fármacos são usados ao longo de várias décadas.

Segundo o Ministério da Saúde de Angola (2011), para o tratamento do VIH/SIDA estão disponíveis três classes de Antirretrovirais (ARV), que possibilitam a composição de esquemas capazes de atingir a supressão máxima da carga viral de forma contínua e sustentada. Os ARV são agrupados de acordo com a sua forma de actuação durante o ciclo de vida do VIH. Cada tipo ou "classe" de medicamentos

anti-retrovirais interrompe a replicação do VIH em um momento diferente do seu ciclo de vida.

actuação dos Tarv no ciclo de vida do vih junto as principais enzimas virais: transcriptase reversa, protease, integrase.

Classes de anti-retrovirais	Nome dos anti-retrovirais
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeos (ITRN)	Zidovudina (AZT) Lamivudina (3TC) Didanosina (ddI) Abacavir (ABC) Tenofovir (TDF) análogo de nucleotídeo
Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeos (ITRNN)	Nevirapina (NVP) Efavirenz (EFV)
Inibidores de Protease (IP)	Indinavir (IDV) Saquinavir (SQV) Lopinavir/ritonavir (LPV/r)

Fonte: Minsa, 2011.

1.7 Etiologia da desnutrição na infecção VIH/SIDA

O VIH provoca mudanças na tendência epidemiológica da doença. A Tuberculose quando ocorre em pacientes com co-infecção, apresenta características diferentes. Nestes indivíduos as formas extrapulmonares são mais frequentes e, além disso, existe uma maior possibilidade do paciente desenvolver resistência às drogas antituberculosas (Lima, Belluomini, Almeida, & Arantes, 1997).

Os portadores do VIH apresentam um risco maior de desenvolver Tuberculose do que a população em geral. Por ser um organismo com alto poder de virulência, o *Mycobacterium tuberculosis* é, com frequência, a primeira infecção oportunista que

surge nos indivíduos com sorologia positiva para o VIH. Esse microrganismo acomete indivíduos com níveis de CD4 mais altos do que aqueles usualmente observados para outras infecções oportunistas. Com isso, o diagnóstico de Tuberculose pode ser o primeiro indicador de que uma pessoa esteja infetada pelo VIH (Riemer, 2015).

Entre as doenças associadas com a infecção pelo VIH, a tuberculose tem particular importância por ser contagiosa. É tão importante essa associação que, em todo paciente com tuberculose deve-se realizar a pesquisa do VIH. Por outro lado, todo paciente com o VIH deve-se investigar a possibilidade deste estar infetado pelo bacilo da tuberculose (Souza, 2018).

A desnutrição corresponde a um aporte de macro e/ou micronutrientes continuamente abaixo das necessidades nutricionais mínimas, originando alterações na composição corporal e diminuição da função. O efeito do vírus no estado nutricional começa cedo no curso da doença, mesmo antes do doente ter conhecimento da infecção (World, 2015)

A nutrição relaciona-se muito intimamente com a imunidade. De tal modo que o estado nutricional de um doente VIH+ representa um papel importante na manutenção do seu sistema imunitário. De facto, a desnutrição proteico energética é a causa mais comum de imunodeficiência a nível global. Um estado de desnutrição leva a uma menor produção e função de células T (proporcional à gravidade da hipoproteïnemia), originando assim um estado de imunodepressão, tornando estes doentes mais suscetíveis a IO e reduzindo a eficácia dos fármacos. Por sua vez, a ocorrência de múltiplas infecções oportunistas conduz à depleção nutricional, através do seu impacto no consumo, digestão, absorção, e utilização dos nutrientes, tornando-se esta situação num ciclo vicioso (Silva, 2018)

A etiologia da desnutrição associada ao VIH/SIDA é multifatorial, existindo vários fatores que atuam isolada ou simultaneamente ao longo da infecção. A ingestão alimentar desadequada é um dos principais fatores que contribui para a desnutrição nestes doentes, podendo estar associada a motivos biológicos ou socioeconómicos. Muitos indivíduos seropositivos pertencem a baixas classes sociais, tendo de lidar com a insegurança alimentar. De facto, um estudo demonstrou que a incapacidade de satisfazer as necessidades alimentares

recomendadas, numa determinada população, resultou em grande parte de fatores socioeconómicos, e não clínicos(World, 2015).

A par disso, como consequência da própria doença e da terapêutica farmacológica, é comum observar-se anorexia, náuseas e vômitos frequentes o que limita o aporte alimentar e a disponibilidade de nutrientes (Silva, 2018).

A baixa ingestão alimentar é mais provável de acontecer num estado avançado da doença ou em populações em risco de terem uma ingestão deficiente, como idosos, crianças, consumidores de droga e doentes com défices cognitivos. Outro fator que pode contribuir para a desnutrição são as alterações das necessidades energéticas. Os indivíduos seropositivos sofrem geralmente um aumento no metabolismo basal quando comparados com indivíduos saudáveis, situação exacerbada na presença de IO.

Em adultos VIH+ assintomáticos, as necessidades energéticas para manter o peso corporal aumentam cerca de 10%, e numa fase sintomática do VIH e, posteriormente, na SIDA, entre 20% a 30%. Dois dos fatores que podem contribuir para as alterações do metabolismo são a carga viral.

Num estudo com dados da coorte “Nutrition for Healthy Living”, de Shevitz et al. (1999), foi observado um aumento do gasto energético de repouso (GER) de 21 kcal/dia por cada log10 cópias/ml acrescido na carga viral e de 81 kcal/dia quando utilizada HAART. Estes resultados sugerem que a carga viral e o uso de HAART estão positivamente associados ao GER, podendo estes dois fatores contribuir para o défice energético nestes doentes. As disfunções gastro intestinais, incluindo alterações morfológicas e funcionais dos tecidos, são também uma condição da doença que se relaciona com a desnutrição, uma vez que originam perdas nutricionais e consequentemente défices energéticos. Para além dos efeitos colaterais da terapêutica, as infeções, desequilíbrios imunológicos, alterações hormonais ou o próprio VIH podem ser causa destas disfunções.

A má absorção intestinal é uma complicação frequente na doença, refletindo-se em cerca de 48% dos doentes. Já a diarreia ocorre em cerca de 39% dos casos. Os fármacos utilizados do decurso da doença, tanto antirretrovirais como de profilaxia, são fundamentais para os doentes VIH+, no entanto têm um peso

significativo no impacto nutricional dos seus utilizadores, pois contribuem para o agravamento dos fatores já mencionados (Silva, 2018).

É sabido que certos fármacos têm como efeito secundário alterações na utilização dos nutrientes pelo organismo, por afetarem a sua absorção, metabolismo, distribuição ou excreção. Além disso, têm também como efeitos colaterais a diarreia, perda de apetite, anorexia, náuseas, e vômitos, efeitos que podem exacerbar os problemas nutricionais (World, 2015).

1.8 Perda de peso

A existência dos factores anteriormente referidos em doentes seropositivos, culmina frequentemente na perda de peso e em wasting. A síndrome de wasting é um problema grave entre as pessoas infetadas pelo VIH, podendo ocorrer como resultado da própria infeção, mas estando também frequentemente associada a IO e a cancros relacionados.

Quando diagnosticada, considera-se que o doente se encontra no estágio de SIDA. Esta síndrome é definida pela Centers for Disease Control and Prevention (CDC) como a perda de peso corporal involuntária superior a 10%, com diarreia crónica, febre e/ou fraqueza por mais de 30 dias, na ausência de outra doença ou condição além do VIH, que explique o quadro. A maioria dos pacientes com doença avançada sofre eventualmente de algum grau de wasting.

Na era pré-TARV, a perda de peso e/ou a síndrome de wasting eram a condição identificadora de SIDA mais frequente. Na década de 90, cerca de 18% dos novos diagnósticos de SIDA contavam com a presença da síndrome. Com o aparecimento da terapêutica a frequência das condições que definem a SIDA diminuiu e foi assumido que o problema da perda de peso nesta população também se atenuaria. Dados do CDC sugerem que a incidência de novos casos de wasting diminuiu proporcionalmente às IO.

No entanto, estudos que abordam esta questão demonstram que a síndrome continua a ser uma complicação de relevância, mesmo em populações com amplo acesso a HAART. Por exemplo, dados publicados da coorte “Nutrition for Healthy Living” por Wanke et al. (2000), revelam que de 466 participantes seguidos longitudinalmente, 18% perdeu mais de 10% do peso corporal desde a consulta

inicial, 21% teve uma perda de peso corporal superior a 5% que foi mantida por 6 meses, 8% tinha um IMC.

1.9 Sarcopenia

Como supracitado, a infecção pelo VIH está associada a uma maior e mais precoce incidência de várias condições que ocorrem tipicamente com o envelhecimento. Consequentemente, é observada uma maior incidência de multimorbilidades e de polifarmacoterapia nos doentes VIH+, mais cedo do que seria esperado na população em geral (Souza, 2018).

Estas observações levaram ao surgimento do novo conceito de envelhecimento acentuado ou acelerado no léxico do VIH. Uma das evidências deste processo de envelhecimento é o aparecimento de síndromes geriátricas, como a sarcopenia, uma síndrome muito prevalente nas populações mais idosas. Estas síndromes geriátricas estão associadas ao aumento da morbilidade e da mortalidade e podem ser difíceis de reverter, portanto o seu reconhecimento e prevenção precoces são fundamentais (World, 2015)

O European Working Group on Sarcopenia in Older People define a sarcopenia como uma síndrome caracterizada por uma progressiva e generalizada perda de força e de massa muscular, acompanhada de um risco acrescido de consequências como a incapacidade física, má qualidade de vida e morte.(8) Assim, a sarcopenia consiste no simultâneo declínio da quantidade e da qualidade da massa muscular e, portanto, para o seu diagnóstico devem ser utilizados tanto o défice de massa muscular como o défice de função muscular (força e performance)

A sarcopenia pode ser classificada como primária ou secundária, de acordo com a sua etiologia. É considerada primária quando apenas resulta do envelhecimento e secundária quando está associada a outras causas como inatividade física, doenças e maus estados nutricionais.(8) Os mecanismos de desenvolvimento das síndromes geriátricas nos doentes medicados com TARV são

multifatoriais, mas parecem ser em grande parte causados pela ativação imunitária crónica e pela inflamação persistente (Carvalho, 2015)

Para além destas complicações relacionadas com o VIH, outros fatores que também afetam a população em geral podem contribuir para a sarcopenia, como o envelhecimento, ingestão alimentar insuficiente, sedentarismo, alterações endócrinas e doenças crónicas.

A ingestão alimentar reduzida resulta numa compensatória perda de proteína corporal, que é preferencialmente catabolizada através da massa muscular, a maior reserva proteica do corpo. Simultaneamente, pode ocorrer diminuição da síntese proteica muscular na presença de desnutrição. Uma vez que a proteína corporal se correlaciona positivamente com a função muscular, as perdas de massa magra resultam invariavelmente em força muscular diminuída e fraqueza.(50, 51) Assim, num doente VIH+ com ingestão alimentar reduzida e/ou desnutrido verifica-se uma maior propensão ao desenvolvimento de sarcopenia. De facto, foi verificado, através de um estudo observacional com dados de uma coorte com 941 doentes seropositivos de que a baixa ingestão diária de proteína é um preditor independente da sarcopenia. A presença de sarcopenia na infeção pelo VIH tem vindo a ser estudada nos últimos anos (Carvalho, 2015).

Echeverria et al. (2018), através de uma coorte realizada em indivíduos infetados pelo VIH-1 (n=860), determinaram uma elevada prevalência (25,7%) de sarcopenia naquela população. Nesse mesmo estudo, foram determinados como fatores de risco para a da síndrome a maior duração da infeção e ser do sexo feminino. De facto, quando a presença de sarcopenia foi contabilizada de acordo com o sexo e a idade, verificou-se que a sua prevalência nas mulheres com idade superior a 50 anos era muito superior relativamente aos homens da mesma idade (43% vs 8,8%).

Estes dados alertam para a vulnerabilidade destes doentes ao desenvolvimento da síndrome, especialmente no caso de mulheres no período pós-menopausa. Já um estudo de Pinto Neto et al. (2016) (n=93), demonstrou que doentes VIH+, com 59 ± 7 anos, têm um risco de desenvolver sarcopenia aproximadamente 5 vezes maior comparativamente a indivíduos saudáveis 10 anos mais velhos (Carvalho, 2015)

Recomendações nutricionais

A nutrição desempenha um papel essencial na melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas que vivem com o VIH. Os efeitos negativos da desnutrição são muitas vezes evitáveis mas difíceis de reverter e é comum iniciarem-se precocemente na infeção pelo VIH, devendo a intervenção nutricional começar logo após o diagnóstico (Calvo, 2014).

1.10 A Prevenção Combinada

Além da importância do tratamento antirretroviral na contenção do número de novas infecções pelo vírus do HIV, também existem outros métodos que desempenham o mesmo papel, e que são conhecidas como formas de prevenção combinada. (Filgueiras, 2018)

De acordo com Brasil (2021), a Prevenção Combinada consiste na associação de diferentes métodos de prevenção ao HIV, às IST e às hepatites virais que podem ser utilizadas ao mesmo tempo ou em sequência, e dependendo também das características e do momento de vida de cada pessoa. Dentre os métodos de prevenção que podem ser combinados, estão: a testagem para o HIV, no qual o Sistema Único de Saúde (SUS) fornece de maneira gratuita; a prevenção da transmissão vertical; o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais; a imunização para as hepatites A e B; programas de redução de danos para usuários de álcool e outras substâncias; profilaxia pré-exposição (PrEP); profilaxia pós-exposição (PEP); e o tratamento de pessoas que já vivem com HIV. Todos esses métodos podem ser utilizados pela pessoa de forma isolada ou combinados.

A partir do conhecimento de diferentes métodos preventivos ao HIV com eficácia comprovada, é possível se pensar novas formas e esquemas de prevenção para o campo da saúde.

A cartilha da ABIA (2011), diz que esses métodos podem contribuir para uma melhor dinâmica das estratégias individuais de prevenção, visto que cada um deles atua de uma forma diferente e podem se encaixar melhor em situações e contextos de cada usuário do tratamento. Esses métodos podem ser acompanhados do uso do preservativo, que ainda se mostra eficaz, mas em

decorrência de diversos motivos, não pode mais ser o único método preventivo a infecções do vírus HIV durante as relações sexuais. Quando usados de maneira combinada, ou até mesmo individualmente, esses métodos podem ser uma alternativa interessante para aqueles grupos populacionais ou em situações em que os métodos convencionais, como o preservativo, já não funcionem da maneira adequada ou que precise de reforço, se tornando uma alternativa provisória ou definitiva.

A profilaxia pré-exposição ao VIH

O uso da profilaxia pré-exposição (PrEP) tem se popularizado nos últimos anos, principalmente, no grupo dos profissionais do sexo e homossexuais, desse modo, as relações não protegidas não resultam em novas infecções. De acordo com Brasil (2021).

É um novo método de prevenção à infecção pelo HIV, direcionado àqueles que não possuem HIV no organismo, que consiste em a pessoa tomar uma combinação de comprimidos por dia, com a combinação dos antirretrovirais tenofovir e emtricitabina (conhecido comercialmente como Truvada), que impedem o vírus do HIV de infectar o organismo. (Filgueiras, 2018)

É importante ressaltar que a PrEP não protege de outras ISTs como a sífilis, clamídia e gonorreia e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção como a camisinha. O Ministério da Saúde apresentou números sobre o uso de PrEP no Brasil, que já oferta o serviço de prevenção, via SUS, desde 2017 para pessoas com 18 anos ou mais. São 246 serviços que dispõem o medicamento, com 18.704 usuários ao redor do país. O perfil dos usuários adultos é de pessoas com 12 ou mais anos de estudos, entre 30 e 39 anos, brancas, gays ou outros homens que fazem sexo com homens (HSH). Como a descontinuidade do tratamento é maior nas faixas de idade iniciais, há maior preocupação com o uso entre adolescentes. (Filgueiras, 2018)

O documento publicado pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, institucionaliza a implantação da PrEP no Brasil a partir do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (Filgueiras, 2018).

De acordo com Barp e Mitjavila (2020), a PrEP passa a ser implementada no país a partir desse documento, no qual tem por finalidade orientar os profissionais da saúde quanto aos critérios de diagnóstico da doença, tratamento e doses adequadas, monitoramento clínico da efetividade do tratamento e supervisão de possíveis efeitos colaterais.

Barp e Mitjavila (2020) acreditam que a PrEP é uma medicação singularmente interessante pelo fato de que, desde meados dos anos 1996, os antirretrovirais serviam como medidas para retardar os avanços do vírus entre pessoas que vivem com o HIV e, hoje, passam a tomar também a posição de uma medida preventiva à infecção. Essa medicação agora não está presente apenas para pessoas infectadas, mas também para as pessoas negativas para o vírus. Contudo, ela somente pode ser distribuída para os chamados “grupos prioritários”, no qual fazem parte gays e outros homens que fazem sexo com outros homens, profissionais do sexo, transexuais e casais que possuem sorologia diferentes para o HIV.

Por muitos anos, devido a epidemia da Aids, a figura do homossexual no ambiente de saúde esteve muito atrelada a imagem da pessoa doente e promíscua. A profilaxia permite o retorno da homossexualidade masculina aos consultórios médicos, mas, dessa vez, fora da visão estigmatizada e suja. Para iniciar e continuar tendo acesso ao medicamento, a pessoa deve ser acompanhada por um médico e fazer o retorno a cada três meses para consultas e exames de rotina. A documentação desse processo permite que o governo possa ter controle e administração da população, no sentido de que tenha recursos para que possa produzir estatísticas e para a criação de novas políticas públicas e projetos relacionados à homossexualidade (Barp & Mitjavila, 2020).

A PrEP parece ter causado um impacto significativo no número de infecções pelo vírus do VIH, principalmente entre a população de homens que fazem sexo com outros homens. De acordo com a Unaid (2021), foram apresentados, durante a Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas, alguns resultados de estudos e ensaios clínicos a respeito da eficácia da PrEP. O estudo PROUD, com cerca de 500 homens que mantêm relações homoafetivas, mostrou que os usuários do método preventivo, que tomaram uma

pílula diária de tenofovir e emtricitabina, tiveram uma redução de 86% de chances de se infectar pelo vírus do HIV em relação ao grupo de pessoas que não estava fazendo o uso da medicação.

A segunda pesquisa apresentada durante a conferência, intitulada IPERGAY, também demonstrou significativa eficácia da PrEP. Nela, metade dos 450 homens que fazem sexo com outros homens receberam quatro doses da medicação para tomar dois antes e dois depois às relações sexuais, o outro grupo recebeu um placebo. Segundo os resultados, o grupo de pessoas que tomou a PrEP antes e depois das relações sexuais teve um índice de 86% a menos de chances de se infectarem pelo HIV (Filgueiras, 2018)

Existem potenciais benefícios advindos da utilização da PrEP como método preventivo para o HIV, sendo principalmente, associados às necessidades e contextos específicos nos quais os usuários com maior risco de infecção estão inseridos. Segundo o estudo de Zucchi, Grangeiro, Ferraz, Pinheiro, Alencar, Ferguson, Estevam e Munhoz (2018), a PrEP atua como importante método ao suprir falhas existentes no uso adequado e contínuo de outros métodos de prevenção, como o preservativo, podendo gerar significativo impacto no enfrentamento da epidemia. A PrEP também pode significar uma forma de enfrentamento no contexto marcado por novas relações de gênero e de exercício da sexualidade e da prática sexual, onde as relações e encontros estão cada vez mais práticos através dos aplicativos. Isso tem influenciado a maneira como as pessoas encontram seus parceiros, definem acordos sexuais e discutem possibilidades de prevenção.

Zucchi et al. (2018) ainda ressalta que a PrEP, juntamente das demais estratégias de prevenção ao HIV, estão inseridos em um contexto de novas configurações de expressão sexual. Isso significa que se faz necessário que haja um diálogo entre essas estratégias e o período em questão para que não se perca sua aplicabilidade e atualidade, bem como atuem como um elemento consolidador das novas configurações sexuais e culturais. Esse fenômeno tem ocorrido de maneira mais explícita no contexto dos aplicativos de relacionamentos, onde funcionam como uma significativa fonte de novas informações acerca da saúde sexual, além de exercer o papel de motivador para que os usuários conheçam e

possam se beneficiar dos serviços oferecidos pelas redes de saúde.

Também é importante ressaltar que nenhum método preventivo individualmente será suficiente para conter o avanço da epidemia. O aumento do leque de opções preventivas, como a inserção da PrEP, assim como outros métodos preventivos nos quais se utilizam o medicamento antirretroviral combinado, podem ser significativos para o avanço do controle efetivo da epidemia, desde que continuem sendo ofertados com qualidade pelos profissionais de saúde e o com o compromisso e adesão dos usuários do tratamento e dos serviços de intervenção (Zucchi et al., 2018).

A busca pela medicação da PrEP entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH) pode estar relacionada ao prazer da liberdade em manter uma relação sexual com seu parceiro através do contato mais íntimo, sem o uso do preservativo. busca em seu estudo entender determinados aspectos da subjetividade de alguns participantes do projeto PrEP Brasil. A partir de alguns dos depoimentos extraídos de um fórum de discussão online sobre a PrEP e entrevistas na mídia, foi possível compreender como a equação “corpo, risco e prazer” se estrutura no cotidiano de alguns usuários desse novo método de prevenção contra o HIV (Bezerra, 2017)

Segundo Bezerra (2017), a PrEP parece proporcionar relações sexuais que priorizam mais a qualidade da prática em si, uma vez que características presentes no sexo sem preservativo, como o medo e a culpa, tendem a não ser mais um problema com o uso da medicação.

Para o enfrentamento da doença, principalmente para as populações-chave e populações prioritárias, onde se encontram gays, HSH, profissionais do sexo, transgêneros e usuários de álcool e outras drogas. De acordo com Castoldi, Berengan, Both, há muitas evidências acerca da PEP ter se mostrado eficiente contra os índices de infecção pelo vírus, contudo, ainda é preocupante a falta de informação da população sobre a existência da medicação, dificultando o alcance e o êxito desse método de prevenção fornecido pelo SUS (Fortes e Pinheiro, 2021),

Apesar de cientes sobre os riscos da exposição ao sexo desprotegido,

ainda ocorrem casos frequentes de pessoas que no momento de suas relações sexuais, casuais ou não, optam pela prática sexual sem o uso do preservativo. Apontam em seu estudo que o chamado “espírito de risco” vem sendo cada vez mais alimentado nas sociedades contemporâneas. Na sexualidade, esse fenômeno também se manifesta de maneira intensa, pois mesmo cientes sobre os riscos de infecções e perigos que o sexo desprotegido pode oferecer, as pessoas ainda fazem prática do “barebacking” (Filgueiras, 2018).

1.11 Cuidados de Enfermagem a pessoas vivendo com VIH-AIDS.

A qualidade do cuidado e a relação positiva com os profissionais de saúde estão relacionadas à boa aceitação do paciente ao tratamento antirretroviral (TARV). Esse tratamento é considerado fundamental para o restabelecimento, tendo relação com a percepção do cliente sobre a competência do profissional, desenvolver uma prática assistencial de enfermagem com o uso de um suporte teórico metodológico para lhe dar sustentação, pode tornar a atuação dos enfermeiros coerentes quanto ao alcance de padrões e metas assistenciais mínimos para o desempenho profissional (Ramalho, 2017).

Ao longo dos anos vem crescendo o número de casos de indivíduos portadores do vírus HIV, por esse motivo os profissionais de enfermagem necessitam de mais conhecimentos e ter técnicas e habilidades no processo de trabalho que irá executar no seu dia a dia , melhorando os cuidados e tendo conhecendo as situações para repassar orientações com mais competência e eficiência para que cada um tenha a compreensão de como executar os cuidados e os tratamentos para uma melhor assistência à saúde dos pacientes com HIV (Silva et al., 2012).

Souza e Saran (2012) expõem ser fundamental, nesse sentido, que a comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde, o paciente HIV/AIDS e sua família seja uma relação de ajuda efetiva, dentro de um ambiente que haja confiança mútua, onde o paciente e sua família possam revelar seus medos e anseios. É necessário que os profissionais de saúde sejam sinceros e se façam entender, fornecendo informações concretas, claras e reais, para que a relação

que está sendo construída seja de total confiança.

Em razão disso, o enfermeiro e/ou comunicador esteja apto para acolher esse paciente, e que a orientações seja repassada para que ele possa viver com uma boa qualidade de vida e prosseguir no tratamento de forma adequada, uma boa assistência do profissional de enfermagem diante do resultado positivo para HIV-AIDS é essencial para o paciente (Moreira et al., 2013).

O enfermeiro tem que estar preparado para realizar os procedimentos necessários para um bom entendimento do paciente, tendo assim o papel de cuidado e orientação nesse processo, assim tendo como praticar a sua técnica e as suas habilidades para a melhoria na atenção ao paciente com HIV (Lemos, 2013).

Para a pessoa que vivencia a AIDS, é necessário que o enfermeiro examine seu paciente e faça um diagnóstico adequado, a essência e o conhecimento da prática do enfermeiro estão no processo de enfermagem, pois este oferece ordem e direcionamento ao cuidado prestado. É uma importante ferramenta de gestão de cuidado, pois permite um atendimento com atenção individualizada, integral e de qualidade. Além disso, todas as etapas do atendimento de enfermagem devem estar claras e completamente registradas no prontuário do paciente com quem este prontuário deve permanecer (MAURICIO, 2013).

Conforme Macedo, Teixeira e Daher (2011), o acolhimento deve ser implantado como prática cotidiana na unidade de saúde, e a postura acolhedora da equipe multiprofissional são essenciais para que se estabeleça o acolhimento e a humanização da assistência. Entende-se assim que a finalidade do acolhimento é a modificação do processo de trabalho que na maioria das vezes está voltado apenas para a prática médica, transferindo este atendimento para a equipe multiprofissional que se encarrega da abordagem sensível ao usuário, com a responsabilidade de buscar respostas ao seu problema de saúde.

Para Sousa e Carpigiani (2010), a comunicação em cuidados é instrumento indispensável para que se atenda ao objetivo de cuidar do paciente e familiar em sua integridade. Desse modo, observasse que essa comunicação ocorre de forma eficaz, mas há falhas a serem aparadas. Sugere-se, portanto, uma relação entre

profissionais mais personalizadas, um espaço sistemático para reunião de equipe que abarque todos os profissionais, inclusive os enfermeiros, e a questão do diálogo a fim de refletir sobre a finitude humana.

A prevenção ao HIV

Zucchi et al. (2018) ainda ressalta que a PrEP, juntamente das demais estratégias de prevenção ao HIV, estão inseridos em um contexto de novas configurações de expressão sexual. Isso significa que se faz necessário que haja um diálogo entre essas estratégias e o período em questão para que não se perca sua aplicabilidade e atualidade, bem como atuem como um elemento consolidador das novas configurações sexuais e culturais. Esse fenômeno tem ocorrido de maneira mais explícita no contexto dos aplicativos de relacionamentos, onde funcionam como uma significativa fonte de novas informações acerca da saúde sexual, além de exercer o papel de motivador para que os usuários conheçam e possam se beneficiar dos serviços oferecidos pelas redes de saúde.

Também é importante ressaltar que nenhum método preventivo individualmente será suficiente para conter o avanço da epidemia. O aumento do leque de opções preventivas, como a inserção da PrEP, assim como outros métodos preventivos nos quais se utilizam o medicamento antirretroviral combinado, podem ser significativos para o avanço do controle efetivo da epidemia, desde que continuem sendo ofertados com qualidade pelos profissionais de saúde e o com o compromisso e adesão dos usuários do tratamento e dos serviços de intervenção (Zucchi et al., 2018).

A busca pela medicação da PrEP entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH) pode estar relacionada ao prazer da liberdade em manter uma relação sexual com seu parceiro através do contato mais íntimo, sem o uso do preservativo. busca em seu estudo entender determinados aspectos da subjetividade de alguns participantes do projeto PrEP Brasil.

A partir de alguns dos depoimentos extraídos de um fórum de discussão online sobre a PrEP e entrevistas na mídia, foi possível compreender como a equação “corpo, risco e prazer” se estrutura no cotidiano de alguns usuários desse novo método de prevenção contra o HIV (Bezerra, 2017)

Segundo Bezerra (2017), a PrEP parece proporcionar relações sexuais que priorizam mais a qualidade da prática em si, uma vez que características presentes no sexo sem preservativo, como o medo e a culpa, tendem a não ser mais um problema com o uso da medicação.

para o enfrentamento da doença, principalmente para as populações-chave e populações prioritárias, onde se encontram gays, HSH, profissionais do sexo, transgêneros e usuários de álcool e outras drogas. De acordo com Castoldi, Berengan, Both, há muitas evidências acerca da PEP ter se mostrado eficiente contra os índices de infecção pelo vírus, contudo, ainda é preocupante a falta de informação da população sobre a existência da medicação, dificultando o alcance e o êxito desse método de prevenção fornecido pelo SUS (Fortes e Pinheiro, 2021),

Apesar de cientes sobre os riscos da exposição ao sexo desprotegido, ainda ocorrem casos frequentes de pessoas que no momento de suas relações sexuais, casuais ou não, optam pela prática sexual sem o uso do preservativo. Apontam em seu estudo que o chamado “espírito de risco” vem sendo cada vez mais alimentado nas sociedades contemporâneas. Na sexualidade, esse fenômeno também se manifesta de maneira intensa, pois mesmo cientes sobre os riscos de infecções e perigos que o sexo desprotegido pode oferecer, as pessoas ainda fazem prática do “barebacking” (Filgueiras, 2018)

CAPÍTULO: II METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1 Tipos de pesquisas

Foi realizado um estudo descritivo observacional e transversal. Logo este estudo chama-se estudo retrospectivo. realizado no Centro de Saúde de Referência de Cacuaco. A escolha do local deve-se ao facto de ser uma instituição hospitalar que presta assistência em várias especialidades entre elas no atendimento a doentes com diagnóstico de VIH-SIDA, permitindo alcançar os objectivos traçados para o estudo.

A pesquisa descritiva ajudou-me a descrever as características do fenómeno do perfil epidemiológico dos doentes com HIV-SIDA.

A observacional ajudou-me na observação dos factores que estão na base sobre o problema em estudo.

A transversal ajudou-me a buscar conteúdos sobre várias obras publicadas que possuem a mesma linha de argumentação científica com o meu tema.

2.2 Modelo (s) de abordagem

Trata-se de uma abordagem quantitativa

2.3 Nível (s) de estruturação de métodos (s)

a) Nível teórico

Este nível ajudou-nos a interpretar, analisar e resumir teorias que sustentaram o meu trabalho.

b) Nível empírico

Este nível ajudou-nos a obter informações não sistematizados, isto é, a partir do conhecimento popular conseguimos fazer uma observação não estruturada.

c) Nível matemático

Este método nos permitiu clarificar a investigação ao quantificar os dados coletados na investigação de campo.

2.4 Técnica (s) de recolha de dados

Trata-se de uma técnica de recolha de dados Documental. Os dados foram retirados do livro de registo dos doentes em tratamento ambulatorio na sala de CATV durante o II. Trimestre de 2023. Para orientação da recolha de dados, foi construído uma grelha com perguntas pré elaboradas onde constavam as seguintes variáveis, Idade, género, proveniência, nível de escolaridade, principais formas de contaminação da doenças; factores de risco para doenças do HIV-SIDA, período com mais casos.

2.5 – Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Foi enviado um ofício a instituição hospitalar a solicitar autorização para realizar o estudo. Apos autorização demos a conhecer os objectivos do estudo.

2.6- População e Amostra.

População

A população foi constituída por 100 elementos com diversas patologias em tratamento ambulatorio no Centro de Saúde de Cacuaco, no II. Trimestre de 2023 a partir dos livros de registos.

Amostra

Dentro da população extraímos uma amostra de cinquenta (50) doentes e profissionais.

Designação de doentes	População	Amostra	Percentagem
Homens	36	10	20%
Mulheres	64	40	80%
Total	100	50	100%

3.7- Dificuldades encontradas

- Escassez de tempo para conciliar as actividades do curso e do trabalho com outros compromissos;
- Dificuldade do manuseio correcto do computador.
- Dificuldade de colher os dados na unidade sanitária.

CAPÍTULO: III RESULTADOS E DISCUSSÃO

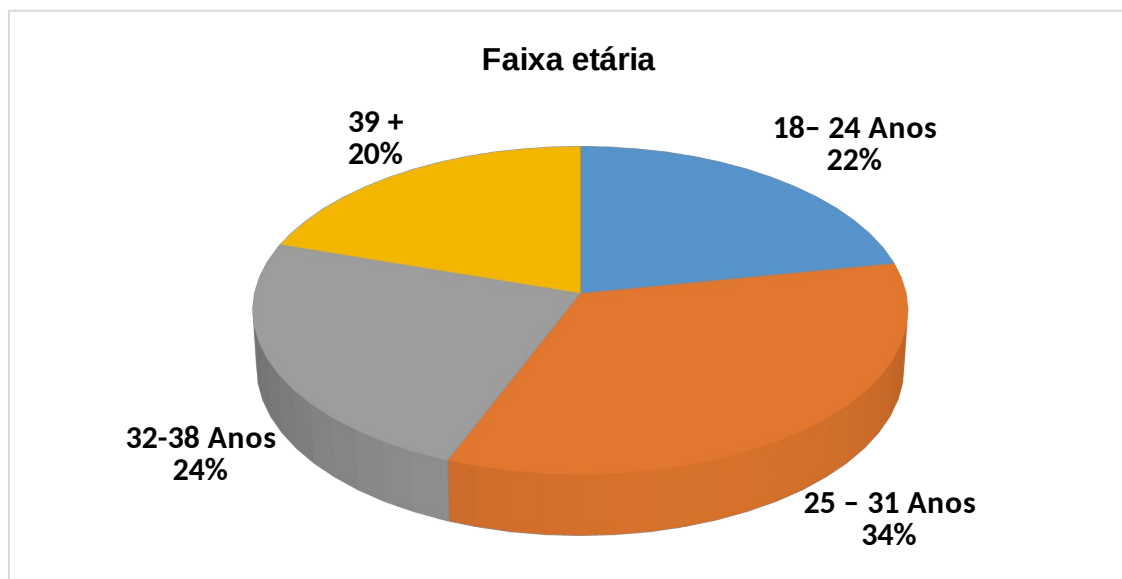
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

Faixa Etária	Fr	%
18– 24 Anos	11	22
25 – 31 Anos	17	34
32-38 Anos	12	24
39 +	10	20
Total	50	100

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária.

Fonte: Grelha de recolha de dados.

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária.



Fonte: Dados da Tabela 1.

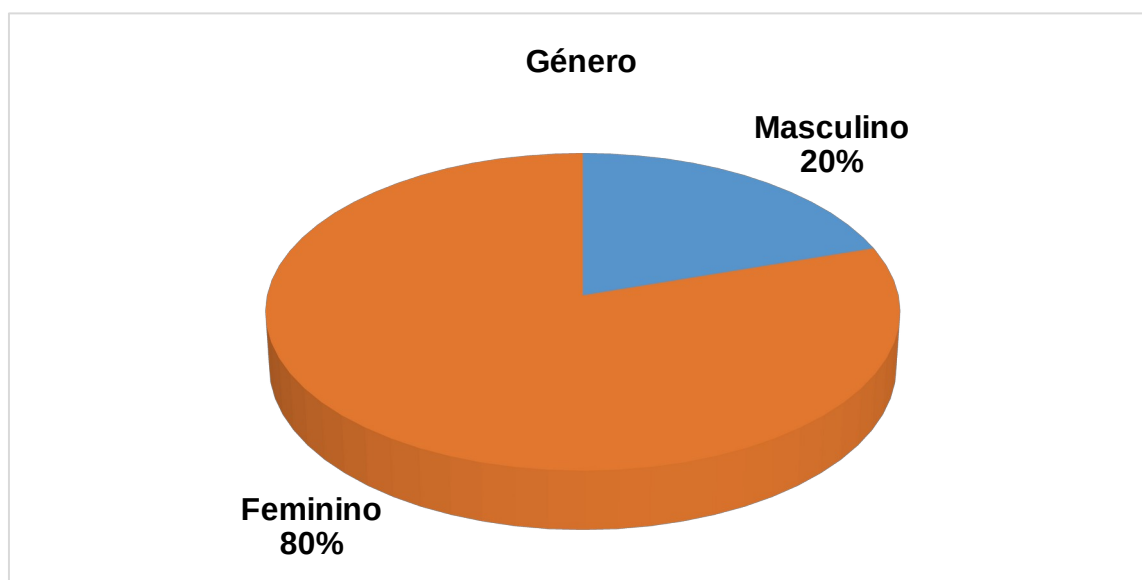
A faixa etária a que apresentou maior frequência foram dos 25 a 31 anos com 17 (34%) dos pacientes.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes segundo o género.

Género	F	%
Masculino	10	20
Feminino	40	80
Total	50	100

Fonte: Grelha da recolha de dados

Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes segundo o género.



Fonte: Dados da Tabela 2

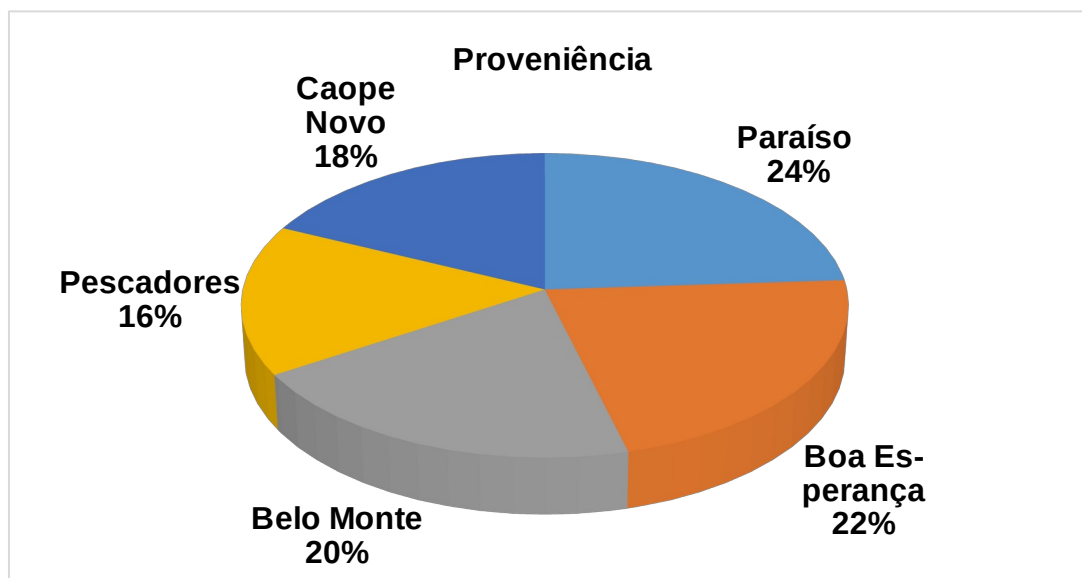
Quanto ao género 40, na ordem dos (80%) dos pacientes são do género feminino e (20%) do género masculino.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo a proveniência.

Proveniência	F	%
Paraíso	12	24
Boa Esperança	11	22
Belo Monte	10	20
Pescadores	8	16
Caope Novo	9	18
Total	50	100

Fonte: Grelha de recolha de dados

Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes segundo a proveniência.



Fonte: Dados da Tabela 3

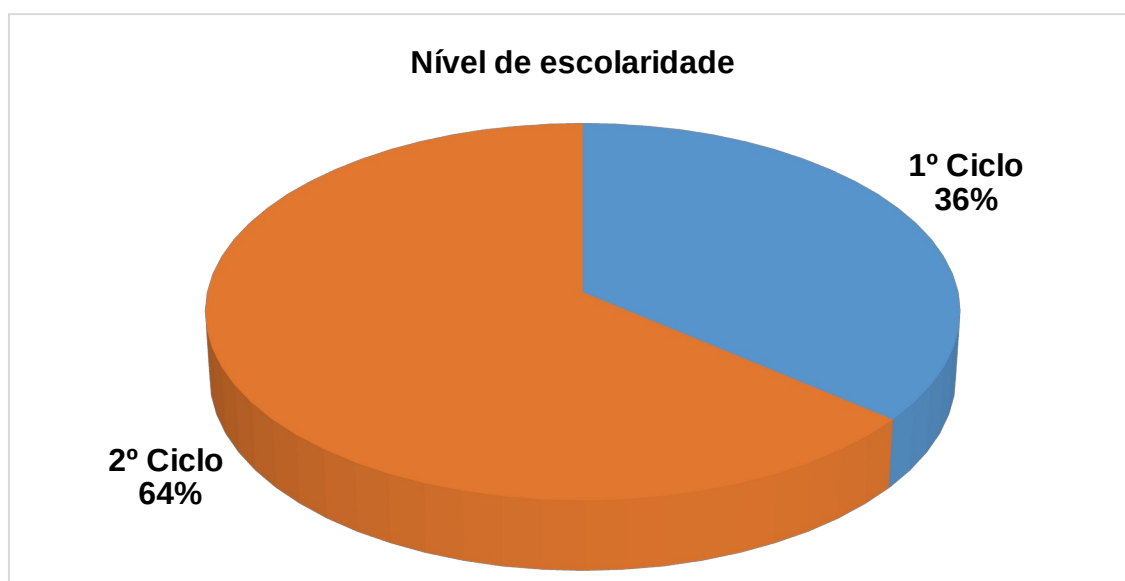
Em relação a proveniência, 16 (24%) dos pacientes são do bairro paraíso e menos frequente foram do bairro dos pescadores com 8 (16%).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes segundo o nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	F	%
1º Ciclo	18	36
2º Ciclo	32	64
Total	50	100

Fonte: Grelha de recolha de dados

Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes segundo o nível de escolaridade.



Fonte: Dados da Tabela 4.

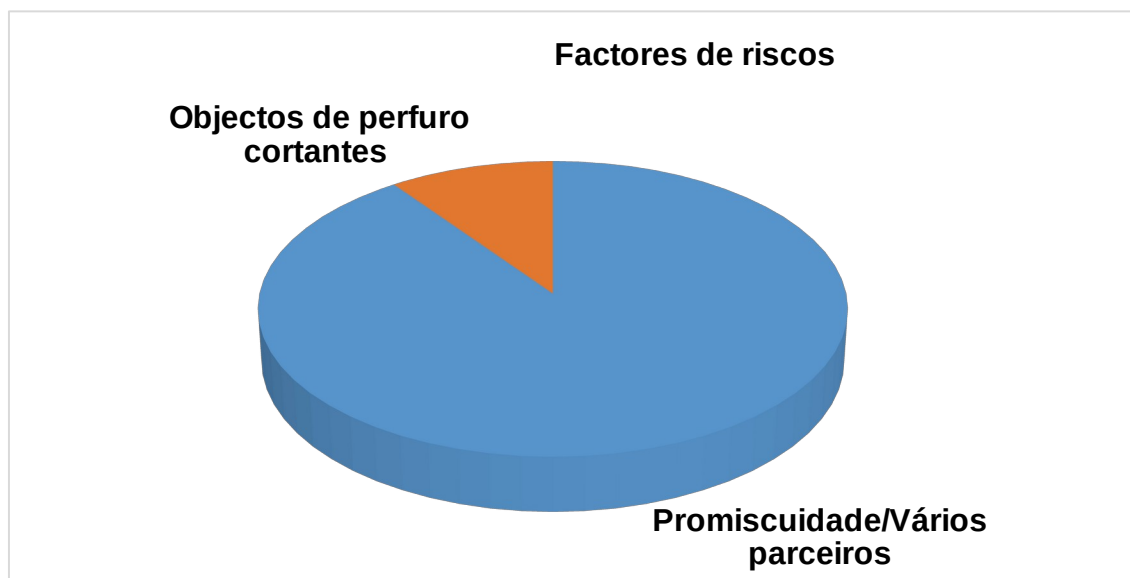
Em relação ao nível de escolaridade 32 (64%) dos pacientes tem o 2ºCiclo, e 18 (36%) dos pacientes tem o 1ºCiclo feito.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes segundo os factores de riscos.

Factores de riscos	F	%
Promiscuidade/Vários parceiros	45	90
Objectos de perfuro cortantes	5	10
Total	50	100

Fonte: Questionário

Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes segundo os factores de riscos.



Fonte: Dados da Tabela 5.

Em relação a fonte de contaminação, verificou-se que 45 na ordem dos (90%) dos pacientes tiveram como a fonte de contaminação a promiscuidade/vários parceiros.

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes segundo o período de maior incidência.

Período de maior incidência	F	%
Abr.	13	26
Mai.	22	44
Jun.	15	30
Total	50	100

Fonte: Livro de registo

Gráfico 8 – Distribuição dos pacientes segundo o período de maior incidência.



Fonte: Dados Tabela 8

Em relação ao período com mais doentes, predomina o mês de maio com 22 pacientes na ordem dos (44%).

3.2 - DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Em relação a Faixa etária esses dados diferem dos encontrados por Sousa (2016) onde 39,2% dos doentes tinha menos de 28 anos. Os resultados mostraram que a doença foi predominante nas idades entre 25 e 31 anos, estando assim em concordância que essa patologia pode ser frequente em todas faixas etárias.

Quanto ao género constatamos que os dados são semelhantes aos encontrados por Souza (2018), no estudo sobre Perfil epidemiológico dos doentes com VIH-SIDA, onde o género mais frequente foi o feminino com 81,3%. Vários estudos apontam o género feminino como o mais frequente na doença do VIH-Sida, tendo em conta as fontes de contaminação. Esse resultado deve-se ao facto de se tratar de um Centro de Saúde que esta focada no atendimento aos cuidados primários da saúde, são testadas mais mulheres.

Em relação a proveniência, os pacientes estão ladeadas em vários bairros do município, com maior ênfase ao bairro da Boa Esperança. Os dados podem ser justificados tendo em conta a acessibilidade, e por outro lado por ser uma unidade de referência com os serviços do TARV. O tratamento antirretroviral também permitiu o surgimento dos métodos de prevenção combinada, como a PREP e a PEP, os quais trouxeram novas possibilidades, formas e esquemas de prevenção ao vírus. Assim, o preservativo deixa de ser o único método convencional de prevenção e torna possível combinar os métodos que melhor se adaptam para cada tipo de pessoa ou contexto em que vive.

Quanto ao nível de escolaridade, o nível académico com maior predomínio é o 2º Ciclo com (64%), os resultados diferem com os apresentados por Silveira (2014), tendo apresentado que (60,1%), dos pacientes tinham o ensino médio e superior feito. daí por se justificar o nível de conhecimento baixo sobre o VIH.

Em relação aos factores de riscos, 45 na ordem (90%), recai aos pacientes com promiscuidade/vários parceiros. Segundo, a OMS Angola (2019) O VIH-SIDA representa uma grande preocupação de saúde pública mundial, com um registo alarmante de cerca de 32 milhões de mortes, até os dias de hoje. Apesar de não

existir cura para a infecção pelo VIH-SIDA, medicamentos antirretrovirais eficazes podem controlar o vírus e ajudar a prevenir a transmissão a outras pessoas. Até ao final de 2018 havia aproximadamente 37,9 milhões de pessoas vivendo com o VIH, em todo o mundo. Por isso, é necessário garantir que o acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados eficazes contra o VIH-SIDAS, inclusive para infecções oportunistas, seja universal. Agindo deste modo, é possível garantir o controlo da doença, permitindo que as pessoas vivendo com o VIH tenham vidas longas e saudáveis.

Muitos soropositivos alegam que o preconceito e a discriminação relacionados ao VIH, são grandes empecilhos em suas vidas afetivas. Em decorrência disso, alguns dos mecanismos de enfrentamento a essas dificuldades se resumem a manter bons pensamentos e evitar pensar nos problemas. Contudo, também existem aqueles que preferem a ocultação do diagnóstico como estratégia para minimizar seu impacto social, além do uso do álcool como medida para fugir dos problemas do cotidiano. Nesse contexto, pessoas que vivem o VIH em clandestinidade tendem a passar por mais sofrimento no processo de conviver com a doença, levando inclusive à comorbidade, depressão e doenças mentais. Em contraponto, quem conta sobre sua condição tende a viver de maneira melhor.

Quanto ao período com maior predominância, foi o mês de maio com (44%), este período não é estático, pode avariar de cordo o tempo e o espaço. O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como as estratégias de enfrentamento ao VIH/Aids, tanto no sentido de enfrentar a doença enquanto política pública global como no sujeito soropositivo que enfrenta o diagnóstico, adesão ao tratamento, influenciam na vida das pessoas que vivem com o VIH.

5- CONCLUSÃO

A faixa etária mais atingida, foi de 25-31 anos, quanto ao género prevalece o género feminino, o nível de escolaridade predominante é o 2ºCiclo, quanto a proveniência o bairro com mais pacientes é o bairro da Boa Esperança.

Quanto aos factores de risco para a saúde, observamos que a maioria tinham Promiscuidade/ Vários parceiro e objectos de perfuro cortantes,

O estudo permitiu concluir que o acompanhamento médico adequado e humanizado e o apoio da família também se apresentam como factor indispensável no enfrentamento da doença. Os profissionais de saúde possuem o desafio de se organizar para promoção de intervenções que possibilitem qualidade de vida com adesão ao tratamento, permitindo o acolhimento e a informação clara para o paciente, a fim de reduzir suas vulnerabilidades frente às questões que precisa lidar.

O estudo tornou possível uma melhor compreensão do fenómeno nos dias de hoje, assim como permitiu a possibilidade de identificar estratégias de prevenção mais eficazes, que podem contribuir com a construção de políticas públicas mais humanas e efetivas direcionadas ao grupo populacional abrangido. Diante disso, ficou evidente que o objetivo do estudo foi realmente alcançado.

6- SUGESTÕES

1º Após análises das conclusões dos resultados analisados sobre perfil epidemiológico dos doentes com HIV-Sida, atendido no centro de saúde de referencia Cacuo no IIº Trimestre de 2023, sugre-se o seguinte:

2º A direcção do Centro de Saúde de Referência do Cacuo, que continue a gizar politicas para melhor prevenção e tratamentos dos doentes do VIH e não só;

3º As direcções da educação e da saúde do município de Cacuo, que reforcem nas escolas, igrejas e na Comunidade, a implementação dos programas curriculares, palestra, nos conteúdos relacionados o VIH-SIDA e adesão ao tratamento directamente observado.

4º Ao ISA, o reforço na criação de programas de informação educação e comunicação (IEC). No sentido de continuar levar a cabo as futuras gerações que venha dar continuidade sobre o tema.

5º Maior fiscalização por parte das famílias no sentido de terem maior controlo com os seus filhos.

7- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Calvo. M M. E(2014). Update on metabolic issues in HIV patients. Current opinion in HIV and AIDS.

Cardoso. S.W.(2013). Torres TS, Santini-Oliveira M, Marins LM, Veloso VG, Grinsztejn B. Aging with HIV: a practical review.

Carvalho. A. Â. C.(2015). Avaliação nutricional longitudinal de uma população infectada pelo vírus da imunodeficiência humana. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina interna.

Centers f(2018). Disease Control and Prevention. VIH and AIDS Timeline. Atlanta;

COSTA. A.(2010). Moderno Língua Portuguesa. 6ªed.Edição do bolso escolar. Editora: Lobito. Angola.

Cruz. J. A.J. (2010). Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing.

German A. C. B.(2016). Human Immunodeficiency Virus (HIV). Transfusion medicine and hemotherapy : offzielles Organ der Deutschen Gesellschaft fur Transfusionsmedizin und Immunhamatologie.

Hawkins. K.L.(2017). Brown TT, Margolick JB, Erlandson KM. Geriatric syndromes: new frontiers in HIV and sarcopenia. AIDS London, England.

Luvualo, P.(2011). Rio de Janeiro: 6ªed. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Martins HC.(2018). Infecção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de Renshaw J. An overview of the Human Immunodeficiency Virus (HIV). Journal of Paramedic Practice.

Minsa. D. S.(2012). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012, Volume 1 ed. Luanda : Angola,

O.M.S. (2015). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Pereira, M.L.Tuberculose pulmonar.

Perucci J, R. FD, JLN, CALAIS LB (2011), Psicologia e políticas públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. Psicologia & Sociedade. (n. spe.):72-80.

Rachid. M.S.(2017). M. Manual de HIV/aids. Thieme Revinter Publicações LTDA.

Rajasuriar R. C. M.(2017). Health impact of accelerated aging in young HIV-infected individuals on antiretroviral therapy. AIDS (London, England).

Rolland Y, Czerwinski S, Abellan Van Kan G, Morley JE, Cesari M, Onder G, et al. Sarcopenia: its assessment, etiology, pathogenesis, consequences and future perspectives. The journal of nutrition, health & aging. 2008;

Silva, R.M.(2011) Cuidados de Enfermagem ao paciente com VIH-SIDA.

Silva. A. P.(2018). Aconselhamento em HIV/AIDS e sífilis às gestantes na atenção primária. Rev. enferm UFPE .

Silva. R.(2003). Reflexiones sobre la gestión documental frente a los principios bioéticos en la investigación científica en Brasil. ACIMED, Ciudad de La Habana.

Silveira.E.A.C.(2014). Suporte relacionado ao cuidado ao doente com AIDS: modelo de comboio e a enfermagem. Rev. esc enferm. V.45 no. São Paulo.

Sousa. C. S.O.(2016). O cuidado a pessoas com HIV/AIDS na perspectiva de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. São Paulo.

Souza. C. C. (2018). Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: um estudo epidemiológico. Rev. Bras.

Stambullian M, F. S(2014). Nutritional status in patients with VIH infection and AIDS. The British journal of nutrition.

Suligoi. B.(2012). The natural history of human immunodeficiency virus infection among women as compared with men. Sex Transm Dis.

UNAIDS. UNAIDS VIH data and estimates. 2018. [citado em: 17/04/2019]. Disponível em:

World H.O. (2014). WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children.

World. H. (2015). Organization. Interim WHO clinical staging of HVI/AIDS and HIV/AIDS case definitions for surveillance: African Region

World. H.(2015). Organization. Integrating nutrition and food assistance into HIV care and treatment programmes.

APÊNDICE

INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

GRELHA DE RECOLHA DE DADOS

I – Identificação

- 1.1- Faixa Etária: _____
1.2- Sexo: fem _____ masc _____
1.3- Proveniência: _____
1.4- Nível de escolaridade: _____

II- Factores de riscos.

- 2.1- Promiscuidade/Vários parceiros _____
2.2- Obejectos de perfuro cortantes _____
2.3 Outras _____

III- Período mensal com mais casos

- 3.1- Abril _____
3.2- Maio _____
3.3- Junho _____

ANEXO