U.PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina

"SIDA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO, O PAPEL DO MÉDICO",

ESTÁGIO REALIZADO NA

FUNDAÇÃO PORTUGUESA
A COMUNIDADE CONTRA A SIDA

Adriana de Pinho Rosas Relvas

Orientador: Professor Doutor Machado Caetano

Co-Orientador: Professor Doutor Carlos Vasconcelos

Porto 2010

RESUMO

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina, iniciei em Maio de 2008, um estágio na Fundação Portuguesa a Comunidade Contra a SIDA (FPCCS), intitulado "SIDA: Prevenção e Tratamento, o papel do Médico"**,** numa tentativa de fazer o elo de ligação entre a FPCCS, a prevenção do VIH/SIDA e a Medicina, movida pelo desejo de complementar a formação curricular com experiência em realidades diferentes.

O estágio nesta ONG visou fundamentalmente dois aspectos. Por um lado, promover a educação sexual e a prevenção do VIH/SIDA, com intervenção em diferentes áreas: Centro Educativo de Jovens Delinquentes Santo António; Prisão Especial de Santa Cruz do Bispo; Educação para a Sexualidade dirigida aos Pais, integrando os projectos da fundação e focalizando a vertente preventiva da Medicina. Por outro lado, visou prestar apoio no tratamento de utentes infectados por VIH, procurando promover uma maior adesão terapêutica e a melhoria da sua qualidade de vida, criando condições para que a FPCCS reencaminhe esses utentes para o Sistema Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente através da criação de um boletim de saúde individual dos utentes infectados, que facilite a interacção entre os vários profissionais de saúde, de forma a aumentar a adesão e eficácia no tratamento da SIDA.

Meses de empenho e espírito de equipa permitiram a concretização dos objectivos.

As actividades preventivas abrangeram a elaboração dos planos de sessão, de material pedagógico, a escolha de metodologias e acções de prevenção adaptadas à população alvo.

Para o apoio e tratamento de utentes infectados e suas famílias, foi fundamental efectuar uma revisão teórico-prática, que permitiu a detecção dos problemas bio-psico-socio-culturais, através quer da observação participativa nas consultas da FPCCS, quer nas consultas médicas do Hospital Joaquim Urbano, tornando possível a elaboração e validação do supracitado boletim de saúde.

Este estágio permitiu-me desenvolver competências práticas, com identificação, resolução de problemas e discussão de casos, constituindo uma excepcional oportunidade de aprendizagem na medicina preventiva e/ou curativa.

Oito meses, um ponto de partida para muitos projectos vindouros, um contributo futuro na área, quer na promoção do papel do médico na prevenção, quer no apoio aos utentes infectados por VIH, com apelo à responsabilização cívica. Uma experiência enriquecedora, na conclusão do curso, com realidades que me fizeram sentir emoções nunca dantes sentidas.

AGRADECIMENTOS

Este estágio foi realizado com a colaboração de diversas pessoas e instituições. Este espaço é dedicado a todos aqueles que directa ou indirectamente permitiram que este fosse um momento único de aprendizagem.

Os meus melhores agradecimentos ao Senhor Professor Doutor Machado Caetano, fundador da Fundação Portuguesa a Comunidade Contra a SIDA, orientador deste estágio, pela sua dedicação, sabedoria, apoio, amizade, incentivo e inspiração.

... Ao Senhor Professor Doutor Carlos Vasconcelos, por prontamente ter aceite a co-orientação deste projecto e pelo seu apoio e disponibilidade.

...à Senhora Professora Doutora Teresa Vilaça, pela sua amizade e alento.

...à Drª Filomena Frazão de Aguiar, pela oportunidade de realizar este estágio na FPCCS.

...à Raquel Oliveira e à Carla Esteves, pela amizade, companheirismo, partilha e dedicação, com quem partilhei dúvidas, angústias e pequenas vitórias.

...ao Dr. Tiago Teixeira, pela sua anuência à minha participação nas consultas, pela validação do boletim de saúde e pela amizade demonstrada.

... a todos aqueles com quem estive nesta caminhada, aos meus colegas, professores, psicólogos, aos jovens, reclusas, pais, enfermeiros e médicos, que me ajudaram a chegar ao fim de um projecto gratificante.

Por último e não menos importante...o meu muito obrigada, aos meus avós, tios, primos, sogros, cunhado e a todos os meus amigos, por me fazerem sentir uma sortuda e me darem esperança para o futuro.

Aos meus queridos pais, Ilda e Ulisses, por me terem tornado quem sou, pelo amor incondicional e dedicação única.

Ao meu querido marido Alexandre, com quem partilho toda a minha vida e sem o qual nada faria sentido...por me fazer tão feliz.

Lista dos principais acrónimos e abreviaturas utilizados

3 Tc	lamivudina	**IO**	Infecção oportunista
ABC	abacavir	**IP**	Inibidor da protease
ACTG	*Aids Clinical Trials Group*	**IP/r**	inibidor da protease potenciado com Ritonavir
ADN	acido desoxiribonucleico	**LPV**	Lopinavir
AEICBAS	Associação de Estudantes - ICBAS	**NFV**	Nelfinavir
AMP	amprenavir	**NITR**	nucleosido/nucleotido inibidor da transcriptase reversa
ARN	acido ribonucleico	**NNITR**	não nucleosido inibidor da transcriptase reversa
ARV	Anti-retrovírico	**NVP**	Nevirapina
ATV	atazanavir	**PPE**	profilaxia pos-exposicao ocupacional
AZT	zidivudina	**PPENO**	profilaxia pos-exposicao nao ocupacional
CV	carga vírica	**RTV**	Ritonavir
d4T	estavudina	**SIDA**	síndrome de imunodeficiência humana adquirida
Ddi	didanosina	**SQV**	Saquinavir
DRV	darunavir	**TDF**	Tenofovir
EACS	European AIDS Clinical Society	**TAR**	tratamento anti-retrovirico
EFV	efavirenz	**TDM**	*therapeutic drug monitoring* (monitorizacao serica dos fármacos)
FPV	fosamprenavir	**TOD**	toma observada directa
FTC	emtricitabina	**VHB**	vírus da hepatite B
HAART	*highly active anti-retroviral therapy*	**VHC**	vírus da hepatite C
IDV	indinavir	**VIH**	vírus da imunodeficiência humana
INSA	Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge		

ÍNDICE GERAL

Capítulo I - Introdução 1

1.1 Finalidade 1

1.2 Contextualização do Projecto 1

1.3 Objectivos do Projecto 2

1.4 Limitações do Projecto 2

1.5 Importância do Projecto 2

1.6 Referência teórica 4

1.6.1 Introdução 4

1.6.2 Papel de Prevenção no atendimento a utentes 4

1.6.3 VIH / SIDA conceitos teóricos 6

1.6.4 Linhas orientadoras no tratamento 6

1.6.5 A educação pelos pares na prevenção VIH/SIDA 8

1.6.6 A FPCCS na luta contra a SIDA 9

1.6.6.1 Apresentação da fundação 9

1.6.6.2 Apresentação dos projectos da fundação 9

Capítulo II – Discussão 12

2.1. Centro Educativo Santo António 12

2.2. Estabelecimento Prisional Especial Santa Cruz do Bispo 14

2.3. Educação para a Sexualidade dirigida aos Pais 16

2.4. Apoio médico no tratamento de utentes infectados por VIH 17

Capítulo III – Conclusões 19

Bibliografia 21

Anexos 23

Anexo I - Cronograma do Estágio na FPCCS 24

Anexo II - Breves notas da revisão teórica efectuada ao longo do estágio 25

A. Papel de Prevenção no atendimento a utentes 25

B. VIH / SIDA conceitos teóricos 27

C. Linhas orientadoras no tratamento 34

D. A Educação pelos pares na prevenção VIH/SIDA 44

E. A FPCCS na luta contra a SIDA.....45

E1. Apresentação da Fundação 45

E2. Apresentação dos projectos da fundação 46

Anexo III - Núcleo de Documentação e Informação: material de apoio às acções de Prevenção 50

Anexo IV - Projecto de Educação por pares e Formação contínua.....55

Anexo V - Café para pais.....82

Anexo VI - Boletim de Saúde Validado.....88

Anexo VII - Caso Clínico de utente infectado com VIH 95

Anexo VIII - Sentimentos ... emoções escondidas que nos fazem crescer... 101

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1.1 Finalidade

Este capítulo tem como finalidade contextualizar o Estágio na FPCCS, do Mestrado Integrado em Medicina, e enunciar os seus objectivos, limitações e importância.

1.2 Contextualização do Projecto

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina, iniciei em Maio de 2008 o estágio na FPCCS, intitulado "SIDA: Prevenção e Tratamento, o Papel do Médico"**.**

O desafio lançado neste projecto foi o de criar condições para se estabelecer um elo de ligação entre a Fundação, a prevenção da SIDA e a Medicina. Este desafio foi sentido como se de “uma missão se tratasse”, uma vez que a infecção pelo VIH é uma ameaça crescente à saúde dos Portugueses (INSA, 2008). Fazer algo para prevenir a infecção ou para melhorar o tratamento e a qualidade de vida de pessoas já infectadas, é, por si só, um desafio estimulante para qualquer médico que inicia a sua carreira profissional.

Como estudante de medicina, fui vendo diferentes dimensões deste flagelo na vida de diversos utentes e enquanto coordenadora local da AEICBAS, do Departamento de Saúde Reprodutiva e SIDA, da Associação Nacional de Estudantes de Medicina, fui, no ano lectivo passado, abordada pela delegação da região norte da FPCCS, na altura em reestruturação, para mobilizar voluntários para acções de prevenção no Centro de Atendimento e Orientação a Jovens (CAOJ) do Porto. Para responder a essa solicitação, organizei um curso de cerca de 50 estudantes do ICBAS, que se mostraram muito receptivos à informação nesta área.

Neste percurso, passei a estudar e pesquisar cada vez mais neste âmbito, tendo elaborado este projecto, com vontade de complementar a formação curricular com uma experiência médica diferente, envolvendo-me na vertente preventiva da Medicina, colaborando com a FPCCS, que desempenha um papel activo e efectivo na prevenção e tratamento do VIH/SIDA. O Professor Machado Caetano, criador deste Projecto Nacional na Fundação, refere a necessidade de apoios médicos, facto que enfatizou a necessidade de se desenvolverem acções médicas em torno desta área, que tanto afecta a nossa Sociedade.

Todo este percurso, desde a preparação do estágio até à sua conclusão, foi acompanhado e orientado pelo Professor Doutor Machado Caetano, com planeamento das actividades a desenvolver, quer nas acções de prevenção, quer no apoio ao tratamento e encaminhamento dos utentes infectados.

O presente relatório pretende ser uma descrição sistemática e fundamentada de todas as actividades desenvolvidas durante o estágio, com o devido enquadramento no contexto específico das instituições onde foram desenvolvidas as acções, incluindo também as

aprendizagens e os conhecimentos adquiridos, assim como as vivências e as emoções experimentadas.

1.3 Objectivos do Projecto

Os objectivos do projecto, "*SIDA: Prevenção e Tratamento, o Papel do Médico",* visaram fundamentalmente dois aspectos. Por um lado, procurei promover a educação sexual e a prevenção do VIH/SIDA em inúmeros grupos, permitindo um intercâmbio de conhecimentos e trabalho em equipa, entre a Medicina e outras áreas de Serviço à Comunidade. Por outro lado, pretendi prestar apoio no tratamento de utentes infectados por VIH, procurando promover uma maior adesão terapêutica e a melhoria da qualidade de vida dos utentes infectados pelo VIH, criando condições para que a FPCCS reencaminhe esses utentes para o Sistema Nacional de Saúde (SNS), com um atendimento mais eficaz.

1.4 Limitações do Projecto

O reduzido número de horas inicialmente propostas (80h), não foram suficientes para concretizar este projecto na sua totalidade. A proposta inicial seria dividir as 80h em várias fracções de 20h em cada foco de intervenção. Contudo foram necessários oito meses, com trabalho árduo e estudo sistemático, para desenvolver as acções propostas. A constante adaptação dos horários e datas previstas nas instituições que aceitaram os projectos, as reuniões de equipa, condicionadas pela disponibilidade de todos, para planeamento de actividades, consultas e acções de prevenção precisaram de muito mais tempo e dedicação do que inicialmente tracei. **(Anexo I)**

Assim, uma das limitações do projecto foi o tempo de estágio, que teve de ser alargado, com cerca de, pelo menos, duas horas por dia na fundação, para cumprir os objectivos propostos.

Quanto ao Boletim de Saúde que criei e desenvolvi, para um encaminhamento mais eficaz dos utentes infectados, gostaria que tivesse sido testado em várias instituições e até em vários pontos do país, para, quem sabe, ser adaptado e implementado a nível nacional, pois só assim alcançaria por completo o seu objectivo. Por dificuldades várias foi apenas testado e validado no Hospital Joaquim Urbano, no Porto.

1.5 Importância do Projecto

Em Portugal, desde a identificação dos primeiros casos de infecção pelo VIH em 1983, a prevenção da infecção, em todas as suas dimensões, tem-se revelado um desafio extraordinário. Os indicadores epidemiológicos e sociais deixam a sociedade portuguesa em preocupante lugar na hierarquia dos países da Europa Ocidental, exigindo respostas integradas e eficazes.

Portugal ocupa na União Europeia um dos lugares cimeiros na incidência e prevalência, da infecção pelo VIH. Desde 1983 até 31 de Dezembro de 2009, o VIH já infectou um total de 35 mil portugueses, provocando a morte de 25 milhões de pessoas em todo o mundo.

Já em 2006 todos os dias mais de 600 jovens dos 15 aos 24 anos se infectaram ou eram infectados pelo VIH (Marques *et al*, 2006). Apesar de ser relativamente recente, o VIH/SIDA tornou-se rapidamente uma das maiores ameaças à Saúde Pública, com repercussão grave na estabilidade económica e desenvolvimento humano em muitos países do mundo (Pereira *et al,* 2008).

Apesar de terem sido realizadas muitas campanhas e acções de prevenção, o número de casos de SIDA continua a aumentar salientando-se que, desde 2002, tem aumentado no mundo ocidental o número de heterossexuais infectados (OMS, 2008).

A infecção pelo VIH foi, considerada no Programa do XVII Governo Constitucional uma área de actuação prioritária e, por isso, encontra-se inscrita no Plano Nacional de Saúde. Esta opção reconhece os elevados impactos individual, social e económico da infecção sobre cada indivíduo, a sua família e a sociedade e assume que só uma política pública coerente pode ser eficaz na redução da transmissão da infecção e na mitigação do seu impacto (Ministério da Saúde Português, 2007).

A SIDA não é apenas um fenómeno biomédico, mas também psicossocial e cultural onde o comportamento individual, mais especificamente a falta de comportamentos saudáveis de prevenção aumenta a propagação da doença (Gaspar *et al*, 2006).

A SIDA é, sem dúvida, uma das doenças infecciosas emergentes mais preocupantes do nosso século e, no entanto, aos olhos da maioria das pessoas, continua a ser uma realidade distante, algo que só acontece aos outros, muito particularmente aos homossexuais e aos toxicodependentes. As representações sociais associadas a esta falta de informação poderão, de certa forma, explicar o aumento do número de vítimas desta doença no nosso país (Machado Caetano, 2000).

Em Portugal, o maior número de casos de infecção pelo VIH corresponde a utilizadores de drogas por via endovenosa, representando no global 42,5% de todas as notificações. Contudo, os casos que referem como via provável de infecção a transmissão sexual apresentam uma tendência evolutiva crescente. Portugal foi referido pela OMS em 2008, o país da Europa Ocidental e Central com maior número de novos casos de infecção pelo VIH/SIDA. Já há cerca de dez anos que os números apresentados no relatório publicado pela UNAIDS, sobre a evolução da pandemia do VIH/SIDA, eram preocupantes, devendo constituir um alerta para a necessidade de uma maior concentração de esforços no combate a esta doença (Faria, 2000).

De acordo com a classificação adoptada pela Organização Mundial de Saúde/ONUSIDA, a epidemia portuguesa é do tipo “concentrado”.

Desta forma, torna-se fundamental a implementação de projectos como este, no sentido da prevenção deste flagelo, projectos que aproximam os médicos de outros profissionais que trabalhem sobre esta realidade, como uma equipa multidisciplinar eficaz, que, com mais eficiência possa travar a propagação deste vírus.

Os jovens e os seus comportamentos de risco mereceram neste projecto um plano de acção central, bem como a família e o papel parental, que poderão fornecer bons "alicerces" à evicção desses mesmos comportamentos.

Por outro lado, este projecto visou dar apoio aos utentes infectados pelo VIH no nosso Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da criação de um Boletim de Saúde que os acompanhe em todas as consultas, exames, tratamentos e serviços de urgências, mantendo sempre a confidencialidade e o respeito pelos direitos humanos, contribuindo para a prestação de bons cuidados a estes utentes e diminuição de resistências aos anti-retrovíricos, por má adesão ao esquema instituído.

1.6 Referência teórica

1.6.1 Introdução

Neste subcapítulo pretendo fazer uma breve referência à revisão teórico-prática que efectuei ao longo do estágio e que me permitiu a detecção dos problemas bio-psico-socio-culturais na população alvo.

Assim sendo, comecei a revisão teórica pela leitura de livros e artigos científicos diversos, de diferentes áreas do conhecimento (medicina, psicologia, sociologia, bioética), incidindo quer a prevenção e o seu papel no atendimento a utentes (abordando a educação pelos pares, descrição da FPCCS e seus projectos, funcionamento e papel na luta contra a SIDA), quer a fisiopatologia, vias de transmissão, particularidades, necessidades específicas e linhas orientadoras no tratamento dos utentes infectados...), tornando possível a concretização dos objectivos do estágio. **(Anexo II Breves notas da revisão teórica efectuada ao longo do estágio)**.

As alíneas que se seguem pretendem apenas enfatizar algumas notas teóricas relevantes para a introdução a este relatório, contextualizando a discussão que se segue no capítulo II.

1.6.2 Papel de Prevenção no atendimento a utentes

Num País como Portugal, que tem na União Europeia um dos primeiros lugares na incidência da SIDA, Toxicodependência, Alcoolismo, Gravidez não desejada da adolescente, Tuberculose, etc., a Educação para a Saúde e para a Sexualidade é indispensável e urgente (Machado Caetano, 2007).

A construção do pensamento científico na Medicina tem vindo a modificar-se ao longo das épocas, os avanços tecnológicos passaram a ter prioridade, em detrimento muitas vezes das relações interpessoais, provocando um distanciamento do sofrimento humano (origem histórica das práticas curativas), a desqualificação da pessoa doente e a valorização da doença (OMS, 1995).

Tratando-se da problemática VIH/SIDA, é preciso estar atento para situações conflituosas, nem sempre explícitas, que podem dificultar a acção preventiva.

No contexto dos serviços de saúde, surgem diáriamente oportunidades de prevenção, que não podemos deixar "escapar", devendo constituir um ambiente propício ao estabelecimento de uma boa relação de ajuda, capaz de desenvolver confiança e, a partir daí, mudança de comportamentos de risco.

A importância do aconselhamento para os portadores de VIH/SIDA está associada à necessidade do indivíduo receber suporte emocional adequado para lidar melhor com essa nova condição e participar activamente no seu processo terapêutico.

As barreiras que dificultam as práticas preventivas devem ser identificadas e estudadas funcionando como "índice de qualidade" relacional.

Pelo papel fulcral que ocupa no contexto da Saúde/ Doença, o médico deve fazer aconselhamento e prevenção durante a consulta, sem nunca esquecer que a privacidade, o sigilo e o carácter confidencial devem ser preservados, utilizando uma linguagem compatível com a cultura do utente, favorecendo o fim de estigmas, mitos e preconceitos relacionados, e estimulando a disseminação das orientações recebidas.

Cabe aos responsáveis dos serviços de saúde o empenho em reajustar o fluxo das exigências e os recursos humanos disponíveis, de forma a garantir o tempo requerido para que seja feito um atendimento de qualidade, em que se apele à prevenção, e a "falta de tempo" deixe de ser desculpa.

A prevenção no atendimento de utentes envolve, além dos aspectos biopsicológicos, questões emocionais, familiares, sociais, culturais e políticas. **(Anexo II A - Breves notas da revisão teórica efectuada ao longo do estágio).**

1.6.3 VIH / SIDA conceitos teóricos

A aquisição de conceitos sobre o vasto tema do VIH/SIDA foi crucial quer para a sua compreensão, quer para prevenção e apoio no tratamento de utentes infectados pelo VIH.

A dificuldade em transcrever conceitos tão complexos como estes para a população em geral, na maior parte das vezes leiga ou com informação errada, impregnada de mitos e tabus, torna a necessidade de interiorizar e actualizar os conhecimentos teórico-práticos uma responsabilidade médica a não esquecer. **(Anexo II B - Breves notas da revisão teórica efectuada ao longo do estágio)**

1.6.4 Linhas orientadoras no tratamento

A terapêutica no VIH / SIDA engloba a terapêutica antiretrovírica, a medicação anti-infecciosa e anti-tumoral e também a medicação geral e a psicoterapia. Pelas suas especificidades, a terapêutica antiretrovírica combinada mereceu uma atenção especial ao longo deste estágio, tendo em conta que este veio abrir uma janela de esperança para a cura da SIDA (Antunes, 2008).

Utentes infectados com supressão virológica completa e contagens normais de CD4 poderão ter uma esperança média de vida equivalente à população geral. Este será certamente o aspecto definidor de optimização dos cuidados de saúde a esta população (Marques, 2009).

Não existe ainda nenhuma vacina contra a SIDA, e muitos esforços científicos se têm feito, desde 1996 até hoje, permitindo a simplicidade e individualização da terapêutica antiretrovírica (Antunes, 2007).

Sem tratamento específico para o VIH com a terapêutica anti-retrovírica (TAR), todos os infectados com o vírus virão a ter SIDA mais cedo ou mais tarde. Com o tratamento actualmente disponível é possível modificar a história natural desta infecção, aumentando a duração do período assintomático da doença e prevenir a fase de SIDA. Para que isto seja possível, é fundamental que todo o indivíduo infectado pelo VIH tenha um acompanhamento médico periódico adequado.

Em 1995, surgiu o grande progresso terapêutico com a HAART, *highly active antiretroviral therapy* (terapêutica anti-retrovírica de alta eficácia), surgindo também a ideia de que os esquemas terapêuticos devem ser individualizados, garantindo uma supressão virológica sustentada e de longa duração, alargando assim a sobrevivência, com diminuição das doenças oportunistas e da morbimortalidade (Clumeck, 1999).

Máxima supressão vírica e simplicidade, com mínima toxicidade (Journal of the American Medical Association, 2008), é uma meta a atingir, devendo ser propostos esquemas que permitam, de modo conjugado, obter a máxima potência, tolerabilidade e adesão,

minimizando toxicidades a longo prazo e potenciais interacções medicamentosas e/ou desistência terapêutica.

Os esquemas disponíveis de HAART estão associados a um conjunto de efeitos adversos, com morbilidade intrínseca ao próprio tratamento, e podem estar na origem de faltas de adesão, com risco de emergência de resistências, limitação de opções terapêuticas subsequentes e um risco acrescido de progressão e complicações da doença VIH.

É essencial o acompanhamento precoce, verificando a tolerância inicial, nomeadamente o aparecimento de efeitos secundários precoces e o seu reconhecimento pelo doente esclarecido, prevenindo complicações graves e/ou má adesão.

Face a estes efeitos secundários e seu rastreio, é indispensável que a equipa de saúde envolvida no TAR (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e psicólogos ou psiquiatras) tenha estes conhecimentos, alertando o doente para os efeitos mais frequentes de cada classe terapêutica e de cada medicamento, minimizando precocemente os efeitos e melhorando a adesão, fazendo com que o doente compreenda os objectivos do tratamento, bem como os perigos de uma adesão insuficiente.

Em particular, as pessoas devem ser informadas do risco de alterações corporais. A lipodistrofia é uma das causas de interrupção voluntária do tratamento depois do primeiro ano, pela alteração corporal visível a todos.

Os medicamentos utilizados são gratuitos para o doente. A HAART prolongada é dispendiosa (cerca de 600 euros /mês), cabendo aos profissionais de saúde uma responsabilidade acrescida em educar o doente sobre a importância da toma correcta da medicação prescrita e em colaborar em equipa com partilha de responsabilidades (Marques, 2009). É essencial a adaptação do esquema terapêutico ao perfil e estilo de vida do doente, informando-o dos benefícios e dos potenciais efeitos adversos associados ao esquema proposto, de modo a que o doente compreenda e seja um participante activo do seu próprio tratamento.

Quando a adesão é precária, corre-se o risco de multirresistências do VIH a certos fármacos constituintes da HAART. Qualquer alteração terapêutica deverá ser devidamente ponderada, avaliando-se riscos e benefícios. Determinar o perfil de resistências antes de iniciar qualquer tratamento, é condição essencial como avaliação basal.

A abordagem terapêutica do doente com insucesso prévio, principalmente do doente portador de vírus com múltiplas mutações de resistência, é extraordinariamente complexa e geralmente de elevado custo, dada a necessidade de recorrer a esquemas terapêuticos associando fármacos mais recentes, pertencentes a novas classes (Vasconcelos *et al,* 2009).

As últimas recomendações portuguesas para o tratamento da infecção VIH/SIDA, do conselho nacional para a infecção VIH/SIDA, sublinham as linhas de orientação, em casos especiais, nas terapêuticas de grávidas infectadas por VIH, ou utentes coinfectados por VHC,

VHB ou tuberculose. **(Anexo II C - Breves notas da revisão teórica efectuada ao longo do estágio)**

1.6.5 A educação pelos pares na prevenção VIH/SIDA

A SIDA continua a não ter cura, nem vacina preventiva, razões pelas quais a prevenção só é possível pela Educação. A educação da Sexualidade é uma parte da educação cívica, que permite contribuir para uma vivência mais informada, mais gratificante, logo mais responsável da sexualidade (Machado Caetano, 2007). No fundo, a educação da sexualidade é sobretudo a educação da afectividade, e os seus principais responsáveis deverão ser os familiares e os educadores.

O Projecto Nacional de Educação pelos Pares, focado na sexualidade e prevenção do VIH/ SIDA, foi criado pelo Professor Machado Caetano e oferecido à Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA" no âmbito do Centro de Aconselhamento e Orientação de Jovens (CAOJ), no qual estive integrada.

A educação pelos pares é uma expressão internacionalmente usada para descrever uma variedade de estratégias educativas onde pessoas com idade*, background* e cultura semelhantes educam e informam os seus pares sobre uma variedade de assuntos ou problemas (Machado Caetano, 2007).

O processo de aprendizagem, desenvolvido a partir do diagnóstico das necessidades de formação do público-alvo, recorre a metodologias activas que visam educar os adolescentes para uma vivência gratificante da sua sexualidade e prepará-los para assumirem o seu papel de "pares educadores" de colegas mais jovens. Os defensores da educação pelos pares argumentam que, em vez da unidade de mudança ser o indivíduo, faz mais sentido fazer a abordagem educativa centrada no grupo de pares ou na comunidade, como a unidade de mudança (Vilaça, 2007). Além disso, poderá capacitar os jovens desenvolvendo-lhes a auto-confiança e as competências de negociação, bem como a percepção de que dominam a informação e as intervenções de saúde, vendo que eles próprios têm um papel chave na prevenção do VIH, na mudança dos seus comportamentos e estilos de vida, no sentido de agirem pro-activamente para promover a saúde sexual individual e colectiva (Vilaça, 2009).

Fica clara, também, a necessidade das intervenções não se esgotarem no trabalho directo com os jovens, sendo importante alargá-las às famílias, garantindo-lhes competências parentais para melhor lidarem com os seus filhos, amplificando assim as intervenções de promoção e de educação para a saúde realizadas noutros ecossistemas educativos (Ferreira, 2008). **(Anexo II D - Breves notas da revisão teórica efectuada ao longo do estágio)**

1.6.6 A FPCCS na luta contra a SIDA

1.6.6.1 Apresentação da fundação

Perante a crescente importância e gravidade do VIH/SIDA no mundo e em Portugal, e as múltiplas implicações humanas, familiares, sociopolíticas, ético-jurídicas e outras, aliadas a uma insuficiente mobilização da sociedade portuguesa na luta contra esta epidemia, tornou-se urgente a criação de uma nova organização que reforçasse o combate na prevenção da SIDA e que reduzisse o impacto nos indivíduos infectados e nas suas respectivas famílias. (Machado Caetano, 2007)

Em Dezembro de 1993, com o estatuto de Instituição Privada de Solidariedade Social, o Professor Machado Caetano com mais dezanove personalidades, criou a Fundação Portuguesa " A Comunidade Contra a Sida".

Trata-se de uma organização não governamental (ONG) de utilidade pública, cujo principal objectivo é servir a comunidade sem esperar qualquer tipo de remuneração em troca. É de salientar que esta instituição tenta não só difundir valores éticos e morais mas também que estes se façam cumprir na sociedade, evitando, nomeadamente, os comportamentos de risco, fomentando a mobilização da comunidade no combate contra a SIDA, intervindo no âmbito preventivo, no apoio de utentes infectados por VIH, de utentes com SIDA e dos seus familiares e na mobilização da sociedade portuguesa na luta contra a SIDA.

Para alcançar os seus objectivos, a instituição tem apostado na prevenção e cuidados, no que toca aos comportamentos de risco, e na formação dos voluntários, que tentam difundir da melhor maneira aquilo que lhes é transmitido, sendo também um grande factor de motivação para a população jovem face a este problema.

1.6.6.2 Apresentação dos projectos da fundação

A FPCCS tem vários projectos por ela criados e desenvolvidos, alguns dos quais tive oportunidade de integrar.

O Centro de Aconselhamento e Orientação de Jovens (CAOJ) é um projecto organizado em quatro núcleos de intervenção. O primeiro, Núcleo de Formação, é responsável pela apresentação e desenvolvimento de projectos na área da promoção e educação para a saúde e sexualidade nas escolas, formação de voluntários universitários, pelo apoio à formação de professores na área da sexualidade e SIDA e pela orientação de sessões de informação/sensibilização para pais e outros agentes educativos. O segundo núcleo, Núcleo de Apoio e Aconselhamento, entre outras áreas, dinamiza o apoio psicológico a jovens infectados e às suas famílias e faz o aconselhamento a quaisquer outros jovens, no âmbito da saúde. Ao

longo deste estágio, estive inserida nestes dois primeiros núcleos, com os quais trabalhei e desenvolvi os meus objectivos.

O Teatro de Intervenção Educativa, cujo objectivo é produzir peças ou *sketches* que focam problemáticas da adolescência, é o terceiro núcleo de trabalho.

O quarto, e último núcleo, é o Núcleo de Documentação e Informação, com o qual colaborei através da elaboração de apresentações electrónicas, cartazes, boletim de saúde entre outros documentos produzidos. **(Anexo III)**

A Delegação da Região Norte, onde estagiei, organiza a formação de voluntários universitários, de várias universidades do Porto, para integrarem o Programa Nacional de Educação pelos Pares "Sexualidade e Prevenção do VIH/ SIDA" e cria as condições logísticas de apoio e de formação científica e pedagógica. (Silva *et al*, 2009).

Este nível de intervenção também se estende a instituições onde a acção nesta área de formação é mais urgente, como o Estabelecimento Prisional Especial Santa Cruz do Bispo, Centro Educativo Santo António, (constituindo estes, dois focos de intervenção do meu projecto), Lar Nossa Senhora do Acolhimento e Lar do Bom Conselho. (Aguiar *et al,* 2009).

A um nível comunitário mais alargado, a Delegação da Região Norte desta Fundação ainda disponibiliza na Sede consultas de apoio psicológico a jovens infectados e às suas famílias e aconselhamento a quaisquer outros jovens, presencialmente ou por telefone, no âmbito da saúde, da sexualidade, da gravidez e, também, da toxicodependência, no qual intervim através de uma observação participante e do encaminhamento de casos para o SNS.

O Projecto Nacional de Educação pelos Pares é desenvolvido através dos CAOJ, sendo feita uma formação científica e pedagógica, dos pares formadores criando competências essenciais para se formarem educadores. A componente científica é orientada por um especialista com publicações nacionais e/ou internacionais na sua área de intervenção e visa aumentar o conhecimento factual necessário para os jovens voluntários intervirem no Projecto, trabalhando as seguintes áreas científicas e pedagógicas: "Doenças infecciosas emergentes no século XXI"; "SIDA e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis"; "Uma perspectiva actual sobre os métodos contraceptivos"; "Os riscos das novas dependências, riscos associados ao consumo de drogas"; "Prevenção do tabagismo"; "Dependência do álcool e prevenção"; "A escola e a educação pelos pares"; "A importância do voluntariado e da educação pelos pares na luta contra a SIDA"; e "A educação para a saúde e para a sexualidade". A componente pedagógica é orientada por um especialista, com publicações nacionais e/ou internacionais na sua área de intervenção, e pelos professores destacados para o CAOJ, que trabalham nas escolas no Projecto Nacional de Educação pelos Pares com os voluntários estudantes universitários.

Foi este curso, o primeiro contacto que tive com a fundação, recrutando 50 alunos do ICBAS que voluntariamente participaram no curso e no qual tive oportunidade de iniciar a formação e este estágio. **(Anexo IV)**

Para avaliar o Projecto são utilizados os seguintes instrumentos: questionários; diário de bordo dos alunos e das Brigadas Universitárias de Intervenção (BUI); relatório final de actividades apresentado pelo CAOJ; relatório de avaliação apresentado pela escola; sumários das actividades; planos de sessão; trabalhos realizados pelos alunos e registos estruturados de observação**.**

O "Café p'ra Pais", outra acção da FPCCS, pretende promover o desenvolvimento de competências parentais fundamentais para a vivência de projectos educativos que incluam realidades ligadas à promoção e educação para a saúde, bem como facilitar a articulação escola / famílias, de modo a rentabilizar os projectos educativos da escola no âmbito da sexualidade, toxicodependências e educação em geral, criando um espaço de partilha de dificuldades, mas também, e essencialmente, de partilha de estratégias educativas.

Nestes encontros, os temas são abordados, discutidos e desenvolvidos entre todos os participantes, essencialmente Pais e Encarregados de Educação, com a dinamização de um Animador. A encerrar a reflexão, um especialista convidado faz uma pequena síntese, de temas educativos, realçando os aspectos marcantes, esclarecendo dúvidas e acrescentando ideias próprias, essenciais para a clarificação e enriquecimento do debate.

Desta forma, os temas vão sendo abordados, discutidos e desenvolvidos entre todos. Tive a oportunidade de dinamizar vários cafés para pais, apelando à intervenção activa e à participação dos pais na clarificação de estratégias educativas e na partilha de problemas e de soluções, fornecendo, desta forma, um espaço de suporte e de confiança para quem exerce funções tão importantes como são as da educação parental.

CAPÍTULO II – DISCUSSÃO

Compreender a forma como os indivíduos e a sociedade encaram a infecção e os infectados constitui um capital necessário a uma adequada escolha das estratégias a seguir para diminuir a propagação da infecção e para a plena aceitação social dos utentes (Ministério da Saúde Português, 2007/2010).

São escassos os estudos metodologicamente sólidos realizados na população geral e nas populações mais vulneráveis descrevendo conhecimentos, atitudes e comportamentos face à infecção VIH/SIDA.

No entanto, a informação disponível mostra elevadas percentagens de conhecimentos incorrectos sobre a infecção, os modos de transmissão e as formas de prevenção, os quais coexistem com atitudes discriminatórias frequentes, o que *per si* mostra a pertinência científica deste projecto. Os grupos não correm riscos, como outrora se pensara, as pessoas é que correm riscos em função dos seus comportamentos. Não se apanha SIDA pelo que se é, mas sim por aquilo que se faz (Machado Caetano, 2000) e, desta forma, quanto melhor informada a nossa população e quanto maior a consciência crítica das acções e comportamentos, maior a prevenção.

Cabe ao médico um papel activo na construção enfática de uma cidadania informada e, sobretudo, educada para a Medicina Preventiva, em particular para a prevenção do VIH/SIDA, devendo essa responsabilização civil iniciar-se desde o curso de Medicina, através da participação dos estudantes em actividades, projectos e acções das várias ONG's que o nosso país contempla, para que possamos desenvolver, ao longo do curso, consciência crítica sobre a sociedade e sobre o nosso papel cívico enquanto médicos.

Foi neste sentido que geri as diversas actividades ao longo do estágio, integrando-me nos vários projectos desta ONG, abordando assim uma problemática importantíssima no nosso país e de grande interesse na minha formação pessoal.

2.1. Centro Educativo Santo António

Relativamente ao Centro Educativo Santo António, no Porto, é um espaço que há já quase um século, sobrevivendo a transformações sociais, políticas e legislativas, é dedicado ao acolhimento e educação de menores desprotegidos e/ou delinquentes *(*Neves, 2008).

Foi um dos espaços em que cumpri um dos objectivos do estágio, com cerca de 40 horas (20h de preparação e 20h de acções de promoção da educação sexual, estimulando a prevenção do VIH/SIDA), em jovens que infringiram as normas sociais, tendo de cumprir tempo nesta instituição. Foi uma experiência sem igual, que foi ao encontro do que as revisões

teóricas actuais vão revelando sobre os jovens e o risco crescente de contraírem infecções sexualmente transmissíveis por comportamentos de risco.

A apreensão inicial deu lugar a uma experiência científica e pessoal enriquecedora, onde a convivência com os jovens e com o pessoal educativo enalteceu as acções de sensibilização através de uma partilha inesperada de grupo. Sem preconceitos ou medo de mostrarem as suas necessidades educativas nesta área, os jovens foram demonstrando expectativas de regressar ao exterior de forma mais saudável e segura, tendo sido possível captar a experiência quotidiana do internamento, com as oscilações entre o que foram e o que querem ser.

Os jovens de hoje têm muita informação disponível, mas muitas vezes não a sabem descodificar, ou não estão devidamente educados (Machado Caetano, 2009).

No centro educativo esta foi uma realidade sempre presente. A maioria destes jovens provinha de meios socioeconómicos muito baixos, com grandes carências, quer em termos económicos, quer sociais, culturais e afectivos. Famílias numerosas, sem posses, sem tempo ou vontade de dar atenção a estes jovens, que nem 16 anos tinham para cumprir pena (por algo que muitas vezes tinham cometido "a mando" dos próprios pais ou familiares). Jovens perdidos num tempo e num espaço que nem eles mesmos conseguem descrever, com ambiente de violência em todas as suas vertentes, do qual um médico nem sempre se apercebe nas suas consultas. Nesta experiência surgiu uma espécie de mundo paralelo ao que habitualmente se vê no hospital ou centro de saúde por onde os estudantes de medicina passam, e que foi para mim uma étapa enriquecedora.

Como metodologia, antes de cada sessão de educação para a saúde, efectuava o plano de sessão, e reunia o material a utilizar de acordo com a temática a abordar. Para o desenvolvimento das acções em questão, recorri a estratégias activas e participativas, envolvendo o método de discussão em grupo, com exploração de imagens em *PowerPoint*, dinâmicas de grupo, *brainstorming,* visualização de filmes educativos e jogos pedagógicos, entre outros, tendo em cada dia abordado e discutido um tema diferente.

A informação teve de ser permanentemente adaptada aos défices de atenção e de concentração dos 11 jovens que participaram. A grande maioria deles tinha experimentado, desde cedo, todo o tipo de drogas, e alguns tinham mesmo abandonado a escola há já alguns anos, para além de estarem medicados com antipsicóticos e outros neurofármacos. Apesar de terem sido poucos os jovens a participar, o interesse pelas sessões foi crescente e muito produtivo.

Os temas abordados durante as 10 sessões foram diversos ("Promoção de Competências sociais"; "Toxicodependências"; "Sexualidade: definição e domínios da sexualidade"; "As Infecções Sexualmente Transmissíveis"; "O VIH/SIDA – comportamentos de prevenção"), planificados de acordo com as suas necessidades educativas. **(Anexo IV)**

Os resultados desta acção foram muito positivos, pela adesão dos jovens a todas as actividades, com a expressão de satisfação da Directora do Centro Educativo, que referiu ter sentido uma maior responsabilidade nas suas saúdes e uma vontade de mudança verbalizada pelos jovens, pelo que, relativamente a acções futuras, esta é, sem dúvida, uma área a investir.

As carências médicas são muitas, nesta área de informação descodificada, de educação e promoção da saúde e prevenção do VIH/SIDA e/ou comportamentos de risco, podendo, assim, ficar aqui um contributo para que mais estudantes de medicina elaborem projectos e desafios com estes jovens, cuja esperança é que alguém neles invista.

2.2. Estabelecimento Prisional Especial Santa Cruz do Bispo

Dados recentes permitem estimar uma prevalência da infecção por VIH na população prisional de 10% (10% nos homens e 7% nas mulheres). (Poças, 2009).

A prisão especial de Santa Cruz do Bispo, tornou-se um desafio desde o início, impondo-me uma preparação prévia aprimorada e cuidada para atender ao grupo heterogéneo envolvido. Perante mulheres de todas as idades, estratos socioculturais distintos e escolaridades díspares, promovi a criação de estratégias que permitissem a promoção da saúde e a prevenção do VIH/SIDA, atendendo a essas diferenças.

Tendo em conta que os reclusos constituem uma população vulnerável, na qual são muito elevadas as prevalências de infecção por VIH e de outras infecções transmitidas sexualmente, hepatite B, hepatite C e tuberculose (Ministério da Saúde Português, 2007) e que em todo o mundo cerca de 50% dos infectados com VIH/SIDA são mulheres (Frade, 2006), e pelo crescimento do número de casos de SIDA entre mulheres e o consequente aumento do risco de transmissão vertical do VIH, as estratégias de prevenção destinadas a esse grupo têm sido cada vez mais reforçadas, daí ter decidido intervir numa prisão de mulheres, que têm consigo as crianças até aos 3 anos de idade.

Tratando-se do primeiro contacto com reclusas ou prisões, foi um desafio educar para a promoção da saúde em apenas 20 horas de acção, num ambiente particular, revelando-se uma experiência surpreendente pela consideração que demonstraram pelo projecto. Rapidamente entenderam o meu papel na prisão (citando uma reclusa *"É a estudante de medicina que todas as quintas vem e nos ajuda a entender os nossos problemas de saúde, e a protegermo-nos das doenças graves")*, e se mostraram muito receptivas, tendo em conta que na sua maioria eram ou tinham pelo menos um familiar ou amigo seropositivo. Notei desde o início a carência de informação e a necessidade de aprendizagem nas 20 mulheres que decidiram participar voluntariamente.

A prisão especial de Santa Cruz do Bispo é relativamente nova (2005), sendo o primeiro estabelecimento prisional do país a ser gerido em parceria com uma Misericórdia e, além das quatro alas (que separam as presas preventivas das condenadas e, futuramente, as primárias

das reincidentes), o estabelecimento prisional tem todas as condições para as reclusas se prepararem para uma vida longe do mundo do crime, quando acabarem de cumprir a pena (Pereira, 2005). Um dos objectivos do protocolo com a Misericórdia é o de encaminhar e acolher os filhos das reclusas (depois dos três anos, abandonam o estabelecimento prisional), caso não tenham retaguarda familiar (Rocchi, 2005).

O princípio da valorização pessoal e profissional, numa perspectiva de transição para uma vida nova, abrange toda a população prisional, pelo que um dos objectivos deste estágio esteve sempre em conformidade com os objectivos do supracitado estabelecimento prisional.

A metodologia que utilizei foi sempre dinâmica, expositiva e participativa, apelando à troca de experiências, exigindo uma preparação prévia, de cerca de 2 horas antes de ir à prisão, com elaboração de um plano de sessão, preparação do material de apoio à acção, e adaptação dos conhecimentos científicos e do material à população alvo.

Uma das dificuldades que senti foi a de não ter um seguimento contínuo das formações, pois, apesar de ter sido elaborado um contrato informal em cartaz com as interessadas em participar no projecto, apenas 8, das 20 iniciais, foram fixas nas sessões, com participação esporádica de algumas, com dúvidas já esclarecidas em sessões anteriores, tornando algumas acções repetitivas.

Apesar dessa dificuldade, e do défice de atenção da grande maioria, os resultados obtidos foram muito positivos. Verifiquei através da expressão verbal, que os conteúdos abordados foram interiorizados, e que a participação crescente nas sessões, por cada formanda, com dúvidas e exemplos muito pertinentes de todas, mostrou uma vontade de mudança de comportamentos de risco, tendo em vista uma vida mais saudável.

No início da intervenção passei uma "*caixa de dúvidas*" onde cada reclusa colocou uma questão que gostaria de ver abordada nas sessões de prevenção. Assim, as reclusas colocaram as seguintes questões: "*Sinais e sintomas do VIH/SIDA? Quanto tempo demoram a surgir os sintomas? Qual o risco de doenças sexualmente transmissíveis entre homossexuais? Que tipo de doenças se podem contrair? Hepatite C, o que é? Como se transmite? Riscos de contágio do VIH entre homossexuais? O risco é maior entre vários homens ou várias mulheres? Tempo que o VIH leva a manifestar-se no organismo? Quando o VIH está adormecido não há risco de contágio? Quanto tempo de vida tem o portador do VIH mesmo tomando medicação? Quais os riscos de uma portadora VIH gerar uma criança sem riscos? Preconceitos sobre a sexualidade e doenças transmissíveis. Cancro do colo do Útero."* Todas estas questões foram abordadas durante as 10 sessões, através da elaboração de cartazes, de jogos, de apresentações electrónicas e de debates em grupo, tendo havido sempre muita participação intergrupal. **(Anexo IV)**

Este foi um alvo de intervenção muito específico, mas muito enriquecedor, com abordagem de outras questões além do VIH/SIDA, que visassem a promoção de saúde das

reclusas que, tendo poucos contactos médicos, questionavam incessantemente em busca de informação acerca de comportamentos seguros e de como se protegerem quando fossem reinseridas na sociedade, podendo desta forma fazer uma avaliação dos possíveis riscos que haviam corrido até então. Seria interessante, fazer um estudo a longo prazo, para verificar se efectivamente adoptaram medidas de prevenção e alteração de comportamentos de risco nas suas vidas.

No futuro, seria pertinente que se estendesse este tipo de projectos a outras prisões, e com mais médicos, pois as carências, quer de informação e/ou educação para a saúde, quer de prevenção do VIH/SIDA, são muitas e explícitas pelas reclusas e profissionais dos estabelecimentos prisionais.

2.3. Educação para a Sexualidade dirigida aos Pais

Os encontros com os pais e encarregados de educação, visando o debate de questões em torno da Educação em geral e da Educação para a Saúde em particular, através dos “Café p’ra Pais”, constituíram, neste projecto, elementos chave que vieram comprovar a importância da família, da escola e da comunidade que não podem perder tempo e devem de modo multidisciplinar proporcionar educação a todos os jovens.

Nas 4 escolas em que foi feita esta intervenção, as necessidades de desenvolvimento de competências parentais fundamentais para a vivência de projectos educativos que incluam realidades ligadas à promoção e educação para a saúde, bem como as de facilitar a articulação escola / famílias de modo a rentabilizar os projectos educativos da escola no âmbito da sexualidade, toxicodependências e educação em geral, foram as mesmas, independentemente dos níveis socioculturais, denotando-se um grande problema em comunicar com os jovens, educandos. Assim, estas intervenções foram um espaço de partilha de dificuldades, mas também, e essencialmente, de partilha de estratégias educativas.

Este estágio integrou-se nos cafés para pais, agendados pela FPCCS, que decorreram em escolas do porto (Escolas E.B. 2,3 da Areosa, Aldoar, Valadares e Cerco), através de reflexões e pequenas sínteses apresentadas aos pais, realçando os aspectos marcantes, esclarecendo dúvidas e acrescentando ideias próprias, essenciais para a clarificação e enriquecimento do debate, utilizando uma metodologia participativa, uma forma de reflexão e aprendizagem mútua, em que pais e educadores expunham as suas dificuldades na educação dos jovens.

Tive oportunidade de dinamizar vários cafés para pais ao longo deste estágio, com a duração de cerca de 3h cada um, com temas interessantes (“ Educação Sexual: O papel da Parentalidade”; “ Educação Sexual e Afectos na Adolescência”; “ Como falar de Educação Sexual aos seus filhos?”; “Prevenção de Riscos para a Saúde e a Educação Sexual”), em que tive oportunidade de desenvolver a capacidade de adaptar informação científica, para uma

linguagem simples e correcta, capaz de ser compreendida por todos, através de apresentações electrónicas que previamente preparei, apelativas e que facilitassem a memorização dos conceitos chave, para os seus papéis como educadores. **(Anexo V – Café para pais).**

Em termos futuros, seria benéfico aumentar este tipo de actividades, conforme relatado pelos pais que participaram, em média 25 pais em cada escola, apelando a uma abordagem em mais escolas e sugerindo a abertura de cursos de educação sexual e/ou prevenção de comportamentos de risco, com a participação activa de médicos, referindo-me que sentem escassez de apoios, no nosso meio, para desempenharem os seus papéis parentais.

O envolvimento médico nessas formações torna-se fundamental para que se ofereçam conhecimentos científicos correctos, válidos e para que os pais aprendam a transmitir informação fidedigna de forma adequada, bem como a distinguir entre as situações fisiológicas e patológicas, que torneiam o adolescer.

Senti que tive um papel importante em cada esclarecimento e dúvida e que, quanto mais tempo tivéssemos, mais dúvidas surgiriam, o que prova a necessidade de, como estudantes de medicina e/ou médicos, investirmos nesta contribuição para uma sociedade mais esclarecida de forma fidedigna.

2.4. Apoio médico no tratamento de utentes infectados por VIH

Relativamente ao objectivo traçado, prestar apoio no tratamento de utentes infectados por VIH, procurando promover uma maior adesão terapêutica e a melhoria da sua qualidade de vida, foi interessante a observação activa nas consultas de psicologia da FPCCS, no apoio a utentes infectados e suas famílias e no aconselhamento a quaisquer outros jovens no âmbito da saúde. Tive oportunidade de dar resposta a muitas questões médicas sobre o vírus, a sua transmissão, cuidados a ter, tratamento e efeitos laterais, colaborando no encaminhamento destes utentes e famílias para o SNS quando achava pertinente ou até importante, dados os sinais clínicos identificados e que ainda não tinham sido explorados por nenhum médico.

Sente-se que a população de infectados pelo VIH necessita de atenção médica contínua, e que muitas vezes é auto-regulada pelos próprios nos serviços de saúde, que nem sempre reúnem as condições necessárias para a compreensão do percurso médico de cada doente, muitas vezes confuso.

Assim, tornou-se gratificante a criação de um boletim de saúde individual, facilitando a interacção entre os vários profissionais de saúde, potenciando a adesão e eficácia no tratamento do VIH, criando assim melhores condições para que a FPCCS reencaminhe esses utentes para o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e para que, em situação de emergência ou urgência médica, rapidamente se obtenha a história clínica do utente.

Para garantir a confidencialidade, este boletim foi codificado (por um número de quatro dígitos mais as iniciais do nome), não contendo outros dados referentes ao utente, e colocado

em pasta vulgar, plastificada, opaca, de várias cores, para que na população geral não sejam identificados os boletins**. (Anexo VI)**

Para a concretização deste boletim, elaborei um documento de consentimento informado, para assegurar que qualquer utente infectado compreenda os seus objectivos e concorde com a sua utilização.

Este boletim é constituído por uma parte informativa ao utente infectado, com recomendações de saúde, informações gerais sobre transmissão do vírus, importância da terapêutica, sinais de alerta para agravamento do seu estado de saúde, e por uma parte de colheita e registo clínico com anamnese e exame físico, dados analíticos, bem como registos de recorrência ao serviço de urgência/ referenciação ao SNS e marcação de próxima consulta**.**

A criação deste boletim tornou-se uma ambiciosa intervenção, que, dado o pouco tempo, apenas foi possível ser validada num local de referência, o Hospital Joaquim Urbano, no Porto, e que ficou projectada mas não implementada, sendo necessário no futuro uma validação e implementação mais alargada, em centros de referência do país.

Relativamente a este objectivo, e porque a fundação não tem nos seus objectivos a realização de consultas médicas com exame físico do doente, achei essencial alargar os meus conhecimentos práticos no tratamento de utentes infectados, pelo que tive participação activa complementar, em consultas de infecciologia do Hospital Joaquim Urbano, que me proporcionaram oportunidades de discussão de vários casos clínicos, importantes para a sistematização dos conhecimentos sobre a evolução natural da doença, tratamentos disponíveis e esquemas de terapêutica adequados a cada doente, intercorrências, efeitos laterais e adesão/ motivos de má adesão ao tratamento. **(Anexo VII – Caso Clínico).**

CAPÍTULO III – CONCLUSÕES

Para finalizar este relatório, resta-me concluir que foram alcançados e superados os objectivos traçados, com o empenho que o tema merece, através do desenvolvimento de competências de sensibilização para a importância da educação sexual e prevenção do VIH/SIDA, bem como da capacitação pessoal e profissional no âmbito das relações humanas e do trabalho em equipa.

Para responder aos objectivos traçados, face ao curto tempo de estágio, sinto que a escolha das áreas de intervenção constituiu uma importante decisão. Tendo em conta a relevância epidemiológica dos vários grupos específicos, consegui, por um lado, promover a educação sexual e a prevenção do VIH/SIDA, em jovens (Centro Educativo de Santo António), mulheres em idade fértil (prisão especial de mulheres de Santa Cruz do Bispo) e pais (Educação para a Sexualidade dirigida aos Pais, "Café p'ra pais"), integrando os projectos da FPCCS, e, por outro lado, prestar apoio no tratamento de utentes infectados pelo VIH, promovendo maior adesão terapêutica e melhoria da qualidade de vida, criando um boletim de saúde que melhor encaminhasse os utentes infectados no SNS, para que se sintam mais apoiados e confiantes no seu tratamento.

Quanto ao papel de futura médica no tratamento integrado aos utentes infectados pelo VIH, o estágio constituiu um desafio interessante, exigindo a revisão sistemática de diversas ciências, o que me permitiu o reconhecimento e integração dos problemas e necessidades dos utentes infectados e suas famílias, numa visão bio-psico-socio-cultural, prestando-lhes a atenção devida, prevenindo o agravamento do seu estado de saúde e melhorando a sua qualidade de vida.

Os resultados do estágio em termos relacionais, de aquisição de competências profissionais e trabalho em equipa multidisciplinar, superaram as minhas expectativas. Este facto sublinha a necessidade dos estudantes de medicina, futuros médicos, se envolverem neste tipo de aprendizagem. O crescimento pessoal que daí adveio, bem como o enriquecimento pelo contacto com a população alvo em todas as actividades, revelou-se maior do que o esperado.

"*É na medida que se dá, medida em que se recebe".* Neste caso recebe-se mais do que é esperado de todos os utentes com os quais se aborda o VIH/ SIDA, entre outras temáticas de saúde, construindo-se um paralelismo alternante entre o que se espera e o que se obtém em cada acção, sobrando sempre um balanço positivo.

Tendo consciência que este projecto é um contributo pequeno e que muito há para fazer, fica para o futuro a ambição de desenvolver as outras áreas de intervenção da FPCCS, continuamente, e não apenas de forma pontual.

Em suma, o estágio tornou-se um projecto de difícil realização, de trabalho árduo efectivo, com oito meses de conciliação com a carga académica e a conclusão dos 5º e 6º anos de curso, mas muito gratificante.

Por cada "sorriso estampado no rosto", por cada possível modificação de comportamento, ou pequena melhoria na qualidade de vida de cada jovem, reclusa, doente, família, pais... por este estágio que os contemplou, valeu a pena todo o esforço e dedicação e fica a percepção do muito que ainda há para fazer.

BIBLIOGRAFIA

Aguiar F, Vilaça T, Oliveira R, et al. O Projecto Nacional de Educação pelos Pares da Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA" em escolas EB 2/3 do Porto. Actas do Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia.da Universidade do Minho 2009, 10ª Edição.

Aguiar F, Vilaça T, Oliveira R, et al. Dinâmicas do Centro de Aconselhamento e Orientação de Jovens da Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA" no Porto. Actas do Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia.da Universidade do Minho 2009, 10ª Edição.

Albino G, Vitalle M, Schussel E, et al. A sexualidade pelo olhar das jovens: contribuições para a prática do médico de adolescentes. Revista Paulista de Pediatria 2005,nº 23:124-129.

Andrade M. Direito Penal Médico, SIDA: Testes Arbitrários, Confidencialidade e Segredo 2004, Coimbra Editora.

Antunes F, Marques R, Casquilho J. Objectivos actuais do Tratamento Anti- Retroviral de combinação. Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA Revista Acção e Tratamentos 2009, 17ª Edição: 13 – 15.

Caetano M. A Educação para a Saúde e para a Sexualidade. Congresso Pastoral da Saúde 2007, 2ª Edição.

Caetano M. Lições de Sida Lições de Vida 2001, 2ª Edição.

European AIDS Clinical Society (EACS). Guidelines for the Clinical Management and Treatment of HIV-infected Adults in Europe 2008, Version 3.

Fauci A, Braunwald E et al. Harrison' Principles of Internal Medicine 2008, 17th Edition, chapter 182.

Figueiredo G, Lindner L, Moreira R, et al. A, B, C, D, E de Hepatites para Comunicadores. Ministério da Saúde Brasileiro 2005.

Gaspar T, Matos M, Gonçalves A, et al. Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/Sida em adolescentes migrantes. Psicologia Saúde e Doenças 2006.

Lange J, Gatell J. Pratical Issues in HIV and AIDS Patient Management.An International Educational Service 1998.

Marques, et al. Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas: Um Projecto Experimental. 2007 http://www.min-saude.pt

Marques P. Orientações Terapêuticas nacionais revisão urgente precisa-se. Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA Revista Acção e Tratamentos 2008, 11ª Edição: 13 – 17.

Matos M, et al. Estado da arte e propostas em meio escolar. Sexualidade, Segurança e SIDA 2008.

Matos M, et al. Comportamento Sexual e Conhecimentos, Crenças e Atitudes Face ao VIH/SIDA. Relatório Preliminar 2006.

Mullen P, Ramirez G, Strouse D et al. Meta-analysis of the Effects of Behavioral HIV Prevention Interventions on the Sexual Risk Behavior of Sexually Experienced Adolescents in Controlled Studies. United States Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2002, 30: 94-105.

Mullinar G. Dicionário de Educação Sexual 1993. Difusão Cultural.

Nagel J. Ethnicity and sexuality. Annual Review of Sociology 2000, 26: 107-133.

Nunes P, Gazzard B, Mansinho K, et al Transmissão do VIH- O conhecimento científico. Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA Revista Acção e Tratamentos 2009, 20ª Edição: 8- 9.

Parker R, Easton D, Klein C. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. AIDS 2000.

Parker R. Sexuality, culture and power in HIV/AIDS research. Annual Review of Anthropology 2000, 30: 166-179.

Parker R, Camargo K. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cadernos de Saúde Pública 2000.nº 16:89-102.

Pereira A. O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente 2004, Coimbra Editora.

Pereira A. Cirurgião Seropositivo: do Pânico ao Direito. Lex Medicinae – Revista Portuguesa de Direito da Saúde 2007, nº4: 97-114.

Ross E K. Sida o desafio final. Difusão Cultural 1989.

Scott M, Hammer MD; Joseph J, et al. Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection. Recommendations of the International 2008; 300(5): 555-570.

Serra T, Beleza T, Rueff M, et al. Transmissão do VIH e Direito. Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA Revista Acção e Tratamentos 2009, 20ª Edição: 10-11.

Serrão D. Ética em Cuidados de Saúde 1998, Porto Editora.

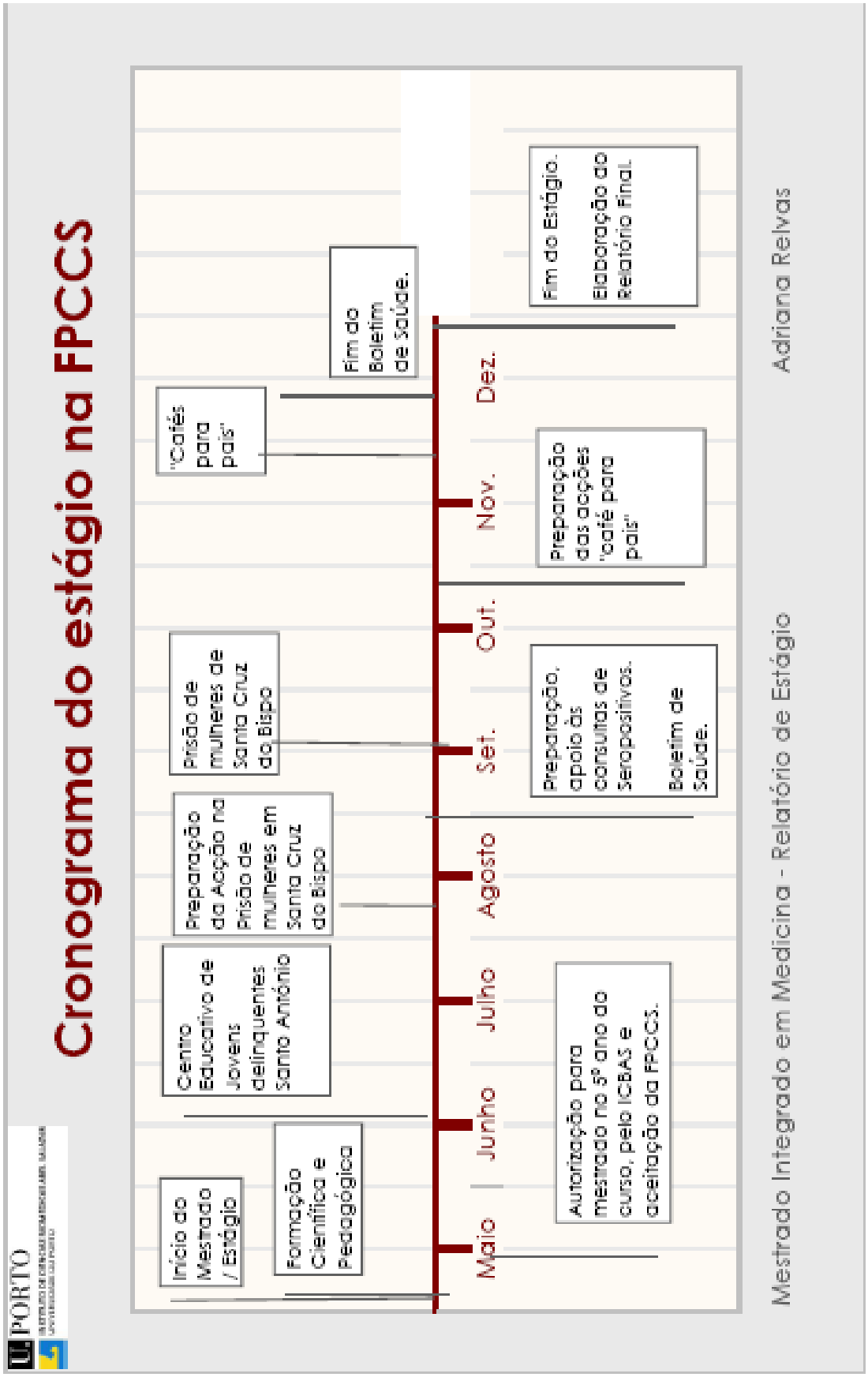
Sikkema, et al. Outcomes of a randomized, controlled community-level HIV prevention intervention for adolescents in low income housing developments 2005.AIDS, 19:1509-1516.

Vasconcelos CAS, Oliveira JMF, Casquilho JPLP. Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/sida. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida 2009.

Whitaker D, Miller K. Parent-Adolescent Discussions about Sex and Condoms.Impact on Peer Influences of Sexual Risk Behaviour. Journal of Adolescent Research 2000, 2ªEdição: 251-273.


ANEXOS
FUNDAÇÃO PORTUGUESA
ALERTA
VIH

ANEXO I - CRONOGRAMA DO ESTÁGIO NA FPCCS



Anexo II - Breves notas da revisão teórica efectuada ao longo do estágio

A. Papel de Prevenção no atendimento a utentes

Se a vida humana implica relações subjectivas no seu quotidiano, tratando-se de VIH/SIDA, é preciso estar atento para situações conflituosas, nem sempre explícitas, que podem dificultar a acção preventiva.

No contexto dos serviços de saúde, surgem diariamente oportunidades de prevenção, que não podemos deixar "escapar", devendo constituir um ambiente propício ao estabelecimento de uma boa relação de ajuda, capaz de desenvolver confiança e a partir daí mudança de comportamentos de risco.

Quando as pessoas vivenciam situações de ameaça à sua integridade física ou emocional, costumam ficar fragilizadas e, às vezes, não se sentem capazes de resolver solitariamente os seus conflitos.

As temáticas implícitas nas questões relativas ao VIH/SIDA, tais como exercício da sexualidade, transgressões, perda e morte, podem causar conflitos e constituir ameaça às crenças e aos valores do indivíduo. Tais situações dificultam a prevenção do VIH/SIDA, na medida em que podem bloquear a percepção e a expressão dos riscos, assim como a reflexão para a adopção de medidas preventivas.

A prevenção, a partir da disponibilidade mútua para trocar conhecimentos e sentimentos, permite a superação da situação de conflito. Desta forma, permite ao utente avaliar as suas reais possibilidades de risco de infecção pelo VIH/SIDA e reflectir e decidir por medidas preventivas viáveis em busca de melhor qualidade de vida, independentemente da sua condição serológica.

Nos serviços de saúde, o aconselhamento tem por objectivo a prevenção primária do VIH, a adesão do utente ao tratamento, o tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is) e a adopção de práticas preventivas eliminando comportamentos de risco.

A importância do aconselhamento para os portadores de VIH/SIDA está associada à necessidade do indivíduo receber suporte emocional adequado para lidar melhor com essa nova condição e participar activamente de seu processo terapêutico.

Tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis para a redução da transmissão do VIH para o feto ou recém-nascido, tem-se recomendado que também na consulta pré-concepcional e nos serviços de obstetrícia se ofereçam aconselhamento e teste VIH para as gestantes.

A prevenção no atendimento dos utentes deve promover reflexão sobre os riscos de contrair infecção; sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planeamento de estratégias de redução de risco e a necessidade de mudanças comportamentais, bem como apoio emocional e educativo, com troca de informação sobre VIH/SIDA, formas de transmissão, prevenção e

tratamento. No que toca ao VIH/SIDA e à utilização de preservativo como protecção de infecções sexualmente transmissíveis é superior no grupo de idades maiores de 20 anos, enquanto abaixo dos 20 e acima dos 50 a utilização é bem menor – aumentando no geral com o maior número de parceiros sexuais. Os homossexuais utilizam-no mais que os heterossexuais, apesar da subida de novos casos por transmissão heterossexual (Vasconcelos et al, 2009).

Esta abrangência de prevenção, em todos os seus componentes, nem sempre é atingida num único momento ou encontro e, de certa forma, pode ser trabalhada tanto em grupo como individualmente.

Na abordagem colectiva, as questões comuns expressas pelos participantes, as suas necessidades de informação devem ser sempre tidas em conta, e o seu conteúdo deve sempre ser abordado. Nesse sentido, a identificação do que o grupo quer perguntar e necessita aprender é fundamental.

No grupo, as pessoas têm a oportunidade de redimensionar as suas dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos e conhecimentos, podendo provocar alívio do stress emocional vivenciado pelos utentes, e também pode ajudar o indivíduo a perceber a sua próprias necessidades de aprendizagem, a reconhecer o que sabe e sente, estimulando a sua participação nos atendimentos individuais subsequentes (Coordenação Nacional de DST e Aids - Brasil, 1998).

É importante, entretanto, que o médico e qualquer outro profissional de saúde esteja atento para perceber os limites que separam as questões que devem ser abordadas em grupo, daquelas que devem ser abordadas em atendimento individual, respeitando sempre a confidencialidade e o respeito ético pelos direitos humanos, até porque por vezes, pela singularidade da vida de cada utente, situações íntimas, como a avaliação do próprio risco e a adopção de práticas mais seguras, são melhor trabalhadas num atendimento personalizado e individual. O importante é que o próprio médico/ profissional de saúde esteja atento e apele à prevenção.

A identificação das barreiras que dificultam as práticas preventivas deverá também ser estudadas e poderão funcionar como um “índice de qualidade” relacional.

Todos os profissionais da equipa de saúde deveriam estar aptos a desenvolver o aconselhamento e prevenção, devendo ter conhecimentos actualizados sobre VIH/SIDA e disponibilidade para reconhecer as suas próprias limitações e potencialidades, valorizando o que o utente sabe, pensa e sente.

Pelo papel social que ocupa no contexto da atenção à saúde, o médico deve fazer aconselhamento e prevenção durante a consulta, sem nunca esquecer que a privacidade, o sigilo e o carácter confidencial sejam preservados, utilizando uma linguagem compatível com a

cultura do utente, favorecendo o fim de estigmas, mitos e preconceitos relacionados, e estimulando a disseminação das orientações recebidas.

Cabe aos responsáveis dos serviços de saúde o empenho em reajustar o fluxo das exigências e os recursos humanos disponíveis, de forma a garantir o tempo requerido para que seja feito um atendimento de qualidade em que se apele à prevenção, e a "falta de tempo" deixe de ser desculpa.

A prevenção no atendimento de utentes envolve, além dos aspectos biopsicológicos, questões emocionais, familiares, sociais, culturais e políticas, às quais nem sempre os profissionais de saúde estão aptos a dar suporte. Embora de alguma forma façam parte das suas vivências e conhecimentos, tais questões devem ser retomadas e direccionadas para uma prática adequada de aconselhamento por meio de formação específica, se necessário para uma prevenção efectiva.

A participação em formações sobre prevenção do VIH/SIDA deve ser efectuada sempre que um profissional não se sinta capaz de o fazer no atendimento aos seus utentes.

Desta forma, as formações nesta área deverão incluir: aspectos biopsicológicos do VIH/SIDA (etiologia, formas de transmissão, diagnóstico e clínica, medidas preventivas e biossegurança); aspectos epidemiológicos (indicadores, tendências da epidemia, vulnerabilidade); aspectos laboratoriais (tipos de testes, valor preditivo dos testes, janela imunológica, significado dos resultados); aspectos éticos e psicossociais (sigilo e carácter confidencial; mitos e tabus, preconceitos, estigma, sexualidade, perda e morte, uso de drogas, género); aspectos políticos e jurídicos (cidadania; legislação específica) e aspectos teóricos e práticos do aconselhamento (identificação e reacções emocionais). (Coordenação Nacional de DST e Aids - Brasil, 1998).

B. VIH / SIDA conceitos teóricos

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) pertence à família dos Lentivírus, são vírus lentos, que se caracterizam por um longo período de incubação e são também Retrovírus, (vírus de RNA – ácido Ribonucleico), recebendo esse nome por possuírem uma transcriptase inversa ou reversa responsável pela transcrição de RNA em DNA, necessária para que se possam incorporar nas células hospedeiras, mimetizando o self (Machado Caetano, 2000).

Sendo parasitas intracelulares obrigatórios, os vírus usam a "maquinaria" molecular das células humanas, as mitocôndrias celulares, para se reproduzirem. Os VIH têm genes que após entrarem no organismo, a *Transcriptase reversa*, faz dos próprios vírus uma copia em DNA, de dupla cadeia, permitindo a sua incorporação no núcleo celular, e codificam para proteínas reguladoras da biologia viral, com capacidade de acelerar ou retardar a sua replicação, com multiplicação de viriões (unidades víricas) que vão depois para o exterior, indo

infectar outras células, com aumento do número de cópias (com alta capacidade de sofrer mutações enquanto se replicam).

Após a entrada nas células que infectam, até destruição quase global do Sistema Imunitário (média de 8 a 10 anos), com linfócitos CD4 muito baixos, surge SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida).

Existem dois tipos principais de vírus, o VIH-1 e o VIH-2, com formas de contágio similares e muitos subtipos, com muitas mutações presentes e tão variadas que cada pessoa tem uma ou mais variantes virais, daí a dificuldade em fabricar vacinas para este vírus.

Ambos os tipos são vírus da Imunodeficiência Humana, capazes de provocar SIDA, caracterizada pela falência do Sistema Imunitário e surgimento de infecções e/ou tumores oportunistas (por transformação maligna celular provocada pelo vírus ou pela incapacidade imunitária para nos defendermos destas células anómalas).

O VIH-1 é mais "agressivo", sendo mais rápido na destruição do sistema imunológico, a evolução da doença é mais rápida. O período assintomático de infecção é, em média, de 10 anos para o VIH-1 e de 30 anos para o VIH-2. Por outro lado, o VIH-1 transmite-se mais facilmente, ou seja, o contágio de pessoa para pessoa é mais provável do que para o VIH-2. No Mundo, existem muito mais pessoas infectadas pelo VIH-1 do que pelo VIH-2.

O VIH-1 responde melhor e de forma mais previsível aos medicamentos anti-retrovíricos. Alguns dos medicamentos disponíveis são eficazes contra o VIH-1 mas não contra o VIH-2.

Duas a oito semanas após a infecção pelo VIH, pode surgir um quadro febril tipo gripal, ou seja, infecção aguda por VIH (EACS,2008), com virémia detectável (Agp24 positivo e / ou ARN VIH> 10.000 cópias) e teste negativo ou indeterminado para o VIH (negativo ou fracamente positivo por Elisa e 1 banda no western blot), com desenvolvimento de febre, mialgias, astenia, odinofagia, e adenomegalias muitas vezes semelhante a uma mononucleose infecciosa é o chamado Acidente Primário da infecção pelo VIH e surge em 50 a 90% (Machado Caetano, 2000).

Em seguida, o doente fica assintomático num período variável que pode ser de anos, em média de 8 a 10 anos. Nesta fase, como em todas as fases da infecção, existe possibilidade de transmissão da doença a outras pessoas. Após este período, surge a fase sintomática da infecção, com diminuição dos linfócitos CD4 de valores normais entre 800 a 1200 por ml de sangue para menos de 200), surgindo o período clínico com três fases bem reconhecidas. Primeiro com uma linfadenopatia generalizada progressiva, segundo com uma fase de cansaço não habitual, perda de peso, suores nocturnos, falta de apetite, diarreia, queda de cabelo, pele seca e descamativa, chamada fase do complexo relacionado com a SIDA (CRS); e por fim quando surge uma diminuição de CD4 inferior a 200ml, surgem as infecções e tumores oportunistas, surgindo SIDA.

Entre as infecções são de destacar as pneumonias por *Pneumocystis carinii (protozoário) e* entre os tumores malignos*, o Sarcoma de Kaposi* (Machado Caetano,2000), entre outras, como a tuberculose; carcinoma invasivo do colo do útero, pneumonia intersticial linfóide, linfoma não Hoddkin; leucoencefalopatia multifocal, linfopenia, candidíases, citomegalovirus afectando os olhos e os intestinos; a toxoplasmose que pode causar lesões graves no cérebro; a criptosporidiose, herpes zoster ("zona"), episódios de herpes simples de repetição (oral ou genital), etc.

Esta síndrome manifesta-se e evolui de modo diferente de pessoa para pessoa, sendo fundamental uma série de testes microbiológicos dirigidos a bactérias, vírus, fungos, protozoários, ricketsias e parasitas que permitam identificar agentes infecciosos oportunistas e testar a sensibilidade dos fármacos a implementar.

As principais vias de transmissão são a via sexual (sexo vaginal, anal ou oral sem preservativo, com alguém infectado); materno-infantil ou vertical (pela gravidez, parto e amamentação); e a via parentérica, agulhas e seringas com sangue contaminado pelo VIH; transfusões de sangue contaminado pelo VIH; materiais cortantes contaminados, utilizados para tatuagens, injecções, nos serviços de manicura e barbeiro, instrumentos odontológicos e cirúrgicos, entre outros. Não se transmite em banhos de piscinas, vasos sanitários, maçanetas, transportes, nem ao sentar-se em lugares quentes ou frios, em toalhas, beijo ou através de insectos. Também não se contrai a SIDA através de abraços ou apertos de mão.

O doente pode estar no período de janela, que surge após o início da infecção, na primeira fase de replicação viral, em que surgem no sangue antigénios virais (p24+) e carga viral elevada, sem ter ainda havido tempo para a formação de anticorpos anti –VIH (anti-gp120) e linfócitos citotóxicos (CD8 anti-VIH). Este período é em média de 4 a 6 semanas. Nesta fase, chamada de indução da resposta imunitária ou Primo-infeção o indivíduo é seronegativo, mas infectante (Machado Caetano,2000). No entanto, algumas pessoas podem ter uma resposta mais lenta à infecção, com formação mais lenta de anticorpos, o que significa que o diagnóstico da infecção através destes testes será mais tardio e, portanto, o período de janela mais longo. Com os testes actualmente disponíveis para o diagnóstico desta infecção, na maioria dos casos, o diagnóstico é possível entre a 3ª semana e o 3º mês após o contágio.

Há vários tipos de testes e efectua-se sempre para o VIH-1 e VIH-2. Os testes ELISA e Western-blot detectam os anticorpos específicos produzidos pelo hospedeiro como resposta à infecção vírica. Os anticorpos específicos para as proteínas do VIH produzem-se algumas semanas após a infecção. Os testes actualmente disponíveis podem detectar a infecção cerca de 3 semanas após o contágio. O teste ELISA é um teste de rastreio, de fácil e rápida execução e é muito sensível e específico para o diagnóstico da infecção pelo VIH. Qualquer teste ELISA positivo deve ser confirmado por um teste de Western-blot que confirma

definitivamente a infecção. São necessários dois testes ELISA reactivos para realizar o teste de Western blot.

Enquanto o teste ELISA detecta os anticorpos contra a glicoproteína gp-120 da superfície do VIH de forma global, o teste de Western-blot detecta vários anticorpos para várias proteínas virais individualmente. A execução de um teste de Western-blot é mais demorada e tecnicamente mais complicada, o que justifica que só seja utilizado para confirmar um teste de ELISA positivo. Actualmente há já testes de quarta geração, pesquisando-se a presença do antigénio p24 da estrutura viral.

Quando a pessoa se infectou e produziu anticorpos diz-se Seropositiva, excepto nos RN de mães infectadas, cujos anticorpos passam 100% da mãe para a criança, mas só em 25% dos casos os VIH passam, havendo portanto 75% de casos com ELISA + e anticorpos anti-VIH + sem estarem infectadas. Outros teste que se podem fazer são os de quantificação viral, chamados Testes de Carga Viral, com uma boa sensibilidade (até menos de 50 cópias de VIH por ml de sangue).

Por exemplo, os testes por PCR (Reacção de Polimerase em Cadeia), são capazes de por amplificação detectar antigénio p24 ou RNA viral (por biologia molecular), indicativos de infecção pelo VIH, permitindo uma rápida distinção de por exemplo RN infectados e não infectados. Estas técnicas permitem avaliar a carga viral com valor preditivo para decisão na terapêutica e monitorização antiretrovírica.

Relativamente aos testes, resta-me abordar os que avaliam a competência do sistema imunitário, com revelação de deficiência imunitária humoral (linfócitos B) e Celular (linfócitos T), ou seja, à medida que a infecção progride há progressivamente menos linfócitos circulantes, particularmente CD4 auxiliadores, e Natural Killer, com subida relativa de CD8 citotóxicos - supressores e linfócitos B. Em regra, há linfoproliferação e desregulação da depuração dos imunocomplexos, com aumento das IG's e da beta 2 microglobulina, bem como dos imunocomplexos. Baseado nisto, os testes cutâneos com antigénios comuns, dão negativo, pela alergia cutânea que indica deficiência do tipo celular (Machado Caetano, 2000).

De ressalvar, que qualquer tipo de teste deve ser voluntário, com consentimento informado do doente, excepto em caso de dadores de células, tecidos, órgãos ou esperma ou pedidos pelo tribunal em caso de violação ou agressão por utentes infectados por VIH com suspeita de intenção de infectar. No nosso país o rastreio é anónimo, gratuito e confidencial.

Todo o líquido biológico de qualquer pessoa infectada é potencialmente infectante, pelo que Médicos e todos os Profissionais de Saúde devem utilizar medidas de precaução universais em todos os utentes e em todas as circunstâncias. O risco médio após exposição percutânea é cerca de 1 em 300 (0,3%), após exposição mucosa é cerca de 9 em 10.000 (0,09%), e depende de vários factores, tais como, a profundidade da picada, grau de virémia do doente, medidas imediatas e tratamento antiviral ou não (Machado Caetano, 2000). Em

qualquer circunstância o trabalhador deverá ser reavaliado por médico com experiência em infecção VIH/sida no prazo máximo de 72 horas (Vasconcelos *et al*, 2009).

A única forma de protecção é feita de medidas simples, mas que salvam vidas: a abstinência sexual, o preservativo correctamente colocado em qualquer tipo de relação sexual (por ordem decrescente de probabilidade de transmissão anal, vaginal ou oral); não partilhar agulhas ou seringas; receber uma transfusão de sangue apenas quando tiver sido testado e evitar contactos com objectos cortantes ou pontiagudos não esterilizados.

Na transmissão materno-fetal, os VIH- 1 têm um risco de 25 a 35% de infectarem a criança "in utero" durante a gravidez, parto ou amamentação, e para o VIH-2 esse risco é ligeiramente menor (Machado Caetano,2000). Daí a importância do teste do VIH antes de engravidar, e se as mulheres grávidas com teste positivo deverão ser informadas que o risco de transmissão reduz para 5 a 8% se fizerem AZT entre a 14ª e a 34ª semana de gestação e ao RN nos primeiros meses. Deve ser desaconselhado o aleitamento materno, e a cesariana electiva reduz o risco de infecção do RN.

De referir, que todas as crianças filhas de mães seropositivas nascem seropositivas à custa dos anticorpos anti VIH da mãe que atravessam sempre a placenta, contudo passados 8 a 12 meses, as crianças não infectadas passam a seronegativas por destruição desses anticorpos. Apesar disso, 25 a 35% nascem infectadas (5 a 8% se mãe tratada com AZT na gravidez) e até menos quando se realiza desinfecção do "canal de parto" e/ou cesareana.

Deverá fazer o teste anti – VIH, permitindo saber se a pessoa é portadora do VIH, qualquer pessoa que tenha comportamento de risco, nomeadamente, relações sexuais sem preservativo; pessoas que contraíram qualquer Doença Sexualmente Transmissível; pessoas que, pelo menos uma vez, partilharam seringas e agulhas ao usar drogas injectáveis; têm relações sexuais sem preservativo com outras que costumam usar drogas injectáveis, partilhando agulhas e seringas.

O VIH possui uma cápside ovalada ou em forma de cone que engloba 2 cadeias de RNA e um core onde se encontra uma protease e a transcriptase inversa. Estas duas enzimas localizam-se entre as cadeias de RNA, sendo alvo de muitos fármacos anti-VIH. O revestimento é rico em glicoproteína que, conjuntamente com alguns antigénios, desempenham a função de adesão às células. A gp41 e a gp120 dão origem à gp160 que possibilita a ligação do receptor CD4 presente nas células T helper (Th) e em células apresentadoras de antigénios (APCs) como macrófagos e células dendríticas. A proteína p24 da cápside corresponde a um antigénio específico da infecção por VIH, uma vez que a sua presença nos dá um diagnóstico antes de haver produção de anticorpos. Por sua vez, a interacção com o receptor CD4 leva a que o vírus seja englobado e, uma vez no citoplasma da célula alvo, é activada a transcriptase reversa que transcreve o RNA genómico do vírus em

DNA, o qual entra no núcleo da célula-alvo e se incorpora no seu genoma, iniciando-se a transcrição deste.

O VIH e outros Retrovírus possuem uma capacidade oncogénica, na medida em que alteram os genes que regulam o crescimento celular (promoção de mitoses anormal). Isto tudo ocorre a nível do citoplasma e somente numa fase posterior é que há integração no núcleo do DNA oncogénico do próprio vírus.

Quanto à patogenicidade, é importante referir a importância da ligação da gp160 ao receptor CD4 presente em grandes quantidades nos linfócitos Th e em concentrações mais baixas em macrófagos, monócitos e células dendríticas.

Sendo infectados os linfócitos e o sistema mononuclear fagocítico, são afectados muitos órgãos e tecidos, tais como, gânglios linfáticos, baço, amígdalas, tecido linfóide do tubo digestivo e brônquios, medula óssea, timo, SNC e pele.

No entanto, os macrófagos e as células dendríticas cutâneas e das mucosas são importantes para o início da doença, já que estes tecidos constituem o principal ponto de entrada para o vírus. Por sua vez, as células-alvo produzem co-factores (fusina e CKR5) que auxiliam a ligação da gp160 às células, sendo resistentes e portadores assintomáticos os indivíduos que não produzem estes co-factores.

O VIH-1 utiliza dois principais co-receptores juntamente com o CD4, com o efeito de ligar, fundir e entrar nas células-alvo, que são co-receptores CCR5 e CXCR4, que também são receptores para certas quimiocinas endógenas. As estirpes de VIH que utilizam o CCR5 como co-receptor são referidas como vírus R5. Estirpes de VIH que utilizam o CXCR4 são referidas como vírus X4. Muitos vírus possuem tropismo duplo, na medida em que ambas utilizam CCR5 e CXCR4, sendo referidos como vírus R5X4. Mais particularidades ver Anexo 3.

O gene CCL3L1 codifica a molécula MIP-1P, o mais potente agonista do CCR5 e a quimiocina supressora das estirpes R5 do VIH-1. Este gene está presente numa série de número de cópias entre diferentes grupos raciais. Os indivíduos que possuem menos cópias do que a média do seu grupo racial, mostrou quer um aumento da susceptibilidade à infecção com o VIH quer um ritmo de progressão para SIDA aumentado. Foram identificados SNPs no gene que codifica a CCL5 (RANTES), um potente agonista do CCR5. Alguns destes SNPs correlacionam-se com um aumento ou diminuição da transcrição da CCL5 o que poderá estar associado às alterações de susceptibilidade detectadas.

O papel fundamental que as quimiocinas CCL3L1 e CCL5 desempenham para o estabelecimento de infecção por vírus R5, tem vindo a ser estudado.

Durante as fases iniciais da doença é quase invariavelmente um vírus R5 que predomina. Em aproximadamente 40% dos indivíduos infectados pelo VIH, há uma transição para uma predominância do vírus X4, que está associada a uma progressão relativamente rápida da doença. No entanto, pelo menos, 60% dos indivíduos infectados progridem na sua

doença, mantendo a predominância de um vírus R5. Convém salientar que o subgrupo C, ao contrário de outros subgrupos, quase nunca muda de tropismo CCR5 para CXCR4 tropismo; a razão para esta diferença não é clara.

A ligação da gp120 ao CD4 induz uma mudança conformacional na gp120 que aumenta a sua afinidade para o CCR5. Finalmente, os vírus R5 são mais eficientes na infecção de monócitos / macrófagos e células microgliais do cérebro.

Embora os linfócitos T CD4 + e células CD4 + da linhagem dos monócitos são os principais alvos do VIH, praticamente qualquer célula que expressa a molécula CD4, juntamente com moléculas de co-receptor podem estar infectados com o VIH, entre estes encontram-se, megacariócitos, eosinófilos, astrócitos, oligodendrócitos, células microgliais, células T CD8 +, células B e células NK, bem como uma variedade de células específicas de órgãos.

Ou seja, de uma forma simplificada, os linfócitos CD4 activados proliferam com a cópia viral em si, multiplicando-se para responder a esta agressão, multiplicam também milhões de cópias de vírus e é esse o grande mecanismo de destruição total, estrutural e funcional, do Sistema imunitário.

O exemplo mais dramático de um factor genético que influencia a infecção pelo VIH e / ou patogénese está relacionada com o gene que codifica o co-receptor celular CCR5 do VIH.

Existem casos descritos em que foram identificados alguns indivíduos homozigóticos para o CCR5 delta32 que foram infectados com o VIH os chamados,"*Long term Survivors*", infectados com estirpes menos virulentas e que sobrevivem por longos períodos sem tratamento.

A incorporação do genoma da infecção VIH pode ficar latente durante muitos anos (período de latência): para o VIH-1, até 8 e, para o VIH-2, até 20/30 anos, ou pode iniciar-se uma replicação imediata, consoante os receptores e a genética de cada indivíduo. Quando se reproduz, mata a célula-alvo, predominando CD8 em vez dos CD4 devido ao tropismo já referido, e esta inversão da razão CD4/CD8 prende-se, por isso, com uma diminuição no numerador menor que um.

Utentes infectados por VIH apresentam sobretudo doenças causadas por agentes cujo mecanismo de defesa é da responsabilidade das células CD4, sendo que algumas destas patologias são partilhadas com transplantados e pacientes com imunodeficiências adquiridas devido a fármacos (embora estes afectem também células CD4, células B e outras).

A complexidade do tratamento e monitorização dos utentes infectados pelo VIH requer por parte do médico conhecimentos profundos na área e constantes actualizações.

C. Linhas orientadoras no tratamento

O sucesso da terapêutica antiretrovírica combinada, veio abrir uma janela de esperança para a cura da SIDA (Antunes, 2008). Utentes infectados com supressão virológica completa e contagens normais de CD4, poderão ter uma esperança média de vida equivalente à população geral. Este será certamente o aspecto definidor de optimização dos cuidados de saúde a esta população (Marques, 2009).

Em 2007 existiam cerca de 33 milhões de pessoas infectadas, sendo cerca de 67% na África subsariana. A prevalência global da infecção por VIH tem vindo a aumentar devido ao aumento da esperança média de vida para estes utentes, no entanto o número de novos casos tem vindo a diminuir (NEJM, 2009).

Sem tratamento específico para o VIH com terapêutica anti-retrovírica (TAR) todos os infectados com o vírus virão a ter SIDA mais cedo ou mais tarde. Desde que a pessoa adquire a infecção até entrar no estadio de SIDA decorre um período de tempo médio, de 8 a 10 anos.

Com o tratamento actualmente disponível, é possível modificar a história natural desta infecção, aumentando a duração do período assintomático da doença e prevenindo o aparecimento das infecções e tumores que definem a fase de SIDA. Para que isto seja possível, é fundamental que todo o indivíduo seropositivo tenha um acompanhamento médico periódico adequado.

Relativamente à TAR, podem dividir-se classicamente em grupos: os análogos nucleosídicos inibidores da transcriptase reversa (NITR) actuam na enzima transcriptase reversa, que agem por inserção na cadeia de ARN viral impedindo a sua transcrição reversa em ADN, tais como, Zidivudina (AZT), didanosina (ddi), abacavir (ABC), Estavudina (d4T) e Lamivudina (3TC) e Tenofovir (TDF); Inibidores da transcriptase reversa não nucleosídicos

(NNITR), bloqueiam directamente a acção da enzima, sua multiplicação e replicação, tais como, Nevirapina (NVP), e Efavirenz (EFV); Inibidores da enzima protease (IP), impedem a produção de novas cópias de células infectadas com VIH, tais como Ritonavir(RTV), Indinavir(IDV), Saquinavir(SQV), Amprenavir(AMP), Fosamprenavir (FPV), ou do Atazanavir (ATV); e ainda inibidores de fusão que impedem a entrada do vírus na célula, Enfuvirtida (T20). Este último é sem dúvida, um alvo de intervenção extremamente interessante. Uma vez que o processo de infecção celular requer a ligação e posterior penetração do VIH, a inibição da fusão permitiria uma acção muito precoce e, como tal, muito importante.

Inúmeros trabalhos de investigação têm sido realizados e publicados sobre a fusão do VIH e as formas de a inibir. Fármacos como o T-20 (Pilcher , 1999), o FP-21399 (Dezube, 2000) e o PRO 542 (Jacobson, 2000), encontram-se em avaliação e o papel dos co-receptores CXCR4 e CCR5 continua a merecer o interesse da comunidade científica (Fauci, 1996).

Recentemente surgiu um estudo comparativo (Olson,2000) envolvendo três inibidores da fusão. O T-20 é um péptido derivado da glicoproteína viral gp41, o PRO 140 é um anticorpo

monoclonal dirigido ao co-receptor CCR e o PRO-542 é uma proteína envolvida na fusão. Neste trabalho, todos estes fármacos suprimiram a replicação viral quando combinados com outros medicamentos de acção distinta.

Os inibidores dos co-receptores são também uma classe de fármacos em investigação. Naturalmente, estas moléculas actuam igualmente inibindo a fusão do VIH com a célula-alvo, o que as torna muito interessantes e potencialmente úteis. (Tremblay *et al*, 2008)

Actualmente surgiram três novos fármacos: um novo NNITR, o Etravirina; inibidor da integrase, Raltegravir e o inibidor do CCR5, o Maraviroc.

Relativamente ao Raltegravir, é o primeiro inibidor da integrase a ser integrado pelo INFARMED em Julho 2008, com o papel da integrase no processo de incorporar a dupla cadeia de ADN cópia do ARN viral, no cromossoma do hospedeiro e, assim, permitir a continuação do ciclo replicativo.

Uma vez que não foram identificados homólogos celulares da integrase do VIH, os fármacos que a inibem são relativamente pouco tóxicos e estudos clínicos demonstraram reduzir o vírus a níveis indetectáveis em 90 % dos casos ao fim de 48 semanas, contudo com um custo elevado (Silvério, 2008).

Em relação ao primeiro inibidor do CCR5, o Maraviroc, antagonista das citoquinas ou inibidores de entrada, tornam impossível a ligação do VIH a estas células o que implica menor capacidade de as infectar. Como limitação, não é efectivo em relação ao receptor CXCR4, e o vírus pode apresentar tropismo para os receptores CCR5, CXCR4 ou ambos tropismo duplo. Contudo, os vírus que usam apenas o receptor CCR5 são a população dominante nas primeiras fases da doença e depois à medida que CD4 diminui começa a usar tanto CCR5 como CXCR4.

Quanto ao novo NNITR, o Etravirina, com uma elevada barreira genética para mutações, os cientistas acreditam que terá um papel importante nos infectados com estirpe resistente aos NNITR actuais, nomeadamente ao EFV e NVP, com poucos efeitos laterais e duradouros e nos ensaios clínicos DUET verificou-se que quanto maior o número de mutações resistentes aos ITRNN menor é a resistência a este novo fármaco (Scott, 2008).

Recomenda-se que o esquema inicial de TAR seja composto por 3 fármacos: 2 NITR associados a um NNITR ou a um IP potenciado por Ritonavir (IP/r), (Vasconcelos *et al*, 2009).

Em 1995, surgiu o grande progresso terapêutico com a HAART, highly active antiretrovírica therapy (terapêutica anti-retrovírica de alta eficácia).

Os Ips estão historicamente associados ao anti-retrovírico de alta eficácia sendo a associação IP/r actualmente recomendada, com taxa de resistências menor que nos NNITRs em utentes com insucesso terapêutico.

O uso do lopinavir, ou do Saquinavir, ou do Fosamprenavir, ou do Atazanavir, potenciados pelo Ritonavir (SQV/r, FPV/r, ATV/r) permite a formulação de esquemas

posológicos relativamente simples e, no caso do SQV/r e do ATV/r, com perfis lipídico e glicémico mais favoráveis.

A disponibilidade de co-formulações zidovudina+lamivudina (AZT+3TC); abacavir+lamivudina (ABC+3TC) e tenofovir+emtricitabina (TDF+FTC) permitem também posologias simples e são muitas vezes preferidas pelos utentes. A combinação AZT+3TC é a mais estudada e com a qual existe a mais extensa experiência clínica. Esta combinação é a de mais baixo custo, mas é de administração bi-diária e tem limitações importantes associadas ao AZT, nomeadamente náuseas, toxicidade hematológica e, a longo prazo, lipoatrofia.

Em comparação directa com o AZT+3TC, o TDF+FTC demonstrou ser melhor tolerado, mas como diminui a TFG, deve ser efectuado um controlo assíduo da evolução dos parâmetros da função renal.

O tenofovir, a emtricitabina e a lamivudina são fármacos activos sobre o VHB, pelo que se recomenda que 2 destes fármacos (TDF+3TC ou TDF+FTC) sejam usados em utentes co-infectados por VHB, que necessitam de tratamento anti-retrovírico e de tratamento da HB.

O uso de uma combinação fixa (AZT+3TC+ABC), parece ter, nos estudos clínicos efectuados, actividade anti-lhas inferior à dos esquemas baseados em IPs ou NNITRs, pelo que se recomenda o seu uso apenas em situações em que a toxicidade, potencial interacção medicamentosa ou complexidade de administração inviabilizem outros esquemas terapêuticos.

No caso de estavudina+lamivudina (d4T+3TC), embora potente, condiciona toxicidade mitocondrial inerente ao d4T, com desenvolvimento, relativamente rápido, de lipoatrofia. Pelo mesmo motivo (e com toxicidade mitocondrial aditiva, estavudina+didanosina (d4T+ddI) não é recomendada em esquemas iniciais de TAR.

A associação de ddI com TDF e Efavirenz demonstrou elevada taxa de insucesso

Virológico, pelo que não é recomendada. Existe ainda o potencial aumento de toxicidade do ddI, dependente da administração concomitante com o TDF, mesmo com o ajuste da dose.

Não existem actualmente estudos que permitam concluir a eficácia e segurança da administração combinada de TDF+ABC ou ABC+ddI em utentes sem terapêutica anti-retrovírica prévia.

Os esquemas terapêuticos devem ser individualizado, de modo a tentar garantir uma supressão virológica sustentada e de longa duração, permitindo uma rápida descida das cargas virais e elevação de linfócitos CD4 alargando assim a sobrevivência, com diminuição das doenças oportunistas, e da morbimortalidade (Clumeck, 1999).

Relativamente aos efeitos secundários que surgiram, com hiperlipidemias, e lipodistrofias por vezes graves, e outras alterações metabólicas, a introdução no mercado de novos fármacos, vão possibilitar reduzir o risco de doenças cardiovasculares, hepáticas, renais

e ósseas. Relativamente aos co-infectados com HBV e/ou HCV, esta terapêutica tem reduzido a mortalidade por problemas hepáticos.

Máxima supressão viral com mínima toxicidade e máxima simplicidade (Journal of the American Medical Association, 2008), é uma meta a atingir, devendo ser propostos esquemas que permitam, de modo conjugado, obter a máxima potência, tolerabilidade e adesão, minimizando toxicidades a longo prazo e potenciais interacções medicamentosas.

O VIH tornou-se resistente a certos fármacos constituintes da HAART, o que acontece quando a aderência é precária, que pode levar à resistência cruzada e ultimamente à multirresistência. A HAART prolongada é dispendiosa (cerca de 1500 euros /mês), cabendo aos profissionais de saúde uma responsabilidade acrescida em educar o doente sobre a importância da toma correcta da medicação prescrita e em colaborar em equipa com partilha de responsabilidades (Marques, 2009), sendo essencial a adaptação do esquema terapêutico ao perfil e estilo de vida do doente, informando-o dos benefícios e dos potenciais efeitos adversos associados ao esquema proposto, de modo a que o doente compreenda e seja um participante activo do seu próprio tratamento.

A abordagem terapêutica do doente com insucesso terapêutico prévio, principalmente do doente portador de vírus com múltiplas mutações de resistência, é extraordinariamente complexa e geralmente de elevado custo, dada a necessidade de recorrer a esquemas terapêuticos associando fármacos mais recentes, pertencentes a novas classes (Vasconcelos *et al,* 2009).

Recentemente, em Portugal, tem vindo a ser sublinhado o número crescente de utentes diagnosticados já com idade avançada, assim como as co-infecções por VIH, VHC e tuberculose, frequentes o que complicam o tratamento.

As últimas recomendações de Novembro de 2009, explicam as linhas de orientação, em casos especiais, nas terapêuticas de grávidas infectadas por VIH, ou os utentes coinfectados por VHC, VHB ou tuberculose.

Fica o alerta que os NNITRs são geralmente melhor tolerados do ponto de vista gastrointestinal, possuem durabilidade prolongada de eficácia contudo, os esquemas baseados nestes fármacos (principalmente com a Nevirapina) estão mais frequentemente associados a toxicidade hepática, que poderá ser particularmente significativa nos utentes co-infectados pelo VHC e pelo VHB e/ou com abuso de álcool e por outro lado, têm baixa barreira genética e a prevalência de mutações de resistência primária aos NNITRs é elevada com implicações na rápida perda de eficácia.

A decisão sobre o início da terapêutica antiretrovírica tem sofrido variações ao longo do tempo, não existindo ainda dados clínicos que permitam formular uma recomendação, e desta forma, a natureza e duração da terapêutica antirretrovírica na infecção primária continua sem regras definitivas.

Sabe-se que deve ser estimulada a capacidade de reconhecimento clínico dos utentes em fase aguda da infecção pelo VIH, pelos benefícios a nível individual e de saúde pública daí decorrentes; devem ser discutidos com o doente os potenciais benefícios e prejuízos da decisão, à luz dos conhecimentos mais recentes, tendo em atenção ser este um assunto não consensual.

Algumas situações em que tal decisão pode ser recomendável, são: em utentes com eventos definidores de SIDA, ou utentes com CD4 <350 /mm3 ao terceiro e subsequentes meses, <200 /mm3 para as guidelines britânicas, ou em casos de doença primária grave ou prolongada, sobretudo se houver atingimento do SNC, senão tal deverá ser preferentemente em contexto de ensaio clínico, nacional ou internacional (EACS,2009).

Na maioria das situações aconselham esperar até aos 6 meses, com monitorização dos CD4 e do RNA e depois seguir as indicações para a infecção crónica.

As recomendações do International AIDS Society-USA Panel não são favoráveis ao início da terapêutica no primo infecção.

Qualquer doente que inicie terapêutica na fase aguda deve, independentemente dos pontos anteriores, fazer parte de um corte de utentes conhecidos desde a Primo-infeção e os utentes que iniciarem terapêutica não a deverão interromper, evitando resistências.

Considerando que o primeiro esquema de tratamento anti-retrovírico é o que melhor garante o sucesso imunológico e virológico, e, também, o que potencialmente oferece melhor relação custo-benefício, a sua instituição precipitada poderá ter consequências negativas sobre toda a evolução terapêutica subsequente.

Antes da instituição do primeiro esquema de tratamento, é necessário considerar, e se possível corrigir, co-morbilidades existentes, nomeadamente psicológicas/psiquiátricas (p.ex. depressão, toxicodependência activa), assim como eventuais factores de risco cardiovascular.

A contagem de CD4+ e a carga vírica são dois parâmetros de especial importância, tanto para a avaliação do estádio da doença e sua evolução, como para a determinação da necessidade de terapêutica anti-retrovírica. Recomenda-se a medição destes parâmetros em duas amostras, antes de iniciar terapêutica anti-retrovírica, com diferença significativa quando as contagens de CD4+ diferem em 30% do valor absoluto, ou em 3 pontos no valor percentual, e de mais de 0,5 log10/ml para a carga vírica. Neste caso deve ser pedida uma terceira avaliação, se implicar a tomada de decisão terapêutica.

A doença parece progredir de modo mais rápido nos utentes de idade superior a 50 Anos e os utentes idosos têm muitas vezes maiores dificuldades de tolerância ao TAR.

Dados provenientes de grandes estudos observacionais de coorte indicam que utentes que iniciam TAR com contagens de CD4+> 350/mm3 têm uma probabilidade significativamente maior de atingirem contagens de CD4+> 500/mm3 no decorrer da terapêutica e um menor risco de ocorrência de doença cardiovascular, renal e hepática, assim como de infecções e

neoplasias não associadas a SIDA. Assim sendo é adequado considerar o início mais precoce do TAR (i.e. com CD4+> 350 e <500/mm3) em utentes de idade> 55 anos, com cargas víricas elevadas, (RNA VIH 1 tiver» 100 000 cópias/ ml) (Marques,2009) ou apresentando declínio rápido dos CD4+ (> 120 células/mm3/ano), ou ainda, em utentes co-infectados por VHC ou por VHB (Vasconcelos *et al*, 2009).

Os utentes com contagens de CD4+ <200/mm3 têm elevado risco de progressão da doença, com morbilidade e mortalidade mais elevadas, aconselha-se que, sempre que possível, o TAR seja instituído com contagens de CD4+ ainda superiores a 200/mm3, e em utentes assintomáticos, o tratamento deve ser instituído quando as contagens de CD4+ sejam> 200 e <350/mm3.

As últimas recomendações dão ênfase à completa supressão virológica, isto é, pretende-se obter uma carga viral menor que 50 cópias/mm3, mesmo em utentes com um longo historial terapêutico. Pressupõe-se a utilização de novos medicamentos e suas classes disponíveis, os inibidores da integrase Raltegravir e inibidor do CCR5, o Maraviroc (Marques, 2004).

Depois dos estudos SMART, um estudo randomizado veio confirmar diversos estudos de coorte, nomeadamente o CASCADE, concluindo que os regimes terapêuticos que não efectuassem supressão virológica completa estavam associados a um conjunto de patologias que não estavam associadas tradicionalmente ao VIH e à sua progressão com maior morbimortalidade.

Daí surge a necessidade de individualizar os esquemas terapêuticos e de os adaptar a situações particulares com outras co-morbilidades, cardiovasculares, tuberculose, hepatite b ou c e nefropatias (Journal of American Medical Association, 2008). A presença de co-infecções (p.ex. hepatite B, hepatite C, tuberculose) condiciona a selecção dos fármacos do esquema terapêutico e está associada a um maior risco de efeitos adversos medicamentosos. Do seu tratamento concomitante com o da infecção VIH decorrem interacções farmacológicas potencialmente importantes.

A quimioprofilaxia primária e/ou secundária de determinadas intercorrências oportunistas, tais como a pneumonia por P. carinii, a toxoplasmose cerebral, a meningite criptocócica, a retinite por citomegalovirus e a infecção por micobactérias do complexo avium/intracelular, de acordo com recomendações aceites internacionalmente integra-se na boa prática Clínica na assistência a utentes com esta patologia (Vasconcelos *et al*, 2009).

Determinar o perfil de resistências antes de iniciar qualquer tratamento, é mandatário como avaliação basal.

Não existe ainda nenhuma vacina contra a SIDA, e muitos esforços científicos se têm feito desde 1996 até hoje, permitindo a simplicidade e individualização da terapêutica antiretrovírica (Antunes, 2007).

Em termos práticos, antes do esquema terapêutico definido será colhida uma história clínica completa, com exame físico e efectuados exames Laboratoriais: testes de diagnóstico definitivo de infecção a VIH-1 e/ou VIH-2; contagem de linfócitos CD4+; determinação da carga vírica do VIH-1 e/ou VIH2; teste genotípico de resistência (VIH-1); hemograma completo e coagulação, glicemia em jejum, ureia, creatinina, depuração da creatinina, ionograma, transaminases, CPK, LDH, Gama-GT, FA, amilasemia, perfil lipídico e análise de urina com pesquisa de proteínas e glicose, RPR/VDRL, serologia para o *Toxoplasma Gondii*, CMV e Hepatites A, B e C, teleradiografia do tórax, Electrocardiograma, HLA se for equacionado iniciar a terapêutica com o abacavir.

A avaliação da mulher implica ainda o exame ginecológico e a realização de colpocitologia, com periodicidade anual, mesmo na ausência de lesão prévia detectada e independentemente da idade e do TAR.

Estudos recentes mostram um aumento da incidência do cancro do recto em utentes infectados pelo VIH, apesar da utilização das terapêuticas de combinação, pelo que deve ser proposta a realização de uma citologia anal para rastreio de lesões pré-cancerígenas.

Deverá ser efectuada consulta de Medicina Dentária e verificado a presença de imunizações e realizado o teste cutâneo à tuberculina.

Após início de TAR, recomenda-se uma consulta entre 8 a 15 dias após o início do tratamento, especialmente no caso de prescrição de abacavir, Nevirapina ou Efavirenz ou em utentes com infecção em estádio avançado.

Os medicamentos utilizados são potentes e individuais, e segundo o Diário da República são gratuitos para o doente.

Todos estes medicamentos são aprovados para uso clínico em Portugal, e podem ser usados em: maiores de idade (em crianças só com consentimento informado escrito dos pais ou tutores);a utentes capazes de tomar a medicação e assinar o seu consentimento informado na participação do tratamento e aceitar usar método contraceptivo de barreira adequado, sendo o preservativo a única forma segura de ter relações sexuais sem transmissão do VIH.

Caso se trate de uma mulher, terá de ter um teste de gravidez negativo antes de iniciar tratamento.Torna-se fundamental alertar que os HAART podem interferir com contraceptivos hormonais, que deixam de ser eficazes. (Vasconcelos *et al*, 2009).

Caso haja uma gravidez durante o tratamento deverá ser efectuada consulta médica com necessidade de readaptação da medicação, sendo indispensável elucidar as questões relacionadas com o tratamento anti-retrovírico no decorrer da gestação, em especial do risco teratogénico associado ao Efavirenz.

Qualquer mulher deve saber se está infectada, para que possa tomar decisões esclarecidas sobre o seu futuro reprodutivo, reduzir o risco de transmissão materna do vírus,

nomeadamente com terapêutica durante a gestação e parto, e não amamentando, sendo decisivo para o diagnóstico precoce da infecção no recém -nascido.

Embora a quimioprofilaxia com a Zidivudina (AZT) reduza significativamente o risco de transmissão perinatal da infecção, o tratamento anti-retrovírico com vários fármacos permite reduzir o risco de transmissão vertical para valores abaixo dos 2% e constitui um dos maiores sucessos terapêuticos alcançados na era da SIDA. Ao considerar o benefício do tratamento anti-retrovírico durante a gestação, deverá ser ponderado o risco de ocasionar efeitos adversos à mulher, ao feto ou ao recém-nascido (Vasconcelos *et al*, 2009).

Por outro lado, os esquemas disponíveis de HAART estão associados a um conjunto de efeitos adversos, com morbilidade intrínseca ao próprio tratamento, e podem estar na origem de faltas de adesão, com risco de emergência de resistências, limitação de opções terapêuticas subsequentes, e um risco acrescido de progressão e complicações da doença VIH.

É essencial o acompanhamento precoce, verificando a tolerância inicial, nomeadamente o aparecimento de efeitos secundários precoces e seu reconhecimento pelo doente esclarecido, prevenindo complicações graves e/ou serem responsáveis por uma má adesão.

Os efeitos secundários mais comuns são dependentes do tipo de TAR utilizado, tais como, sinais de reacção de *hipersensibilidade ao abacavir (RHA) r*, que ocorrem em cerca de 6% da população, estando associada a presença de HLAB5701, e em 93% dos casos antes da 6ª semana após o início de tratamento; *erupção cutânea* ligeira (grau 1-2) benigna, quando em tratamento com Nevirapina (18%) ou Efavirenz (10%), e se presença de sintomas graves (erupção intensa, urticária, mucosas afectadas ou sintomas generalizados), ou exantema associado a alterações bioquímicas hepáticas e imperativa a paragem do medicamento, havendo necessidade de interrupção do tratamento em mais de um terço dos casos com a Nevirapina e apenas um em cada cinco com Efavirenz. O risco de uma situação grave (síndrome de Stevens-Johnson ou de Lyell) é maior com a Nevirapina (incidência de 0,3 a 0,6%) do que com o Efavirenz (0,14%).

Perturbações neuropsíquicas com Efavirenz são frequentes (> 50%) nos primeiros dias.

As tonturas e vertigens são as mais usuais, podendo ocorrer perturbação do sono perturbações do humor ou da concentração, de que podem resultar distúrbios da personalidade, atenuando-se, espontaneamente.

Pela possibilidade de alterações da função hepática precoce com Nevirapina, recomenda-se a monitorização das transaminases antes de aumentar a sua posologia de um para dois comprimidos por dia, como é indicado ao fim de 15 dias de tratamento.

Com inibidores da protease (IP), podem surgir perturbações gastrointestinais, nomeadamente náuseas, vómitos e diarreia que podem levar à modificação precoce do tratamento.

Para despiste rápido destes efeitos secundários deve fazer-se sempre monitorização da pressão arterial, do peso, altura, perímetro abdominal e da anca, detecção de sinais de alteração da gordura corporal (lipodistrofias); de sinais precoces de neuropatia periférica no caso de tratamento com didanosina (ddI) e análogos nucleosídicos timidinicos; bem como vigilância da ocorrência de perturbações gastrointestinais (náuseas, vómitos, flatulência, diarreia), sobretudo no caso do uso de inibidores da protease.

Na presença de sintomas gerais (mal estar, fadiga, emagrecimento) associados a dores abdominais e hepatomegalia, dosear o ácido láctico, assim como, na ocorrência de dores abdominais, e ainda determinar os valores de CPK e LDH; no caso de tratamento com didanosina pode indicar uma pancreatite.

O exame da pele, nomeadamente nos locais das injecções subcutâneas (interferão, enfurvitida) e detecção de sinais de osteopenia, osteoporose, com especial atenção para as mulheres em inicio de menopausa – *DEXA,* são fundamentais.

Após inicio de TAR, devem ser efectuadas consultas de rotina de 3/3 ou 6/6 meses, posteriormente, depende de múltiplos factores, tais como, o tipo de vírus presente, estadio e velocidade de progressão da doença (maior se CD4 <200/mm3), eficácia do esquema terapêutico e dificuldades existentes no tratamento (efeitos secundários, fraca adesão, p.ex.).

Após o primeiro ano, se a evolução for favorável e boa tolerância, deve existir uma consulta de 3 vezes por ano, com quantificação dos CD4+ e da carga vírica, que após o início da terapêutica, deve ser avaliada entre as 2 e as 8 semanas, quer se trate de uma terapêutica de primeira linha quer após falência imunológica, mesmo com valores de CD4 superiores a 350 cel/mm3, sendo de esperar uma descida de pelo menos 1 log10copias/ml no final deste. Nos utentes com esquema terapêutico estável e com supressão vírica, deve ser avaliada cada 4 meses.

Na infecção por VIH-2, se a carga vírica inicial for positiva, deve manter-se a vigilância deste parâmetro e se inicialmente for negativa reavaliar quando os valores de CD4 forem inferiores a 350 células/ mm3.

A monitorização de parâmetros hematológicos e bioquímicos deve ser feita, tendo em atenção a função renal, hepática e a avaliação do risco cardiovascular. É também fundamental, entre 2 a 6 semanas após o início do TAR realizar-se um hemograma, com uma atenção particular ao aparecimento de anemia no caso de tratamento com zidovudina, transaminases e amilase quando o tratamento inclui didanosina. A avaliação da evolução das transaminases é especialmente importante nos caso de co-infecção pelo VHC ou pelo VHB ou quando se inicia o tratamento com um NNITRs.

A vigilância da função renal deve ter especial atenção nas avaliações analíticas posteriores no caso de tratamento com tenofovir para detectar a possibilidade de toxicidade tubular renal. Não se recomenda a dosagem do lactato no quadro de um seguimento de rotina,

mas apenas em caso de sintomas clínicos ou de anomalias biológicas que sugiram uma toxicidade mitocondrial.

Face estes efeitos secundários e seu despiste, é indispensável que a equipa de saúde envolvida no TAR (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e psicólogos ou psiquiatras) tenha estes conhecimentos, alertando o doente para os efeitos mais frequentes de cada classe terapêutica e de cada medicamento, minimizando precocemente os efeitos e melhorando a adesão, fazendo com que o doente compreenda os objectivos do tratamento, bem como os perigos de uma adesão insuficiente. Poderão ser usadas ferramentas que facilitem a memorização ou a compreensão dos esquemas terapêuticos: fichas planificadoras com os horários das tomas de cada medicamento, caixas com divisórias para medicação, *kits* educativos, folhetos e brochuras informativas, etc.

Em particular, as pessoas devem ser informadas do risco de alterações corporais. Com efeito, estas alterações são a causa primeira de interrupção voluntária do tratamento depois do primeiro ano.

Poderá ser necessária uma redução da dose dos inibidores da protease potenciado com Ritonavir (IP/r), apenas no caso de sobredosagem objectivada nos resultados de determinações das concentrações séricas, um tratamento sintomático para as perturbações gastrointestinais ou um acompanhamento específico para a lipodistrofias, a diabetes ou a dislipidemia.

Qualquer alteração terapêutica deverá ser devidamente ponderada, avaliando-se riscos e benefícios.

Se efeito indesejável for grave, ou se comprometer a qualidade de vida, condicionando a uma má adesão, muda-se o tratamento, quando existam alternativas comprovadamente eficazes.

Quando não for possível determinar qual é o medicamento responsável, recomenda-se que se interrompa o conjunto do tratamento e não apenas 1 ou 2 medicamentos da combinação, mesmo se apenas por alguns dias, devido aos riscos de desenvolvimento de resistências aos medicamentos mantidos.

Sempre que possível, a interrupção de um esquema terapêutico contendo um NNITR, deve ser feito parando o NNITR, cerca de sete dias antes da restante medicação, ou substituindo este por um Inibidor da Protease potenciado, durante período igual ou superior, parando posteriormente toda a terapêutica anti-retrovírica.

No caso de utilizadores de drogas por via endovenosa, deve ser avaliada e/ou reforçada a necessidade de seguimento em consulta especifica, nomeadamente nas equipas de tratamento do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

Quando o doente estiver em programa de substituição com opiáceos, as modificações dos esquemas terapêuticos deverão ser comunicadas, especialmente se envolverem NNITRs.

Nas situações de tuberculose, recomenda-se que a terapêutica anti-retrovírica, antibacilar e de substituição com meta dona seja, sempre que desejável e possível, administrada no mesmo local (Hospital, CDP ou equipas de tratamento do IDT), tendo em conta a conveniência do doente.

D. A Educação pelos pares na prevenção VIH/SIDA

A SIDA continua a não ter cura, nem vacina preventiva, razões pelas a prevenção útil só é possível pela Educação. A educação da Sexualidade é uma parte da educação cívica, que permite contribuir para uma vivência mais informada, mais gratificante, logo, mais responsável. No fundo a educação da sexualidade é sobretudo a educação da afectividade, e os seus principais responsáveis deverão ser os familiares e os educadores.

Segundo O Projecto Nacional de Educação pelos Pares, focado na sexualidade e prevenção do VIH/ SIDA, foi criado pelo Professor Machado Caetano e oferecido dois anos depois à Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA" no âmbito do Centro de Aconselhamento e Orientação de Jovens (CAOJ), com o qual tive oportunidade de contactar.

A educação pelos pares é uma expressão internacionalmente usada para descrever uma variedade de estratégias educativas onde pessoas com idade, background e cultura semelhantes educam e informam-se uns aos outros sobre uma variedade de assuntos ou problemas (Machado Caetano, 2007). O termo "pares" está relacionado com as pessoas que têm o mesmo status, por isso, a educação sexual de pares pode ser definida como "o ensino ou a partilha de informação [sobre saúde sexual], valores e comportamentos, por membros de grupos com idade ou status parecido (Stephenson *et al.*, 2004).

O processo de aprendizagem, desenvolvido a partir do diagnóstico das necessidades de formação do público-alvo, recorre a metodologias activas que visam educar os adolescentes para uma vivência gratificante da sua sexualidade e prepará-los para assumirem o seu papel de "pares educadores" de colegas mais jovens. Esta educação pelos pares dirigida a alunos que frequentam o 3º ciclo do Ensino Básico é dinamizada, numa primeira fase, por jovens voluntários universitários organizados em Brigadas Universitárias de Intervenção (BUI) e no Teatro Universitário de Intervenção (TUI). Estes voluntários, com o acompanhamento de professores destacados para o CAOJ, responsáveis pela sua formação pedagógica, desenvolvem o projecto com alunos do 7º ao 9º ano de escolaridade. No terceiro ano de formação, os alunos do 3º ciclo organizados em Brigadas Escolares de Intervenção (BEI) iniciam a sua acção como educadores dos colegas mais novos, geralmente do 2º e 1º ciclo.

Há um reconhecimento crescente que os jovens estão particularmente vulneráveis a uma saúde sexual e reprodutiva insatisfatória, por causa da combinação de factores biológicos sociais, económicos (Price *et al*, 2007) e psicológicos.

A educação pelos pares surgiu como uma alternativa aos projectos de educação para a saúde centrados no indivíduo, que se estavam a mostrar pouco eficazes na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Estas abordagens didácticas incluíam a educação para a saúde tradicional, onde se procurava aumentar o conhecimento do indivíduo, e as abordagens de auto-capacitação, que procuravam aumentar as competências comportamentais dos indivíduos relacionadas com a saúde e a sua motivação para ter comportamentos saudáveis (Campbell, 2004), (Prince Hawkins, 2007)

Pelo contrário, os defensores da educação pelos pares argumentam que em vez da unidade de mudança ser o indivíduo, faz mais sentido fazer a abordagem educativa centrada no grupo de pares ou na comunidade, como a unidade de mudança (Vilaça, 2007).

A educação pelos pares é baseada no pressuposto de que os pares têm uma influência importante no comportamento sexual dos jovens, e que os jovens têm mais probabilidade de mudar o seu comportamento se virem que os pares, de quem gostam e em quem confiam, estão a mudar os seus comportamentos (Bandura,1992). Partindo do princípio que a sexualidade e as decisões individuais são moldadas pelas normas dos pares, defende-se que a educação pelos pares poderá proporcionar um contexto em que os grupos de pares podem renegociar colectivamente as suas "identidades" de pares (Campbell, 2004). Além disso, poderá capacitar os jovens desenvolvendo-lhes a auto-confiança e as competências de negociação, também como a percepção de que dominam a informação e as intervenções de saúde, vendo que eles próprios têm um papel chave na prevenção do VIH.

E. A FPCCS na luta contra a SIDA

E1. Apresentação da Fundação

Perante a crescente importância e gravidade do VIH/SIDA no mundo e em Portugal e as múltiplas implicações humanas, familiares, sociopolíticas, ético- jurídicas e outras aliadas a uma insuficiente mobilização da sociedade portuguesa na luta contra esta epidemia, tornou-se urgente a criação de uma nova organização que reforçasse o combate na prevenção da SIDA e que reduzisse o impacto nos indivíduos infectados e nas suas respectivas famílias. (Machado caetano, 2007).

Só uma informação correcta e clara e um constante apelo à solidariedade humana e social poderá vencer este combate. Assim, em Dezembro de 1993, com o estatuto de Instituição Privada de Solidariedade Social, criou-se a Fundação Portuguesa " A Comunidade Contra a Sida".

Trata-se de uma organização não governamental (ONG) de utilidade pública, sendo o principal objectivo desta organização servir a comunidade sem esperar qualquer tipo de remuneração em troca.

Como objectivo principal, segundo o artigo 3º dos objectivos estatuários, a FPCCS, visa dar apoio a indivíduos vítimas da SIDA e suas famílias, o fomento da mudança cultural e da mobilização social facilitadora da luta contra a SIDA, nomeadamente através do apoio técnico, jurídico, financeiro e outro julgado conveniente para a criação e desenvolvimento, a nível nacional, de organizações dedicadas a essa epidemia.

A FPCCS tenta ter sempre conhecimento prévio das características do público-alvo e da comunidade em que os projectos se inserem, pois à partida o público-alvo é fruto da comunidade que os rodeia.

Para alcançar os seus objectivos a instituição tem apostado na prevenção e cuidados no que toca aos comportamentos de risco e na formação dos voluntários, pois estes tentam difundir da melhor maneira aquilo que lhes é transmitido, sendo também uma grande motivação por parte da população jovem face a este problema.

E2. Apresentação dos projectos da fundação

A FPCCS tem vários projectos por ela criados e desenvolvidos, alguns dos quais tive oportunidade de me integrar, os quais passarei a descrever.

O Centro de Aconselhamento e Orientação de Jovens (CAOJ), é um projecto criado na FPCCS pelo Professor Machado Caetano, e continuamente desenvolvido pela actual Presidente Drª Filomena Frazão de Aguiar, que consegue concretizar com o apoio de várias entidades os seus objectivos, estando organizado em quatro núcleos de intervenção. O primeiro, Núcleo de Formação, é responsável pela apresentação e desenvolvimento de projectos na área da promoção e educação para a saúde e sexualidade nas escolas, formação de voluntários universitários, apoio à auto-formação de professores na área da sexualidade e SIDA e orientação de sessões de informação/sensibilização para pais e outros agentes educativos. O segundo núcleo, Núcleo de Apoio e Aconselhamento, entre outras áreas, dinamiza o apoio psicológico a jovens infectados e a suas famílias e faz o aconselhamento a quaisquer outros jovens, no âmbito da saúde. Ao longo deste estágio, estive inserida nestes dois primeiros núcleos, com os quais trabalhei e desenvolvi os meus objectivos.

O Teatro de Intervenção Educativa, cujo objectivo é produzir peças ou sketches que focam problemáticas da adolescência, é o terceiro núcleo de trabalho.

O quarto e último núcleo é o Núcleo de Documentação e Informação, com o qual colaborei através da elaboração de apresentações em Power Point, boletim de saúde entre outros documentos que elaborei, e que podem ser visualizados em anexo a este relatório.

A Delegação da Região Norte, onde foi efectuado o estágio, organiza a formação de voluntários universitários, de várias universidades do Porto, para integrarem o Programa Nacional de Educação pelos Pares “Sexualidade e Prevenção do VIH/ SIDA”; cria as condições logísticas de apoio e de formação científica e pedagógica para seis professoras, destacadas

pelo Ministério da Educação a 50%, desenvolverem nas suas escolas o Projecto de Educação pelos Pares; acompanha o desenvolvimento e faz a avaliação desses projectos de intervenção a nível das escolas; organiza a formação de pais nas escolas do projecto, após análise das suas necessidades de formação, pedindo o apoio a especialista de áreas específicas, que habitualmente colaboram com a Fundação a nível nacional; e cria condições para que os participantes envolvidos no trabalho educativo da Delegação sejam protagonistas activos na formação de outros actores na escola (funcionários e professores) e fora dela, colaborando com outras escolas ou instituições.

Este nível de intervenção também se estende a instituições onde a acção nesta área de formação é mais urgente, como o Estabelecimento Prisional Especial Santa Cruz do Bispo, Centro Educativo Santo António, (constituído estes, dois focos de intervenção do meu projecto), Lar Nossa Senhora do Acolhimento e Lar do Bom Conselho.

A um nível comunitário mais alargado, a Delegação da Região Norte desta Fundação ainda disponibiliza na Sede, num horário combinado de acordo com os utentes, um Serviço de apoio psicológico a jovens infectados e a suas famílias e aconselhamento a quaisquer outros jovens, presencialmente ou por telefone, no âmbito da saúde, da sexualidade, gravidez e, também, da toxicodependência, no qual participei.

Neste nível de intervenção mais alargado, também estabeleceu parcerias e protocolos com outras instituições, nomeadamente, a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e da Universidade Católica do Porto; Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, Associação Nacional de Estudantes de Medicina (na qual a aeicbas está inserida) para o desenvolvimento de projectos de formação de profissionais (por exemplo, auxiliares de acção médica) e reencaminhamento de pessoas para serviços médicos ou psicológicos de pessoas que procuram os serviços da Fundação.

O Projecto Nacional de Educação pelos Pares, é desenvolvido através dos CAOJ, sendo feita uma formação científica e pedagógica, que tem como finalidade habilitar os estudantes universitários com o conhecimento e as competências essenciais para se tornarem educadores dos seus pares a nível da educação sexual e prevenção da infecção pelo VIH/ Sida. A componente científica é orientada por especialista com publicações nacionais e/ou internacionais na sua área de intervenção e visa aumentar o conhecimento factual necessário para os jovens voluntários intervirem no Projecto, trabalhando as seguintes áreas científicas e pedagógicas: “doenças infecciosas emergentes no século XXI”; “SIDA e outras IST’s”; “uma perspectiva actual sobre os métodos contraceptivos”; “os riscos das novas dependências, riscos associados ao consumo de drogas”; “prevenção do tabagismo”; “dependência do álcool e prevenção”; “a escola e a educação pelos pares”; “a importância do voluntariado e da educação pelos pares na luta contra a SIDA”; e “a educação para a saúde e para a sexualidade”. A componente pedagógica, é orientada por um especialista, com publicações

nacionais e/ou internacionais na sua área de intervenção, e pelos professores destacados para o CAOJ que trabalham nas escolas no Projecto Nacional de Educação pelos Pares com os voluntários estudantes universitários.

Foi este curso, o primeiro contacto com a fundação, recrutando 50 alunos do ICBAS que voluntariamente participaram no curso.

Para avaliar o Projecto são utilizados os seguintes instrumentos: questionários; diário de bordo dos alunos e das BUI; relatório final de actividades apresentado pelo CAOJ; relatório de avaliação, apresentado pela escola; sumários das actividades; planos de sessão; trabalhos realizados pelos alunos e registos estruturados de observação.

Tendo em conta que, acima de tudo a Família, a escola e a Comunidade não podem perder mais tempo e de modo multidisciplinar devem proporcionar educação a todos os jovens e oferecer-lhes: 1- Bons Exemplos, 2 – Autoconfiança, 3 – Sentimentos positivos sobre o sexo, 4 – Oportunidade para tomarem decisões, 5 – Confiança, 6 – Sentimento que sendo diferentes são normais. Tudo isto impregnado de informação transparente e conhecimentos, " temperados" num bom projecto educacional (Machado Caetano, 2007).

Desta forma e visando a promoção de encontros regulares entre Pais e Encarregados de Educação para debate de questões em torno da Educação em geral e da Educação para a Saúde em particular, a Fundação Portuguesa "A Comunidade contra a SIDA", em parceria com a Fundação Para o Desenvolvimento Social do Porto, têm levado a cabo a iniciativa "Café p'ra Pais".

Este tipo de acção pretende promover o desenvolvimento de competências parentais fundamentais para a vivência de projectos educativos que incluam realidades ligadas à promoção e educação para a saúde, bem como, facilitar a articulação escola / famílias de modo a rentabilizar os projectos educativos da Escola no âmbito da sexualidade, toxicodependências e educação em geral, criando um espaço de partilha de dificuldades, mas também e essencialmente, de partilha de estratégias educativas.

Nestes encontros, os temas são abordados, discutidos e desenvolvidos entre todos os participantes, essencialmente Pais e Encarregados de Educação, com a dinamização de um Animador. A encerrar a reflexão, um especialista convidado faz uma pequena síntese, realçando os aspectos marcantes, esclarecendo dúvidas e acrescentando ideias próprias, essenciais para a clarificação e enriquecimento do debate.

A presença de um animador é fundamental para o desenvolvimento das sessões, o qual ao colocar questões para a reflexão, mobiliza os participantes à partilha de ideias e reflexões, os quais espontaneamente vão participando e interagindo quer com o animador quer com os outros pais. Desta forma, os temas vão sendo abordados, discutidos e desenvolvidos entre todos, pelo que tive oportunidade de dinamizar vários cafés para pais.

É um modelo inovador que apelam à intervenção activa e à participação dos pais, garante a aquisição de competências, a clarificação de estratégias educativas, a partilha de problemas e de soluções, fornecendo desta forma um espaço de suporte e de confiança para quem exerce funções tão importantes, como são as da educação parental.

Anexo III - Núcleo de Documentação e Informação: material de apoio às acções de Prevenção

Conteudos Teóricos a abordar

•VIH/SIDA e outras IST´s: Definição e conceitos de doenças de transmissão sexual;
•História e Epidemiologia da SIDA, sua expansão no mundo;
• Impactos sociais e educacionais da SIDA; Noção dos grupos mais expostos e comportamentos de risco;
• Consequências psicológicas, neuropsicológicas e sociais da infecção pelo VIH;
• Estigma e discriminação;
• Aconselhamento: confiança e confidencialidade;
• Questões éticas, jurídicas e deontológicas;
• Diagnóstico laboratorial da infecção: aconselhamento pré e pós-teste, testes de rastreio e de confirmação;
• Terapêutica anti-retrovírica e seus efeitos;
• Portador da infecção e doente: suas fases evolutivas;
• A mulher e a infecção pelo VIH: a gravidez e a terapêutica anti-retrovírica;
• Acompanhamento domiciliário: a ponte entre as unidades de cuidados de saúde e os serviços da comunidade;
• Programas de intervenção: aspectos teóricos, formas e recursos para a sua implementação;
• Prevenção da infecção pelo VIH/SIDA
• Outras doenças infecciosas associadas à vulnerabilidade da imunosupressão: Tuberculose e Hepatites B e C

Objectivos

- Promover conhecimentos acerca do VIH/SIDA e outras IST's;
- Promover estratégias de prevenção e intervenção com pessoas infectadas e/ou afectadas pelo VIH/SIDA;
- Promover a aceitação e não-discriminação das pessoas infectadas e/ou afectadas pelo VIH/SIDA;
- Diminuir as repercussões psicológicas nos técnicos e *stress* ocupacional associado.

3.Metodologia

- Expositiva e participativa;
- Com recurso a audiovisuais;
- Dinâmicas de grupo;
- "Brainstorming";
- Debates;
- Trabalhos de grupo.

Elaboração de material pedagógico e de informação: folhetos, cartazes e outros.

Adriana Relvas Estágio na F.P.C.C.S. Mestrado Integrado em Medicina

Material de Apoio ao Café para Pais



A ARTE DE EDUCAR NO ADOLESCER

Breves Reflexões…

Os jovens de hoje não são estranhos, malucos, atrevidos, indisciplinados ou outros adjectivos muitas vezes proferidos pela população em geral criticando uma faixa etária que tanto pode dar à sociedade e que tanto tem para dela receber. Num mundo cada vez mais estimulante, é preciso saber gerir os novos conflitos e assegurar que o jovem cresça sem riscos e de uma forma saudável no sentido bio-psico-socio-cultural.

Actividades em núcleos de jovens, por exemplo, serão inciativas a apostar no futuro, tendo em conta que incidem sobre actividades de animação, desportivas e formação que envolvem os jovens e fazem o intercâmbio entre estes e a sociedade em que estamos todos inseridos, evitando uma atitude de conformismo que só produz maus resultados " no meu tempo não era nada disto", e muitas vezes se pensarmos bem, era exactamente igual mas às escondidas, sem informação e com muitas restrições que deram frutos no futuro a uma adolescência tardia aos 40 ou 50 anos de idade!!

Nem todos os jovens são iguais, ninguém é igual a ninguém, como diz a expressão famosa " todos diferentes, todos iguais", e como tal temos de atender a uma adaptação ao meio envolvente em que cada grupo de jovens está inserido, as suas preferências, os seus meios, as formas de expressão, pois só assim conseguiremos abordar a juventude na sua plenitude e com a eficiência merecida.

Moradores do bairro sociais e bairros vizinhos ricos são envolvidos numa dinâmica de formação para a vida diferente, contudo, no jovem existe a mesma sede de descoberta, de auto-afirmação do seu ser, e os mesmos receios, e é fundamental perceber esta semelhança,

pois só assim conseguimos chegar a todos como educadores para a saúde seja informais, seja formais.

O papel do grupo é fundamental, o objectivo é capacitar mesmo que um grupo pequeno de jovens, para serem "agentes de Mudança", peritos de experiência e de informação viável para junto de seus pares participar num estilo de vida e num crescimento fisio, sócio, psicológico saudável, que visa a elaboração de uma personalidade equilibrada e com consciência crítica das suas acções.

O acompanhamento e a formação é fundamental! Uma boa comunicação é a chave para uma boa relação de ajuda com a juventude e seus pares.

As acções de educação para a saúde em jovens poderão ser efectuadas por exemplo, através de uma reunião semanal, com avaliação mensal do trabalho, Planeamento trimestral, formação trimestral em diversas áreas de interesse para a prossecução das actividades …etc.

A Formação deverá passar pelo nível da prevenção da toxicodependência, de planeamento familiar, de prevenção da criminalidade tendo por base a Teoria da Interligação num plano mais prático do que teórico.

Os jovens, no seu processo de crescimento como peritos de experiência, deverão ter oportunidade de:

- Aprofundar o conhecimento interpessoal dos jovens participantes;
- Desenvolver um espaço de reflexão conjunta e de partilha de experiências, através do contacto com outras realidades;
- Estimular ao nível pessoal e da família interesses pela Educação Escolar;
- Desenvolver o trabalho de forma concertada envolvendo as várias instituições locais, escolas e família;
- Garantir oportunidades de desenvolvimento pessoal e social aos jovens;
- Estimular a responsabilização através da participação;
- Possibilitar uma transformação da mentalidade colectiva utilizando a metodologia Ver /Reflectir - Julgar/Agir;

Torna-se também importante periodicamente, os jovens efectuarem uma avaliação das actividades desenvolvidas, da relação com as suas famílias e/ou escolas bem como o desenvolvimento das crianças e jovens com os quais convivem.

Se em sociedade, conseguirmos dar esta oportunidade aos jovens e seus pares, resultaria:

- O Envolvimento activo e positivo dos jovens de risco;
- O Desenvolvimento de competências pessoais e sociais: auto-estima, autoconfiança para os jovens participantes e responsáveis;
- O Desenvolvimento cognitivo das crianças e jovens envolvidas;
- A Promoção do espírito de Equipa;
- A Interacção, intercâmbio e convívio a nível desportivo, pessoal e social entre crianças e jovens estimulando a Interculturalidade;
- A Promoção de hábitos de vida saudáveis;
- O Desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências sociais;
- A resolução de conflitos através da metodologia Ver/Reflectir-Julgar/Agir;
- A responsabilização de jovens com perfil de líder serem capazes de dinamizar actividades por exemplo Torneios de Futsal, Basket, Desfile de Moda, um Festival…

Estas actividades permitiriam que cada vez mais jovens fossem conhecendo o outro lado da sua adolescência e procurassem apoio em situações de conflito ou risco.

Dos jovens esperamos

* Integração
* Interculturalidade
* Igualdade de Oportunidades
* Empowerment
* Interligação
* reflexão

Mas, para isso é preciso que a sociedade lhes dê oportunidades, e que os seus "monitores" tentem contribuir para a integração através das várias actividades propostas seja a nível do sucesso escolar, da motivação escolar para evitar o abandono precoce. Os vários "obstáculos normais" que vão surgindo, confundem-se por vezes, com a incapacidade de aquisição e de participação do indivíduo.

O trabalho que os jovens responsáveis fazem é uma prova para desmistificar o sentimento de que os jovens nada podem fazer para alterar a sua situação com poucas oportunidades e sem possibilidade de se desenvolver social, económica e culturalmente.

A Cultura dos jovens está influenciada pela Comunidade envolvente, pela sociedade portuguesa com todas suas vicissitudes e um grande "carimbo" e estigmatização que qualquer minoria seja de que espécie for acarreta.

Para além de actividades como a Dança e a música, tentem-se, a nível transversal, evidenciar as mais valias ao nível da dança, dos hábitos sociais, da gastronomia com actividades reforçando as expressões da cultura de cada local.

Festas de Juventude ou ate congressos para jovens, reúnem vários grupos de associações que mostram as suas capacidades na dança, na moda, na música e poderá despertar o interesse pelos jovens e dos próprios jovens a quererem ir mais além.

A Formação de jovens que participam em actividades desportivas, por exemplo, contribui para a valorização das capacidades de cada um e dos jovens não só a nível físico, mas também a nível social e cognitivo. Os jovens vão adquirindo outras competências pessoais e sociais nessas formações que contribuem para o "Empowerment".

Desta forma, torna-se imperativa a formação da nossa sociedade para saber cativar os nossos jovens na construção de futuro sorridente, e acções de formação deste tipo deveriam ter mais participação e deveriam existir cada vez mais e serem cada vez mais procuradas por todos.

Adriana Relvas

Anexo IV - Projecto de Educação por pares e Formação contínua



FUNDAÇÃO PORTUGUESA A COMUNIDADE CONTRA A SIDA

CURSO DE FORMAÇÃO CIENTÍFICA E PEDAGÓGICA PARA VOLUNTÁRIOS DE INTERVENÇÃO NO "Projecto Nacional de Educação pelos Pares"

CERTIFICADO

Certifica - se que Adriana de Pinho Rosas Relvas frequentou o CURSO DE FORMAÇÃO PARA VOLUNTÁRIOS DE INTERVENÇÃO NO "Projecto Nacional de Educação pelos Pares", organizado pela Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA", e realizado nos dias 26 de Março, 2 de Abril e 7 de Outubro de 2009, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Porto.

Presidente da Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a Sida"

Dra. Filomena Fraião de Freitas

Figura 1 – Certificado da Formação Pedagógica e Científica

FUNDAÇÃO PORTUGUESA
A COMUNIDADE CONTRA A SIDA

Formação Científica e Pedagógica

VOLUNTÁRIOS DE INTERVENÇÃO NO "PROJECTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PELOS PARES"

Conteúdos Programáticos

1 - Sessão de Abertura

A Importância do Voluntariado e da Educação pelos Pares na Luta Contra a SIDA

Dra. Filomena Frazão de Aguiar

2- Doenças Infecciosas Emergentes no Século XXI e Perspectiva Geral da SIDA

Prof. Doutor J. A. Machado Caetano

3 - Métodos Contraceptivos: Uma Perspectiva Actual

Dra. Eufémia Ribeiro

4 - Riscos Associados ao Consumo de Drogas

Dr. Adelino Vale Ferreira

5 - Tabagismo e sua Prevenção

Prof. Doutor Pais Clemente

6 - Dependência do Álcool. Um Grave Malefício a Evitar

Dra. Ana Feijão Gomes

7 - A Escola e a Educação pelos Pares

Prof.ª Doutora Teresa Vilaça

8 - A Educação para a Saúde e para a Sexualidade

Prof. Doutor J. A. Machado Caetano

Formação Pedagógica

1. Educação pelos Pares
2. Métodos e Técnicas de Educação de Pares
3. Sexualidade
4. Planificação da intervenção das Brigadas Universitárias de Intervenção

Figura 2 – Conteúdos da Formação Pedagógica e Científica

Educação pelos Pares
Sexualidade e Prevenção VIH/SIDA
Questionário inicial - BUI

FUNDAÇÃO PORTUGUESA A COMUNIDADE CONTRA A SIDA

Nome Adriana de Pinho Rosas Relvas
Idade 26 anos
Curso/ Faculdade Medicina – ICBAS

1. **Indique o (s) motivo (s) que o (a) levaram a aderir ao Projecto Nacional de Educação pelos Pares**

Por motivos de índole pessoal e a nível profissional para aumentar as competências relacionais, conhecer mais da Med. Preventiva, fomentar a educação para a saúde / trabalho em equipa.

2. **Refira o (s) resultado (s) que espera atingir com o desenvolvimento do Programa Sexualidade e Prevenção da SIDA**

→ Aumento de Competências Pessoais e profissionais no âmbito da prevenção e prestar apoio a utentes infectados. Complementar a minha formação médica de base com nova experiência

3. **Indique a (s) dúvidas ou receios que tem, relativamente à formação pela qual vai ser responsável**

O "feedback" que tive das formandas, o lidar com meninas e jovens desprotegidas e/ou delinquentes, que nunca tive oportunidade. O medo de não conseguir comunicar com estes grupos.

4. **Identifique de entre as áreas de formação do Programa aquelas em que necessita de obter mais informação ou formação (máximo 3)**

- Comunicação e atitudes;
- Drogas;
- Famílias Disfuncionais.

Data Abril 2009

Assinatura Adriana Relvas

Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA"

Figura 3 – Ficha de candidatura



Figura 4 - Centro Educativo de Jovens Santo António

Programa de Educação pelos Pares

pela Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a Sida

no Centro Educativo de Santo Antóni ***Junho/ Julho de2009***

Grupo alvo – 10 jovens, do sexo masculino, do S2 - Regime Fechado

Horário – sexta-feira, 10h00 – 12h00, 10 sessões

Recurso a metodologias activas e participativas como *brainstorming*, dinâmicas de grupo, actividades de reflexão.

Fundamentação teórica do Programa:

A SIDA é uma doença para a qual não existe neste momento cura ou vacina eficaz, pelo que o controlo e prevenção do VIH/SIDA depende sobretudo do comportamento humano e social. Sabe-se que a falta de comportamentos de prevenção aumenta a propagação da infecção e da doença. Neste sentido as estratégias informativas e educacionais que modifiquem ou minimizem os comportamentos de risco e que preconizem comportamentos seguros e preventivos continuam a ser as principais intervenções possíveis para prevenir e controlar a contínua propagação do VIH.

Sabendo que os conhecimentos acerca do VIH e do SIDA desempenham um importante papel na motivação inicial para a mudança de comportamento (Comby, Devos & Dechamps, 1996) ou para a adopção de comportamentos saudáveis, principalmente em indivíduos que se consideram como "não estando em risco" e que estão pouco informados acerca da doença e dos seus modos de transmissão, na verdade apenas se constitui como um pré-requisito para a prevenção. O conhecimento só por si, bem como o facto de se sentir como "estando em risco" não são suficientes para a adopção de comportamentos saudáveis. Os indivíduos têm de sentir que são capazes de alterar o seu comportamento ou de adoptar o comportamento adequado, que estas atitudes vão ser eficientes na sua prevenção e que as mais valias são evidentes.

É muito importante intervir junto de populações jovens, vulneráveis e em risco e de o fazer com recurso à utilização das técnicas de treino de competências sociais e comportamentais, como garantia de melhor integração nas práticas quotidianas dos comportamentos saudáveis (UNESCO, 2004).

Sessão n.º	Tema da sessão	Objectivos específicos e competências a desenvolver
1 **2h**	Apresentação e estabelecimento do Contrato de funcionamento no grupo	Apresentação de todos os elementos; apresentação do Projecto; definição das regras de funcionamento no grupo; sondagem de expectativas e necessidades ao nível das temáticas a abordar
2 **2h**	Promoção de Competências sociais e introdução à temática das Toxicodependências	Promoção de Competências Sociais: interacção em grupo, respeito, atenção ao outro, comunicação não verbal; *Brainstormig* sobre Drogas
3 **2h**	Toxicodependências	Filme "A vida não é um sonho": percepção das consequências e efeitos; a dependência; as implicações e consequências a nível pessoal e social
4 **2h**	Toxicodependências	Análise informativa de diversas substancias psicoactivas (designação, imagem associada, dependência, efeitos a curto e a longo prazo)
5 **2h**	Toxicodependências: a tomada de decisão	Jogo "Faz o teu Caminho": tomada de decisão perante dilemas: ponderação de consequências, capacidade de argumentação, responsabilidade pelas decisões tomadas
6 **2h**	Sistematização da temática das toxicodependências e introdução à temática da sexualidade	Reflexão conjunta sobre a temática da toxicodependência e da forma como foi abordada: aspectos positivos e negativos Análise de dilema – através de um role-play – sobre sexualidade para introduzir a temática e suscitar percepções, dúvidas, preconceitos, mitos, etc.
7 **2h**	Sexualidade: definição e domínios da sexualidade	Sexualidade - percepções, dúvidas, preconceitos, mitos. Debate de grupo.

8 **2h**	As Doenças Sexualmente Transmissíveis	Apresentação eletrónica, conceitos, formas de transmissão, epidemiologia, prevenção – debate de ideias.
9 **2h**	O VIH/SIDA – comportamentos de prevenção – como evitar a infecção	Definição e conceitos de doenças de transmissão sexual; História e Epidemiologia da SIDA, sua expansão no mundo; • Impactos sociais e educacionais da SIDA; comportamentos de risco; • Consequências psicológicas, neuropsicológicas e sociais da infecção pelo VIH; • Estigma e discriminação; • Aconselhamento: confiança e confidencialidade; • Terapêutica anti-retrovírica e seus efeitos; • Portador da infecção e doente: suas fases evolutivas; • Programas de intervenção: aspectos teóricos, formas e recursos para a sua implementação; • Prevenção da infecção pelo VIH/SIDA • Outras doenças infecciosas associadas à vulnerabilidade da imunosupressão: Tuberculose e Hepatites B e C.
10 **2h**		Revisão global das actividades: elaboração de cartazes. Finalização e Retrospectiva da experiência.

Caracterização da População Alvo, cedida gentilmente pela direção do Centro Educativo Santo António

População Alvo

Jovens institucionalizados por motivos de delinquência, em regime fechado ou semi-aberto, vindos de todo o país.

Muitos apresentam perturbações comportamentais e desestruturação familiar, pelo que são sujeitos a uma perícia de personalidade aquando da sua entrada no Centro.

A Lotação do Centro é de 33 Jovens. Actualmente estão institucionalizados 21 jovens, com média de idades entre os 15 e os 16 anos.

Foi sugerido trabalharmos com os jovens da Unidade de Entrada (os mais institucionalizados mais recentemente) – Unidade S1 – sendo seleccionados dos actuais 11 elementos, cerca de 5 a 6 jovens que mostrem maior entusiasmo e vontade em participar no projecto (A Dra. Emília e a Dra. Isabel procurarão formar este grupo).

Será necessário cumprir algumas normas de segurança (preferencialmente não levar bens pessoais aquando das sessões e ter uma postura adequada á faixa etária e às características dos jovens); regra geral, não revelam hostilidade a pessoas de fora, podendo incorrer em "chantagens" e pedidos, aos quais não devemos ceder.

Rotinas

Fazem a rotina normal na instituição, apenas os do regi-me semi-aberto podem sair nas férias e por vezes ao fim-de-semana, dependendo do comportamento. Os jovens estão divididos nos dois regimes (apenas 4 estão em regime fechado) e funcionam separadamente, só tendo uma actividade em comum: o futebol.

Frequentam a escolaridade no centro, regendo-se por um Projecto educativo e um plano diário de actividades (cada jovem tem um tutor e um monitor) – actualmente está a funcionar o 1º e o 3º ciclo.

Planos de Sessão efectuados para cada sessão- exemplar preenchido

Educação pelos Pares
Sexualidade e Prevenção VIH/SIDA
Plano de Sessão

Instituição – CESA (Centro Educativo de Sto. António)

9ª Sessão **Horário: 10-12h** **Data: 10/07/09**

Tema da sessão: Sexualidade e IST's.

Objectivos Gerais:
Compreensão do conceito de Sexualidade.
Clarificar conceitos.
Reconhecimento de outras IST's além da SIDA.

Competências específicas a desenvolver: comportamentos sexuais ajustados e seguros; reconhecimento dos riscos de uma IST; Reflexão.

Descrição das Actividades:

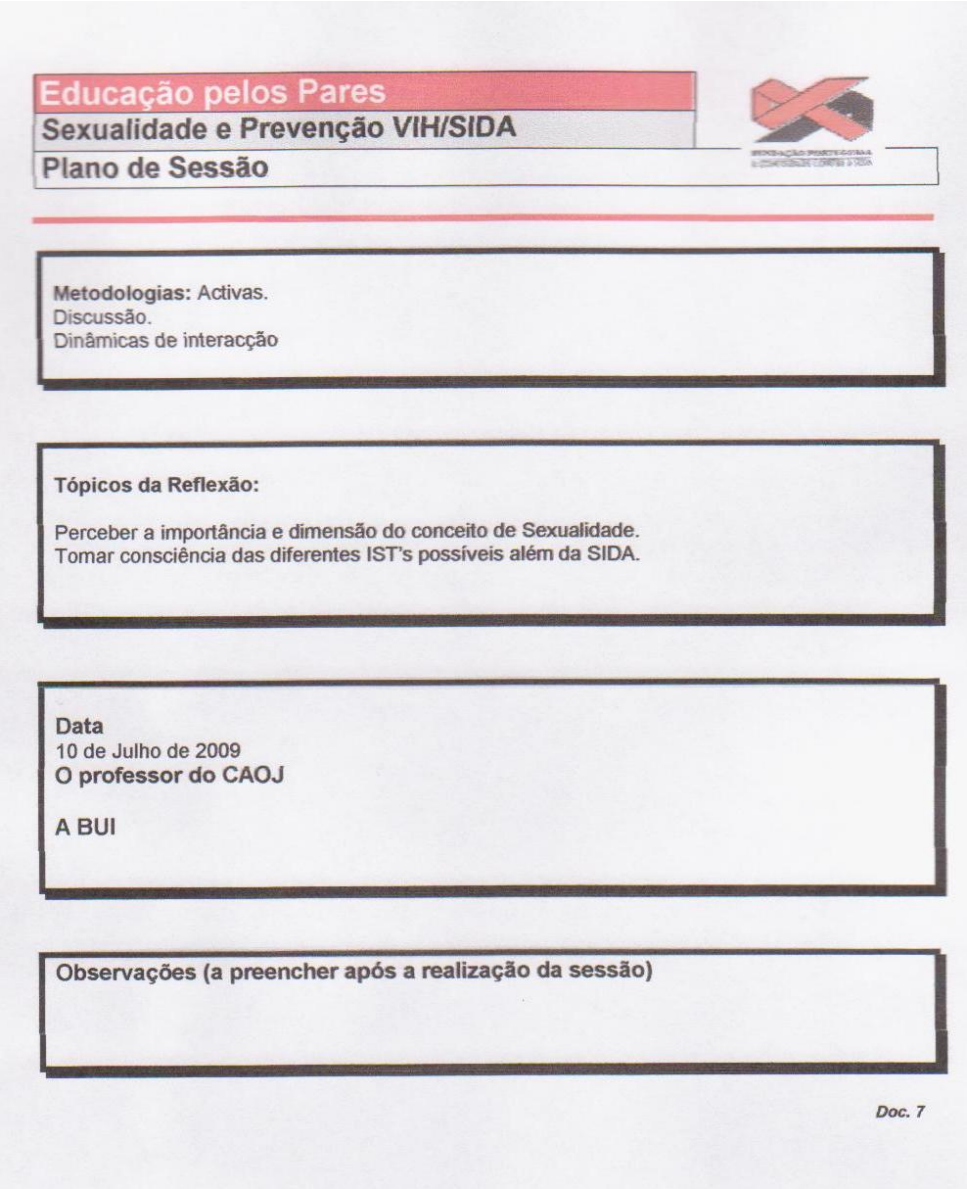
1. Elaboração dos questionários "Sexualidade e SIDA"
2. "Clarificação de Conceitos"
   a. Num saco ou numa caixa estão vários papéis dobrados em quatro com palavras (por exemplo seropositivo).
   b. Cada jovem retira, na sua vez um papel, explica o que sabe sobre o conceito e mais tarde em grande grupo clarificamos o conceito e todas as duvidas que surjam.
3. Power-point sobre o conceito de Sexualidade
4. Power-point sobre IST's

Distribuição de tarefas pelos membros da BUI:

1. Raquel
2. Ana
3. Adriana
4. Adriana e Raquel

Materiais: Canetas de filtro, folhas brancas, saco plástico, power-point.

Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA"



Educação pelos Pares

Sexualidade e Prevenção VIH/SIDA

Plano de Sessão

Metodologias: Activas.
Discussão.
Dinâmicas de interacção

Tópicos da Reflexão:

Perceber a importância e dimensão do conceito de Sexualidade.
Tomar consciência das diferentes IST's possíveis além da SIDA.

Data
10 de Julho de 2009
O professor do CAOJ

A BUI

Observações (a preencher após a realização da sessão)

Doc. 7

Diário de Bordo das Brigadas- exemplar preenchido

Educação pelos Pares
Sexualidade e Prevenção VIH/SIDA
Diário de Bordo das Brigadas – 1

Escola: Centro Educativo de Santo António Ano/Turma
Sessão n.º 1 Data 29/5/09

1. Gestão do tempo

1.1. O tempo previsto para execução revelou-se

Insuficiente ☐ Suficiente ☒ Excessivo ☐

1.2. Justificação _____

2. Gestão da formação

2.1.Cooperação entre os formadores (BUI)

Classifica, globalmente, utilizando uma escala de 1 (fraco) a 3 (bom)

Dinamização das actividades[1]	1 2 (3)
Participação, dos vários elementos, nas actividades	1 2 (3)
Interacção entre a BUI e a turma	1 2 (3)
Criatividade[2]	1 2 (3)

[1] desde a apresentação até à reflexão

[2] capacidade de responder a situações imprevistas ou inesperadas

2.2. Dinâmica da formação:

2.2.1. Tema desenvolvido: Apresentação;

2.2.2. Actividades realizadas

Todas as previstas na planificação: Sim ☒ Não ☐

Não se realizou (realizaram) _____

porque _____

2.2.3.Reacção dos alunos

Classifica, globalmente, utilizando a escala 1 = nunca ; 2 = às vezes , 3 = sempre

Respeitaram as instruções	1 2 (3)
Participaram em todas as actividades	1 2 (3)
Compreenderam os objectivos	1 2 (3)
Mostraram interesse pelo tema	1 2 (3)
Investiram conhecimentos anteriores	1 2 (3)

Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA"

2.3. Desempenho da BUI, na exploração do tema e desenvolvimento das actividades

Classifica, globalmente, utilizando a escala 1 (dificuldade); 2 (facilidade); 3 (muita facilidade)

Captar a atenção dos alunos	1 (2) 3
Incentivar a participação	1 (2) 3
Fazer cumprir as regras da actividade	1 (2) 3
Fazer-se "respeitar"	1 2 (3)
Moderar o momento de reflexão	1 2 (3)

2.4. Reflexão

Classifica, globalmente, as atitudes e comportamentos dos alunos, durante a reflexão, utilizando a escala 1 (dificuldade); 2 (facilidade); 3 (muita facilidade)

Ouviram-se uns aos outros	1 (2) 3 4
Exprimiram-se oportunamente	1 (2) 3 4
Aceitaram opiniões diferentes	1 (2) 3 4
Exprimiram-se à vontade	1 2 (3) 4
Conseguiram chegar eles próprios à reflexão prevista na planificação	1 (2) 3 4

2.5. Os alunos referiram a necessidade /desejo de abordar/ aprofundar os seguintes temas:

"Sexo e Drogas", expressados constantemente sobre as duas temáticas.

3. Observações

A Brigada

Adriana Ribas

Doc.9

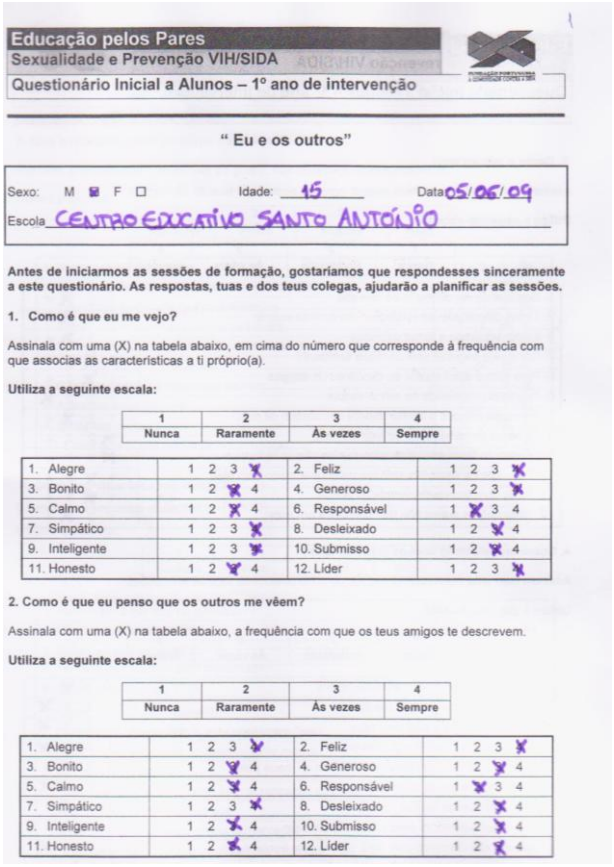
Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA"



Figura 5 – Apresentação eletrónica como amostra das apresentações efectuadas.



Figura 6 – Alguns dos cartazes efectuados pelos jovens.



Educação pelos Pares
Sexualidade e Prevenção VIH/SIDA
Questionário Inicial a Alunos – 1º ano de intervenção

" Eu e os outros"

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: 15 Data 05/06/09
Escola CENTRO EDUCATIVO SANTO ANTÓNIO

Antes de iniciarmos as sessões de formação, gostaríamos que respondesses sinceramente a este questionário. As respostas, tuas e dos teus colegas, ajudarão a planificar as sessões.

1. Como é que eu me vejo?

Assinala com uma (X) na tabela abaixo, em cima do número que corresponde à frequência com que associas as características a ti próprio(a).

Utiliza a seguinte escala:

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Sempre

1. Alegre	1 2 3 X	2. Feliz	1 2 3 X
3. Bonito	1 2 X 4	4. Generoso	1 2 3 X
5. Calmo	1 2 X 4	6. Responsável	1 X 3 4
7. Simpático	1 2 3 X	8. Desleixado	1 2 X 4
9. Inteligente	1 2 3 X	10. Submisso	1 2 X 4
11. Honesto	1 2 X 4	12. Líder	1 2 3 X

2. Como é que eu penso que os outros me vêem?

Assinala com uma (X) na tabela abaixo, a frequência com que os teus amigos te descrevem.

Utiliza a seguinte escala:

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Sempre

1. Alegre	1 2 3 X	2. Feliz	1 2 3 X
3. Bonito	1 2 X 4	4. Generoso	1 2 X 4
5. Calmo	1 2 X 4	6. Responsável	1 X 3 4
7. Simpático	1 2 3 X	8. Desleixado	1 2 X 4
9. Inteligente	1 2 X 4	10. Submisso	1 2 X 4
11. Honesto	1 2 X 4	12. Líder	1 2 X 4

5. Que importância dou ao grupo de amigos?

Assinala a importância que atribuis ao grupo, nas situações abaixo indicadas.

Utiliza a escala:

1 Nenhuma	2 Pouca	3 Alguma	4 Muita

1. Fazer amigos facilmente	1 2 3 X
2. Manifestar opiniões diferentes das dos outros	1 2 X 4
3. Falar mais à vontade do que em família	1 2 3 X
4. Tornar-me mais independente da família	1 2 X 4
5. Ter mais facilidade em arranjar namorado (a)	1 2 3 X
6. Ter amigos(as) do meu sexo	1 2 X 4
7. Conhecer pessoas diferentes de mim	1 2 3 X
8. Aprender coisas novas	1 2 3 X
9. Sentir-me protegido(a)	1 2 X 4
10. Fazer coisas que nunca faria sozinho(a)	1 2 3 X

6. Como me situo face aos riscos?

Classifica as seguintes situações de RISCO

Utiliza a escala:

1 Nenhum	2 Pouco	3 Algum	4 Muito

1. Atravessar a rua fora da passadeira	1 2 X 4
2. Não ter as vacinas em dia	1 2 3 X
3. Beber umas 3 cervejas	1 2 3 X
4. Ter relações sexuais sem preservativo	1 2 3 X
5. Ajudar doentes com SIDA	X 2 3 4
6. Andar de mota sem capacete	1 2 3 X
7. Fumar para que os outros me considerem "cool"	1 2 3 X
8. Exibir o meu telemóvel do mais recente modelo	1 2 3 X
9. Experimentar drogas	1 2 3 X
10. Sair com os amigos à noite sem autorização dos pais	1 2 3 X
11. Fazer **tudo** o que o grupo quer	1 2 3 X
12. Não ter cuidado com a minha alimentação	1 2 3 X
13. Não saber defender-me de situações violentas	1 2 3 X

Doc. 4

3. Como é que eu sou?

Assinala com uma (X) na tabela abaixo, como te posicionas face às afirmações

Utiliza a seguinte escala:

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Sempre

1. Gostava de ser diferente do que sou	1 2 X 4
2. Tenho dificuldade em relacionar-me com os outros	1 2 X 4
3. Estou habituado a tomar decisões	1 2 X 4
4. Sou muito paciente com os meus familiares	1 X 3 4
5. Para mim é difícil mudar de escola ou de amigos	1 X 3 4
6. Sou muito conhecido na minha escola	1 2 3 X
7. Preocupa-me que a família espere demasiado de mim	1 2 X 4
8. Às vezes tenho vontade de fugir de casa	X 2 3 4
9. Desisto de fazer as coisas quando elas são complicadas	X 2 3 4
10. Passo pelas situações sem me preocupar muito com elas	1 X 3 4
11. Cedo com facilidade perante os outros	1 X 3 4
12. Sinto que os outros não têm confiança em mim	1 2 X 4

4. Como me relaciono com os meus amigos?

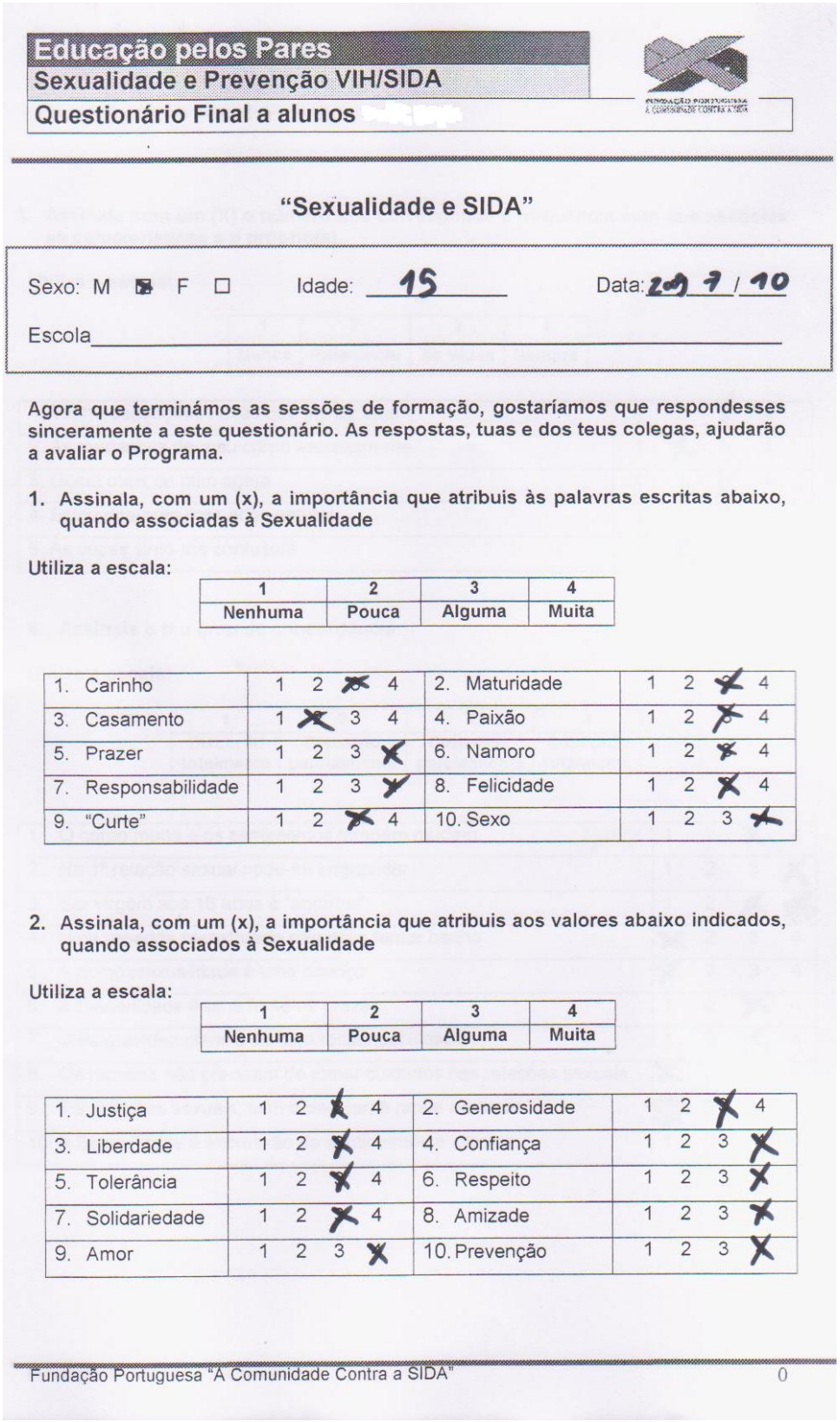
Assinala com uma (X) na tabela abaixo, como te posicionas face às afirmações

Utiliza a seguinte escala:

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Sempre

1. Telefono-lhes ou envio-lhes mensagens	1 2 X 4
2. Presto-lhes ajuda quando precisam	1 2 3 X
3. Dedico tempo para falar com eles	1 2 3 X
4. Convido-os para sair e nos divertirmos	1 2 3 X
5. Levo-os a minha casa para conhecerem os meus pais	1 2 X 4
6. Confio-lhes os meus segredos	1 2 3 X
7. Empresto-lhes as minhas coisas	1 2 X 4
8. Felicito-os quando as coisas lhes correm bem	1 2 3 X 4
9. Quando não concordo com eles, digo-o com frontalidade	1 2 3 X
10. Levo em consideração as opiniões deles	1 2 X 4

Figura 7 – Questionários "Eu e os Outros"



Educação pelos Pares
Sexualidade e Prevenção VIH/SIDA
Questionário Final a alunos

"Sexualidade e SIDA"

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: 15 Data: 20/7/10

Escola _____

Agora que terminámos as sessões de formação, gostaríamos que respondesses sinceramente a este questionário. As respostas, tuas e dos teus colegas, ajudarão a avaliar o Programa.

1. Assinala, com um (x), a importância que atribuis às palavras escritas abaixo, quando associadas à Sexualidade

Utiliza a escala:

1	2	3	4
Nenhuma	Pouca	Alguma	Muita

1. Carinho	1 2 X 4	2. Maturidade	1 2 X 4
3. Casamento	1 X 3 4	4. Paixão	1 2 X 4
5. Prazer	1 2 3 X	6. Namoro	1 2 X 4
7. Responsabilidade	1 2 3 X	8. Felicidade	1 2 X 4
9. "Curte"	1 2 X 4	10. Sexo	1 2 3 X

2. Assinala, com um (x), a importância que atribuis aos valores abaixo indicados, quando associados à Sexualidade

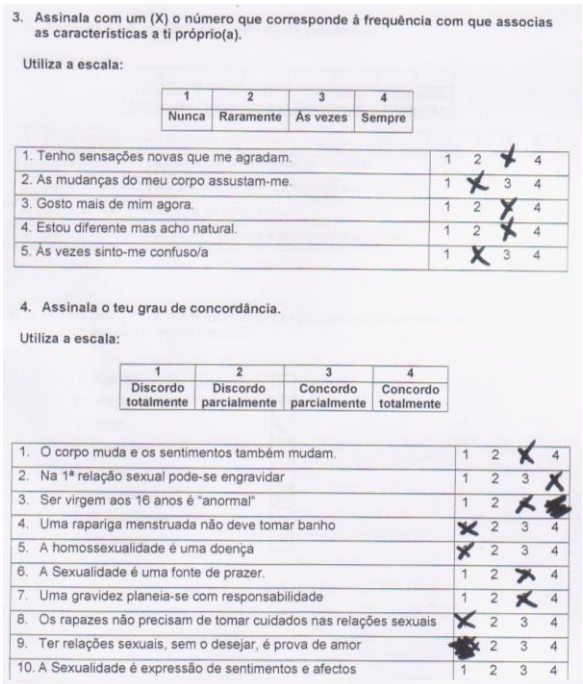
Utiliza a escala:

1	2	3	4
Nenhuma	Pouca	Alguma	Muita

1. Justiça	1 2 X 4	2. Generosidade	1 2 X 4
3. Liberdade	1 2 X 4	4. Confiança	1 2 3 X
5. Tolerância	1 2 X 4	6. Respeito	1 2 3 X
7. Solidariedade	1 2 X 4	8. Amizade	1 2 3 X
9. Amor	1 2 3 X	10. Prevenção	1 2 3 X

Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA" 0

Figura 8 – Questionários "Sexualidade e SIDA"



3. Assinala com um (X) o número que corresponde à frequência com que associas as características a ti próprio(a).

Utiliza a escala:

1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre

1. Tenho sensações novas que me agradam.	1	2	X	4
2. As mudanças do meu corpo assustam-me.	1	X	3	4
3. Gosto mais de mim agora.	1	2	X	4
4. Estou diferente mas acho natural.	1	2	X	4
5. Às vezes sinto-me confuso/a	1	X	3	4

4. Assinala o teu grau de concordância.

Utiliza a escala:

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

1. O corpo muda e os sentimentos também mudam.	1	2	X	4
2. Na 1ª relação sexual pode-se engravidar	1	2	3	X
3. Ser virgem aos 16 anos é "anormal"	1	2	X	X
4. Uma rapariga menstruada não deve tomar banho	X	2	3	4
5. A homossexualidade é uma doença	X	2	3	4
6. A Sexualidade é uma fonte de prazer.	1	2	X	4
7. Uma gravidez planeia-se com responsabilidade	1	2	X	4
8. Os rapazes não precisam de tomar cuidados nas relações sexuais	X	2	3	4
9. Ter relações sexuais, sem o desejar, é prova de amor	X	2	3	4
10. A Sexualidade é expressão de sentimentos e afectos	1	2	3	4

7. Assinala a tua opinião, relativamente ao VIH/SIDA.

Utiliza a escala:

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

7.1. Evita-se a infecção pelo VIH se

1. Utilizar preservativo	1	2	3	X
2. Tomar a pílula	1	2	X	X
3. Tomar banho após a relação sexual	1	2	3	X
4. Os dois não estiverem infectados e forem 100% fiéis	1	2	3	X
5. O (A) parceiro(a) tiver um aspecto saudável	1	X	X	4

7.2. A infecção pelo VIH/SIDA

1. Só acontece aos outros.	1	X	3	4
2. Só atinge prostitutas, homossexuais e toxicodependentes	X	2	3	4
3. Pode ser transmitida por uma mulher grávida ao seu bebé.	1	2	X	4
4. Pode ocorrer entre pessoas casadas	1	2	X	4
5. Afecta as pessoas para o resto das suas vidas.	1	2	3	X

7.3. A SIDA transmite-se de uma pessoa para outra através de

1. Relações Sexuais sem preservativo	1	2	3	X
2. Convívio na mesma sala de aula	X	2	3	4
3. Aperto de mão, beijos e abraços	X	2	3	4
4. Sangue	X	2	3	X
5. Picadas de insectos	X	2	3	4
6. Partilha de seringas	1	2	3	X
7. Leite materno	X	2	3	4
8. Partilha de escovas de dentes	1	2	3	X

5. Assinala a tua opinião sobre o início da vida sexual

Utiliza a escala:

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

1. Pode acontecer em qualquer momento	1	2	X	4
2. Deve ser adiado pelo risco de transmissão de doenças	X	2	3	4
3. Deve ser adiado para quando se tem um namoro estável	1	X	3	4
4. Deve acontecer só depois do casamento	X	2	3	4
5. Deve acontecer quando se está preparado emocionalmente	1	X	3	4

6. Assinala com (X), de entre as doenças seguintes, as que podem ser transmitidas por relações sexuais:

1. Cancro	
2. Pé de Atleta	
3. SIDA	X
4. Gonorreia	
5. Gripe	
6. Hepatite B e C	X
7. Tuberculose	
8. Diabetes	

8. Lê atentamente as situações descritas. Assinala a tua opinião relativamente às atitudes que o Francisco/ a Cristina poderiam tomar

Utiliza a seguinte escala:

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Situação 1

O Manuel tem 13 anos e vive no Bairro desde pequeno. Cresceu com muitos rapazes e raparigas mais ou menos da mesma idade. De entre eles, o Francisco sempre foi o seu grande amigo. Um dia o Francisco ao passar por um grupo ouviu o seguinte comentário: "Não andes com maricas".

Que fazer?

Afastar-se do Manuel	1	X	3	4
Perguntar o que querem dizer com "aquilo"	1	2	X	4
Não ligar ao comentário	1	X	3	4
Continuar a sua amizade com o Manuel	1	2	3	X
Passar a "novidade" a outros amigos	1	X	3	4

Situação 2

A Cristina tem 16 anos. Tem um grupo de colegas que falam frequentemente das suas relações sexuais. Ela ainda não iniciou a sua vida sexual, e sente-se incomodada por não ter nada a dizer, e receia que a julguem uma tonta.

Que fazer?

Ficar calada, ninguém tem nada a ver com a sua intimidade	1	2	X	4
Ter relações sexuais apenas quando se sentir preparada	1	2	3	X
Ter uma relação sexual só para não se sentir inferior às outras	1	X	3	4
Revelar às amigas como imagina a sua "1ª vez"	1	2	X	4

Figura 8 – Questionários "Sexualidade e SIDA"



Figura 9 - Estabelecimento Prisional Especial Mulheres Santa Cruz do Bispo

Programa de Educação pelos Pares 2009

pela Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a Sida

Estabelecimento Prisional Especial Santa Cruz do Bispo ***Setembro de 2009***

Grupo alvo – 10 jovens, do sexo feminino

Horário – quinta-feira, 14h00 – 16h00, 10 sessões

O Projecto de Intervenção: Documento da Fundação P.C.C.S.

2 – O Projecto de Intervenção no Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo (EPESCB)

2.1 Fundamentação da acção e objectivo geral

Tendo em vista o alargamento e a descentralização das acções de luta contra a Sida bem como a crescente acção da Fundação no campo da Educação para a Saúde e Promoção da Qualidade de Vida, propomo-nos desenvolver um projecto de Intervenção junto de um grupo de mães e grávidas reclusas do EPESCB.

A escolha deste grupo-alvo obedeceu a duas razões: proposta do próprio Estabelecimento Prisional e interesse por parte da Fundação. O objectivo geral deste projecto é desenvolver nas mães um conjunto de competências pessoais e sociais, bem como formação específica no âmbito da Educação para a Saúde, para que estas, numa perspectiva a médio e longo prazo, possam prevenir comportamentos de risco e Educar de forma integral os seus filhos numa perspectiva de Educação Cívica e Educação para a Saúde.

O grupo-alvo a que este projecto de destina são, de uma forma geral, pessoas *discriminadas* ou *menos favorecidas*, tendo em conta: a) a sua condição actual, uma vez que se encontram sob regime de reclusão (preventiva ou condenadas); b) baixos níveis de escolaridade; c) menor acesso à informação e/ou formação; e d) proveniência de meios socio-económicos desfavorecidos, onde normalmente a estrutura e apoio familiar e social são muito fracos. Assim, consideramos que este grupo apresenta uma maior vulnerabilidade para comportamentos de risco. Além disso são pessoas

Pretendemos envolver a sociedade civil na construção de uma equipa multidisciplinar: professores do ensino secundário e superior, psicóloga, alunos universitários voluntários nesta intervenção de diferentes áreas de formação – psicologia, medicina, enfermagem, etc. e que, após formação pedagógica e científica, irão constituir uma BUI – Brigada Universitária de Intervenção.

2.2 Caracterização do grupo-alvo[1]

2.2.1 Dados sócio-demográficos

- O grupo é constituído por 21 mães e 2 grávidas num intervalo de faixa etária entre os 20 e os 40 anos, em que a maioria das idades se situa entre os 20 e os 35 anos.
- A grande maioria é de nacionalidade Portuguesa (19), existindo ainda duas mulheres Espanholas e duas da América do Sul.
- Quanto às habilitações literárias, a maioria (56%) possue fraca escolaridade (1º ciclo e 2º ciclo) e 26% das mulheres não são escolarizadas.
- Neste grupo 6 reclusas encontram-se a cumprir pena e 17 estão numa situação de prisão preventiva.
- Na sua grande maioria são mães que já possuem outros filhos.

2.2.2 Dados clínicos – estado de saúde das reclusas

Relativamente ao estado de saúde, o grupo evidencia as seguintes características:

- 10 reclusas são fumadoras (3 delas estão grávidas);
- 1 é seropositiva;
- 1 possui hepatite C;
- 4 possuíam patologias aditivas prévias à reclusão (toxicodependência)

estando uma reclusa a fazer terapêutica de substituição com metadona.

2.2.3 Dados clínicos pediátricos – estado de saúde dos filhos das reclusas

Actualmente, a este grupo de mulheres correspondem 21 crianças com idades variadas: desde um mês até cerca de 2 anos

Regista-se um *atraso motor* numa das crianças e Apneia (devido a ALTE) noutra.

Genericamente são crianças que revelam fracos cuidados materno-infantis nomeadamente na esterilização dos biberões, eritema da fralda, fracos cuidados de higiene e alimentares e, sobretudo, pouco estímulo cognitivo por parte das suas mães.

2.3 O Projecto de intervenção

A implementação do projecto decorrerá em parceria e colaboração com os Serviços Clínicos da Santa Casa da Misericórdia no EPESCB.

2.3.1. **OBJECTIVOS DO PROJECTO**

- Promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais nas mães reclusas;
- Promover a informação e formação no âmbito da "Educação para a Saúde";
- Prevenir a infecção de VIH/SIDA junto do grupo alvo;
- Promover os cuidados materno-infantis junto destas mães;

- Promover o "Empowerment" destas mães para que possam tornar-se autónomas e promovam junto das restantes reclusas a "Formação pelos pares" no âmbito da promoção para a saúde.

2.3.2. TEMÁTICAS DO PROJECTO

- **Desenvolvimento pessoal**: Autoestima, tomada de decisões, avaliação de riscos, assertividade, resiliência.

- **Desenvolvimento social**: Relacionamento inter-pessoal, estratégias de comunicação, gestão de conflitos…

- **Promoção da Saúde**:
- a) Sexualidade e suas expressões;
- b) Prevenção da infecção pelo VIH e comportamentos de risco;
- c) IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- d) Substâncias psicoactivas (sensibilização anti-tabágica);
- e) Planeamento familiar (métodos contraceptivos);
- f) Higiene pessoal;
- g) Cuidados de alimentação

- Promoção dos cuidados materno-infantis: transmissão de conhecimentos acerca dos processos de desenvolvimento da criança e formas de o potenciar; gestão dos cuidados básicos da criança (higiene, alimentação, saúde), entre outros.

2.3.3. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E METODOLOGIAS UTILIZADAS

- Criação de uma BUI – Brigada Universitária de Intervenção – constituída por 3/4 jovens universitários, preferencialmente de áreas de formação académica diversas e complementares.

Sessão n.º	Tema da sessão	Objectivos específicos e competências a desenvolver
1 2h	Apresentação e estabelecimento do Contrato de funcionamento no grupo	Apresentação de todos os elementos; apresentação do Projecto; definição das regras de funcionamento no grupo; sondagem de expectativas e necessidades ao nível das temáticas a abordar
2 2h	Promoção de Competências sociais. Avaliação das Expectativas.	Promoção de Competências Sociais: interacção em grupo, jogo do carrossel. Respeito, atenção ao outro, comunicação não verbal;
3 2h	Cancro do Colo do útero e outras IST's.	O cancro do colo do útero: conceitos teóricos, brainstorming, e interação de grupo. Partilha de dúvidas e experiências.
4 2h	Valores e Preconceitos.	Actividade "O abrigo subterrâneo". Valores e preconceitos, a ética profissional.
5 2h	VIH/SIDA Hepatites Homosexualidade	Jogo "Concordo ou talvez não" sobre as diversas questões e dúvidas sobre as temáticas em questão. Revisão dos conteúdos abordados no jogo.
6 2h	Toxicodependências : esclarecimentos, efeitos na Saúde, consequências na	Reflexão conjunta sobre a temática da toxicodependência. Troca de experiências e lições de vida entre reclusas.

	vida das pessoas.	A prevenção e os comportamentosde risco.
7 **2h**	Sexualidade: definição e domínios da sexualidade	Sexualidade - percepções, dúvidas, preconceitos, mitos. Debate de grupo.
8 **2h**	A prevenção do VIH/SIDA e as Doenças Sexualmente Transmissíveis	Apresentação eletrónica, conceitos, formas de transmissão, epidemiologia, prevenção – debate de ideias. Cartazes de sensibilização à comunidade prisional.
9 **2h**	O VIH/SIDA – comportamentos de prevenção – como evitar a infecção	Definição e conceitos de doenças de transmissão sexual; História e Epidemiologia da SIDA, sua expansão no mundo; • Impactos sociais e educacionais da SIDA; comportamentos de risco; • Consequências psicológicas, neuropsicológicas e sociais da infecção pelo VIH; • Estigma e discriminação; • Aconselhamento: confiança e confidencialidade; • Terapêutica anti-retrovírica e seus efeitos; • Portador da infecção e doente: suas fases evolutivas; • Programas de intervenção: aspectos teóricos, formas e recursos para a sua implementação; • Prevenção da infecção pelo VIH/SIDA • Outras doenças infecciosas associadas à vulnerabilidade da imunosupressão: Tuberculose e Hepatites B e C.
10 **1h**		Revisão global das actividades: elaboração de diários de bordo. Finalização e Retrospectiva da experiência.

Planos de Sessão efectuados para cada sessão- exemplar preenchido

Educação pelos Pares
Sexualidade e Prevenção VIH/SIDA
Plano de Sessão

FUNDAÇÃO PORTUGUESA A COMUNIDADE CONTRA A SIDA

Instituição – EPESCB (Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo)

3ª Sessão **Horário: 14h00 às 16h00** **Data: 15 de Outubro 2009**

Tema da sessão: Cancro do Colo do Útero e Auto-estima

Objectivos Gerais: Temática do Cancro do Colo do Útero e fortalecer competências sociais e pessoais

Competências específicas a desenvolver: Interacção em grupo, reflexão, conhecimento interpessoal; melhorar a auto-estima. Desenvolver comportamentos de prevenção.

Descrição das Actividades:

Actividade 1:

Falar sobre o Cancro do Útero, as formandas expõem os seus conhecimentos acerca desta doença, e posteriormente é lhes explicado todas as informações acerca desta doença através de uma apresentação eletrónica, e de folhetos informativos.

Distribuição de tarefas pelos membros da BUI:

Actividade 1: Adriana

Materiais: Folhas, canetas.

Metodologias: Apresentação eletrónica. Dinâmica de grupo; debate.

Tópicos da Reflexão:

Sentimentos e sensações vividas pelas participantes

Facilidade / dificuldade em elogiar; Importância do elogio

Distinguir criticar / elogiar / dar feedback

Data 15 de Outubro de 2009

O professor do CAOJ

Carla Esteves **A BUI** Adriana Relvas, Élia Tavares, Sara Carvalho

Diário de Bordo do Grupo - exemplar preenchido

Educação pelos Pares
Sexualidade e Prevenção VIH/SIDA
Diário de Bordo do Grupo

FUNDAÇÃO PORTUGUESA A COMUNIDADE CONTRA A SIDA

Instituição: Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo

Nome: **Idade:**

Sessão n.º____ (Início)

1. **Hoje, o mais agradável da sessão foi:** APRENDER OS EU DESCONHECIA
2. **Hoje, não gostei de:** Gostei de Tudo
3. **Participei na reflexão e aprendi que** DEVEMOS TER O MÁXIMO DE CUIDADO
4. **Não participei na reflexão porque:** Sou TIMIDA
5. **Depois desta sessão fiquei mais esclarecido(a) sobre** A PROTEÇÃO **mas gostava de aprofundar** OS SINTOMAS DA DOENÇA

---

1. **Hoje, o mais agradável da sessão foi:** ~~(Gostei)~~ a forma como os Papeis de cada uma de nós foram apresentados.
2. **Hoje, não gostei de:** _____
3. **Participei na reflexão e aprendi que:** cada ser Humano tem direito a vida sejam quais for as circulancias.
4. **Não participei na reflexão porque:** _____
5. **Depois desta sessão fiquei mais esclarecido(a) sobre** a importancia de cada ser Humano. **mas gostava de aprofundar** mais veges este tipo de sessões e actividades em que participei.

Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA"

Sessão n.º 8 **(Final)**

1. **Hoje, o mais agradável da sessão foi:** bastante os temas desenvolvidos de forma original.
2. **Hoje, não gostei de:** do balão que ficou no ecrã.
3. **Participei na reflexão e aprendi que:** Há muitas formas de podermos abordar os assuntos relacionados com o vírus Hiv. e como expor.
4. **Não participei na reflexão porque:**
5. **Depois desta sessão fiquei mais esclarecido(a) sobre** a prevenção que devemos ter. esclareci também os preconceitos que existem do mundo. **mas gostava de aprofundar** Havia de haver mais campanhas relacionadas com este tipo de doenças para assim esclarecer pessoas que ainda não sabem lidar com este tipo de doentes.

Doc.12

Sessão nº 8 (Final)

1. Hoje, o mais agradável da sessão foi: tudo
2. Hoje, não gostei de:
3. Participei na reflexão e aprendi que: Coisas da vida e de outras doenças
4. Não participei na reflexão porque: participei em todas
5. Depois desta sessão fiquei mais esclarecido (a) sobre sobre tudo o que a vida tem mas gostava de aprofundar aprender mais coisas, tudo o que houver de grave, como do mano, de cabeça, ataques epilético e de mais coisas que a vida tenha.

SKILA VALTE MAIS VEZES SENHOR DOUTORAS



Figura 10 – Alguns dos cartazes efectuados pelas reclusas.

Anexo V - Café para pais

Cafés para pais: intervenção em estágio para MIM

Objectivo(s)

Geral

Fornecer capacidades teóricas e práticas sobre a temática da sexualidade, colaborando na educação sexual dos jovens.
Admitindo a importância da sexualidade no desenvolvimento pessoal e social e na saúde dos indivíduos e, considerando as recentes directrizes da Educação Sexual, pretende-se actualizar os conhecimentos dos formandos na área da sexualidade e educação sexual, bem como dotar de competências para responder às necessidades de crianças e jovens e capacitar para o planeamento de programas nesta área.

Específicos

1) Proporcionar a estes formandos um espaço de reflexão e uma visão crítica de seus próprios conceitos e preconceitos, possibilitando a análise de suas limitações e de sua postura;
2) Capacitá-los para a construção de projetos e consultorias de educação sexual;
3) Incentivar pesquisas científicas na área da sexualidade;
4) Legitimar a sexualidade humana como entidade de saúde;
5) Analisar o grupo como fenómeno social;
6)Reconhecer a função afectiva das relações do grupo.
7) Compreender a importância da afirmação social do jovem no grupo de pares;
8) Estimular a prevenção do VIH/SIDA e outras IST's.

Metodologia:

Reflexão dos modelos teóricos;
Debate e análise de situações reais ou estudos de caso;
Dinâmicas de grupo e tarefas cooperativas.

Conteúdos

Módulo I:

- A juventude enquanto construção social – da aparente unidade à diversidade;
- Redes grupais e identidades juvenis – dos grupos juvenis aos grupos de classe;
- Análise da função dos grupos de jovens, nomeadamente, os papéis e estatutos dentro do grupo;
- Problemáticas da juventude
  - o desemprego
  - a afirmação social, os comportamentos pré-delinquentes (criminalidade, toxicodependência, alcoolismo,prostituição, etc.)

Módulo II

- Conceptualização teórica da sexualidade e da educação sexual;
- Desenvolvimento psicossexual;
- Educação Sexual (conceito, quadro histórico e legal, tipos e modelos);

Módulo III: Valores e atitudes face à sexualidade

- Valores e atitudes pessoais face à sexualidade;
- Perfil do educador sexual;
- Objectivos, conteúdos, metodologias e recursos de educação sexual na infância

Módulo IV: Educação Sexual e Prevenção

- Objectivos, conteúdos, metodologias e recursos de educação sexual na adolescência e juventude;
- Treino de competências de atendimento/educação de crianças e jovens na área da sexualidade;
- Passos para o Planeamento de projectos de educação sexual;
- História da Sexualidade Humana;
  - Desenvolvimento psicosexual;
  - A Educação Sexual a jovens: as emoções e a afectividade; métodos contraceptivos;métodos de abordagem e pesquisa; a prevenção do VIH/SIDA e de outras IST's.

Adriana Relvas



Figura 11 - Fotos do café para pais



Figura 12 - Cartaz de um Café para Pais.

Organização:

- Coordenadora de Projectos da EB 2/3 da Areosa
- Gabinete do Aluno da Escola
- FUNDAÇÃO PORTUGUESA "A Comunidade Contra a Sida"

Contactos:

Telf.: 225420540
Fax: 225401726
E-MAIL:
info@eb23-areosa.rcts.pt

Gabinete do Aluno

Sendo o Gabinete do Aluno um dos parceiros desta iniciativa, vimos divulgá-lo como um espaço aberto à comunidade escolar, direccionado para alunos e famílias.

Objectivos:

- Promover o sentido de cooperação, integração e aceitação entre alunos;
- Incentivar a adopção de uma conduta assertiva em contexto escolar, diminuindo a indisciplina;
- Motivar, os alunos e famílias, para a escola.

Equipa Técnica:

Mediadora Social e Psicólogo

FUNDAÇÃO PORTUGUESA
"A Comunidade Contra a Sida"

Café para Pais

4 de Dezembro 2009 às 21h00

Educar para Prevenir

... para que os nossos filhos cresçam em harmonia



CAFÉ PARA PAIS

Na finalidade de promover um diálogo de proximidade entre a Escola e os Pais e sabendo que, na actualidade, a tarefa de educar é uma realidade complexa, a Escola Básica 2, 3 da Areosa dinamiza um Café para Pais, com o propósito de disponibilizar um espaço de reflexão sobre este desafio.



CAFÉ PARA PAIS

Sabendo que por vezes é difícil lidar com algumas situações da vida dos seus filhos, que constituem um desafio ao papel de ser pai e mãe, pretende-se com esta actividade reflectir estratégias que podem contribuir para uma educação mais positiva.



Tema:

"Sexualidade e Afectos na Adolescência"

Data:
4 de Dezembro de 2009
Hora:
21h00

✓ CONVIDADOS ESPECIAIS:

- Prof. Doutora Teresa Vilaça
  Adriana Relvas

Figura 13 - Panfleto do café para pais

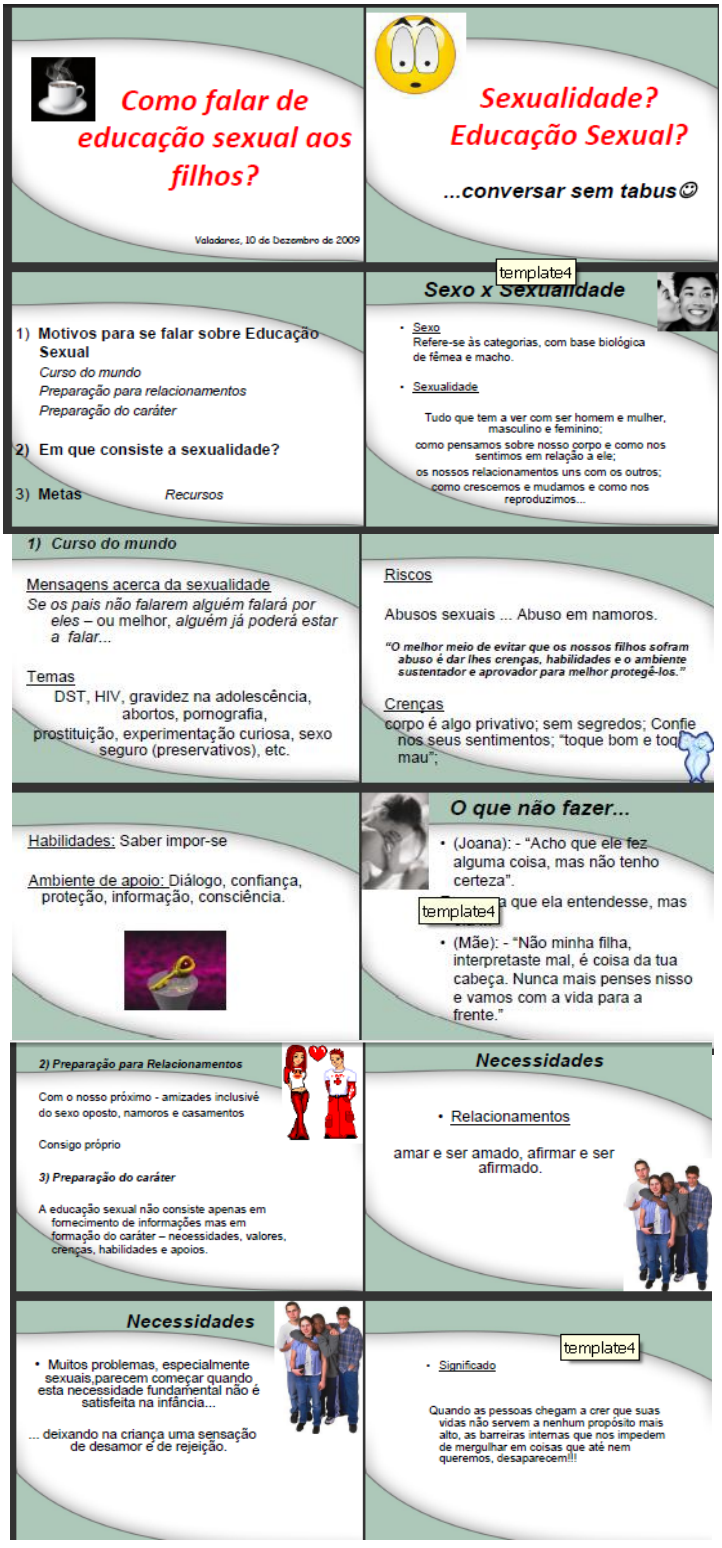
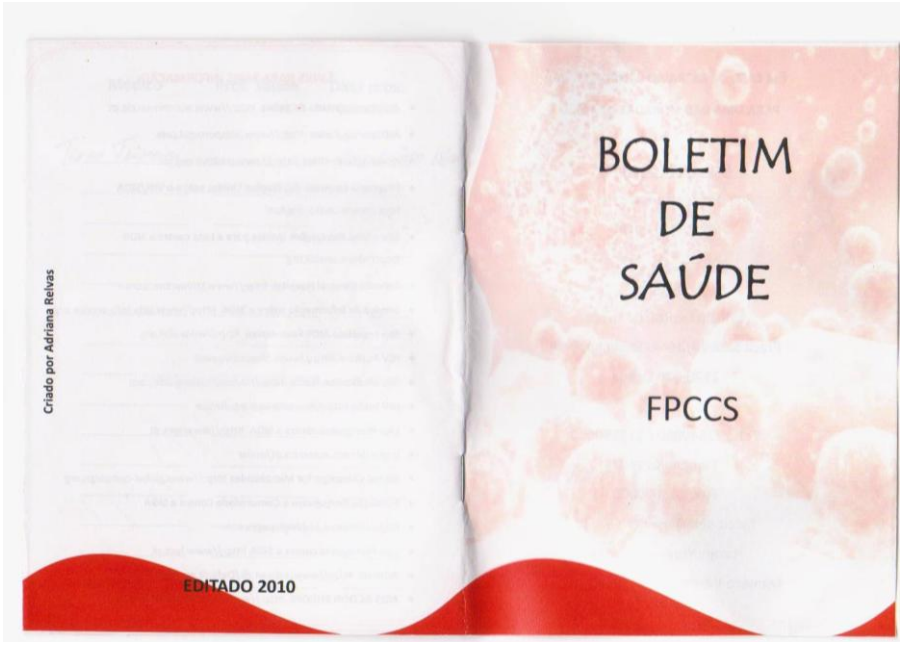


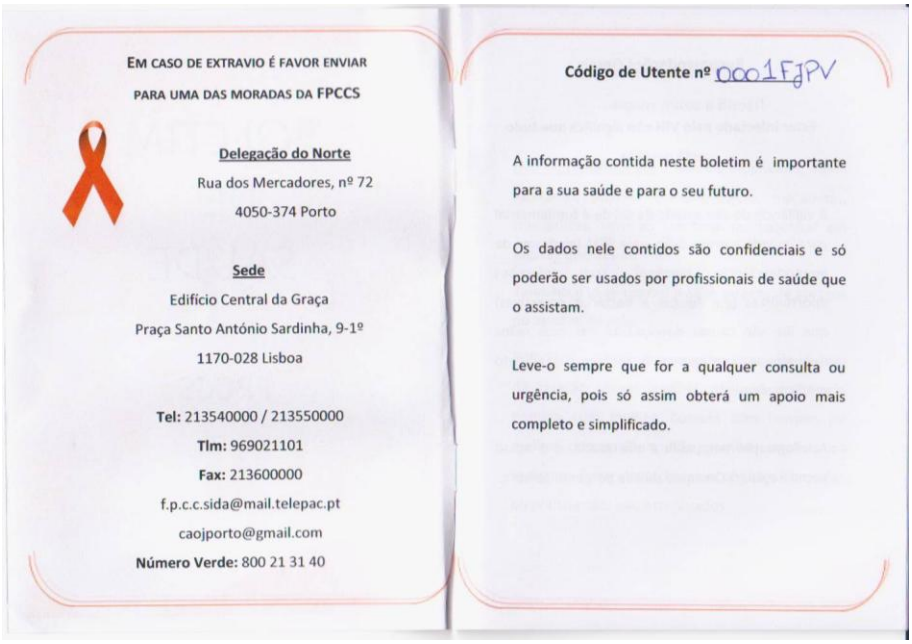
Figura 14 - Apresentação electrónica utilizada

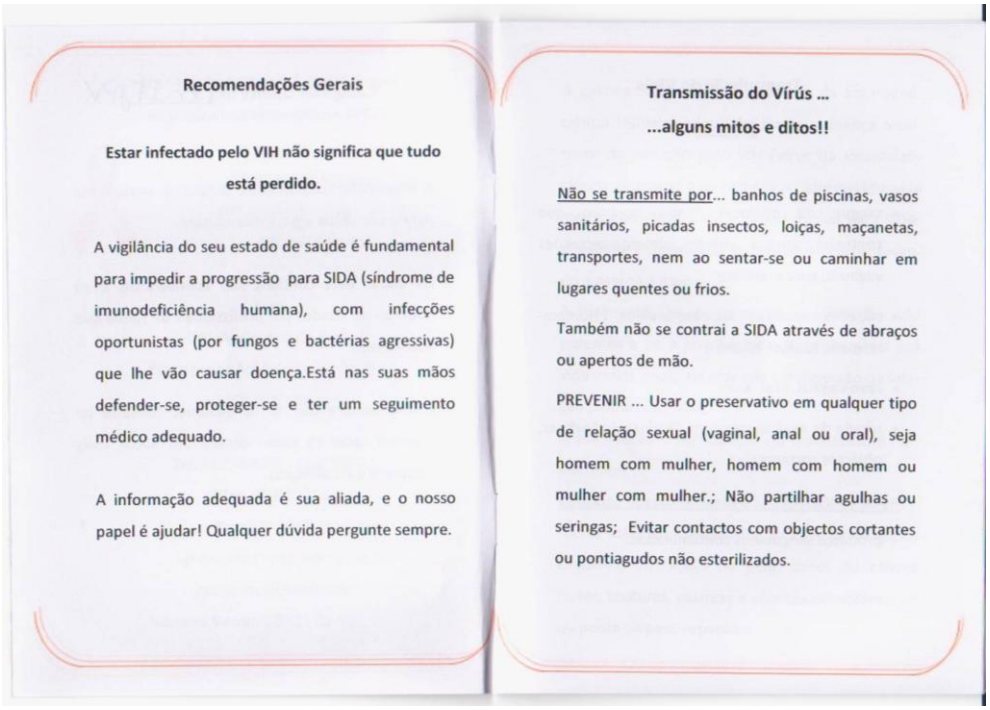


Figura 15 – Mensagem final dos Cafés para Pais em apresentação electrónica.

Anexo VI - Boletim de Saúde Validado







Recomendações Gerais

Estar infectado pelo VIH não significa que tudo está perdido.

A vigilância do seu estado de saúde é fundamental para impedir a progressão para SIDA (síndrome de imunodeficiência humana), com infecções oportunistas (por fungos e bactérias agressivas) que lhe vão causar doença.Está nas suas mãos defender-se, proteger-se e ter um seguimento médico adequado.

A informação adequada é sua aliada, e o nosso papel é ajudar! Qualquer dúvida pergunte sempre.

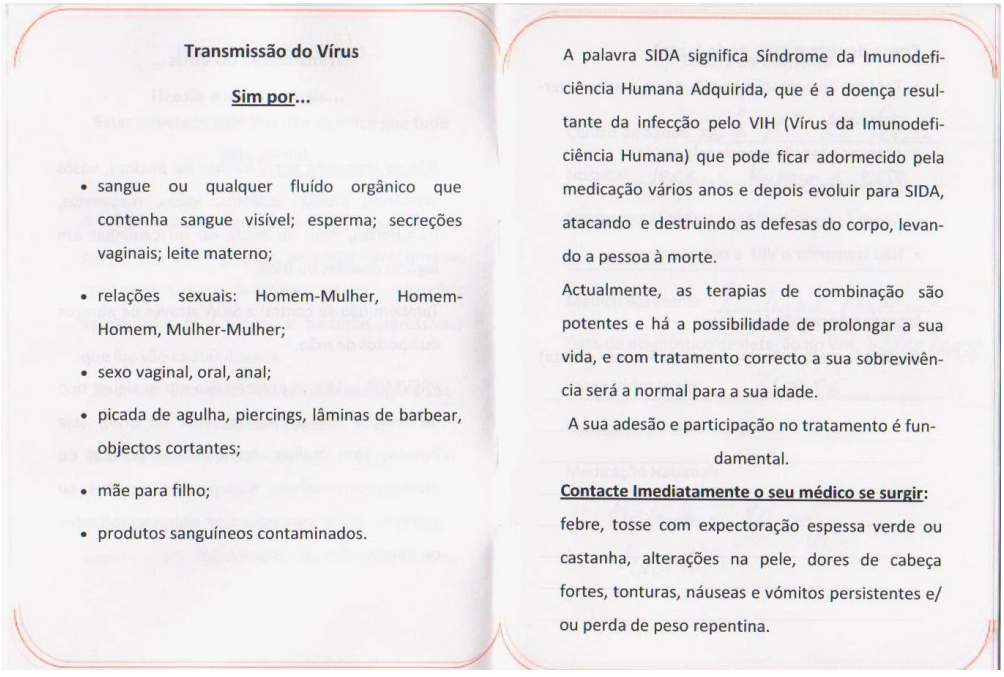
Transmissão do Vírús ...

...alguns mitos e ditos!!

Não se transmite por... banhos de piscinas, vasos sanitários, picadas insectos, loiças, maçanetas, transportes, nem ao sentar-se ou caminhar em lugares quentes ou frios.

Também não se contrai a SIDA através de abraços ou apertos de mão.

PREVENIR ... Usar o preservativo em qualquer tipo de relação sexual (vaginal, anal ou oral), seja homem com mulher, homem com homem ou mulher com mulher.; Não partilhar agulhas ou seringas; Evitar contactos com objectos cortantes ou pontiagudos não esterilizados.



Transmissão do Vírus

Sim por...

- sangue ou qualquer fluído orgânico que contenha sangue visível; esperma; secreções vaginais; leite materno;
- relações sexuais: Homem-Mulher, Homem-Homem, Mulher-Mulher;
- sexo vaginal, oral, anal;
- picada de agulha, piercings, lâminas de barbear, objectos cortantes;
- mãe para filho;
- produtos sanguíneos contaminados.

A palavra SIDA significa Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida, que é a doença resultante da infecção pelo VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) que pode ficar adormecido pela medicação vários anos e depois evoluir para SIDA, atacando e destruindo as defesas do corpo, levando a pessoa à morte.

Actualmente, as terapias de combinação são potentes e há a possibilidade de prolongar a sua vida, e com tratamento correcto a sua sobrevivência será a normal para a sua idade.

A sua adesão e participação no tratamento é fundamental.

Contacte Imediatamente o seu médico se surgir: febre, tosse com expectoração espessa verde ou castanha, alterações na pele, dores de cabeça fortes, tonturas, náuseas e vómitos persistentes e/ou perda de peso repentina.

Como doente o que pode fazer?

- Ter uma alimentação equilibrada e praticar exercício físico;
- Atenuar a tensão emocional;
- Evitar infecções;
- Aderir às consultas, às análises e à terapêutica
- Não transmitir o VIH a outras pessoas.

Intercorrências Relevantes

(registado pelo próprio: sinais/sintomas e data)

Locais de Consulta

Centro de Saúde Santa Mª da Feira

Hospital Joaquim Urbano - Porto

Outras Inst. Saúde CRIO. Feira

Médico Assistente Dr Tiago Teixeira.

Data de diagnóstico de deteção do VIH 31/10/2008

Carga Vírica Inicial 26056

Contagem de CD 4 Inicial 310

Medicação Habitual:

Metadona 80 mg.
Bactrim.

Antecedentes Pessoais

Doenças crónicas? Sim, quais?

HTA.

Consumo habitual de álcool? Se SIM ___ Gr/dia

Tabaco 30 cigarros/dia há 22 anos

Drogas? Se sim: Tipo Extásico, Cocaína, Heroína.

Dose ___ Há quanto tempo?

Programa de Reabilitação? Sim ☒ Não ☐

Metadona: Sim ☒ Não ☐

Dose 80 mg.

CRIO STa Mª Feira

1ª Consulta com Boletim

CD 4 457

Data: 17/12/2009 Carga Viral < 20 cp

Dados Clínicos Ansiedade marcada com diminuição da concentração, Astenia. Vigil, consciente, orientado no T e E. IMC: 17 H.D. estável. edema do membro inferior bimaleolar.

Dados laboratoriais

Pedido estudo analítico e contagem CD4 e carga vírica.

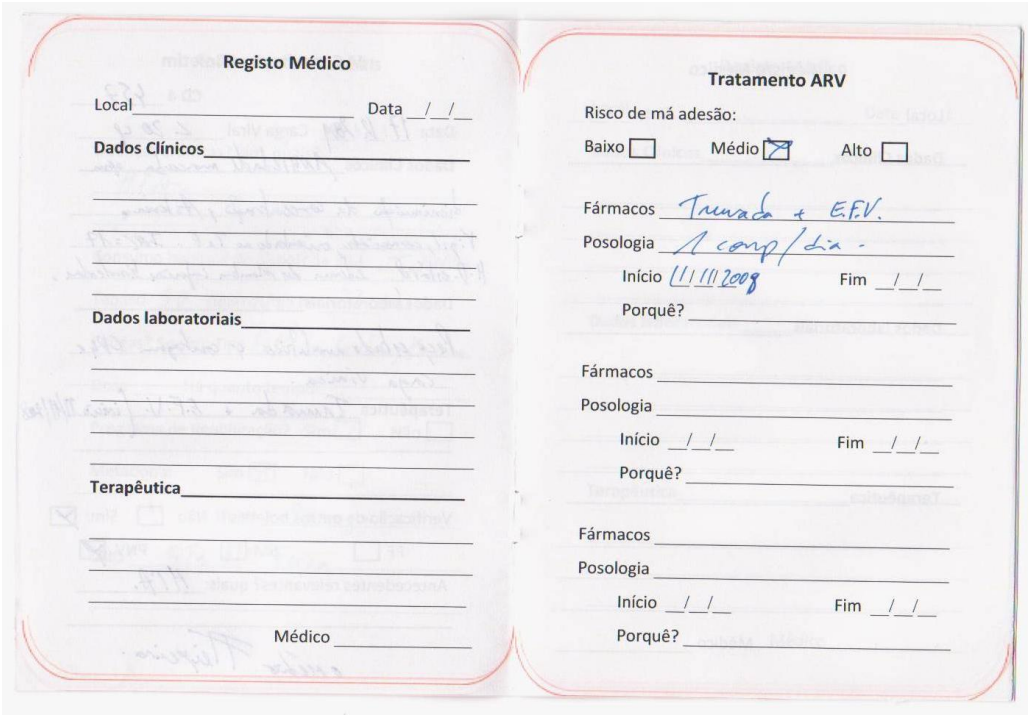
Terapêutica Tomada + E.F.V. (início 11/11/2008)

Verificação de outros boletins? Não ☐ Sim: ☒

PF ☐ SM ☐ PNV ☒

Antecedentes relevantes? quais: HTA.

o Médico Fleixeira.



Registo Médico

Local _____ Data __/__/__

Dados Clínicos_____

Dados laboratoriais_____

Terapêutica_____

Médico _____

Tratamento ARV

Risco de má adesão:

Baixo ☐ Médio ☒ Alto ☐

Fármacos Truvada + E.F.V.

Posologia 1 comp/dia

Início 1/11/2008 Fim __/__/__

Porquê? _____

Fármacos _____

Posologia _____

Início __/__/__ Fim __/__/__

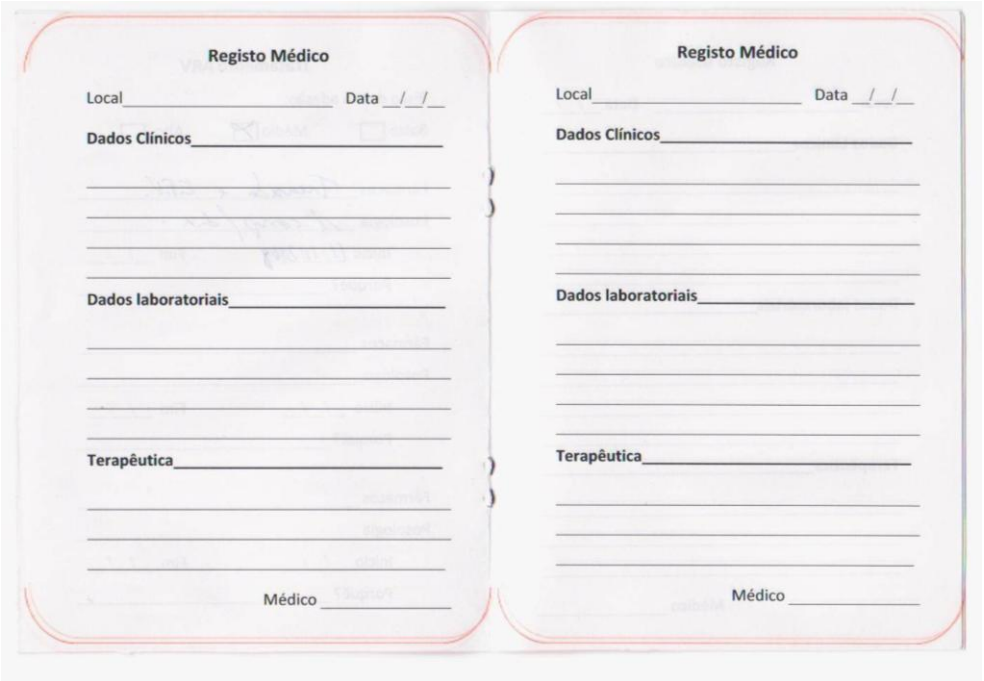
Porquê? _____

Fármacos _____

Posologia _____

Início __/__/__ Fim __/__/__

Porquê? _____



Registo Médico

Local _____ Data __/__/__

Dados Clínicos_____

Dados laboratoriais_____

Terapêutica_____

Médico _____

Registo Médico

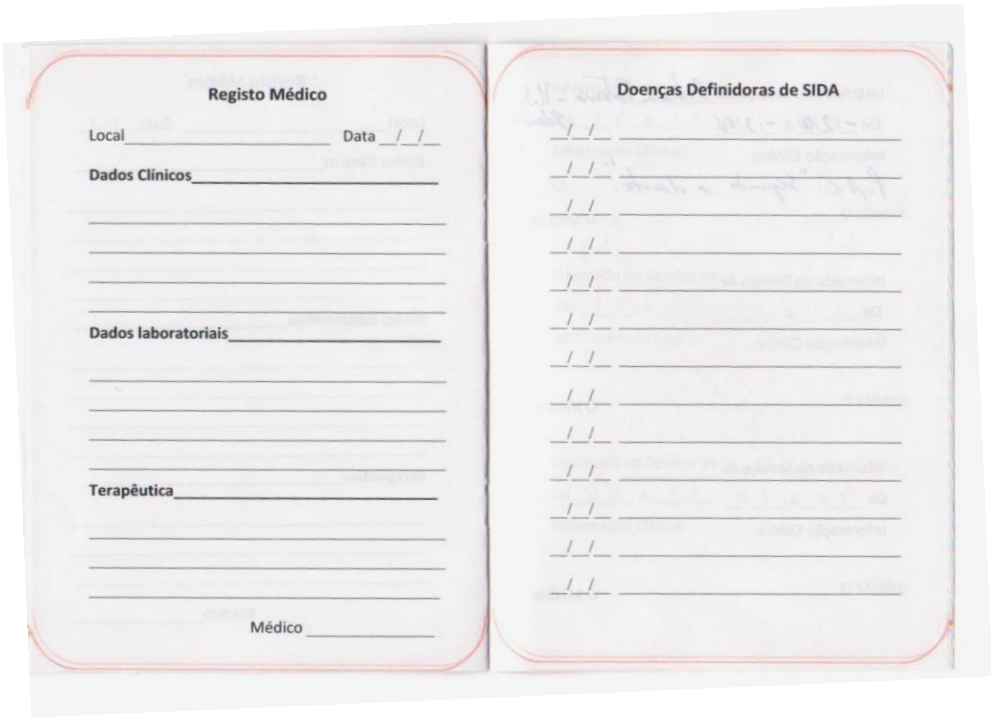
Local _____ Data __/__/__

Dados Clínicos_____

Dados laboratoriais_____

Terapêutica_____

Médico _____



Registo Médico

Local _____ Data __/__/__

Dados Clínicos_____

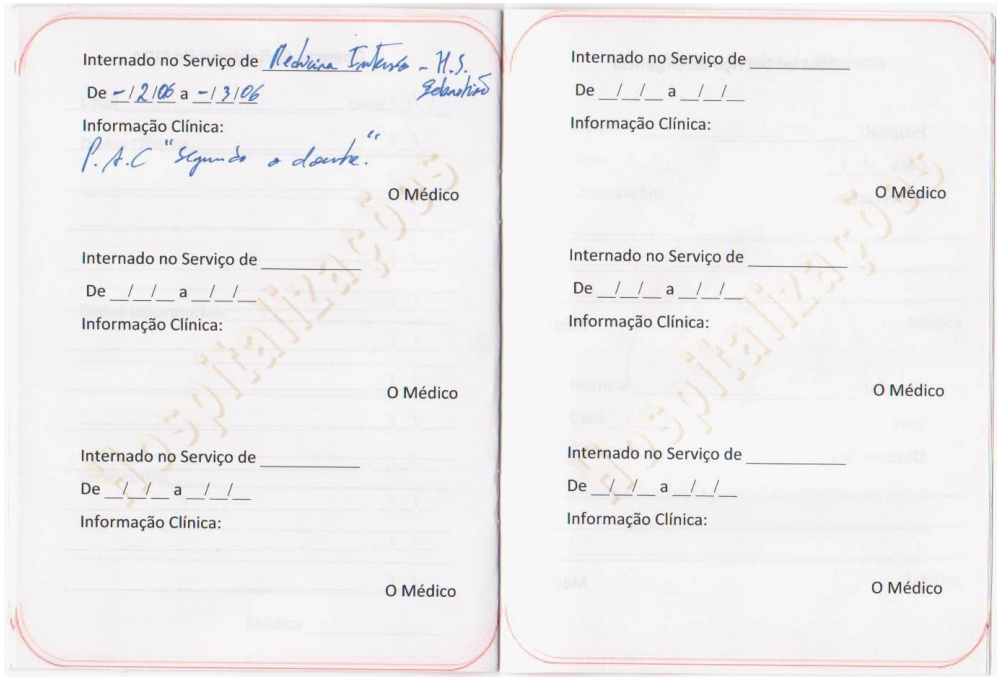
Dados laboratoriais_____

Terapêutica_____

Médico _____

Doenças Definidoras de SIDA

__/__/__ _____
__/__/__ _____
__/__/__ _____
__/__/__ _____
__/__/__ _____
__/__/__ _____
__/__/__ _____
__/__/__ _____
__/__/__ _____
__/__/__ _____
__/__/__ _____
__/__/__ _____
__/__/__ _____



Internado no Serviço de Medicina Interna - H.S. Sebastião
De -/2/06 a -/3/06
Informação Clínica:
P.A.C "segundo a doente."

O Médico

Internado no Serviço de _____
De __/__/__ a __/__/__
Informação Clínica:

O Médico

Internado no Serviço de _____
De __/__/__ a __/__/__
Informação Clínica:

O Médico

Internado no Serviço de _____
De __/__/__ a __/__/__
Informação Clínica:

O Médico

Internado no Serviço de _____
De __/__/__ a __/__/__
Informação Clínica:

O Médico

Internado no Serviço de _____
De __/__/__ a __/__/__
Informação Clínica:

O Médico



Idas ao Serviço de Urgência

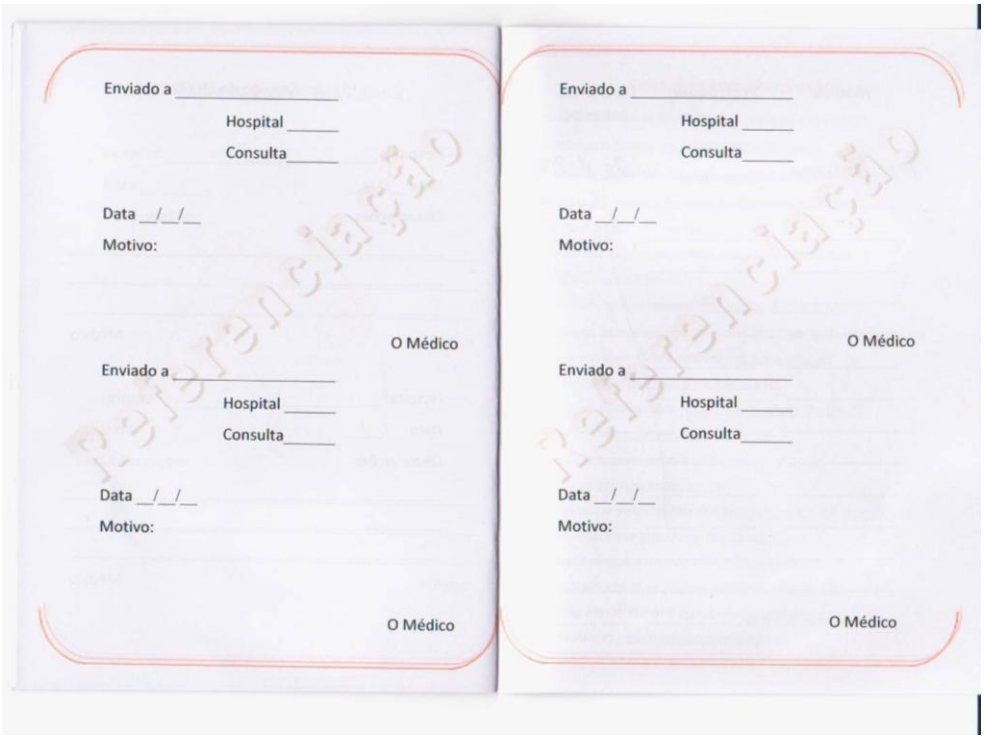
Hospital _____
Data __/__/__
Observações
_____
_____
_____
Médico

Hospital _____
Data __/__/__
Observações
_____
_____
_____
Médico

Idas ao Serviço de Urgência

Hospital _____
Data __/__/__
Observações
_____
_____
_____
Médico

Hospital _____
Data __/__/__
Observações
_____
_____
_____
Médico



Enviado a _____
Hospital _____
Consulta_____
Data __/__/__
Motivo:
O Médico

Enviado a _____
Hospital _____
Consulta_____
Data __/__/__
Motivo:
O Médico

Enviado a _____
Hospital _____
Consulta_____
Data __/__/__
Motivo:
O Médico

Enviado a _____
Hospital _____
Consulta_____
Data __/__/__
Motivo:
O Médico



Médico	Prof. Saúde	Data próx. consulta
Tiago Teixeira		20/1/2010 18h00
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__
		__/__/__

LINKS PARA MAIS INFORMAÇÃO:

- **Alto Comissariado da Saúde** http://www.acs.min-saude.pt
- **AIDSportugal.com** http://www.aidsportugal.com
- **Associação Positivo** http://www.positivo.org.pt
- **Programa conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA** http://www.unaids.org/en/
- **Site oficial das Nações Unidas para a Luta contra a SIDA** http://www.unaids.org
- **Toronto General Hospital** http://www.tthhivclinic.com
- **Serviço de Informação sobre a SIDA** http://www.sida-info-service.org
- **San Francisco AIDS Foundation** http://www.sfaf.org
- **HIV Positive** http://www.hivpositive.com
- **HIV Medication Guide** http://hivmedicationguide.com
- **HIV InSite** http://hivinsite.ucsf.edu/InSite
- **Liga Portuguesa contra a SIDA** http://www.lpcs.pt
- http://abraco.esoterica.pt/mnlw
- **Global Campaign for Microbicides** http://www.global-campaign.org
- **Fundação Portuguesa a Comunidade Contra a SIDA**
- http://filomena.tx.googlepages.com
- **Liga Portuguesa contra a SIDA** http://www.lpcs.pt
- **AIDSnet** http://www.aidsnet.dk/Default.aspx?ID=2366
- **AIDS ACTION EUROPE** http://www.aidsactioneurope.org

Anexo VII - Caso Clínico de utente infectado com VIH

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: E.C.S.

Sexo: masculino

Idade: 56 anos

Naturalidade: Santa Maria da Feira

Residência: Lourosa

Estado Civil: casado

Profissão: aposentado desde 2003

Fonte: o próprio

Local/ Data: internamento do Serviço de Infecciologia do Hospital Joaquim Urbano (HJU) a 11.06.09

Motivo de Internamento

Erupção vesicular torácica unilateral à direita, interessando a 3 dermátomos (T3 a T6)

História da Doença Actual

Indivíduo com o diagnóstico de co-Infecção pelos Vírus da Imunodeficiência Humana do Tipo 1 (VIH-1) e Vírus da Hepatite B (VHB) em 2002, seguido em consulta externa de Infecciologia do HJU, recorreu ao Serviço de Atendimento Permanente do HJU a 9 de Junho de 2009 por um quadro com 3 dias de evolução. A 6 de Junho de 2009, refere aparecimento de arrepios de frio e hipersudorese, que se mantiveram por dois dias. Desconhece se teve febre. Nega qualquer outra sintomatologia concomitante. A 6 de Junho de 2009 auto-medicou-se com 1 comprimido de Nimed® (nimezulide). A 8 de Junho, de manhã, constatou o aparecimento de múltiplas lesões vesiculares, pruriginosas, no hemitórax esquerdo, anterior e posteriormente, associadas a dor "tipo cão a ferrar" (SIC), razão pela qual recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de São Sebastião, tendo sido posteriormente orientado para o HJU, onde ficou internado a 9 de Junho de 2009. Refere antecedentes de Zona em 2003.

Antecedentes pessoais

Antecedentes médicos:

- Diagnóstico de Infecção pelo VIH-1 em 2002, risco sexual (contacto com prostitutas) seguido em consulta externa de Infecciologia do HJU pela Dra. Ana Paula Tavares; já fez vários esquemas de terapêutica anti-retrovírica
- Diagnóstico de Infecção pelo VHB em 2002
- Meninginte tuberculosa em Março de 2003; esteve internado no HJU; completou 12 meses de terapêutica no SLAT de Santa Maria de Lamas

- Diabetes Mellitus tipo 2 (não se recorda da data de diagnóstico)
- Hipertensão Arterial (não se recorda da data de diagnóstico)

Antecedentes cirúrgicos:

- Cirurgia a fístula anal em 2000, no Hospital de São Sebastião; cirurgia sem complicações e sem sequelas
- Circuncisão em 2001, no Hospital de São Sebastião; cirurgia sem complicações e sem sequelas

Doenças na infância:

- Desconhece
-

Medicação habitual:

- Truvada® (TDF+FTC) 1 comp./dia
- Kaletra® (LPV/r) 2 comp. 12/12h
- Invirase® (SQV) 2 comp 12/12h
- Daonil® (Glibenclamida) 5mg, 1 comp. antes das principais refeições
- Avandamet® (Rosiglitazona/Metformina) 4mg/1000mg, 1 comp. ao almoço + 1 comp. ao jantar
- Glucobay® (Acarbose) 100mg, 1 comp ao pequeno almoço + 1 comp. ao jantar
- Ramipril 10mg, 1 comp./dia

Imunizações:

- Actualização da vacina anti-tetânica em 2007

Alergias:

- Nega alergias a fármacos ou outras

Transfusões sanguíneas

- Nega transfusões sanguíneas

Traumatismos/Acidentes:

- Nega

Viagens/ Residências anteriores:

- Serviço militar em 1974, durante 12 meses, em Moçambique; nega intercorrências infecciosas durante este período; trabalhava como cozinheiro
- Residência na Suiça, em Berna, de 1994 a 1998, onde trabalhou como operário numa empresa de pavimentos

Hábitos/ Estilos de vida/ Contacto com animais:

- Dieta diversificada
- Nega consumo de álcool, tabagismo e consumo de drogas ilícitas
- Nega prática de exercício físico
- No jardim de sua casa tem 1 cão e faz criação de pavões, codornizes, galinhas e faisões
- Nega ingestão de queijo fresco ou leite não pasteurizado
- Nega ingestão de água não canalizada
- Nega actividades no campo como passeios ou caça

Antecedentes Familiares

- Mãe faleceu aos 63 anos, tinha Diabetes Mellitus tipo 2, desconhece causa de morte.
- Pai faleceu aos 65 anos, desconhece causa de morte
- 14 irmãos; 5 faleceram:
    - 2 morreram com cirrose hepática, quando tinham cerca de 30 anos
    - 1 morreu aos 9 anos num acidente de trabalho
    - 2 faleceram de meningite, um com 3 meses e outro com 3 anos
- Tem 3 filhos do sexo masculino saudáveis; 2 gémeos de 23 anos e um de 38 anos
- Tem 1 neto de 4 anos
- A sua mulher é portadora do VIH-1

Antecedentes Psicossociais

- Completou o 4º ano de escolaridade
- Aposentado desde 2003; mas mantém actividade profissional oficiosa como gestor de uma pequena empresa de transportes, de um café-restaurante e de um supermercado, tendo à sua responsabilidade 35 funcionários
- Vive numa vivenda com boas condições higieno-sanitárias

Revisão por Aparelhos e Sistemas

Geral

- Nega fadiga, mal-estar geral, perda de peso, anorexia

Sistema Cardiovascular

- Nega dor no pré-córdio, ortopneia, dispneia paroxísitca nocturna, palpitações, síncope, tonturas, edemas, claudicação dos membros inferiores

Sistema Respiratório

- Nega tosse, expectoração, dispneia, hemoptises, expectoração hemoptóica, pieira, dor torácica de características pleuríticas

Sistema Digestivo

- Nega odinofagia, disfagia, azia, saciedade precoce, regurgitação, refluxo, pirose, dor abdominal, distensão abdominal, náuseas, vómitos, diarreia, obstipação, hematemeses, melenas, rectorragias e dor anal

Sistema urinário

- Nega disúria, poliúria, polaquiúria, urgência, oligoanúria, noctúria, hesitação, gotejamento terminal, incontinência urinária e colúria

Sistema neurológico

- Nega cefaleias, vertigens, alterações da marcha, convulsões, tremor, défices focais (motores, sensitivos), parestesias, alterações da memória, da fala, do discurso, do sono, da concentração, da visão e da audição

Sistema endocrinológico

- Nega polifagia, polidipsia, agitação, intolerância ao calor, suores das mãos e queda de cabelo

Sistema músculo-esquelético

- Nega dor, limitação funcional, rigidez, diminuição da força, mialgias e artralgias

EXAME OBJECTIVO

Aspecto geral

- Consciente, comunicativo, colaborante, bem disposto, orientado no tempo e no espaço. Idade aparente igual à idade real. Corado e hidratado. Sem posição preferencial no leito e sem dificuldades na movimentação

Sinais Vitais

- TA: 134/82 mmHg (medida em decúbito dorsal)
- FR: 16 c.p.m.
- FC: 87 b.p.m.

Parâmetros antropométricos

- Peso: 69 kg
- Altura: 1,66 m
- IMC: 25,03

Cabeça e Pescoço

- Cabeça sem deformações, com alopécia, pavilhão auricular sem lesões e com implantação normal
- Olhos com escleróticas anictéricas e conjuntivas coradas

- Nariz sem deformações, sem desvio do septo
- Mucosa oral corada, dentição incompleta, em bom estado, sem lesões na língua. Sem halitose, sem hipertrofia das glândulas salivares, sem candidose oral
- Pescoço simétrico, sem dismorfias, sem tumefacções, tiróide não palpável, sem adenopatias palpáveis

Tórax

- Tórax sem alterações do diâmetro ântero-posterior, sem assimetrias, sem retracção dos espaços intercostais e supraclaviculares, sem alterações nos movimentos respiratórios, sem tumefacções
- À palpação sem zonas de hipersensibilidade, sem massas ou trajectos fistulosos, com expansão torácica simétrica
- Pulmões ressonantes à percussão
- Auscultação pulmonar com presença de murmúrio vesicular, simétrico, sem ruídos adventícios audíveis
- Erupção vesicular torácica unilateral à direita, interessando a 3 dermátomos (T3 a T6), com vesículas em fase de cicatrização com crosta

Coração

- Sem alterações da pressão venosa jugular, artérias carótidas com amplitude normal e rítmicas, sem frémitos ou sopros audíveis.
- Choque da ponta palpável na intersecção da linha médio-clavicular com o 5º espaço intercostal, com 1 cm de diâmetro
- Auscultação cardíaca com S1 e S2 audíveis e rítmicos, sem sopros audíveis.

Abdómen

- Abdómen globoso, sem dismorfias, sem tumefacções, sem assimetrias, sem hérnias visíveis, sem circulação venosa colateral
- Presença de ruídos hidroaéreos, sem sopros audíveis.
- Abdómen mole e depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem hérnias ou massas palpáveis, sem defesa, contratura ou sinais de irritação peritoneal
- Fígado com *span* hepático de 6 cms, com bordo liso sem irregularidades. Sinal de Murphy vesicular negativo.
- Sinal de onda negativo
- Baço e rins não palpáveis. Murphy renal negativo.

Membro superior

- Mobilização indolor, sem alterações da tonicidade muscular e da morfologia, sem edemas
- Sem alterações ungueais
- Pulso radiais simétricos, amplos, rítmicos e regulares

Membro Inferior:

- Mobilização indolor, sem alterações da tonicidade muscular e da morfologia, sem edemas, sem alterações tróficas da pele
- Sem alterações ungueais
- Pulsos pediosos simétricos, amplos, rítmicos e regulares

Órgão genitais

- Sem alterações

Exame ano-rectal

- Não efectuado

Coluna vertebral e Sacro

- Sem dismorfias, sem desvios
- Palpação indolor das apófises espinhosas e dos corpos vertebrais

Exame Neurológico

- Consciente, colaborante, orientado no tempo e no espaço
- Sem défices cognitivos, sem alterações do discurso e da linguagem
- Sem défices sensitivos ou motores dos pares cranianos
- Sem défices sensitivos ou motores da restante enervação
- Sem alterações do equilíbrio, da coordenação e da marcha
- Sem diminuição da força dos membros. Sem alterações do tónus muscular
- Sem tremores, bradicinésias, rigidez, espasticidade, movimentos involuntários
- Sem alterações da área de implantação e da intensidade da resposta dos reflexos tendinosos

LISTA DE PROBLEMAS

1. Erupção vesicular torácica unilateral à direita, interessando a 3 dermátomos (T3 a T6)
2. Infecção pelo VIH
3. Hepatite B Crónica
4. Diabetes Mellitus tipo 2
5. Hipertensão Arterial

Anexo VIII - Sentimentos ... emoções escondidas que nos fazem crescer...

Dia 5 de Junho de 2009

Com grande alegria recebi notícia que a minha proposta de mestrado, a iniciar ainda neste meu 5º ano do curso de Medicina, foi aprovada!

"Estão lançados os dados, assinado o contrato, traçado o percurso, selado o envelope". Apertem os cintos, que a aventura vai começar!!!

Para se fazer missão não é preciso ir para longe, e que ninguém leve a mal, que os que vão para longe muito fazem… muito querem fazer… eu própria sempre tive dentro de mim a curiosidade e o espírito intuitivo de ir em busca de ajudar e sentir que ajudo!! Contudo, reflecti e, por obra do destino ou não percebo bem porquê, fui chamada a ajudar aqui bem pertinho, como se uma voz fininha do vento, ao de leve me chamasse… e eu fui… e gostei… e viajei por entre mares e fundos sem semelhança com o mundo em que nasci, cresci e fui crescendo… uma espécie de paralelismo alternante entre um mundo que nos parece equilibrado e um desequilibrado… em que "uma esfera é um cubo" e eu, que jamais tinha visto cubos, quantos outros sólidos ao longo deste trajecto irei descobrir?!!! E nesse "chamamento" fez-se luz: "pirlimpimpim e a Sida é assim!". Existe, e merece ser prevenida, e merece ser tratada, e merece atenção e promoção de qualidade de vida… sofrem os inocentes, sofrem os transeuntes, sofrem todos aqueles que sabem que ela existe, que a têm em casa, no hospital ou até mesmo os não convivas, mas com algum coração!!!!

Sinto-me feliz, isso é uma certeza, sinto que estou a fazer algo de bom, nem que seja uma migalhinha nesse mundo disperso, difuso e complexo. Não fui para longe, ainda hei-de ir, se a vida assim proporcionar, há tanto a fazer por esse mundo fora!... Estou bem perto. E bem perto, a toda a hora do dia, viajo em vidas totalmente distantes e até perdidas na imensidão do desconhecido, do desprevenido, do "deixa andar" ou do "nem quero saber… depois vê-se!"…

E eu vou lutar por um novo ar! E vou trabalhar e vou-me empenhar!

Tentar modificar, e quem sabe CUIDAR! Afinal, não quero ser uma médica que não vê, que não quer ver ou que só vê esferas, preferindo não ver ou deixar andar os cubos e os outros mundos, como se de sólidos ou de outros objectos se tratasse e não de PESSOAS! ... Que há muitas formas de incompetência, e há muitas formas de negligência… a passividade, nunca a admirei e a nobreza do espírito vê-se nas acções!…

A missão de ajudar, prevenir e reflectir, estampada no rosto dos que já o fazem com a leveza de uma pena, faz-me acreditar e "acreditando um novo Homem nasce!"… Por tudo isto, o meu muito obrigada! Hoje começo uma jornada, que não sei quando terá fim…☺

Adriana Relvas



31 de Dezembro de 2009, o último dia de um ano marcante...para muitos apenas mais um dia, para outros menos um...para mim, um bom dia para fazer o balanço desta experiência!

Desde o início deste meu projecto, considerei o papel médico um papel privilegiado para promover a mudança de comportamentos que visem um maior bem-estar e qualidade de vida nos indivíduos e comunidades. Obter mudanças de comportamentos foi um objectivo sempre presente ao longo de todo este percurso, estando ciente que era um desafio, dada a dificuldade e morosidade de um processo que envolve mudanças comportamentais.

Tive de dar uso à minha capacidade de organização, que por muitas vezes achava exagerada, mas que se tornou imprescindível para cumprir o plano traçado, perante adversidades e obstáculos que foram surgindo inesperadamente. O limite temporal das oitenta horas propostas foi substituído por intensos oito meses, um turbilhão de sentimentos, emoções, pequenas derrotas e vitórias, que fizeram com que tudo valesse a pena.

O mundo que achava que iria encontrar não era o mesmo, era algo desconhecido, que evidencia o sofrimento humano de um também nosso Porto... de um também nosso Portugal.

Gostava de ter outras experiências destas noutros países, para perceber se a "SAUDADE" também faz sofrer assim outros povos, quando atingidos pelo temível vírus do VIH. Temem-no os que o têm no sangue, os que sofrem porque os do seu sangue o têm, mas nem sempre o temem os que dele estão livres, e com esses, confesso, por momentos... desesperei!! Seriam precisos anos para averiguar o alcance das acções de prevenção cumpridas, adaptadas aos "planos de sessão" desenhados, reestruturadas para que me ouvissem e escutassem aqueles que não falam a mesma linguagem que a maioria da nossa população e se sentem uma minoria, porque vivem num mundo muito seu, onde as portas ficam fechadas até que eles permitam que se entre...

Antes de cada acção, elaborei uma planificação percorrendo todo um processo nem sempre simples, e que nem sempre surtiu efeito. Tive a sorte de me ter apercebido que a eficácia do meu planeamento dependia da compreensão do contexto bio-sócio-cultural envolvente, pelo que a pesquisa sistemática que efectuei preparou-me para as questões científicas que se colocariam. Contudo, a imprevisibilidade característica das populações de jovens desprotegidos e/ou "delinquentes" e das mulheres reclusas no estabelecimento prisional onde estive, obrigou-me ao estabelecimento de novas prioridades e a alterações concertadas em prol das suas participações activas nas acções de prevenção, permitindo assim a prossecução dos trabalhos de forma mais ajustada às suas necessidades.

Quando pensava que conhecimento científico, organização precisa e muito material pedagógico seriam os instrumentos ideais... esforço, persistência, humildade, modéstia e espírito de equipa permanente foram as minhas armas. Desenvolvendo solidariedade, a empatia foi-se criando e lá

consegui chegar, entrar, ser ouvida e escutada, numa espantosa partilha em que cresci mais do que alguma vez ao longo de seis anos de um curso.

Percebi que a participação das pessoas no processo de formação serve de trampolim para a motivação, encorajando à mudança de mentalidade e de comportamentos. Há uma certa tendência da população em geral julgar, achando que "só cai quem quer... só faz quem quer... nos dias de hoje há informação por todo o lado acessível e gratuita...". É bem verdade, mas nem sempre há cultura para a interpretar, o nível de escolaridade nem sempre o permite (na verdade fiquei perplexa com a quantidade de reclusas entre os 20 e 40 anos que nem uma frase sabiam ler ou escrever). Por outro lado, a informação chega mas nem sempre educa, nem sempre a mensagem é descodificada ou correctamente interpretada. Considero que os comportamentos prejudiciais à saúde muitas vezes se mantêm por desconhecimento dos seus riscos e dos procedimentos saudáveis. Porém, o que mais triste me deixou foi verificar que por vezes não é isso, mas sim um grande desinteresse em "saber", por acharem que "não precisam de saber disso para as suas vidas".

O resultado destes oito meses é o resultado de uma maturação reflexiva sobre os ganhos obtidos com o esforço já passado, devidamente reformulado, com vista à maximização do aproveitamento do estágio para prevenir o VIH e apoiar as pessoas infectadas. E, porque de Pessoas se trata, "não podia deixar ninguém ficar mal" e é com enorme satisfação que termino este estágio.

Entendo que este estágio deverá ser revisto e considerado numa perspectiva temporal alargada, contemplando avaliações e indicadores susceptíveis de avaliação a longo prazo. Um estudo transversal poderia verificar a efectividade na mudança de comportamentos da população alvo das minhas acções...

O que mais me sensibilizou foram as crianças. *"As crianças são o melhor do mundo"* sejam elas saudáveis ou infectadas, "presas", porque não tiveram quem as fizesse crescer de outra forma... reclusas por parte de uma mãe presa... em liberdade no palácio de cristal... nunca deixam de ser crianças! Entre as quatro paredes de uma prisão ou de um centro educativo, ambientes diferentes, pensamentos divergentes, mas a mesma sinceridade e pureza de sentimento capaz de cativar qualquer um! Nunca me vou esquecer dos olhos de felicidade quando às quintas e/ou sextas-feiras as ia visitar. Os mesmos olhos que no início fugiam do nosso olhar atento, os olhos de bebés que pediam colinho quando passámos a fazer parte dos seus mundos, ou os olhos que, mais velhos, nos pediam "venham-nos visitar sempre, depois de isto terminar". São olhos e olhares que nunca esquecerei.

O trabalho em equipa foi sem dúvida uma forte componente deste estágio. Psicólogas, estudantes, professoras... em equipa muito se faz, e na fundação criam-se laços para a vida. Só pelos contactos e amizades travadas já valeria o esforço. Os novos conhecimentos e aprendizagem, os gestos de apoio, a inspiração, o carinho, isso sim... são tesouros!

Com os pais tive um trabalho interessante, diferentes realidades, diferentes contextos socio-económicos, as mesmas preocupações... é bom saber que ainda há muitos pais preocupados em fazer

melhor, em educar para uma vida feliz e saudável, com muitas dúvidas que facilmente podem ser debatidas e resolvidas. Uma experiência de partilha interessante, cafés com cariz mais produtivo, noites agradáveis, e conhecimentos sedimentados.

Sinto que fiz mais do que algum dia imaginei, que senti mais do que alguma vez ponderei. Atravessei uma parede e nunca mais terei a mesma visão que tinha do outro lado, apenas vi e fui sentindo, com a certeza que, quanto mais tempo ficasse, mais veria e mais faria, porque o crescimento, esse, nunca mais partiria...Este não é um Adeus, é um Até já!).

Hoje, ainda mais do que ontem, acredito que as estratégias de intervenção são essenciais à adesão e motivação da nossa população e considero fundamental a colaboração com as ONG's e outras Instituições no sentido de cativar, motivar e produzir novos resultados.

Ser seropositivas... duas palavrinhas, uma imensidão de tormentos, uma família "abanada"… e eu, uma pequena formiga sem grande "coisa" poder dar, como estudante de medicina e como pessoa... fiz o que pude: estudei, investiguei, sistematizei, tentei dar armas para que auto-regulassem as suas saúdes, assisti e até discuti um ou outro caso, mas na verdade sinto que não tenho ainda medicina que chegue para os abraçar como merecem... ouvi, esperei, escutei os medos, anseios e necessidades, informei e eduquei, alertei para sinais SOS… mas espero um dia fazer muito mais!!

Posso ser apenas uma formiguinha neste imenso mundo do VIH/SIDA… as formigas sempre foram e sempre serão pequenas... mas juntas constroem castelos de areia!

Resta-nos acreditar e investir, darmos um pouco de nós, que esse pouco não morre; multiplica-se, e dá lugar a uma sensação plena de bem-estar.

Sentimentos, emoções escondidas que nos fazem crescer... e tão difíceis de escrever!!

Obrigada a todos os que tocaram este meu coração e o fizeram bater mais forte a cada compasso, a todos os que comigo partilharam as suas vidas e me deixaram entrar nos seus complexos mundos, mostrando-me a "sortuda" que sou no meu mundo simples... a todos o que me ensinaram que vale sempre a pena sorrir!☺

Adriana Relvas

