



A PRESCRIPÇÃO

Promovendo a Utilização Racional de Medicamentos e a Administração Correta de Casos nos Serviços Básicos de Saúde
Publicação do Fundo das Nações Unidas para a Infância em cooperação com a Organização Mundial da Saúde e o UNAIDS

HIV/AIDS: Prevenção, tratamento, cuidado

EM 1998, MAIS DE 32 MILHÕES DE PESSOAS tinham sido infectadas pelo HIV, o vírus que provoca a AIDS. Mais 12 milhões tinham morrido de HIV/AIDS desde o início da epidemia, nos finais da década de 1970. Sé em 1997, 2,3 milhões morreram dessa doença. Cerca de metade dessas mortes, foram mortes de mulheres e, 460.000 foram de crianças com idade inferior a 15 anos.

O vírus continua a alastrar rapidamente, provocando 16.000 novas infecções por dia. Em 1997, isso significou 5,8 milhões de novas infecções, entre as quais se incluíam 600.000 crianças.

O HIV/AIDS já se encontra entre as 10 principais causas de morte no mundo e o seu impacto virá a ser ainda maior. Em primeiro lugar, porque o HIV/AIDS está a alastrar muito depressa. Em segundo, porque pode levar muitos anos a desenvolver uma vacina eficaz e mais ainda a descobrir uma cura. Muitos peritos crêem que o HIV depressa subirá para os cinco primeiros lugares de causas de morte, ultrapassando uma causa tão significativa como as doenças diarreicas.

O HIV/AIDS está concentrado nos países em vias de desenvolvimento. Na verdade, está concentrado nos países mais pobres com menos possibilidades de suportarem os cuidados com as pessoas infectadas. Em muitos países industrializados, as taxas de infecção estão a cair devido a programas de prevenção. O mesmo acontece com os números de casos de AIDS, em grande parte devido a novos tratamentos à base de medicamentos que retardam o desenvolvimento da AIDS.

A região mais afectada pelo HIV/AIDS é a África Sub-Saariana. Nesta região, vivem quase 21 milhões de pessoas com HIV. Pelo menos 83% das mortes relacionadas com o HIV/AIDS do mundo, ocorrem aí. Dentro da África Sub-Saariana, o sul e o leste são os mais atingidos. (As taxas de infecção são mais baixas na África Ocidental, mas continuam a subir). Em alguns destes países, um número tão elevado como 20% dos adultos, está contaminado pelo HIV. Os níveis de infecção são ainda mais elevados nas áreas urbanas. Numa cidade do Zimbabwe, um estudo demonstrou que 59% das grávidas tinham HIV. Mas mesmo em situações tão extremas, fortes programas de prevenção poderão ter impacto. O Uganda conseguiu diminuir as taxas de infecção tanto nas áreas urbanas, como nas rurais.

No norte de África e no Médio Oriente, os níveis de infecção são actualmente baixos e calcula-se que apenas 200.000 pessoas tenham HIV. No entanto, encontram-se presentes comportamentos de risco que podem levar ao rápido alastramento.

Desde o início da década de 1990, o HIV alastrou rapidamente em muitos países do sul e do sudeste da Ásia. O número de novas infecções por dia na Ásia é hoje em dia quase tão elevado como na África Sub-Saariana. A Índia já tem cerca de 4 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, mais do que qualquer outro país do mundo.

A Europa de Leste foi recentemente atingida por um significativo aumento de infecções pelo HIV. Desde 1994, as taxas de infecção pelo HIV subiram cerca de seis vezes em toda a região. Vários países da ex-União Soviética, incluindo a Federação Russa e a Ucrânia, registraram aumentos muito elevados, muitos deles relacionados com as práticas de injeção de droga sem segurança.

A situação na América Latina e no Caribe varia. Em alguns países, particularmente no Caribe, os níveis de infecção sobem rapidamente. No Haiti e na República Dominicana, 85 das mulheres grávidas nas áreas urbanas estão infectadas pelo HIV. No Brasil, prevê-se que perto de 10 milhões de pessoas morram de HIV/AIDS durante os próximos 12 anos.

ESTE NÚMERO FALA-LHE DE

- Como é que os profissionais da área da saúde podem ajudar a prevenir o alastramento do HIV
- Medicamentos para prevenção e o tratamento de infecções relacionadas com o HIV
- Um novo tratamento de curto prazo à base de medicamentos que pode prevenir a transmissão da mãe para o filho
- HIV e alimentação de bebés
- Crianças com HIV
- O que podem os profissionais da área da saúde fazer para ajudarem as crianças órfãs devido ao HIV
- Porque motivo são o aconselhamento voluntário e confidencial e os serviços de testes de HIV recomendados
- Ajudar as pessoas com HIV/AIDS a viverem melhor
- Cuidados especiais por parte dos profissionais da área da saúde



Em todo o mundo, o impacto mais forte do HIV foi nos adultos em idade sexualmente activa (aproximadamente dos 15 aos 49). A taxa de mortalidade entre adultos atingiu mais do dobro em alguns lugares. Em muitas outras áreas, o HIV/SIDA é a principal causa de morte sem rival entre adultos. Mas o HIV afecta quase todas as faixas etárias, tanto homens como mulheres.

○ Os jovens (homens e mulheres) são o grupo onde a infecção pelo HIV cresce mais rapidamente. Quase metade de todas as novas infecções ocorrem em jovens adultos com menos de 25 anos.

○ Cerca de 3,8 milhões de crianças, quase todas em países em vias de desenvolvimento, foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia. A maioria foi infectada através da mãe antes ou durante o parto ou através da amamentação. Cerca de 2,7 milhões, já morreram.

○ Desde o início da epidemia, cerca de 8,2 milhões de crianças perderam as mães devido ao HIV/AIDS. Muitas perderam também os pais. Só em 1997, cerca de 1,6 milhões de crianças ficaram órfãs devido ao HIV. Mais de 90% destes órfãos vivem na África Sub-Saariana.

Em alguns países, o HIV/AIDS está a reverter o progresso alcançado na área da esperança de vida e da mortalidade de bebés e infantil. Dentro dos próximos dois anos, calcula-se

O que é o HIV? O que é a AIDS?

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é causada pelo HIV, um vírus que ataca o sistema imunológico do corpo. "S" é de síndrome, uma combinação de sinais e sintomas que formam um quadro clínico distinto de uma disfunção; "I" e "D" são de Imunodeficiência: o sistema imunológico ou protector de uma pessoa cede e esta torna-se vulnerável a infecções. "A" é de Adquirida, o que significa que a doença não é hereditária nem congénita. HIV significa *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana).

Há dois serotipos de HIV. O HIV-1 é o principal serotipo em todo o mundo. O HIV-2 ocorre mais vulgarmente na África Ocidental. Ambos causam AIDS e os canais de transmissão são os mesmos. No entanto, a transmissão de HIV-2 é ligeiramente mais difícil e o HIV-2 causa uma progressão mais lenta das infecções relacionadas com o HIV e com a AIDS.

Nos adultos, há um período latente longo e variável desde a infecção pelo HIV até ao aparecimento de infecções relacionadas com o HIV e com a AIDS. Um adulto infectado com HIV pode não ter quaisquer sintomas durante dez anos ou mais. Mas quase todas as pessoas (se não mesmo todas) infectadas com o HIV desenvolverão doenças relacionadas com o HIV ou AIDS. (O período em que não há sintomas é mais curto nas crianças). As doenças infecciosas são a causa imediata da morte em mais de 90% de pessoas com infecção de HIV avançada.

Embora a utilização do termo AIDS seja generalizado, para fins médicos, este foi substituído por classificações fase por fase da infecção pelo HIV. AIDS refere-se apenas aos últimos estádios da supressão imunológica.

que a esperança de vida em 15 países da África Sub-Saariana seja de menos 11 anos do que se o HIV/AIDS nunca tivesse aparecido. Calcula-se que a taxa de mortalidade de bebés no Zimbabwe suba 138% até ao ano 2010 por causa do HIV/AIDS. A mortalidade infantil está a aumentar ainda mais, uma vez que a maior parte das mortes de crianças relacionadas com o HIV/AIDS acontece no período entre o 1 e os 5 anos de idade.

QUE PODEM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE FAZER?

EMBORA O PANORAMA GERAL SEJA SOMBRIO, há pelo menos alguns desenvolvimentos positivos. Estes, dão aos profissionais da saúde, grandes oportunidades a todos os níveis, de prevenir e tratar o HIV e de assim darem uma importante contribuição para a resolução deste enorme problema.

● Foram desenvolvidas novas combinações de medicamentos que atrasam o despoletar do HIV/AIDS e que prolongam a sobrevivência. Estes medicamentos podem ajudar as pessoas que vivem com o HIV/AIDS a viver vários anos e de modo mais saudável.

● Há um novo tratamento de curto prazo à base de medicamentos que ajuda a prevenir a transmissão da mãe para o filho.

● Sabe-se cada vez mais sobre como proporcionar cuidados preventivos e tratamentos de infecções relacionadas com o HIV. Estes são meios eficazes de prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS.

● Hoje em dia, sabe-se muito mais acerca da melhor forma de prevenir o alastramento do HIV. E há provas sólidas que os esforços preventivos funcionam. Os níveis de infecção estão a baixar em alguns países, incluindo o Uganda, a Tailândia, o Senegal e muitos outros países industrializados.

Para ajudar os profissionais da área da saúde a aproveitarem ao máximo estas oportunidades, esta edição dupla de *A Prescrição* fornece a informação mais recente sobre as estratégias de prevenção que funcionam e sobre o tratamento de doenças comuns aos doentes com HIV/AIDS. *A prevenção e o tratamento são duas faces da mesma moeda. Todos os esforços de prevenção reduzem ou limitam o número final de pessoas infectadas que precisam de cuidados. Sempre que são proporcionados cuidados, há uma oportunidade de ouro de fornecer ou reforçar a educação preventiva. Consequentemente, os profissionais da área da saúde podem desempenhar um papel da maior importância tanto na prevenção como nos cuidados.*

○ Uma grande secção desta edição é dedicada à prevenção primária. Os elementos chave dos programas de prevenção são discutidos na secção seguinte. O tratamento de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), que ajudam a transmitir o HIV, é abrangido pelas tabelas de receitas no final desta edição – páginas 15 a 17.

○ As pessoas com HIV/AIDS precisam de ter acesso a cuidados preventivos e ao tratamento de infecções relacionadas com o HIV. É muito importante que obtenham os melhores serviços e cuidados possíveis e que não sofram discriminação. As tabelas de receitas proporcionam pormenores completos sobre as directrizes mais recentes para o tratamento das mais importantes infecções relacionadas com o HIV – páginas 17 a 21. As tabelas proporcionam informação sobre medicamentos de uso generalizado, encontrando-se a maioria na Lista Tipo de Medicamentos Essenciais da OMS. Os medicamentos mais sofisticados, cujos preços muito elevados tornam improvável a sua disponibilidade para a utilização na saúde pública na maioria dos países em vias de desenvolvimento, são debatidos neste número mas não se encontram nas tabelas de receitas.

○ Além dos cuidados preventivos e do tratamento de infecções relacionadas com o HIV, os profissionais da área da saúde podem ajudar as pessoas com HIV/AIDS proporcionando cuidados paliativos, ou seja, tratamento médico que reduz os sintomas e o sofrimento óbvios de um doente – página 11.

○ Nas páginas 12 e 13, discutem-se passos básicos a partilhar com as pessoas que cuidam dos doentes com HIV/AIDS em para melhorar esse cuidados. Também é dada alguma orientação sobre a organização de grupos de apoio, uma vez que esse tipo de organização pode proporcionar benefícios de grande escala a pessoas com HIV/AIDS, bem como ajudar a aliviar muitas das exigências feitas aos profissionais da área da saúde.

○ As preocupações que os profissionais da saúde têm em relação a eles próprios devido ao HIV são abordadas – páginas 13 a 14. Como quaisquer pessoas, os profissionais da área da saúde podem prevenir a infecção. Também podem aprender a partilhar o fardo e a tensão do problema do HIV/AIDS de forma que todos beneficiem.

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV

AS MELHORES CAMPANHAS de prevenção funcionam a vários níveis ao mesmo tempo:

- Educação sanitária para modificar os comportamentos sexuais ou de consumo de drogas e para incitar à adopção de medidas protectoras, por exemplo, através do fornecimento de preservativos de baixo custo e equipamento de injeção esterilizado e de informação sobre a sua utilização correcta.
- A detecção e o tratamento de outras DST, uma vez que essas doenças ajudam a transmitir o HIV.
- Tratamento com medicamentos, cuidados pré-natais melhorados e parto mais seguro, alternativas à amamentação para reduzir a transmissão da mãe para o filho. A transmissão da mãe para o filho (ou transmissão vertical) refere-se à transmissão do HIV da mãe para o filho no útero; durante o parto ou durante a amamentação. Claro que, a utilização deste termo médico não atribui qualquer estigma à mulher.
- Aconselhamento e testes voluntários e confidenciais.
- Prevenção da transmissão pelo sangue.

É muito importante que os programas de prevenção continuem a longo prazo. E os esforços de prevenção só terão sucesso num ambiente onde as pessoas com HIV/AIDS não forem discriminadas e onde o HIV não for estigmatizado.

Como é que o HIV é transmitido?

O HIV encontra-se no sangue, no sêmen, nos fluídos vaginais e no leite materno. O vírus pode ser transmitido através de:

- Troca de fluídos corporais infectados com o HIV, como por exemplo sêmen, fluídos vaginais ou sangue durante relações sexuais vaginais ou anais sem protecção. Outras doenças transmissíveis por via sexual aumentam o risco de transmissão do HIV. Em todo o mundo, o canal de transmissão mais significativo é através de relações heterossexuais.
- Sangue, incluindo transfusões de sangue contaminado, equipamento médico, cirúrgico ou dentário, injeções de droga intravenosas e instrumentos de perfuração da pele.
- Gravidez, parto ou alimentação mamária, no caso de a mãe estar infectada pelo HIV.

Como é que o HIV não é transmitido?

- O HIV não é transmitido através de saliva, lágrimas, vômito, fezes ou urina.
- O HIV não passa através de pele não ferida, pois esta forma uma barreira eficaz.
- O HIV não alastra devido ao contacto casual tal como tocar em alguém com HIV ou em algo que estes tenham usado ou devido a utilizar a mesma sanita, água de lavar ou piscina.
- Tratar ou cuidar de alguém com HIV não é arriscado desde que se sigam precauções sensatas, tais como desfazer-se cuidadosamente das agulhas e manter os cortes cobertos.
- O HIV não é transmitido por mosquitos.
- O HIV não é transmitido a uma ou por uma criança através de abraços, do banho, da alimentação ou das brincadeiras.

Uma pessoa infectada com o HIV não é um perigo para a saúde pública. Os adultos, os jovens e as crianças precisam de saber que não correm quaisquer riscos de apanharem o vírus através de contacto social vulgar com adultos ou crianças infectados com HIV. Os profissionais da área da saúde podem desempenhar um papel da maior importância no encorajamento de pessoas de todas as idades a serem solidárias para com as pessoas infectadas com o HIV.

1. PREVENIR A TRANSMISSÃO SEXUAL

■ INCITAR À MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

O profissional da área da saúde deve desempenhar um papel de destaque na prevenção da transmissão do HIV. Este pode proporcionar informação sobre o HIV/AIDS e deve também proporcionar aconselhamento a pacientes que tenham preocupações sobre os riscos da infecção pelo HIV. Ao manterem uma atitude positiva em relação às pessoas com HIV/AIDS, os profissionais da área da saúde podem fazer com que os outros reavaliem as suas atitudes e ajam de modo diferente no futuro. Essa abordagem positiva a compreensiva reduzirá também o estigma ligado ao HIV/AIDS, tanto dentro do contexto dos cuidados de saúde, como na comunidade.

O ideal seria os profissionais da área da saúde terem formação de sensibilidades relativas aos cuidados com as pessoas com HIV/AIDS e suas famílias. Além disso, os profissionais da área da saúde deveriam ter formação adequada de aconselhamento sobre prevenção e redução de riscos, incluindo orientação sobre como debater assuntos delicados (tais como a sexualidade e os comportamentos de risco) com os clientes de modo culturalmente adequado e sensível às necessidades e situações específicas de cada cliente e sem fazer juízos de valor.

Os profissionais da área da saúde deveriam debater a prevenção da infecção pelo HIV com cada paciente que recebem. Ao proporcionar informação sobre o modo como a infecção é transmitida, ao ajudar as pessoas a compreenderem como é que se podem proteger, e ao fazerem referências a recursos de prevenção e tratamento adequados, os profissionais da área da saúde podem contribuir de um modo muito importante para os esforços de prevenção.

É muitas vezes difícil para os profissionais da área da saúde, encontrarem o tempo e a oportunidade durante uma consulta para debater a prevenção do HIV. Se necessário, deve dar-se prioridade à discussão do HIV com os jovens e nas consultas pré-natais, bem como nas sessões de saúde da mãe e do filho, de planeamento familiar e de tratamento de DST.

É muito importante debater a transmissão sexual com os jovens. Os estudos têm demonstrado que programas de saúde sexual e reprodutiva de boa qualidade podem adiar a idade da primeira relação sexual e proteger os jovens sexualmente activos de gravidez não desejada e de DST, incluindo o HIV.



Os profissionais da área da saúde devem também tentar dirigir a sua mensagem a toda a comunidade de modo a abordarem o estigma e a discriminação e a tornarem a população consciente do HIV e da sua prevenção.

Como a grande maioria das infecções pelo HIV são transmitidas através de relações sexuais, tanto homossexuais como heterossexuais, as pessoas precisam de saber como se proteger durante a actividade sexual. Além disso, precisam de ter acesso a preservativos de boa qualidade e baixo custo.

Até tempos recentes, o preservativo masculino era o único método disponível de protecção contra as DST, incluindo o HIV. No entanto, hoje em dia, o preservativo feminino proporciona ao homem e à mulher uma alternativa dentro das barreiras protectoras. O preservativo feminino é um receptáculo que a mulher insere na vagina. Tal como um preservativo masculino, é eficaz tanto como meio contraceptivo como de protecção contra doenças.

Nas suas discussões com doentes sobre sexo e sobre redução de riscos, os profissionais da área da saúde concentram-se em atitudes e práticas que tornam difícil para as mulheres (especialmente as jovens) protegerem-se de sexo inseguro ou indesejado. Isto é muito importante, pois há muitas tradições culturais e sociais que não permitem à mulher um igual poder de decisão sobre as questões sexuais e reprodutivas. Para evitar a estigmatização das mulheres, o profissional da saúde deve debater questões como a prevenção do HIV, o aconselhamento e os testes voluntários e confidenciais e o HIV e alimentação de bebés, com os casais, e não apenas com as mulheres.

■ TRATAR DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

O diagnóstico e o tratamento de outras DST além do HIV/AIDS deveria ser uma componente dos esforços de prevenção do HIV, pois as DST multiplicam os riscos de transmissão do HIV. A presença de uma DST – particularmente das que causam úlceras genitais – aumenta o risco de adquirir HIV. Além disso, sabe-se actualmente que uma pessoa infectada pelo HIV que tem uma DST acarreta um risco nove vezes maior de transmitir o HIV. Num estudo recente, os tratamentos melhorados de DST resultaram numa redução de 40% dos níveis a que o HIV estava a alastrar. A maioria das DST podem ser tratadas.

Muitos países estão a organizar programas de controlo de HIV e DST combinados, pois ambos exigem tipos de educação e esforços de prevenção semelhantes. Durante os últimos anos, vários países relataram uma redução de DST curáveis, conseguida através das medidas que se seguem:

- Promoção de comportamento sexual mais seguro e fornecimento de preservativos.
- Tratamento eficaz e precoce de homens e mulheres a preços acessíveis.
- Integração da prevenção e cuidados de DST nos serviços de saúde básicos (isto era um elemento chave).
- Registo, tratamento e aconselhamento de parceiros sexuais.
- Acompanhamento clínico apropriado.

○ Formação de profissionais da saúde em cuidados primários de saúde de modo a utilizarem directrizes de gestão de casos sindrómicos localmente adaptados e a desenvolverem uma abordagem solidária.

○ Fornecimentos de medicamentos fiáveis, sistemas de vigilância e centros de referência com equipamentos de diagnóstico.

Além disso, é muito importante que os serviços sejam fornecidos de modo sensível e que vão de encontro às necessidades dos homens e das mulheres.

É inevitável que, a nível de cuidados primários de saúde, as DST sejam tratadas apenas com base na apresentação clínica. Embora as DST sejam provocadas por mais de 20 microorganismos, apresentam-se principalmente sob a forma de sete síndromas. Ver a tabela sobre Síndromas DST nas tabelas de receitas, página 17.

Assim, as DST podem ser tratadas de modo sindrómico. O objectivo da gestão sindrómica é identificar um dos sete síndromas e tratá-lo de acordo com uma terapia multi-medicamentos que cubra as principais patogenias causadoras. A OMS recomenda a adaptação dos diagramas simples que desenvolveu às condições locais. Isto é muito importante, pois pode haver muitas variações de resistência aos antibióticos de área para área entre os organismos causadores. (Peça esses diagramas às autoridades locais do distrito ou ao Ministério da Saúde).

A gestão sindrómica tem muitas desvantagens:

○ É fácil de utilizar, não exige especialistas em DST e é adequada a qualquer nível de sistema de saúde, incluindo os cuidados primários de saúde.

○ É rápido, pelo que permite aos profissionais da área da saúde centrarem-se no fornecimento de conselhos essenciais, tais como a utilização de preservativo, em avisar e tratar os parceiros sexuais, e na importância de cumprir a terapia multi-medicamentos.

○ Permite o tratamento de infecções na primeira consulta sem a necessidade de retribuir as visitas.

○ Não é dispendiosa, uma vez que não são precisos testes de laboratório.

○ É normalmente muito eficaz. Isto previne o risco de maior alastramento da infecção e, simultaneamente, reduz os riscos de complicações e sequelas.

○ Pode ser integrada com um simples sistema de aviso de parceiros.

Um regime de dose única por via oral deve ser utilizado sempre que isso constitua uma opção eficaz. Quando se receitam doses de ingestão oral repetidas a doentes em regime ambulatorio, a administração de medicamentos deve ser supervisionada, se possível. Embora a gestão sindrómica seja normalmente útil, sempre que se encontrem disponíveis equipamentos de laboratório, estes devem ser utilizados para testes e triagem de confirmação.

2. PREVENIR A TRANSMISSÃO DA MÃE PARA O FILHO

Uma mãe infectada pelo HIV num país em vias de desenvolvimento, enfrenta um risco de 25-45% de dar à luz uma criança infectada. Além do risco da transmissão durante a gravidez e o parto, amamentar o bebé adiciona um risco de transmissão de 15% ou mais, dependendo da duração da amamentação e de outros factores que os cientistas estão a tentar compreender. Nos países em vias de desenvolvimento, entre um terço e meio de todas as infecções pelo HIV em crianças é adquirido através da amamentação.

Durante 1997, 600.000 crianças nasceram infectadas pelo HIV; mais de 1.600 por dia. Desde o início da epidemia, 2,7 milhões de crianças com idades inferiores a 15 anos morreram de HIV/AIDS. Noventa por cento destas infecções foram provocadas pela transmissão da mãe para o filho. Em áreas gravemente afectadas, a transmissão da mãe para o filho está já a atingir o dobro do número referente às taxas de mortalidade de bebés e infantil.

Cerca de dois terços dos bebés nascidos de mães infectadas com o HIV não ficam infectados pelo mesmo.

Que pode o profissional da área da saúde fazer para prevenir este tipo de infecção?

O modo mais eficaz e importante de prevenir a transmissão da mãe para o filho é prevenir a infecção da mãe ou futura mãe (e do seu parceiro sexual) através das estratégias de prevenção debatidas em cima.

E deve-se proporcionar a todas as grávidas o seguinte:

○ Aconselhamento e testes confidenciais e voluntários do HIV, que devem ser instituídos em serviços de cuidados pré-natais ou fornecidos em locais independentes.

○ Se o resultado do teste de uma mulher for positivo, deve ser-lhe proporcionado o tratamento de curto prazo com medicamentos antiviróticos (ver secção sobre *Tratamento antiviral para prevenir a transmissão da mãe para o filho*, em baixo), se possível.

○ Se o teste for positivo, deve ser informada sobre os riscos de transmissão através da amamentação e sobre métodos alternativos de alimentação infantil (ver secção sobre *Amamentação*, em baixo).

○ Bons cuidados e conselhos pré-natais sobre uma boa nutrição são importantes para todas as futuras mães, mas são-no mais ainda para as que vivem com o HIV. Muitas mulheres em países em vias de desenvolvimento estão subnutridas ou sofrem de deficiências de nutrientes em particular, como a Vitamina A, o que aumentará provavelmente o risco de transmitir o HIV aos seus bebés.

○ Os cuidados para um parto mais seguro são muito importantes para futuras mães infectadas pelo HIV (ver secção sobre *Parto mais seguro*).



■ **Tratamento antiviral para prevenir a transmissão da mãe para o filho** Uma experiência científica recente demonstrou que a transmissão de HIV da mãe para o filho durante a gravidez e o parto pode ser em grande medida reduzida se as mulheres grávidas infectadas com o HIV receberem um tratamento de curto prazo de 300mg de zidovudina (AZT ou ZDV), tomado diariamente por via oral, começando às 36 semanas de gestação até ao início do parto e, depois disso, 300mg de três em três horas desde o início do trabalho de parto até ao nascimento. Os filhos não tomam AZT. Neste estudo, na Tailândia, a taxa de transmissão foi de 9.2% no grupo de grávidas infectadas com o HIV que receberam AZT mas foi de 18.6% no grupo que não recebeu AZT.

É importante ter em conta que estas mulheres não amamentaram. Além de a amamentação por mulheres infectadas com o HIV constituir um risco adicional de transmissão, as mulheres que foram tratadas com AZT têm níveis mais elevados de HIV no seu leite quando acabam o tratamento.

Nos países industrializados, tratamentos mais longos e mais complexos – tanto da mãe como do bebé – baixaram ainda mais a taxa de transmissão da mãe para o filho e fazem agora parte da prática medicinal normal. Por exemplo, em França, e em algumas partes dos EUA, todas as grávidas são encorajadas a fazer um teste de HIV e a considerarem o tratamento antiviral com AZT ou outros antiviróticos. Nesses países, as taxas de transmissão da mãe para o filho caíram para um número tão baixo como 5%.

A OMS adicionou o AZT à Lista Tipo de Medicamentos Essenciais apenas como tratamento para prevenir a transmissão da mãe para o filho. (O AZT não deve ser utilizado para monoterapia em pessoas com HIV/AIDS pois sabe-se que é ineficaz e origina rapidamente resistência). A implementação do tratamento com AZT para prevenir a transmissão da mãe para o filho exige a identificação de mulheres seropositivas numa fase tão inicial da gravidez quanto possível. Para isso, as mulheres grávidas precisam de ter acesso a aconselhamento voluntário e confidencial e a serviços de testes, que devem ser em larga medida disponibilizados.

Embora o tratamento com o AZT seja uma estratégia preventiva importante, o AZT pode não ser acessível a todas as grávidas e, portanto, deve ser considerado apenas uma parte de um plano alargado de prevenção da transmissão da mãe para o filho.

A Prescrição lhe proporcionará regularmente informação atualizada sobre a utilização do AZT para prevenir a transmissão da mãe para o filho, incluindo projetos piloto que estão a ser atualmente postos em prática em 11 países pelo UNICEF, pelo UNAIDS e pela OMS.

■ **Parto mais seguro** É mais provável que uma mulher seropositiva transmita a infecção à criança se as águas romperem mais de quatro horas antes do nascimento e se o parto for prolongado ou difícil. Alguns estudos sugerem que o risco de transmissão é reduzido se o bebé nascer por cesariana e não por parto vaginal. No entanto, isto não

foi definitivamente provado nos países em vias de desenvolvimento e a operação em si é arriscada para a mãe. A episiotomia, que consiste num corte feito à entrada do canal do nascimento na esperança de tornar o parto mais simples, deve ser o mais possível evitada, pois aumenta o risco de transmissão do HIV. A ruptura das membranas também deve ser evitada.

■ **Amamentação** Todas as mulheres que pensem engravidar ou que já estão grávidas ou que já estão a amamentar, precisam de saber que existe um risco de transmissão do HIV através da amamentação. As mulheres com infecção pelo HIV têm o vírus no seu leite, tal como no seu sangue.

Uma mãe ou futura mãe que não conheça o seu estado de HIV deve ter a oportunidade de ter aconselhamento voluntário e confidencial e de ser testada. Se o teste for negativo, deve ser informada dos benefícios da amamentação e dos riscos da alimentação artificial. Também se lhe deve falar da importância de se proteger contra a infecção pelo HIV durante o período de gravidez e de amamentação (e, claro, depois disso) e proporcionar-lhe informação sobre como evitar a infecção pelo HIV.

Se o teste for positivo, devem ser-lhe apresentados todos os factos sobre os riscos da amamentação e sobre os métodos alternativos de alimentação infantil. (Se estiverem disponíveis serviços de referência para aconselhamento ou para alimentação infantil, estas devem ser-lhe oferecidas.) Com essa informação, ela pode tomar a sua própria decisão ponderada sobre o modo como alimentar o bebé. A questão mais difícil que uma mãe enfrenta é saber se as circunstâncias em que se encontra lhe permitem ou não ter acesso a alternativas adequadas à amamentação e aos meios de as preparar e dar ao seu filho de um modo seguro. Se ela tiver essa possibilidade, o risco de morte e de doença, tanto de HIV como de outras infecções, podem ser minimizados. Se não a tiver, os riscos derivados da ausência de amamentação para a saúde do bebé podem ser maiores do que o possível risco de transmissão do HIV através da amamentação.

As alternativas à amamentação são: fórmula infantil comercial; fórmula caseira (leites de origem animal modificados, leite em pó e leite evaporado); leite de vaca não modificado; leite materno modificado (a mãe expele algum leite que posteriormente é fervido por breves instantes para matar o vírus); bancos de leite materno que funcionem de acordo com os padrões reconhecidos e amas-de-leite.

Se uma mãe seropositiva escolher não amamentar o seu filho, o profissional da área da saúde deve ensiná-la a preparar quantidades adequadas de alimentações alternativas de um modo tão seguro quanto possível para minimizar os riscos de diarreia e subnutrição. A mãe deve ser ensinada a dar as refeições utilizando uma chávena em vez de um biberão. Devem ser-lhe proporcionadas instruções e demonstrações claras sobre como lavar os utensílios, preparar refeições e alimentar com uma chávena. O profissional da área da saúde deve observar a mãe a preparar e a dar pelo menos uma refeição para se certificar de que ela compreendeu as instruções. Devem ser fornecidas chávenas adequadas no caso de as famílias não as possuírem. Sempre que possível, também se deve mostrar a outros membros da família como preparar e dar as alimentações alternativas, especialmente se a mãe estiver demasiado doente para

alimentar ela própria o bebé. Uma vez que os bebés que não são amamentados correm sérios riscos de desenvolverem infecções graves, os profissionais da área da saúde têm uma especial responsabilidade de acompanharem esses bebés durante o seu primeiro ano de vida. E é importante que os trabalhadores da área da saúde aconselhem as mães que escolham não amamentar sobre a utilização de métodos de planeamento familiar seguros e eficazes.

Se uma mãe seropositiva decidir amamentar, deve ser apoiada na sua escolha. Os profissionais da área da saúde devem zelar para que a mãe não seja discriminada ou acusada de colocar o seu filho em risco de contrair o HIV. Devem-lhe ser fornecidos apoio para amamentação exclusiva e informação sobre a opção de terminar a amamentação assim que puder proporcionar alimentação alternativa adequada. A mãe deve ser informada sobre o modo de prevenir e lidar com doenças da mama, especialmente mamilos rachados e que sangrem, colocando o filho ao peito na posição correcta. Os profissionais da área da saúde devem pedir à mãe que se trate imediatamente de dificuldades relacionadas com a amamentação ou com problemas de boca do bebé tais como sapinhos, úlceras ou candidíase.

Os profissionais da área da saúde devem estar cientes de que, se nas mentes das pessoas, o próprio acto de alimentar as crianças por outros meios que não a amamentação ficar associado à infecção pelo HIV, as mães correm o risco de

exposição à discriminação e à rejeição social. Portanto, devem certificar-se de que são tomadas medidas para proteger a confidencialidade. *Uma medida importante é atender as mães infectadas pelo HIV em privado.*

Também são necessárias salvaguardas para evitar a promoção de substitutos do leite materno, de biberões e tetinas por parte dos fabricantes. Se um governo decidir

A alimentação mista, ou seja, a combinação de amamentação com alimentação artificial, é provavelmente a pior opção, uma vez que coloca o bebé tanto em perigo de contrair o HIV como outras infecções. Se uma mãe decidir que a amamentação é a melhor opção nas circunstâncias em que se encontra, deve ser encorajada a limitar-se exclusivamente à amamentação até que possa proporcionar refeições alternativas adequadas.

tornar os substitutos do leite materno acessíveis às mulheres cujos testes de HIV foram positivos e que decidiram utilizar métodos de alimentação alternativos, deve certificar-se de que o abastecimento continua tanto tempo quanto o necessário. A alimentação com chávena deve ser fortemente encorajada. O abastecimento de

Aconselhamento e teste voluntários e confidenciais

Há muitas razões fortes a nível da saúde pelas quais o aconselhamento e os testes voluntários e confidenciais de HIV deveriam ser encorajados nos países em vias de desenvolvimento. Os profissionais da área da saúde devem defender perante os seus governos e autoridades a expansão desses serviços.

Quando uma pessoa frequentou o aconselhamento e fez os testes voluntários e confidenciais, pode fazer escolhas baseadas na sua situação individual. O ideal seria fazê-lo com o apoio e os conselhos dos profissionais da área da saúde. Por exemplo, o facto de uma pessoa estar consciente de ser seronegativa pode levá-la a práticas sexuais seguras. Ou, se uma pessoa estiver infectada, pode utilizar preservativos para proteger os seus parceiros sexuais da infecção.

O aconselhamento e os testes voluntários e confidenciais ajudam a melhorar a qualidade de vida das pessoas com o HIV/AIDS, bem como das suas famílias e comunidades. Quando as pessoas sabem que estão infectadas, podem manter um melhor estado de saúde seguindo uma boa nutrição e procurando cuidados preventivos e tratamento antecipado de infecções relacionadas com o HIV. Podem fazer escolhas orientadas pela informação sobre a gravidez e podem ponderar o planeamento familiar. As futuras mães podem procurar o tratamento de curto prazo com AZT (consulte a secção *Tratamento antiviral para prevenir a transmissão da mãe para o filho*). As mães podem procurar aconselhamento sobre as alternativas à amamentação para protegerem os seus filhos. Os pais podem começar cedo a fazer planos para aqueles que lhes irão sobreviver. Podem escolher aderir aos grupos de apoio da comunidade (consulte a secção *Criar organização com os outros* na página 12). Podem pressionar as autoridades locais ou nacionais para melhorarem os padrões de atendimento e serviços aos indivíduos, famílias e comunidades afectadas.

Quanto mais pessoas souberem que são seropositivas, e estiverem dispostas a partilharem essa informação, mais cresce a consciência pública de que o HIV/AIDS não é imediatamente fatal, nem uma ameaça no contacto social vulgar. O crescimento da consciência pública e redução do estigma são bons para a sociedade e para o indivíduo.

Além disso, estudos efectuados nos países em vias de desenvolvimento sugerem que muitas pessoas gostariam de ter acesso a esses serviços.

Mesmo em situações em que não é possível fornecer os testes, o aconselhamento ajuda as pessoas a avaliarem o risco de infecção e proporciona informação necessária para que as pessoas possam alterar os seus comportamentos de modo a reduzirem o risco de contraírem o HIV ou de o transmitirem.

Com uma formação adequada, qualquer profissional da área da saúde pode ser um conselheiro. Até os membros da comunidade podem ser bons conselheiros.

A confidencialidade é muito importante para o sucesso dos testes e do aconselhamento ou do aconselhamento em si. Os profissionais da área da saúde precisam de garantir às pessoas que fazem testes ou procuram aconselhamento que não irão quebrar a confidencialidade. Simultaneamente, precisam de lhes transmitir as vantagens de serem abertos em relação ao resultado. Afinal, é provável que, ao saberem que alguém está a sofrer, os membros da família e os vizinhos ofereçam apoio e auxílio. Uma outra vantagem dessa abertura é a maior consciência pública que o debate cria. No entanto, a pessoa (adulto ou criança) corre o risco de ser rejeitada ou votada ao ostracismo e os seus receios, bem como os daqueles que cuidam dela, têm de ser respeitados. Os profissionais da área da saúde não devem trair esta confiança seja em que circunstâncias for.



Crianças com HIV

Na maior parte dos países em vias de desenvolvimento, o número de crianças infectadas pelo HIV está intimamente ligado à infecção pelo HIV em mulheres em idade de gestação. A maior parte das crianças infectadas pelo HIV é infectada durante a gravidez, o parto ou a amamentação. Pensa-se que as transfusões de sangue e o equipamento médico contaminados causam cerca de 10% das infecções pelo HIV nas crianças.

Algumas crianças ficam doentes nas primeiras semanas de vida. A maior parte começa a adoecer antes de atingir os dois anos de idade. Poucas crianças permanecem saudáveis durante vários anos. Nos países em vias de desenvolvimento, a maioria das crianças infectadas pelo HIV morre muito jovem, aos cinco anos de idade. Mas o tratamento eficaz, os cuidados preventivos e uma boa nutrição podem prolongar a vida e melhorar a qualidade de vida.

O diagnóstico clínico do HIV nas crianças é difícil porque muitas vezes, os sinais não são específicos da infecção pelo HIV e coincidem com outras doenças comuns na infância. Na maioria dos países em vias de desenvolvimento, o HIV nos bebés e nas crianças é diagnosticado apenas com base em sinais clínicos. Isto acontece porque o teste do HIV não se encontra disponível ou é dispendioso e porque o teste não fornece um verdadeiro quadro do estado do HIV da criança antes dos 15-18 meses de idade.

As crianças infectadas pelo HIV podem começar por um bom desenvolvimento, sofrerem perda de peso ou terem um desenvolvimento mais lento do que o normal. Podem sofrer de doenças comuns mais intensamente, mais frequentemente e de modo mais persistente, em particular de diarreia, febre, ataques repetidos de sapinhos, otite média (infecção do ouvido) e erupções cutâneas. As doenças podem não reagir tão bem ao tratamento padrão. É mais provável que sofram de infecções bacterianas recorrentes ou graves com complicações que as coloquem em risco de vida; por exemplo septicemia, meningite e abscessos. De um modo geral, a gestão de doenças específicas em crianças infectadas pelo HIV é semelhante à gestão das mesmas em outras crianças.

Os profissionais da área da saúde devem avisar os pais de que bons cuidados preventivos de saúde, incluindo uma dieta nutritiva, imunização, boas condições de higiene e ambientes seguros são extremamente importantes para as crianças com o HIV. Devem aconselhar os pais a manterem-se atentos a sintomas de doença, especialmente tosse, febre, respiração acelerada ou difícil, perda de apetite ou pouco peso, diarreia e vómitos e a procurarem tratamento para os mesmos o mais depressa possível. Certifique-se de que a criança é imunizada (ver em baixo). Mantenha a criança afastada de outras que tenham pneumonia, tuberculose e sarampo. Verifique se a boca da criança tem feridas e sapinhos e trate-os imediatamente. Dê-lhe alimentos nutritivos regularmente. Se possível, não permita que as crianças durmam no quarto de um adulto que possa ter tuberculose. Proporcione cuidados maternos/paternais carinhosos, algo e alguém com quem brincar e instrução. Trate a criança como todas as outras crianças uma vez que as crianças com HIV não estão sempre doentes e devem levar uma vida tão normal quanto possível.

As mães que sabem estar infectadas têm de escolher se querem ou não amamentar e ponderar métodos alternativos de alimentação infantil. (consulte a secção *Amamentação*).

Uma vez que um bebé amamentado corre um elevado risco de contrair a infecção do bacilo da tuberculose de uma mãe com tuberculose pulmonar – e um elevado risco de desenvolver tuberculose activa – o bebé deve receber seis meses de tratamento com isoniazida (isoniazida 5mg/kg numa única dose diária) seguido pela imunização pela BCG. Um procedimento alternativo é administrar três meses de isoniazida e depois executar um teste cutâneo à tuberculina. Se o teste cutâneo for negativo, termine o isoniazida e administre a BCG. Se o bebé estiver doente com tuberculose, deve ser administrado um tratamento anti-tuberculose completo.

A imunização com todas as vacinas é muito importante para as crianças com HIV, uma vez que estas são altamente vulneráveis a doenças infecciosas infantis. A imunização deve ocupar um lugar no calendário padrão. Nos países em que outras vacinas, tais como a da gripe hemófila tipo b, pneumococemia ou hepatite B estejam incluídas na imunização de rotina das crianças, devem ser aplicadas a todas as crianças independentemente do seu estado de HIV.

Com as crianças com HIV, siga os calendários de imunização padrão com as seguintes excepções:

- Não administre a vacina BCG ou a vacina da febre amarela a crianças seropositivas e que *apresentem sintomas*;
- As crianças que estejam ou que se julga que estejam infectadas pelo HIV mas que *não apresentem sintomas* devem levar todas as vacinas, incluindo a da BCG e a da febre amarela.

Para obter mais informações sobre crianças e HIV, peça um exemplar grátis do número de Outubro de 1998 do Child Health Dialogue do Healthlink Worldwide, Farringdon Point, 29-35 Farringdon Road, Londres, EC1M, 3JB, R.U.

substitutos do leite materno não deve ser utilizado como incentivo de venda e deve-se pensar na utilização de etiquetas genéricas e sem marca. Os fabricantes e os distribuidores devem ser lembrados de que o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno proíbe todas as formas de promoção de substitutos do leite materno, biberões e tetinas.

As mulheres seronegativas e aquelas que não conhecem o seu estado podem decidir não amamentar devido aos seus receios relacionados com o HIV ou como consequência de informação incorrecta. Mas os profissionais da saúde devem continuar a proteger, promover e apoiar a amamentação como a melhor escolha alimentícia infantil para as mulheres seronegativas e para as que desconhecem o seu estado. *Devem certificar-se de que todos os programas de educação de saúde continuam a enfatizar os benefícios da amamentação e os perigos da alimentação artificial e que a amamentação deve ser a regra para os bebés nascidos de mulheres que não são seropositivas. E devem certificar-se de que as instruções sobre a utilização de alternativas são dadas apenas às mulheres seropositivas e aos membros das suas famílias. As demonstrações da alimentação com substitutos do leite materno devem ser dadas em separado das mães que estão a amamentar.*

3. PREVENIR A TRANSMISSÃO DO HIV PELO SANGUE

Em qualquer unidade de saúde, o HIV pode ser transmitido a pacientes através da transfusão de sangue contaminado ou por equipamento médico, cirúrgico ou dental não esterilizado. As injeções contaminadas são uma das principais vias de transmissão do HIV nas unidades de saúde (ver *Injeções Seguras, A Prescrição*, Número 15, Maio de 1998). *É vital seguir sempre rigorosamente os procedimentos de esterilização recomendados e as precauções universais nas unidades de saúde.*

A transfusão de sangue contaminado é o que comporta o maior risco de infecção. Todo o

sangue utilizado em transfusões deve ser analisado no mínimo pela contaminação pelo HIV. Sempre que os recursos o permitam, o sangue também deve ser analisado por outras patogenicidades tais como a sífilis e a hepatite B. Reduzir a utilização das transfusões de sangue e melhorar a segurança dos abastecimentos de sangue são medidas chave para reduzir o risco de transmissão do HIV. Infelizmente, na maior parte do mundo em vias de desenvolvimento, uma grande quantidade do sangue utilizado em transfusões não é analisado pelo HIV.

A fonte das infecções pelo HIV nas unidades de saúde podem ser doentes seropositivos ou pessoal seropositivo. O pessoal que saiba ser seropositivo não deve executar procedimentos invasivos em doentes sem tomar medidas de protecção muito cuidadosas.

A infecção pelo HIV alastra rapidamente através de utilização de drogas intravenosas se a seringa ou a agulha estiverem contaminadas. A utilização de drogas por via intravenosa é uma das principais vias de transmissão em muitas partes do mundo, especialmente na Europa de Leste e no sudeste da Ásia. Em alguns desses países, a injeção de drogas provoca mais infecções pelo HIV do que as relações sexuais. Os profissionais da área da saúde podem ajudar a prevenir a transmissão através desta via centrado-se num conjunto de acções:

- Instrução para os consumidores de droga (e para os seus parceiros sexuais) sobre o HIV e sobre outras doenças transmissíveis pelo sangue.

- Formação de aptidões, por exemplo, capacidade de tomar decisões sobre o consumo de drogas e negociação de uma uso mais seguro de drogas.

- Acesso a equipamento de injeções esterilizado através das farmácias ou de programas de “troca de agulhas”. Acesso a branqueamento ou a outros meios de limpeza do equipamento.

- Acesso dos consumidores de droga e dos seus parceiros a preservativos.

- Programas de tratamento para ajudar os consumidores a reduzirem ou a deixarem de se injectar.

- Informação e educação para reduzir a procura de drogas injectáveis.

Para os muitos consumidores que não querem ou não conseguem deixar de se injectar, a redução da partilha de agulhas e melhores processos de esterilização do equipamento de injeção podem baixar em grande medida o risco de infecção pelo HIV.

Os instrumentos de perfuração da pele, como por exemplo os utilizados para furar as orelhas, para tratamento dental, tatuagens, marcação facial, acupunctura ou utilizados por alguns curandeiros tradicionais também podem transmitir o HIV se não estiverem esterilizados. Também não é seguro ser barbeado por um barbeiro que utilize uma navalha não esterilizada que tenha sido utilizada em outras pessoas. Os profissionais da área da saúde devem avisar as pessoas desses riscos. Também devem incitar os utilizadores a esterilizarem os seus instrumentos antes de os utilizarem na pessoa seguinte.

O HIV também pode ser transmitido através de instrumentos utilizados na mutilação dos órgãos genitais femininos que não sejam esterilizados após cada utilização. Seja como for, os profissionais da área da saúde devem opor-se sempre a esta prática tão prejudicial e perigosa.

CUIDADOS E TRATAMENTO

NÃO HÁ CURA PARA O HIV/AIDS e os cientistas não pensam ser provável que se venha a desenvolver uma brevemente.

Embora não curem o HIV, alguns medicamentos antiviróticos ajudam os doentes com HIV/AIDS a viver vidas mais longas e saudáveis. No entanto, o seu custo elevado não pode ser suportado pela maioria dos doentes com HIV/AIDS nos países em vias de desenvolvimento, onde os orçamentos para a saúde são limitados. Infelizmente, a realidade na maioria desses países é que os doentes com HIV/AIDS apenas receberão uns poucos tratamentos com antibióticos para tratar de infecções relacionadas com o HIV quando estas surgirem e, possivelmente, analgésicos nos últimos estádios da doença. O tratamento mais eficaz consiste na combinação de terapias com três antiviróticos mas estes custam aproximadamente \$12.000-\$18.000 por pessoa por ano. (A *monoterapia com um único antivirótico, como por exemplo o AZT, não é recomendada pois causa graves problemas de resistência.*) Os tratamentos com estas combinações exigem também administração médica e vigilância atenta. E os pacientes têm de tomar 15 a 20 comprimidos ao longo do dia. Mesmo nos países ricos, muitos doentes com HIV/AIDS não podem suportar os custos destes medicamentos ou de tais

cuidados médicos ou manter posologias tão complexas para tomarem os medicamentos. Uma vez que estas terapias de combinação de antiviróticos estão fora do alcance de quase todos os países em vias de desenvolvimento, a OMS não os inclui na Lista Tipo de Medicamentos Essenciais.

No entanto, sabe-se cada vez mais sobre os cuidados preventivos e o tratamento das infecções relacionadas com o HIV. A gestão óptima dos doentes com infecções relacionadas com o HIV/AIDS exige a utilização adequada de medicamentos para prevenir infecções e o diagnóstico e tratamento imediatos dessas infecções quando elas ocorrem. Para os países em vias de desenvolvimento, estes tratamentos são actualmente o meio mais eficaz de prolongar e melhorar a qualidade de vida de uma pessoa infectada. (Os profissionais da área da saúde também podem conter a dor e o sofrimento de um doente proporcionando cuidados paliativos; consulte a secção em baixo *Tratar dos sintomas: cuidados paliativos*).

As doenças infecciosas são a causa de morte imediata em mais de 90% dos doentes com infecção pelo HIV avançada. À medida que o HIV progride e a imunidade decai, os doentes tornam-se mais vulneráveis a infecções. Algumas destas infecções são comuns à população em geral. Entre



elas encontram-se a tuberculose, a candidíase (uma infecção provocada por fungos) e, muitas vezes, diarreia crónica acarretando perda de peso.

Muitas outras infecções são oportunistas, o que significa que apenas se desenvolvem em indivíduos cujos sistemas imunológicos estejam gravemente enfraquecidos. Entre estas encontram-se a pneumonia *Pneumocystis carinii*, meningite criptocócica, o complexo *Mycobacterium avium-intracellulare* (MAC), cytomegalovirus (CMV) e toxoplasmose. Por razões desconhecidas, o padrão de infecções oportunistas difere de região para região. Por exemplo, a pneumonia *Pneumocystitis carinii* é comum nas pessoas com HIV/AIDS nos E.U.A. e na Europa, encontra-se ocasionalmente na América Latina e na Ásia mas é rara em África.

Quase todos os medicamentos úteis para o tratamento de infecções relacionadas com o HIV se encontram incluídos na Lista Tipo de Medicamentos Essenciais da OMS, à excepção de medicamentos dispendiosos utilizados para diagnósticos difíceis tais como o do MAC ou do CVM. Consulte as tabelas de receitas pormenorizadas no final deste número que dão informações sobre os medicamentos utilizados em cuidados preventivos de infecções relacionadas com o HIV e sobre o tratamento de DST.

Os medicamentos disponíveis para o tratamento de problemas de saúde de pessoas com HIV/AIDS têm de ser utilizados de forma racional. Isto significa que os medicamentos têm de ser utilizados para as indicações correctas e na forma, dose, frequência de administração e duração do tratamento correctas.

Para as pessoas infectadas com o HIV, pode ser preciso adoptar o tratamento de certas doenças normalmente ligadas ao HIV/AIDS por causa dos possíveis efeitos secundários. Os profissionais dos cuidados de saúde têm de conhecer e serem capazes de reconhecer esses efeitos secundários. *Por exemplo, não se deve receitar tioacetazona (um medicamento comum contra a tuberculose em alguns países) a um doente seropositivo que esteja a receber tratamento para a tuberculose pois este pode causar reacções cutâneas graves e por vezes fatais. Nos doentes que estejam ou que se suspeita que estejam infectados pelo HIV, deve-se usar antes etambutol.*

O doente deve também saber quais os efeitos secundários que pode esperar e quando comunicá-los. O tratamento eficaz depende do envolvimento activo e da boa informação dos doentes em relação ao seu tratamento.

Alguns tratamentos muito utilizados estão a ser terminados devido aos riscos associados de transmissão do HIV. Por exemplo, uma vez que a estreptomicina tem de ser administrada através de injeção – e todas as injeções comportam um risco de transmissão de HIV – alguns programas de tratamento contra a tuberculose estão a limitar a sua utilização.

A Prescrição mantê-lo-á actualizado sobre os desenvolvimentos importantes relacionados com antiviróticos e outros tratamentos emergentes contra o HIV/AIDS. Se precisar de mais informações imediatamente, escreva para o Centro de Informações do UNAIDS, 20 Ave. Appia, CH 1211 Genebra 27, Suíça.

Devido às instalações e aos recursos limitados, é claro que o diagnóstico e o tratamento destas doenças pode ser muito difícil a nível local. O que está a ser apresentado aqui e nas tabelas de receitas é uma visão geral sobre a gestão dos casos de infecções relacionadas com o HIV.

■ **Doença respiratória** Desde um estágio inicial, os doentes com HIV estão vulneráveis a patogenias comuns do tracto respiratório tais como vírus da gripe e pneumococos. À medida que a sua imunidade começa a decair, tornam-se também susceptíveis à tuberculose e a micoses. Por fim, desenvolvem pneumonia *Pneumocystitis carinii*.

A tuberculose surgiu em todos os locais onde o HIV é generalizado. Comparado a um indivíduo não infectado pelo HIV, um indivíduo infectado corre um risco dez vezes maior de desenvolver tuberculose activa. Em alguns países africanos, um número tão elevado como 50% dos doentes com HIV têm tuberculose. Entre os doentes com infecção pelo HIV avançada, a doença causa muitas mortes.

A gestão correcta da tuberculose é muito importante. Regimes de tratamento deficientes podem permitir que a infecção alastre rapidamente a outros infectados pelo HIV. Até agora, não há provas de que taxas de resistência aos antibióticos mais elevadas em doentes infectados pelo HIV. Entre os doentes que seguem o tratamento receitado, a terapia resulta em rápidas melhoras e baixas taxas de recaída.

Nas unidades de saúde, os doentes seropositivos e os profissionais da área da saúde enfrentam uma exposição diária à tuberculose. O diagnóstico e tratamento imediatos de doentes com tuberculose pulmonar com esfregaço positivo ajuda a reduzir a exposição à tuberculose. O diagnóstico e o tratamento de pacientes em regime ambulatório também ajudam a reduzir os internamentos hospitalares. Além disso, os profissionais da área da saúde que sabem que são seropositivos não devem trabalhar com doentes com tuberculose. As alas hospitalares devem ser mantidas bem arejadas e expostas à luz do sol para reduzir a transmissão da tuberculose.

■ **Diarreia** A diarreia crónica é muito comum, afectando até 60% dos doentes com HIV/AIDS em alguma fase da doença. Se possível, deve-se estabelecer a causa da diarreia e proporcionar tratamento específico. Se isso não for possível, a gestão é sintomática. Alguns casos (provavelmente devidos a *Isospora belli*) reagem ao tratamento com trimetoprim-sulfametoxazole. Outros casos (provavelmente devidos a *Microsporidia*) reagem ao tratamento com metronidazol. Uma dieta com alto teor de energia e proteínas reduz

Para prevenir o desenvolvimento da tuberculose em doentes com HIV/AIDS, em áreas onde a tuberculose é comum, todas as pessoas infectadas pelo HIV sem tuberculose activa devem receber terapia preventiva com isoniazida oral. Em áreas onde a tuberculose não é comum, demonstrou-se que a terapia preventiva apenas beneficiou aqueles cujo teste à tuberculina foi positivo. Consulte a tabela de receitas para a tuberculose para obter pormenores sobre medicamentos e doses para adultos e crianças, bem como a caixa sobre Crianças com HIV, página 8.



o desgaste dos músculos. Avalie sempre o estado de hidratação de qualquer doente com diarreia. A maioria dos doentes com desidratação leve a moderada receberá uma solução de re-hidratação por via oral. Alguns pacientes, com desidratação grave, precisam de fluídos administrados por via intravenosa. A utilização de agentes anti-diarreicos tais como o fosfato de codeína é adequada quando o alívio dos sintomas é essencial. (*Consulte o diagrama sobre a gestão de casos de diarreia crónica incluído nas tabelas de receitas.*)

■ **Disfunções de origem neurológica** Um número tão elevado como 20% de doentes com HIV/AIDS desenvolve complicações neurológicas, na sua maioria causadas por infecções oportunistas mas também porque o HIV infecta o cérebro. Os sintomas comuns são confusão aguda, alteração de comportamento crónica, dor de cabeça persistente, dificuldade ao andar, falta de vista e sensação de calor nos pés.

■ **Doenças da pele e da boca** A maioria dos doentes com HIV desenvolve doenças da pele ou da boca. A doença de pele mais frequentemente associada ao HIV nos países em vias de desenvolvimento é a “erupção papulo-prurítica generalizada”. É muito resistente aos tratamentos. Apenas se encontra disponível o tratamento dos sintomas, que utiliza loção de calamina, anti-histaminas, antifúngos tópicos combinados com 1% de hidrocortisona e corticosteróides tópicos fortes. Entre as doenças infecciosas, a candidíase é a mais comum, seguida pelo zóster e outras infecções de herpes causadas por vírus. A sarna, as doenças estafilocócicas e estreptocócicas também são comuns. O diagnóstico assenta normalmente sobre aspectos clínicos característicos. As erupções cutâneas provocadas por medicamentos, que ocorrem frequentemente, podem complicar o diagnóstico.

■ **Febre** Febres inexplicadas ocorrem frequentemente em doentes com HIV/AIDS. O diagnóstico deve ter como objectivo, em primeiro lugar, identificar as patogenias que estejam a causar uma doença que possa ser eficazmente tratada, como por exemplo tuberculose, pneumonia *Pneumocystitis carinii* ou salmonelas.

TRATAR DOS SINTOMAS: CUIDADOS PALIATIVOS

Além dos cuidados preventivos e do tratamento de infecções relacionadas com o HIV, os profissionais da área da saúde têm de proporcionar cuidados paliativos, tratamentos médicos que, pelo menos, reduz os sintomas óbvios e o sofrimento de um doente.

Por exemplo, dores intensas podem ser tratadas com morfina ou petidina. Quando um paciente sofre de ansiedade aguda, podem receitar-se neurolépticos ou talvez diazepam. Também é possível dar anti-depressivos, como por exemplo amitriptilina, quando necessário. (*Consulte a tabela adjacente sobre Medicamentos genéricos para doenças comuns às pessoas com HIV/AIDS.*)

Os profissionais da área da saúde também podem ensinar os doentes com HIV/AIDS e aqueles que tomam conta destes a administrarem cuidados paliativos em casa. Os doentes com

Medicamentos genéricos para doenças comuns às pessoas com HIV/AIDS

INDICAÇÃO CUIDADO PALIATIVO	MEDICAMENTO
Alergia, ansiedade, prurido	anti-histamínicos injecção de prometazina suspensão de prometazina comprimido de clorfenitamina injecção de clorfenitamina
Ansiedade, convulsões	diazepam, por via oral diazepam, injecção
Convulsões	comprimido de valproato de sódio
Depressão	antidepressivos comprimido de amitriptilina
Diarreia	comprimido de loperamida
Dependência de drogas	comprimido de metadona
Epilepsia, convulsões	comprimido de carbamazepina
Hipersecreção	anticolinérgicos comprimido de sulfato de atropina injecção de sulfato de atropina
Erupção cutânea com prurido	loção de calamina
Náusea	comprimido de metoclopramida injecção de metoclopramida
Dores, tosse, diarreia	comprimido de codeína
Psicose de ansiedade aguda, soluções incontroláveis	neurolépticos comprimido de clorpromazina
Dores intensas	injecção de petidina comprimido de petidina
Dores intensas	solução de morfina 10mg/5ml injecção de morfina ampola de 10mg/ml

HIV/AIDS sofrem muitas vezes de problemas de pele, boca e garganta inflamadas, febres e dores, tosses e dificuldades respiratórias e diarreia. Há maneiras simples e de baixo custo de lidar com todos estes problemas:

○ Os problemas de pele são muitas vezes o resultado de feridas provocadas pelo estado de acamado. Para prevenir essas feridas, a pessoa deve ser encorajada a sair da cama de vez em quando, e, quando está na cama, deve mudar de posição tantas vezes quanto possível. As feridas abertas devem ser mantidas limpas e secas e, quando um doente desenvolve uma erupção, podem aplicar-se remédios locais, tais como óleo de coco ou calamina.

○ Os doentes com a boca inflamada devem ser encorajados



a limpar a mesma com água morna misturada com uma pitada de sal pelo menos quatro vezes por dia.

- As febres e as dores podem ser reduzidas com a ajuda de aspirina, se disponível. Os cobertores pesados ou ásperos devem ser removidos. Massagens suaves ajudam.
- Para combater a tosse, ou dificuldades de respiração, a cabeça do doente e o tronco devem estar apoiados nas

almofadas. Falar ao paciente num tom tranquilizador, acalmará os medos. As janelas devem manter-se abertas para permitir a entrada de ar fresco.

- Quando uma tosse ou uma diarreia ocorrem, deve dar-se mais bebidas à pessoa de modo a evitar a desidratação. A diarreia também pode ser tratada com uma solução de re-hidratação por via oral (Quatro colheres de chá de açúcar e meia colher de chá de sal misturadas com um litro de água a ferver).

ENCORAJAR UM ESTILO DE VIDA POSITIVO

OS INDIVÍDUOS E AS FAMÍLIAS AFECTADOS pelo HIV/AIDS precisam de mais ajuda dos serviços médicos e outros, mas, muitas vezes, recebem menos. Fornecer informações especiais a adultos e crianças infectados pelo HIV e àqueles que cuidam deles, pode fazer uma enorme diferença na qualidade das suas vidas. Quando um profissional da área da saúde faz esse esforço – e oferece o serviço de uma forma positiva e interessada – isso pode melhorar não só a saúde física do doente mas também melhorar o ambiente emocional e espiritual para todos.

Deve falar-se aos doentes com HIV/AIDS sobre “viver positivamente” (consulte o parágrafo seguinte) e da necessidade de fazer planos para o futuro. A maioria precisará de sessões especiais com o profissional da área da saúde, em que poderão discutir pormenorizadamente questões que os preocupem particularmente. Sempre que possível, deve-se falar de grupos de apoio locais e de organizações da comunidade que os podem ajudar. Podem também ser encorajados a formar o seu próprio grupo.

■ **Viver positivamente** Os doentes com HIV/AIDS precisam de saber que, com cuidados adequados, uma boa nutrição e tratamento, os adultos e as crianças infectadas pelo HIV podem sobreviver mais tempo e levar vidas com mais qualidade. Todos devem ser encorajados a viver uma vida tão normal quanto possível, participando em actividades familiares e comunitárias e conversando e divertindo-se com outros.

Ao descobrirem que estão infectadas pelo HIV, as pessoas têm tendência para a depressão e, muitas vezes, querem beber demasiado álcool ou tomar drogas numa tentativa de esquecer as suas condições de saúde. Se for possível convencê-las a cuidarem antes delas próprias e a aderirem a grupos de apoio, o efeito benéfico no seu sistema imunológico – e, portanto, na sua saúde – pode ser considerável.

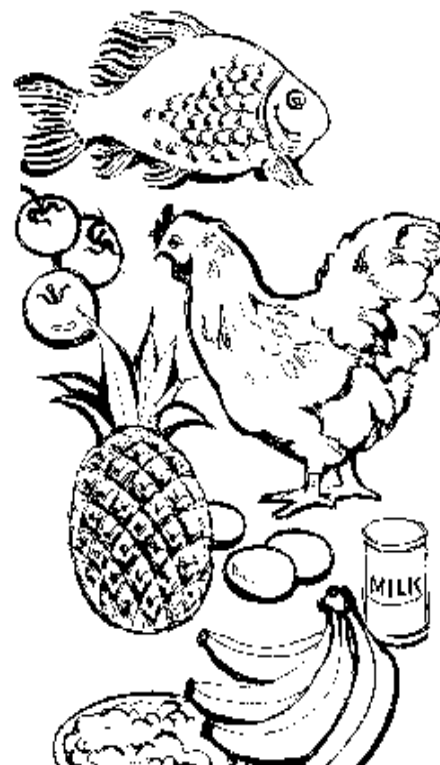
■ **Manter-se saudável** Embora não haja alimentos especiais para os doentes com HIV/AIDS, é extremamente importante que estes sigam uma dieta nutritiva. Uma pessoa bem nutrida é menos vulnerável a doenças. Tanto o HIV como a nutrição deficiente podem prejudicar o sistema imunológico.

Os doentes com HIV/AIDS devem ser aconselhados a comer alimentos variados todos os dias, incluindo aqueles que são ricos em vitaminas e minerais, bem como em energia

e proteínas. Estes incluem o peixe, o leite, aves, cereais, frutos secos, cenouras, vegetais de folha verde e fruta. Todos os alimentos e água devem ser armazenados em recipientes tapados e, sempre que possível, apenas se devem comer alimentos cozinhados de fresco. Se a água para beber não for segura, deve ser fervida.

■ **Cuidados a ter em casa** Tal como já foi debatido na secção sobre cuidados paliativos, os membros da família, vizinhos e os voluntários que cuidam dos que vivem com o HIV/AIDS podem desempenhar tarefas básicas de enfermagem se tiverem o apoio dos profissionais da área da saúde. Também podem aprender os procedimentos simples para evitar o alastramento da doença. Tal como os profissionais da área da saúde, aqueles que prestam os cuidados também precisam de apoio para poderem continuar a proporcionar cuidados de boa qualidade durante um período prolongado. Se os grupos de comunidades existem para ajudar os que prestam cuidados, deve ser fornecida informação sobre os mesmos. Quando estiver disponível pouca informação desse género, os auxiliares devem ser incitados a formar grupos com outros que estejam nas mesmas condições.

■ **Criar organização com os outros** Muitos profissionais da área da saúde estão a ver o seu trabalho com doentes com HIV/AIDS a tomar cada vez mais tempo. Isto acontece em parte porque o HIV/AIDS está a afectar números sempre crescentes de pessoas e também porque a



As crianças órfãs devido ao HIV

Desde o início da epidemia, cerca de 8,2 milhões de crianças com idade inferior a 15 anos perderam as mães por causa do HIV. Muitas perderam também os pais. Só em 1997, cerca de 1,6 milhões de crianças ficaram órfãs por causa do HIV, principalmente na África Sub-Saariana. Muitas vezes estes números estão agora a ver os seus pais infectados a ficarem doentes e a morrerem.

Dado a dimensão da crise e a situação extremamente vulnerável dos órfãos, todos os sectores de uma sociedade devem trabalhar em conjunto para salvar estes muitos milhões de crianças das piores espécies de sofrimento. Em particular, os profissionais da área da saúde desempenham papéis muito importantes, tanto a nível pessoal como profissional.

A nível profissional, os profissionais da área da saúde podem dar atenção especial aos órfãos ou às crianças cujos pais estão doentes. Tais crianças correm elevados riscos de adquirirem doenças e infecções evitáveis devido à pobreza das famílias e porque recebem muito poucos cuidados.

Em segundo lugar, os profissionais da área da saúde podem ajudar a corrigir a grande discriminação enfrentada por tais crianças quando estas – ou os seus auxiliares – tentam ter acesso a cuidados de saúde. Uma vez que as pessoas presumem que as crianças que ficaram órfãs por causa do HIV/AIDS também estão

infectadas e vão morrer mesmo que recebam cuidados médicos, os cuidados médicos são muitas vezes negados a estas crianças. Os profissionais da área da saúde podem fazer o público compreender que cerca de dois terços das crianças nascidas de pais seropositivos não contraem o HIV, podem crescer tão saudáveis como qualquer outra criança e precisam de atenções médicas como todas as crianças. E como essas crianças se encontram muitas vezes isoladas por outras famílias devido aos receios de que tenham e possam transmitir o HIV através do contacto casual, ao corrigirem essas suposições, os profissionais da área da saúde ajudarão a garantir que estas crianças viverão vidas mais normais e promissoras, por exemplo, continuando na escola.

Como membros da sociedade e da comunidade, os profissionais da área da saúde podem construir apoio comunitário e político que vá de encontro às necessidades dos órfãos. Por exemplo, os profissionais da área da saúde podem incentivar o apoio à protecção dos direitos de propriedade dos órfãos ou das mulheres (no caso de apenas o pai estar infectado). Os órfãos ou as viúvas sem recursos encontram-se vulneráveis a todos os tipos de dificuldade. Mas se tiverem alguma herança, têm mais hipóteses de serem acolhidos por parentes ou vizinhos ou até de cuidarem de si próprios.

doença não é uma questão unicamente médica. As pessoas infectadas e as respectivas famílias precisam de informação e apoio em muitas questões. Sozinhos, os profissionais da área da saúde não podem, de modo algum, ir ao encontro de todas estas necessidades.

Uma forma de partilhar estas responsabilidades é incitando grupos sociais, profissionais, religiosos e outros grupos da

comunidade a apoiarem aqueles que vivem com o HIV e com os seus auxiliares. Se as coisas correrem bem, aqueles que foram ajudados a estabelecer um primeiro grupo de auto-ajuda, deverão ser capazes de ajudar outros a estabelecerem mais grupos. De modo semelhante, se um grupo social, religioso ou outro grupo existente começar a trabalhar com o HIV/AIDS, outros verão a importância de o fazerem também.

CUIDADOS ESPECIAIS POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

A EPIDEMIA DE HIV/AIDS TEVE UM IMPACTO muito forte no trabalho e nas vidas pessoais de todos os tipos de profissionais da área da saúde. Há exigências cada vez maiores e mais complicadas impostas aos serviços de saúde, o que fez diminuir a disponibilidade de medicamentos, camas, tempo do pessoal e outros recursos. Os profissionais da área da saúde enfrentam maiores exigências de compreenderem e proporcionarem tratamento para a gama de problemas relacionados com o HIV, que atacam quase todas as faixas etárias. Há exigências compreensíveis por parte dos doentes com HIV/AIDS, dos seus auxiliares e das suas famílias de que lhes sejam fornecidos informação e apoio. Também a nível pessoal, os profissionais da área da saúde ou os seus familiares podem estar infectados pelo HIV ou podem ter perdido parentes ou amigos. E, como as outras pessoas, os profissionais da área da saúde e as suas famílias também enfrentam o medo de serem infectadas pelo HIV.

Para o profissional da área da saúde que decide fazer o teste ao HIV, a confidencialidade é particularmente importante. Muitos podem não querer fazer um teste ao HIV se conhecerem o pessoal que vai fazer o teste ou o

aconselhamento. Nenhum profissional da área da saúde deve ser obrigado a revelar o seu estado de HIV a pedido de doentes ou de outros membros do pessoal.

Para compreender e lidar com estas pressões, os profissionais da área da saúde devem ponderar estabelecerem os seus próprios grupos de apoio. Em muitos países em vias de desenvolvimento, os profissionais da área da saúde já o fizeram e com resultados muito bons. Nesses grupos, os profissionais da área da saúde encontram forças através da partilha de receios e preocupações. Partilham também informação e aprendem com as experiências uns dos outros.

■ **Riscos de infecção no local de trabalho** Uma questão frequentemente colocada pelos profissionais da área da saúde é se correm um grande risco de adquirirem o HIV através do trabalho. Tal não acontece. Na verdade, os profissionais da área da saúde enfrentam riscos muito baixos de infecção no local de trabalho, especialmente se seguirem os procedimentos universais de controlo da infecção descritos em baixo. Com efeito, apenas foram provados duzentos casos de infecção pelo HIV adquirida durante o trabalho nos cuidados de saúde em

todo o mundo. *A maior parte dos profissionais da área da saúde infectados adquire a infecção pelo HIV fora do local de trabalho, por transmissão sexual de um parceiro ou cônjuge infectado pelo HIV.* No trabalho, há um risco muito mais elevado de contrair tuberculose ou hepatite B e C.

Os riscos de adquirir o HIV no trabalho são os seguintes:

- Os salpicos de sangue ou fluídos corporais infectados pelo HIV em pele intacta não apresentam quase nenhum risco de transmissão de HIV.
- O sangue ou os fluídos corporais infectados pelo HIV em cortes ou esfoladelas ou nos olhos apresentam um risco possível no caso de uma grande quantidade de sangue ou fluído entrar em contacto com os cortes, esfoladelas ou com os olhos durante um período de espaço de tempo significativo.
- As picadelas provocadas por pontas de agulhas que envolvam sangue infectado pelo HIV, quando a pele é perfurada por uma agulha afiada (agulha, bisturi ou outro instrumento afiado) apresentam um risco mais elevado de transmissão. Mas até este risco é baixo, avaliado em 1 em 300.

Em áreas com taxas de HIV elevadas, os profissionais da área da saúde devem partir do princípio de que todo o sangue e todos os fluídos corporais são infecciosos.

Os riscos de adquirir HIV ou doenças transmissíveis pelo sangue na unidade de saúde podem ser reduzidos seguindo sempre rigorosamente as seguintes precauções universais:

- Manuseamento, limpeza e eliminação de todos os instrumentos afiados (agulhas, bisturis, lâminas). Os objectos afiados podem ser despejados num recipiente próprio.
- Lavar as mãos com sabão antes e depois dos procedimentos.
- Cobrir a pele esfolada, feridas ou cortes com um gesso à prova de água ou vestir-se antes de entrar em contacto com os doentes. É muito importante que as parteiras e os assistentes do nascimento cubram as picadelas de insectos, feridas abertas, esfoladelas e cortes nas mãos e braços antes de assistirem a um parto.



- Utilizar barreiras protectoras tais como luvas, batas e máscaras para os olhos, se possível.
- Proteger os olhos durante o nascimento de um bebé, cirurgia ou durante procedimentos invasivos.
- Evitar respiração boca a boca – utilizar bomba e máscara.
- Desfazer-se de desperdícios contaminados com sangue e fluídos corporais de modo seguro.
- Manusear cuidadosamente lençóis manchados e lavar a roupa a altas temperaturas ou com desinfectantes químicos.

Irão acontecer acidentes e, portanto, pode ser útil colocar um póster na parede da clínica sublinhando os procedimentos a seguir.

1 Se foram entornados fluídos corporais, limpe-os imediatamente utilizando água e sabão ou um desinfectante químico se disponível.

2 Se os olhos ou a pele tiverem sido salpicados com sangue ou fluídos corporais, lave-os o mais depressa possível com água (para os olhos) e sabão (para a pele). Não esfregue a pele nem utilize desinfectantes químicos, pois isso pode causar cortes ou esfoladelas.

3 Se a pele foi cortada ou picada, deixe a ferida sangrar durante dois minutos. Tente avaliar o risco de transmissão. A menos que esteja envolvida uma grande quantidade de sangue, como a extraída por uma agulha oca, não há motivos para preocupações. Se um profissional da área da saúde tiver sido exposto a uma quantidade significativa de sangue de um paciente, a OMS aconselha o paciente e o profissional a fazerem o teste o mais depressa possível após a exposição e o profissional a repetir o teste seis meses depois. (O primeiro teste ao profissional da área da saúde não confirmará a infecção pelo HIV uma vez que os anticorpos não podem ser detectados antes de passarem três meses após a infecção).

4 Relate o acidente ao gerente, para que possam ser tomadas medidas para evitar exposições semelhantes no futuro.

Em muitos países industrializados, é oferecido aos profissionais da área da saúde um tratamento profilático pós-exposição com medicamentos antiviróticos, mas este não se encontra de um modo geral disponível na maior parte dos países em vias de desenvolvimento. Nos países em vias de desenvolvimento, a bi-terapia com medicamentos antiviróticos (durante pelo menos duas semanas) ou a monoterapia com AZT (250mg duas vezes por dia durante quatro semanas), se ainda não tiverem sido largamente utilizadas no país, são opções possíveis. Deve notar-se que não se sabe o suficiente acerca da eficácia dos tratamentos profiláticos pós-exposição e que o risco médio de infecção a seguir à exposição – mesmo sem tratamento – é muito baixo. Consequentemente, a prioridade deve ser dada à minimização dos riscos de exposição através da observância rigorosa das precauções universais.

TABELAS

Posologias/tratamento recomendados pela OMS para as DST	página 15
Síndromas DST	página 17
Posologias/tratamentos recomendados pela OMS para doenças relacionadas com o HIV	página 17
Limites e precauções com os medicamentos	página 22

Nenhum dos medicamentos que surgem em itálico se encontra na Lista Tipo de Medicamentos Essenciais da OMS.

Posologias/tratamento recomendados pela OMS para as DST

DOENÇA	MEDICAMENTO	DOSAGEM
Doenças sexualmente transmissíveis		
Sífilis		
Sífilis congénita	benzilpenicilina OU benzilpenicilina procaínica	
<i>Primária</i>	penicilina benzatínica G 2,4 milhões IU OU penicilina benzatínica G 1,2 milhões IU OU, em caso de alergia à penicilina tetraciclina 500mg OU doxiciclina 100mg OU, em caso de gravidez eritromicina 500mg	injecção intramuscular em sessão única (frequentemente dividida em duas doses aplicadas em locais diferentes) diariamente por injeção intramuscular durante 10 dias consecutivos por via oral 4x durante 15 dias por via oral 2x por dia durante 15 dias por via oral 4x durante 15 dias
<i>Tardia</i>	penicilina procaínica G 1,2 milhões IU OU penicilina benzatínica G 2,4 milhões IU	diariamente por injeção intramuscular durante 3 semanas injecção semanal intramuscular em sessão única (frequentemente dividida em duas doses aplicadas em locais diferentes) durante 3 semanas
<i>Neuro</i>	penicilina benzatínica G 4 milhões IU OU penicilina procaínica G 1,2 IU MAIS probenocide 500mg	de 4 em 4 horas por via intravenosa durante 2 semanas diariamente por injeção intramuscular durante 2 semanas por via oral 4x por dia durante 2 semanas
Gonorreia		
	ceftriaxone 250mg OU espiramicina 2g OU ciprofloxacina 500mg OU <i>cefixime</i> 400 mg OU kanamicina 2g OU tiofenical 2,5g OU trimetoprim (80mg)/sulfametoxazol (400mg) OU gentamicina 240mg por intramuscular	injecção intramuscular única injecção intramuscular única dose única por via oral dose única por via oral injecção intramuscular em dose única diariamente por via oral durante 2 dias 10 comprimidos por dia durante 3 dias injecção em dose única (TB/HIV)
Oftalmia neonatal <i>Profilaxia</i>	pomada de tetraciclina 1% (1ª escolha) OU pomada de eritromicina 1% OU solução de nitrato de prata 1%	aplicar uma vez aplicar uma vez aplicar uma vez
Infecções clamidobacterianas		
Linfogranuloma venéreo	doxiciclina 100mg OU tetraciclina 500mg OU, em caso de gravidez eritromicina 500mg OU sulfadiazina 1g	por via oral 2x por dia durante 14 dias por via oral 4x por dia durante 14 dias por via oral 4x por dia durante 14 dias por via oral 4x por dia durante 14 dias
Outras infecções clamidobacterianas	doxiciclina 100mg OU tetraciclina 500mg OU, em caso de gravidez eritromicina 500mg OU sulfadiazina 1g	por via oral 2x por dia durante 7 dias por via oral 4x por dia durante 7 dias por via oral 4x por dia durante 7 dias por via oral 4x por dia durante 7 dias

As referências ao trimetoprim/sulfametoxazol são referências ao comprimido padrão que contém 80mg de trimetoprim + 400mg de sulfametoxazol.



Doenças sexualmente transmissíveis (continuação)

DOENÇA	MEDICAMENTO	DOSAGEM
Cancróide	eritromicina 500mg OU ciprofloxacina 500mg OU ceftriaxone 250mg OU espiramicina 2g OU trimetoprim/sulfametoxazol 2 comprimidos quando não é possível eliminar a sífilis MAIS penicilina benzatínica G 2,4 milhões IU	por via oral 3x durante 7 dias por via oral em dose única injecção intramuscular em dose única por injecção intramuscular em dose única por via oral 2x por dia durante 7 dias injecção intramuscular em sessão única (frequentemente dividida em 2 doses aplicadas em 2 locais diferentes)
Herpes genital	comprimidos <i>aciclovir</i> 200mg	por via oral 5x por dia durante 7 dias ou até estar curada
Verrugas genitais	resina podofílio 20% <i>ácido tricloroacético</i>	aplicação localizada 1-2x por semana até estar curada
Vaginite		
Tricomoníase	metronidazol 2g OU metronidazol 400-500mg	por via oral em dose única por via oral 2x por dia durante 7 dias
Vaginose bacteriana	metronidazol 2g OU metronidazol 400-500mg	por via oral em dose única por via oral 2x por dia durante 7 dias
Candidíase	nistatina 100.000 IU OU micronazol OU <i>clotrimazol</i> 200mg OU clotrimazol 500mg	2 pessários intravaginais por dia durante 14 dias intravaginal 1x por dia durante 3 dias intravaginal 1x em dose única
Inflamação pélvica		
Doentes em regime ambulatorio	ceftriaxone 250mg MAIS doxiciclina 100mg OU tetraciclina 500mg MAIS metronidazol 400-500mg SEGUIDO DE doxiciclina 100mg	por injecção intramuscular 2x por dia por via oral 2x por dia por via oral 4x por dia por via oral 2x por dia durante 4 dias por via oral 2x por dia durante 10 dias
Doentes internados	ceftriaxone 250mg MAIS doxiciclina 100mg OU ciprofloxacina 500mg MAIS doxiciclina 100mg MAIS metronidazol 400-500mg SEGUIDO DE doxiciclina 100mg	por injecção intramuscular 2x por dia por via oral 2x por dia por via oral 2x por dia por via oral 2x por dia por via oral 2x durante 4 dias por via oral 2 vezes por dia durante 10 dias
Pacientes gravemente doentes	gentamicina 1-5 mg/kg MAIS clindamicina 900mg SEGUIDO DE doxiciclina 100mg OU tetraciclina 500mg	injecção intravenosa 3x por dia por via intravenosa 3x por dia durante um período mínimo de 4 dias por via oral 2x por dia durante 10 dias por via oral 4x durante 10 dias

Tratamento do recém-nascido

Sífilis		
Bebé nascido de mãe seropositiva que recebe tratamento	benzilpenicilina benzatínica 50.000 IU/kg	dose única intramuscular
Sífilis congénita precoce <i>bebé com líquido cérebro espinhal anormal</i>	benzilpenicilina 50.000 IU/kg OU benzilpenicilina procaínica 50.000 IU/kg	intravenosa (ou intramuscular em 2 doses divididas) durante 10 dias intramuscular 1x por dia durante 10 dias
<i>bebé com líquido cérebro espinhal normal</i>	benzilpenicilina benzatínica 50.000 IU/kg	dose única intramuscular
Oftalmia neonatal		
<i>Profilaxia</i>	igual à da sífilis congénita (página 15)	
devida a gonorreia	ceftriaxone 50mg/kg (máx. 125 mg) OU kanamicina 25mg/kg (máx. 75mg)	dose única intramuscular dose única intramuscular

Tratamento do recém-nascido (continuação)

DOENÇA	MEDICAMENTO	DOSAGEM
Oftalmia neonatal (continuação) devida a gonorreia	OU espiramicina 25 mg/kg (máx. 75 mg)	dose única intramuscular
devida a clamidobactérias	se o tratamento supracitado não provocar melhores e o pus continuar a sair, mude para xarope de eritromicina 50mg/kg OU cotrimoxazol (trimetoprim 40mg/ sulfametoxazol 200mg) por suspensão oral	4x por dia durante 14 dias 2x por dia durante 14 dias

Síndromas DST

SÍNDROMA	SINTOMAS	SINAIS	ETIOLOGIAS MAIS COMUNS
Corrimento vaginal	Corrimento vaginal Prurido vaginal Disúria (dor ao urinar) Dor durante as relações sexuais	Corrimento vaginal	Vaginite Tricomoníase Candidíase Cervicite Gonorreia Clamidobactérias
Corrimento da uretra	Corrimento da uretra Disúria Urinar frequentemente	Corrimento da uretra (se necessário, peça ao doente para espremer a uretra)	Gonorreia Clamidobactérias
Úlcera genital	Inflamação genital	Úlcera genital Aumento dos gânglios linfáticos inguinais	Sífilis Cancróide Herpes genital
Dores no baixo abdómen	Dores no baixo abdómen e dores durante as relações sexuais	Corrimento vaginal Sensibilidade do baixo abdómen durante a palpitação Temperatura > 38°C	Gonorreia Clamidobactérias Anaeróbios mistos
Inchaço do escroto	Inchaço e dor do escroto	Inchaço do escroto	Gonorreia Clamidobactérias
Bubo inguinal	Aumento e dor dos gânglios linfáticos inguinais	Inchaço dos gânglios linfáticos Flutuação Abscessos ou fístulas	LGV Cancróide
Conjuntivite neonatal	Inchaço das pálpebras Corrimento O bebé não consegue abrir os olhos	Edema das pálpebras Corrimento purulento	Gonorreia Clamidobactérias

Posologias/tratamentos recomendados pela OMS para doenças relacionadas com o HIV**Doenças relacionadas com o HIV**

DOENÇA	MEDICAMENTO	DOSAGEM
Tuberculose micobacteriana Pulmonar	comprimido de isoniazida 100-300mg (H) cápsula ou comprimido de rifampicina 150mg, 300mg (R) comprimido pirazinamida 400mg (Z) estreptomicina em pó para injeção 1g (como sulfato) em frasco (S) comprimido etambutol 100-400mg (hidroclorato) (E)	5mg/kg 3x por semana durante 10 semanas 10 mg/kg 3x por semana durante 10 semanas 25mg/kg 3x por semana durante 35 semanas 15 mg/kg 3x por semana durante 15 semanas 15mg/kg 3x por semana durante 30 semanas
<i>Profilaxia</i>	comprimido de isoniazida 100-300mg (H)	



Doenças relacionadas com o HIV (continuação)**Código padrão para regimes de tratamento de tuberculose**

Há um código padrão para regimes de tratamento de tuberculose. Cada nome de medicamento anti-tuberculose têm uma abreviatura (mostrada na tabela anterior). Um regime é composto por duas fases. O número indicado de uma fase é a duração dessa fase em meses. Um número inferior à linha (por exemplo 3) a seguir a uma letra é o número de doses desse medicamento por semana. Se não há número inferior à linha a seguir a uma letra, o tratamento com esse medicamento é diário. Um medicamento (ou medicamentos) alternativos surgem como letra (ou letras) entre parênteses.

Regimes de tratamentos alternativos possíveis para cada categoria de tratamento

CATEGORIA DE TRATAMENTO CONTRA A TUBERCULOSE	DOENTES DE TUBERCULOSE	REGIMES DE TRATAMENTO ALTERNATIVOS CONTRA A TUBERCULOSE	
		FASE INICIAL (DIARIAMENTE OU 3x POR SEMANA)	FASE DE CONTINUAÇÃO
I	Nova tuberculose pulmonar com esfregaço positivo	2 EHRZ (SHRZ)	6 HE
	nova tuberculose pulmonar com esfregaço negativo	2 EHRZ (SHRZ)	4 HR
	com envolvimento parenquimal extensivo; novos casos de formas extra-pulmonares graves	2 EHRZ (SHRZ)	4 H ₃ R ₃
II	Tuberculose pulmonar com esfregaço positivo anteriormente tratada: recaída;	2 SHRZE/1 HRZE	5 H ₃ R ₃ E ₃
	tratamento falhado; tratamento após interrupção	2 SHRZE/1 HRZE	5 HRE
III	Nova tuberculose pulmonar com esfregaço negativo (diferente da da Categoria I); novas formas	2 HRZ	6 HE
	menos graves de tuberculose extra-pulmonar	2 HRZ	4 HR
		2 HRZ	4 H ₃ R ₃
IV	Caso crónico (ainda com expectoração após novo tratamento supervisionado)	NÃO APLICÁVEL (Reporte-se às linhas de orientação da OMS para a utilização de medicamentos alternativos em centros especializados)	

ATENÇÃO Algumas autoridades recomendaram uma fase de continuação de 7 meses com isonizida e rifampicina diariamente (7 HR) para doentes da Categoria I com as seguintes formas de tuberculose: meningite tuberculosa; tuberculose miliar, tuberculose espinhal com sinais neurológicos.

Outras infecções bacterianas

DOENÇA	MEDICAMENTO	DOSAGEM
Salmonela (entérica)	comprimido de sulfametoxazol + trimetoprim, 100mg + 20mg, 400mg + 80mg	2 comprimidos (400mg + 80mg) por dia durante 5 dias
	OU cápsula cloranfenicol 250 mg	500mg 4x por dia durante 7 dias
Shigella	trimetoprim/sulfametoxazol	2 comprimidos (400mg + 80mg) por dia durante 5 dias
	OU comprimido de ácido naladixico 250mg, 500mg	1g 4x por dia durante 5 dias
Clostridium difficile Legionella species	comprimido de metronidazol 200-500mg	400mg 3x por dia durante 7 dias
Salmonela (septicemia)	cloranfenicol OU ampicilina em pó para injeção 500mg (sal de sódio) em frasco MAIS injeção de gentamicina 10 mg, 40mg (como sulfato) em frasco de 2ml	
Gripe hemófila	cápsula ou comprimido de amoxiciclina 250mg, 500mg (anidro) trimetoprim/sulfametoxazol	

Infecções virais

DOENÇA	MEDICAMENTO	DOSAGEM
Vírus do herpes (sistémico)	<i>aciclovir</i> em pó para injeção, 500mg em frasco	10mg/kg por via intravenosa durante 10 dias
Herpes genital	<i>aciclovir</i> OU para casos menos graves, comprimido 200mg	5mg/kg por via intravenosa durante 5 dias 5x por dia durante 7 dias
<i>Profilaxia</i>	comprimido <i>aciclovir</i> 200mg	2 comprimidos 2x por dia
Herpes zóster (sistémico)		
Gripe	<i>aciclovir</i>	10mg/kg por via intravenosa 3x por dia durante 7 dias

Infecções provocadas por fungos**Candidíase**

Candidíase oral

Tratamento

aplicação de genciana violeta
solução de iodopovidona para lavagem da boca
solução de cloro-hedixina para lavagem da boca
comprimido de nistatina 500.000 IU

4x por dia até dois dias depois do desaparecimento dos sintomas

comprimido de *miconazol* 250mg
anfotericina B
comprimido de ketoconazol, 200mg

4x por dia durante 10 dias
10mg 4x por dia
200-400mg 1x por dia até à remissão

Candidíase do esófago

comprimido de ketoconazol, 200mg
anfotericina B em pó para injeção
50mg em frasco
solução de fluconazol para injeção
2mg/ml em ampola

200-400mg 1x por dia até à remissão
1mg/kg infusão por via intravenosa durante 10-14 dias
200mg por via intravenosa como dose inicial para testar a capacidade metabólica do organismo seguida por 100mg por dia durante 21 dias

comprimido de fluconazol, 400mg seguido de 200mg por dia durante 4 semanas

por via oral ou intravenosa como dose inicial para testar a capacidade metabólica do organismo

Profilaxia

comprimido de nistatina 500.000 IU
comprimido de ketoconazol 200mg
fluconazol

2x por dia
1x por dia

Candidíase vaginal

ver secção DST

Infecções provocadas por protozoários**Pneumonia *Pneumocystis carinii***

Primeira linha de tratamento

comprimido de trimetoprim/sulfametoxazol

100mg/kg sulfametoxazol + trimetoprim 20g/kg por via oral em 2 a 4 doses divididas durante pelo menos 3 semanas

concentrado de trimetoprim/sulfametoxazol para infusão intravenosa 80mg + 400mg em ampola de 5ml

75mg/kg sulfametoxazol + trimetoprim 15mg/kg em 4 doses divididas administradas em 5% de solução de glucose durante 60 minutos. A forma de administração da dosagem deve ser substituída assim que for possível a ingestão de comprimidos

Segunda linha

pentamidina isetonato em pó 200mg em frasco para injeção
trimetoprim/sulfametoxazol e pentamidina exigem tratamento com esteróides
comprimidos de prednisolona 40mg

4mg/kg por infusão intravenosa durante 60 minutos diários durante pelo menos 3 semanas

metilprednisolona

40mg 2x por dia durante 5 dias seguidos de 40mg por dia durante 5 dias e depois 20mg por dia durante 10 dias se $pO_2 < 70\text{mmHg}$

Terceira linha

comprimido de dapsona 50mg, 100mg
MAIS trimetoprim 400mg, 200 mg
OU primaquina
MAIS clindamicina

comprimido 7,5mg, 15 mg (como difosfato)
injeção 150mg (como fosfato)/ml



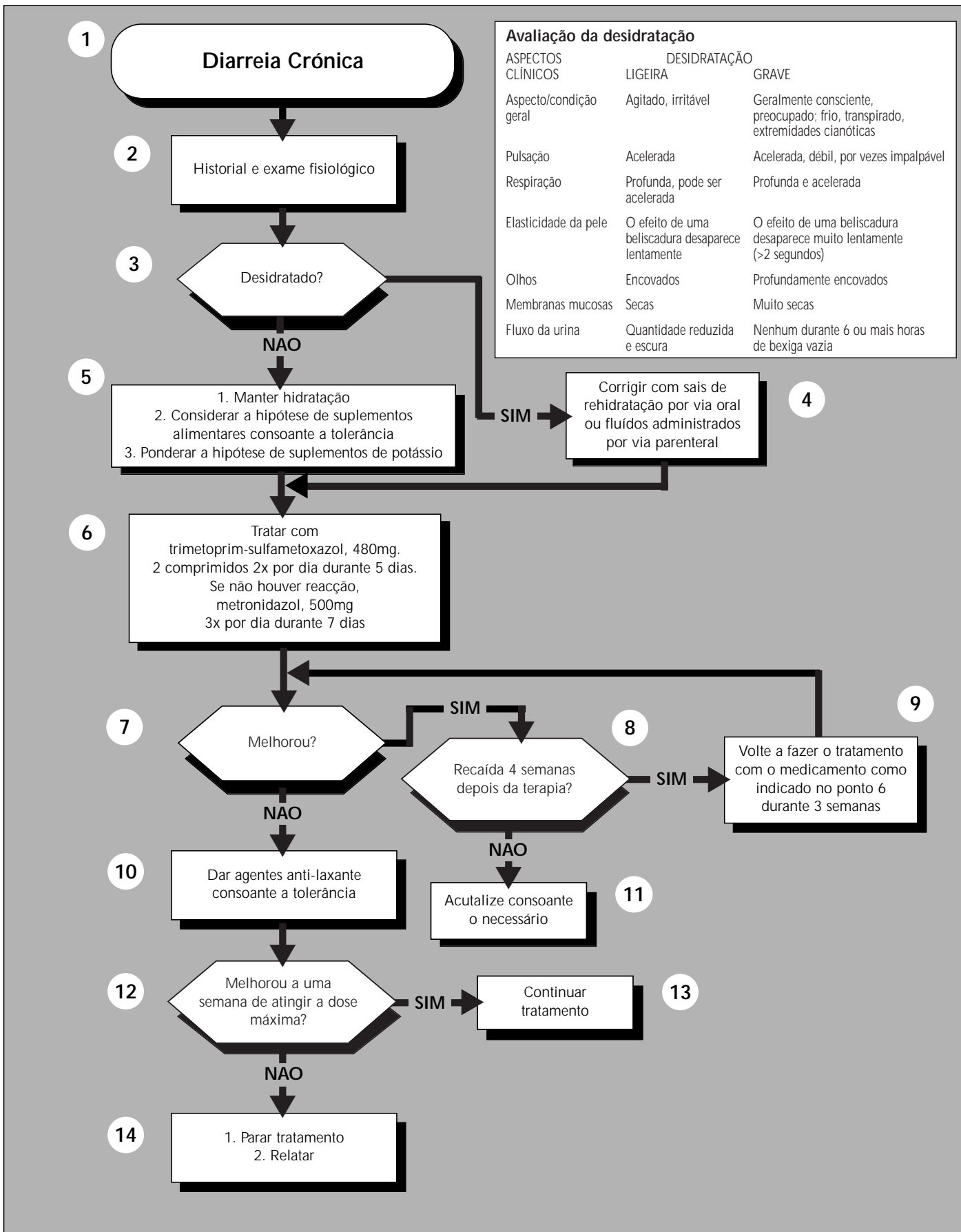
Infecções provocadas por protozoários (continuação)

DOENÇA	MEDICAMENTO	DOSAGEM
Pneumonia pneumocystitis carinii (continuação)		
<i>Profilaxia</i>	trimetoprim/sulfametoxazol	sulfametoxazol 25mg/kg + trimetoprim 5mg/kg em doses diárias divididas em 3 dias consecutivos de cada semana durante toda a vida
	piramitamina/sulfoxina	25mg piramitamina + 500mg sulfoxina, 1 comprimido 3x por dia
	pentamidina (aerosol) em pó para inalação	dose única de 300mg por mês
	300mg de pentamidina isetonato em frasco	
Outras doenças infecciosas e provocadas por parasitas		
Entamoeba histolytica	comprimido de metronidazol	500mg 3x por dia durante 7 dias
Giardia intestinalis	comprimido de metronidazol	250mg 3x por dia durante 5 dias
Isospora belli		
<i>Profilaxia e Tratamento</i>	comprimido de trimetoprim/sulfametoxazol (160mg + 80mg) trimetoprim/sulfametoxazol	4x por dia durante 10 dias
Nocardiose		
<i>Tratamento</i>	comprimido de sulfadoxina 500mg MAIS comprimido de piramitamina 25mg	2 comprimidos 2x por dia durante 6 semanas 2 comprimidos 2x por dia durante 6 semanas
<i>Profilaxia</i>	comprimido de sulfadoxina 500mg MAIS comprimido de piramitamina 25mg	1 comprimido 1x por semana 1 comprimido 1x por semana
Criptococose		
<i>Meningite criptocócica</i>		
<i>Tratamento</i>	anfoteracina B	por via intravenosa 0,5-1,0mg/kg diariamente durante pelo menos 6 semanas
	MAIS flucitosina	100-150mg/dia por via oral durante 6 semanas
	OU comprimido de fluconazol 200mg	400mg/dia por via oral (ou por via intravenosa) durante 12 semanas
<i>Profilaxia</i>	anfoteracina B	por via intravenosa 0,5-1,0mg/kg uma vez por semana
	comprimido de fluconazol 200mg	1 comprimido por dia
	itaconazol	200-400mg/dia por via oral
Toxoplasma gondii		
<i>Primeira linha de tratamento</i>	comprimido de piramitamina 25mg	total de 200mg em doses divididas no primeiro dia, seguidas de 75-100mg por dia durante 6 semanas
	MAIS comprimido de sulfadoxina 500mg	total de 6-8g por via oral ou intravenosa em 4 doses divididas diariamente durante 6 semanas
	OU comprimido de sulfadoxina 500mg MAIS folinato de cálcio leucovorina (folinato de cálcio)	2 comprimidos 2x por dia durante 6 semanas 5-10mg/dia por via oral
<i>Segunda linha</i>	piramitamina MAIS clindamicina OU dapsona <i>atovaqone</i>	25-100mg/dia por via oral 600-1200mg/dia por via intravenosa ou oral 100mg/dia por via oral 25-100mg/dia por via oral
<i>Profilaxia</i>	comprimido de piramitamina 25mg comprimido de sulfadiazina 500mg comprimido de sulfadoxina 500mg clindamicina	25-50mg por dia por via oral 2-4g por dia por via oral
Microsporidia	comprimido de metronidazol 400mg	3x por dia durante 7 dias



Gestão de um caso de diarreia crónica

O diagnóstico baseia-se apenas no historial e no exame fisiológico



Limites e precauções com os medicamentos

■ **aciclovir**

Contra-indicações – Hipersensibilidade; a utilização durante a gravidez tem de ser determinada pelo estado físico da mãe.

Interacções medicamentosas – Medicamentos nefrotóxicos, probenocida.

Efeitos secundários – Dores de cabeça ligeiras, perturbações gastrointestinais.

■ **anfotericina B**

Contra-indicações – Hipersensibilidade.

Precauções – Vigilância médica rigorosa durante o tratamento. Insuficiência renal. Manter um nível elevado de ingestão de líquidos.

Interacções medicamentosas – Adrenocorticóides; corticotropina (ACTH); digitalis, depressivos da medula óssea; radioterapia, medicações nefrotóxicas.

Efeitos secundários – Anemia normocítica, normocrómica; hipocalcemia; insuficiência renal; tromboflebite; reacção à infusão; visão nublada ou desfocada; arritmias cardíacas, normalmente com infusão acelerada; reacções provocadas por hipersensibilidade; leucopenia; polineuropatia; convulsões; trombocitopenia; perturbações gastrointestinais; dor de cabeça.

■ **benzilpenicilina/ benzilpenicilina procaínica G/ penicilina procaínica G**

Contra-indicações – Alergia à penicilina ou cefalosporinas.

Precauções – Interrogue cuidadosamente os pacientes sobre reacções alérgicas anteriores; se se desenvolver uma erupção cutânea, mude para uma classe diferente de antibióticos.

Interacções medicamentosas – Medicamentos anti-inflamatórios sem ser à base de esteróides; inibidores de agregação de plaquetas; sulfpirazona; inibidores de enzima conversora de angiotensina; diuréticos para manter o nível de potássio; suplementos de potássio.

Efeitos secundários – Reacções alérgicas, neutropenia, nefrite intersticial; colite pseudo-membranosa; convulsões, perturbações gastrointestinais, candidíase oral.

■ **ceftriaxone**

Contra-indicações – Hipersensibilidade conhecida a outros antibióticos β-lactum.

Efeitos secundários – Reacções de hipersensibilidade; erupções cutâneas, urticária; broncospasma, anafilaxia; colite pseudo-membranosa relacionada com antibióticos.

■ **ciprofloxacina**

Contra-indicações – Hipersensibilidade; gravidez, adolescência e infância.

Precauções – Epilepsia, insuficiência hepática ou renal.

Interacções medicamentosas – Alumínio, cálcio e antiácidos contendo magnésio; sulfato ferroso; sucralfato; teofilina; warfarina.

Efeitos secundários – Geralmente bem tolerado. Alucinações; erupção cutânea; fotosensibilidade; tonturas ou vertigens; dor de cabeça; nervosismo; sonolência; insónia; por vezes, têm sido comunicadas perturbações gastrointestinais.

■ **cloranfenicol**

Contra-indicações – Não utilizar para indicações triviais. O potencial de efeitos tóxicos que podem colocar a vida em perigo limita a utilização deste medicamento. Risco potencial para o feto durante a fase final da gravidez.

Efeitos secundários – Síndrome tóxica do neonato, depressão da medula óssea reversível e irreversível.

■ **cloro-hexidina**

Precauções – Evitar as membranas mucosas.

Efeitos secundários – Irritação das mucosas, coloração acastanhada reversível dos dentes.

■ **clindamicina**

Contra-indicações – Diarreia.

Efeitos secundários – Provoca efeitos secundários graves, como por exemplo colite pseudo-membranosa. Os doentes devem interromper imediatamente a utilização no caso de desenvolvimento de diarreia. Desconforto abdominal; erupção cutânea; icterícia e resultados alterados de testes à função hepática.

■ **dapsona**

Precauções – Doenças cardíacas ou pulmonares; deficiência G6PD. Recomenda-se a interrupção da amamentação.

Efeitos secundários – Dermatite alérgica, náusea, dor de cabeça, taquicardia, discrasias, reacções de hipersensibilidade.

■ **dapsona MAIS trimetoprim**

Contra-indicações – Hipersensibilidade; anemia megaloblástica devido a deficiência de ácido fólico; anemia grave; deficiência de G6PD; deficiência de metemoglobina; insuficiência da função renal ou hepática.

Interacções medicamentosas – Antagonistas de folato, didanosina; hemolíticos.

Efeitos secundários – Meningite asséptica; discrasias do sangue; reacções de hipersensibilidade; metemoglobinemia; síndrome de Stevens-Johnson; perturbações gastrointestinais; dor de cabeça; anemia hemolítica; lesões hepáticas; alterações mentais ou de comportamento; neurite periférica; toxicidade CN5; "síndrome das sulfonas".

■ **doxiciclina**

Contra-indicações – Hipersensibilidade. Geralmente contra-indicada durante a gravidez e durante os primeiros anos de infância.

Interacções medicamentosas – Antiácidos; fenetoína; barbitúricos; carbamazepina; suplementos de cálcio; salicilatos de colina e de magnésio; suplementos de ferro; laxantes com magnésio; colestiramina; colestipol; contraceptivos orais com estrogénio.

Efeitos secundários – Ver entrada sobre tetraciclina.

■ **eritromicina**

Contra-indicações – Hipersensibilidade.

Precauções – Insuficiência da função hepática.

Interacções medicamentosas – Alfentanil; carbamazepina; cloranfenicol; clindamicina; lincomicina; ciclosporina; medicações hepatotóxicas; warfarina; aminofilina; cafeína; oxtirifilina ou teofilina.

Efeitos secundários – Reacções de hipersensibilidade; icterícia colostática; (menos frequente com o estolato de eritromicina, raro com outras eritromicinas); perturbações gastrointestinais; candidíase oral.

■ **espiramicina**

Contra-indicações relativas – Hipersensibilidade; em mulheres grávidas, só quando a necessidade ultrapassa o risco; em pacientes com insuficiência renal, só quando as terapias alternativas são inadequadas.

Efeitos secundários – Hipersensibilidade; tonturas; perturbações gastrointestinais; dores no local da injeção.

■ **estreptomicina**

Contra-indicações – Risco elevado para o feto; hipersensibilidade; botulismo da criança; miastenia gravis ou doença de Parkinson; insuficiência da função renal.

Interacções medicamentosas – Outros aminoglicosidas; capreomicina medicações de bloqueio neuromuscular; metoxiflurano; polimixinas parentais; medicações nefrotóxicas; medicações ototóxicas.

Efeitos secundários – Nefrotoxicidade; neurotoxicidade; ototoxicidade auditiva; ototoxicidade vestibular; neurite periférica; neurite óptica; hipersensibilidade; bloqueio neuromuscular; dor e abscesso estéril.

■ **etambutol**

Contra-indicações – Neurite óptica; as crianças são demasiado jovens para comunicarem as alterações.

Precauções – Insuficiência da função renal; gravidez; deficiências oculares.

Efeitos secundários – Gota aguda; hiper-uricemia; reacções de hipersensibilidade; neurite periférica; neurite retrobulbar ou neurite óptica; perturbações gastrointestinais; dor de cabeça; confusão e desorientação mental.

■ **fluconazol**

Contra-indicações – Hipersensibilidade. A segurança da utilização durante a gravidez ainda não foi demonstrada.

Precauções – Insuficiência da função renal.

Interacções medicamentosas – Agentes anti-diabéticos orais; ciclosporina; fenetoína; rifampicina; warfarina.

Efeitos secundários – Geralmente bem tolerado. Disfunções de exfoliação da pele; hepatotoxicidade; trombocitopenia; perturbações gastrointestinais; dor de cabeça.

Limites e precauções com os medicamentos

■ genciana violeta

Contra-indicações relativas – Hipersensibilidade.

Efeitos secundários – Irritação oral.

■ iodopovidona

Precauções – Gravidez

Efeitos secundários – Reações de hipersensibilidade.

■ isoniazida

Contra-indicações relativas – Hipersensibilidade; alcoolismo; insuficiência da função hepática; gravidez.

Interações medicamentosas – Álcool; alfentanil; carbamazepina; disulfiram; outras medicações hepatotóxicas; ketoconazol; rifampicina; fenetoína.

Efeitos secundários – Hepatite; sintomas de hepatite prodômica (anorexia, náusea ou vômitos, cansaço involuntário ou fraqueza); neurite periférica; discrasias do sangue; reações de hipersensibilidade; neurotoxicidade (convulsões; depressão nervosa, psicose); neurite óptica; perturbações gastrointestinais.

■ itaconazol

Contra-indicações – Gravidez. Evitar no caso de antecedentes de doença hepática.

Efeitos secundários – Náusea; dores abdominais; dispepsia; prisão de ventre; dor de cabeça; tonturas; número elevado de enzimas no fígado; disfunções menstruais; reações alérgicas; hepatite e icterícia colástica; neuropatia periférica (interromper tratamento); síndrome de Stevens-Johnson; a utilização prolongada provoca hipocalcemia, edema e queda de cabelo.

■ kanamicina OU gentamicina

Contra-indicações – Gravidez; miastenia gravis.

Precauções – Insuficiência renal; crianças e idosos.

Efeitos secundários – Lesões vestibulares e auditivas; nefrotoxicidade.

■ ketoconazol

Contra-indicações – Hipersensibilidade; alcoolismo; insuficiência da função hepática; idade inferior a 2 anos.

Precauções – A função hepática deve ser avaliada antes do tratamento e durante o mesmo a intervalos mensais.

Interações medicamentosas – Álcool; medicações hepatotóxicas; antiácidos; anticolinérgicos/antiespasmódicos; histamina H₂ antagonistas receptores; omeprazol; didanosina; isoniazida; rifampicina.

Efeitos secundários – Hepatite; reações de hipersensibilidade; perturbações gastrointestinais; tonturas; sonolência; dor de cabeça; gicomaquia; impotência/irregularidade menstrual; fotofobia.

■ metilprednisolona

Efeitos secundários – Ver prednisolona

■ metronidazol

Contra-indicações – Hipersensibilidade conhecida; início da gravidez; alcoolismo crônico.

Interações medicamentosas – Deve ser administrado às refeições ou imediatamente após as mesmas. Os pacientes devem ser avisados a não ingerirem álcool durante o tratamento.

Efeitos secundários – Geralmente bem tolerado. Leves sintomas de dor de cabeça e irritação gastrointestinal. Menos frequentes são a sonolência; as erupções cutâneas e o escurecimento da urina.

■ nistatina

Contra-indicações relativas – Irritação ou sensibilização. A segurança da utilização durante a gravidez ainda não foi demonstrada.

Efeitos secundários – Perturbações gastrointestinais. Em caso de utilização vaginal, irritação vaginal.

■ nitrato de prata

Efeitos secundários – Pode ser perigoso se a preparação ou o armazenamento forem de má qualidade. Uma solução concentrada provocará lesões da córnea.

■ pentamidina

Contra-indicações – Hipersensibilidade conhecida. A utilização durante a

gravidez pode provocar o aborto. No entanto, a pneumonia cistitis cariini deve ser sempre tratada o mais depressa possível.

Interações medicamentosas – Depressivos da medula óssea, didanosina; foscarnet; medicações nefrotóxicas.

Efeitos secundários – Diabetes mellitus; hiperglicemia e hipoglicemia; anemia; leucopenia; neutropenia; trombocitopenia; hipotensão; nefrotoxicidade; arritmias cardíacas; taquicardia ventricular primária; reações de hipersensibilidade; perturbações gastrointestinais; pancreatite; gosto desagradável a metal; flebite com injeção intravenosa; abscesso estéril com injeção intramuscular.

■ piramitamina MAIS clindamicina

Contra-indicações – Hipersensibilidade; disfunção hepática ou renal; primeiro trimestre da gravidez, excepto quanto a saúde da mãe se encontrar gravemente ameaçada.

Interações medicamentosas – Depressivos da medula óssea, antagonistas de ácido fólico; inalação de anestésicos de hidrocarboneto; agentes de bloqueio neuromusculares; caulino ou agentes anti-diarreicos com antapulgit; cloranfenicol; eritromicina.

Efeitos secundários – Glossite atrófica devido a deficiência de ácido fólico; discrasias do sangue; reações de hipersensibilidade; perturbações gastrointestinais; colite pseudo-membranosa; neutropenia; trombocitopenia; crescimento excessivo de fungos.

■ piramitamina MAIS sulfadiazina

Contra-indicações – Hipersensibilidade; disfunção hepática ou renal grave. Normalmente contra-indicado durante o primeiro trimestre, mas não deve ser adiado quando a saúde da mãe corre graves riscos.

Interações medicamentosas – Vários outros medicamentos, incluindo todas as sulfonamidas, trimetoprim e metotrexate, têm uma acção sinérgica. A co-administração – à excepção da utilização planeada da sulfadiazina – deve ser evitada.

Efeitos secundários – Glossite atrófica devido a deficiência de ácido fólico; discrasias do sangue; reações de hipersensibilidade; síndrome de Stevens-Johnson; necrólise epidérmica tóxica; necrose hepática; fotosensibilidade; cristalúria ou hematúria; bócio ou perturbação da função da tiróide; nefrite intersticial ou necrose tubular; tonturas; dor de cabeça; letargia; perturbações intestinais; erupção cutânea.

■ piramitamina MAIS sulfoxina

Contra-indicações – Ver outras entradas sobre a piramitamina

Precauções – Todos os pacientes devem receber paralelamente folinato de cálcio.

Interações medicamentosas – Todas as sulfonamidas, o trimetoprim e o metotrexato.

Efeitos secundários – Anorexia; cáibras intestinais, vômitos, tremuras. Em doses elevadas, pode provocar trombocitopenia; granulocitopenia e anemia megaloblástica.

■ prednisolona

Efeitos secundários – Exagero das acções fisiológicas normais dos corticosteróides no caso de sobredosagem ou utilização prolongada; diabetes; osteoporose; perturbações mentais; euforia; desgaste muscular; supressão do crescimento nas crianças; na gravidez, o desenvolvimento supra-renal da criança pode ser afectado.

■ primaquina MAIS clindamicina

Contra-indicações – Hipersensibilidade. Deficiência de G6PD; doenças gastrointestinais, especialmente colite ulcerativa; enterite localizada ou colite ligada a antibióticos; insuficiência grave da função hepática.

Interações medicamentosas – Hemolíticos; mepacrina; agentes de bloqueamento neuromuscular; caulino ou agentes anti-diarreicos com antapulgit; cloranfenicol; eritromicina.

Efeitos secundários – Anemia hemolítica; metemoglobinemia; leucopenia; perturbações gastrointestinais; colite pseudo-membranosa; reações de hipersensibilidade; trombocitopenia; crescimento excessivo de fungos.

■ probenocida

Contra-indicações – Crianças com idade inferior a 2 anos, ataque de gota aguda; terapia paralela à base de salicilato; cálculos de ácido úrico nos rins; discrasias do sangue. Risco potencial para o feto.

Precauções – Insuficiência renal, úlcera péptica. Certifique-se de uma ingestão de líquidos adequada durante a terapia.

Interações medicamentosas – Salicilatos.

Limites e precauções com os medicamentos

■ pirazinamida

Contra-indicações – Hipersensibilidade; insuficiência grave da função hepática.

Efeitos secundários – Artralgia; artrite urática; hepatotoxicidade; erupção cutânea ou prurido.

■ resina podofilo

Contra-indicações – Gravidez. Não deve ser aplicada em camadas extensas da pele. Não deve ser utilizada no tratamento de verrugas cervicais, uretrais, anorectais ou orais. Só deve ser utilizada sob vigilância médica rigorosa.

Efeitos secundários – Náusea, vômitos, dores abdominais, diarreia. A aplicação em excesso pode resultar em neurotoxicidade grave.

■ rifampicina

Precauções – Hipersensibilidade; alcoolismo; activo ou em remissão; insuficiência da função hepática.

Interações medicamentosas – Adrenocorticóides; álcool; teofilina; oxtrifilina e aminofilina; couamina ou anticoagulantes derivados de indandiona; agentes anti-diabéticos orais; cloranfenicol; contraceptivos orais com estrogénio; estramustine ou estrogénios; digoxina ou digitoxina; disopiramide, mexiletileto; quinidina ou tocainida, fluconazol; itaconazol; isonizida; medicações hepatotóxicas; ketoconazol; metadona; fenetoína; verapamil.

Efeitos secundários – “síndrome da gripe”; reacções de hipersensibilidade; discrasias do sangue; hepatite; sintomas prodrómicos (anorexia; náusea ou vômitos, cansaço vulgar ou fraqueza); nefrite intersticial; perturbações gastrointestinais; descoloração laranja avermelhado ou castanho avermelhado da urina; fezes, saliva, expectoração, suor e lágrimas.

■ sulfadiazina

Contra-indicações – Hipersensibilidade conhecida a sulfonamidas;

primeiro trimestre da gravidez; excepto quando a saúde da mãe corre grave perigo; disfunção hepática ou renal grave.

Efeitos secundários – Náusea, vômitos, diarreia e dores de cabeça. Reacções de hipersensibilidade possivelmente intensas, incluindo o síndrome Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica.

■ tetraciclina

Contra-indicações – Hipersensibilidade, insuficiência renal grave; gravidez e primeiros anos de infância (excepto para uso tópico) para prevenir ou tratar a oftalmia neonatal).

Interações medicamentosas – Antiácidos; suplementos de cálcio; salicilatos de colina e magnésio; suplementos de ferro; laxantes com magnésio; colestiramina; colestipol; contraceptivos orais com estrogénios.

Efeitos secundários – Descoloração dos dentes do(a)s bebés/crianças; crescimento excessivo de fungos; perturbações gastrointestinais; língua escura ou descolorada; fotosensibilidade.

■ trimetoprim MAIS sulfametoxazol

Contra-indicações – Hipersensibilidade; insuficiência hepática ou renal grave. É preferível evitar a utilização durante a gravidez mas o tratamento da pneumonia cystitis cariini não deve ser adiado. O tratamento deve ser suspenso imediatamente se surgir uma erupção cutânea ou qualquer outra manifestação de hipersensibilidade às sulfanomidas.

Interações medicamentosas – Coumarina ou anticoagulantes derivados de indandiona; anticonvulsivos hidantoína; metotrexato; agentes anti-diabéticos orais; hemolíticos; medicações hepatotóxicas; metenamina.

Efeitos secundários – Hipersensibilidade; fotosensibilidade; discrasia do sangue; cristalúria ou hematúria; perturbações da função da tiróide; nefrite intersticial ou necrose tubular; metemoglobinemia; tonturas, dor de cabeça; perturbações gastrointestinais.

Seis pontos chave

- 1 Os profissionais da área da saúde devem tentar promover o debate sobre o HIV/SIDA com cada doente. O HIV/SIDA deve ser debatido pelo menos sempre que os seguintes serviços se encontrem disponíveis: saúde dos jovens, pré-natal; maternal e infantil, planeamento familiar e tratamento de DST.
- 2 A prevenção funciona. As melhores campanhas promovem o conhecimento sobre o HIV e a prevenção contra o mesmo; criam um ambiente de debate e acção relacionados com práticas sexuais ou de consumo de drogas mais seguras; promovem serviços tais como preservativos de baixo custo e equipamentos de injeção com higiene; tratamento para DST e aconselhamento e testes voluntários e confidenciais ao HIV.
- 3 Os cuidados preventivos e o tratamento de infecções relacionadas com o HIV podem prolongar e melhorar a qualidade de vida de uma pessoa com HIV.
- 4 Um tratamento de curto prazo com AZT em mulheres grávidas infectadas pelo HIV pode diminuir a transmissão de mãe para filho para metade.
- 5 Nos países em vias de desenvolvimento, entre um terço e uma metade de todas as infecções com HIV em crianças pequenas são adquiridas através da amamentação. Todas as mulheres seropositivas devem ter informações completas sobre os riscos associados à amamentação e sobre métodos de alimentação alternativos.
- 6 Quanto mais protecção os países puderem fornecer aos direitos dos jovens – incluindo o direito a informação sobre serviços de protecção à vida e serviços de apoio à juventude – menos vulneráveis os jovens se tornam ao HIV.

Esta edição especial foi produzida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa das Nações Unidas contra o HIV/AIDS (UNAIDS).

A *Prescrição* encontra-se disponível em árabe, espanhol, francês, inglês, português, e russo. Se gostaria de receber *A Prescrição* por meio electrónico ou gostaria de reproduzi-lo através de uma versão electrónica, por favor envie uma mensagem de correio electrónico para netmaster@unicef.org ou escreva ao editor pedindo uma cópia em disquete.

Copyright UNICEF 1998. Todos os direitos reservados. *A Prescrição* pode ser revisto, reproduzido ou traduzido parcialmente ou na totalidade. Não pode ser vendido nem utilizado para fins comerciais sem aprovação prévia escrita do UNICEF (contacte o Editor, *A Prescrição*, Divisão de Programa do UNICEF, 2 UN Plaza, Nova Iorque 10017). *A Prescrição* é distribuída gratuitamente pelo UNICEF.

