



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

MARIA DE FATIMA VIEIRA

&

MICHELLI PALMEZANO DE CASTRO

**HIV/AIDS E Depressão: Sistematização da Assistência de
Enfermagem**

Assis
2010

MARIA DE FATIMA VIEIRA

&

MICHELLI PALMEZANO DE CASTRO

HIV/AIDS E Depressão: Sistematização da Assistência de Enfermagem

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA como requisito do curso de graduação

Orientadora: Prof.^a. Dr^a. Luciana Pereira Silva

Área de concentração: Assistência de Enfermagem

Assis
2010

FICHA CATALOGRÁFICA

CASTRO, Michelli Palmezano; VIEIRA, Maria de Fátima

HIV/AIDS e Depressão: Sistematização da Assistência de Enfermagem/Michelli Palmezano Castro & Maria de Fátima Vieira. Fundação Educacional do Município de Assis – Fema: Assis, 2010. 66p.

Orientadora: Prof^a Doutora Luciana Pereira Silva
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Enfermagem – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

1. HIV/AIDS. 2. Depressão 3. Assistência de Enfermagem

CDD: 610
Biblioteca da

FEMA

MARIA DE FATIMA VIEIRA

&

MICHELLI PALMEZANO DE CASTRO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Municipal
de Ensino Superior de Assis, como
requisito do Curso de Graduação em
Enfermagem, analisado pela
seguinte comissão examinadora.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Luciana Pereira Silva

Analisador 1: Maria Jose Caetano Ferreira Damasceno

Assis

2010

DEDICATÓRIA

Eu, Michelli, dedico este trabalho ao meu DEUS, ao meu pai (*in memoriam*), à minha Tia Cida e ao meu namorado Ronaldo.

Eu, Maria de Fátima Vieira, dedico este trabalho de Conclusão de Curso a DEUS em primeiro lugar, por me dar a vida e esta oportunidade, ao meu pai (*in memoriam*), a meu marido que tanto me apoiou minha filha, que é a minha força para nunca ter desistido.

AGRADECIMENTOS

Eu, Maria de Fátima Vieira, agradeço, primeiramente, a Deus, por me dar a vida, através de meus pais, sempre me dando força e ânimo quando muitas vezes quis desistir, mas sempre soube que ele tinha um propósito em minha vida, ajudar ao próximo sempre.

Agradeço a todos de minha família que de um jeito o outro sempre me apoiaram, me dando forças para concluir esta jornada.

A meu esposo Nil, que apesar de minha ausência sempre, esteve ao meu lado nos momentos de estresse, nos quais quis desistir dos meus sonhos, dos quais sempre me apoiou, e que através dele realizei meu sonho. Muito Obrigada!

A minha filha Nicole, que aproveito a oportunidade e peço desculpa pela minha ausência, até nos momentos em que mais precisou estive muito ausente, mas que sei que entende e me apoia, sem ela não teria forças para prosseguir nesta jornada.

A todos os meus professores, tanto de teoria e quanto de prática, que sempre nos incentivaram a buscar além daquilo que aprendemos na faculdade. Em especial agradeço minha professora Ivana, e também uma grande professora que se tornou uma amiga: Elizete (Dedé), que nas horas mais incertas se fez presente me dando apoio. Muito Obrigada mesmo, que Deus te abençoe grandemente.

A minha querida amiga Michelli, que sempre me apoiou com sua amizade e carinho, sem contar na paciência que sempre teve comigo. Muito Obrigada!

Quero agradecer também aos meus amigos de grupo de estágio, Gisele, Robson, Camila e Silvana que entendiam sempre o meu mau humor e estresse, os mesmos eram sempre compreensíveis, pois também estavam na mesma caminhada, lutando pelo mesmo objetivo.

Agradeço a todas as pessoas que de uma forma ou de outra me apoiaram nesta minha caminhada, sempre em busca de meus sonhos e objetivos.

Agradeço a minha orientadora Luciana, que sempre me apoiou, me ajudando nessa etapa. Muito Obrigada!

Não posso esquecer-me de agradecer a todos os funcionários do GIPA, onde foi realizada nossa pesquisa, que abriram as portas do local, para que pudéssemos atingir nosso objetivo.

Também agradeço a todos os profissionais que durante nosso período de estágio, sempre estiveram prontos a contribuir com nosso conhecimento. Muito Obrigada!

Enfim, Deus, obrigada por tudo, por minha vida, e de todos que me cercam, e querem meu bem, e a todos que amam essa profissão, que tem a felicidade de CUIDAR COM AMOR.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, eu, Michelli, quero agradecer a DEUS por estar presente em minha vida, me dando força e coragem para que eu nunca desistisse, apesar das dificuldades enfrentadas.

Quero agradecer ao meu pai (*in memoriam*) que tornou possível este sonho e que, apesar dele não estar presente para ver a conclusão, sei que se ele estivesse aqui seria uma das pessoas que se sentiriam mais felizes e orgulhosos, pois ansiava ver este momento tão sublime, e lhe agradeço por tudo que fez em minha vida e por ter me dado à oportunidade de alcançar esse objetivo.

A minha querida tia Cida, que sempre me deu forças para lutar, dizendo que nunca devemos desistir no primeiro obstáculo, mas sim que temos que persistir sempre com a ajuda de DEUS, agradecer por não ter deixado que eu largasse tudo quando senti vontade, pois enfrentei momentos muito difíceis, como a perda de meu pai justamente quando eu estava no meio da caminhada; porém, com os conselhos sábios dela, eu pude ver que não poderia simplesmente abandonar tudo o que eu mais queria para minha vida.

Aos meus primos Alex, João e Douglas, que sempre me ajudaram todas as vezes que eu mais precisava deles. A vocês, muito obrigado! Vocês também fazem parte dessa vitória!

A minha querida amiga Caroline, que é mais que uma amiga, uma Irmã para todas as horas.

A minha irmã Poliane, que me encoraja simplesmente pelo fato de eu saber que ela existe e que posso contar com ela quando eu precisar.

Aos meus tios Ary, Maria Rosa, Eduardo e Claudete que são exemplos de força e coragem, em que me espelhei durante toda minha caminhada.

Aos meus avós Joana e Benedito que são tudo em minha vida.

Ao meu irmão Cláudio, que sempre me ajudou, e quantas vezes ainda cansadas do serviço ia me levar à FEMA. Muito Obrigada!

A minha amiga e companheira Fátima, que lutou e chorou junto comigo.

Ao meu namorado Ronaldo, obrigado por estar presente em minha vida.

Em especial quero agradecer minha orientadora Luciana pela paciência e dedicação,

Quero agradecer a professora Ivana que sempre me ajudou e me apoiou, mostrando que ama o que faz, sempre me impulsionando a seguir, confiando que no final tudo iria dar certo. Deus te abençoe em toda sua caminhada!

Quero agradecer também aos meus amigos de grupo de estágio, Gisele, Robson, Camila e Silvana que entendiam sempre nosso mau humor e eram compreensíveis, pois também estavam na mesma caminhada, lutando pelo mesmo ideal.

A todos os funcionários do GIPA que abriram as portas e nos receberam. Muito obrigada!

Enfim, dedico esse trabalho principalmente aos portadores do HIV/AIDS e a todos os que amam o Cuidar. Muito Obrigado JEOVÁ DEUS.

“Por isso não desistamos; porém, ainda que o homem que somos por fora se define, certamente o homem que somos por dentro esta sendo renovado de dia em dia”

(Bíblia Sagrada, 2 Coríntios 4:16)

RESUMO

A infecção pelo HIV/AIDS é freqüentemente associada a transtornos psiquiátricos. Dentre eles, depressão é o mais comum. A sistematização de enfermagem é um instrumento para o enfermeiro ter mais autonomia em suas ações com conhecimento técnico-científico, para assim melhorar seu atendimento a esses pacientes imunodeprimidos. A presente pesquisa realizou um trabalho de campo no Grupo Integrado de Atenção e Prevenção de DTS (GIPA) da cidade de Assis, situada no interior de São Paulo, tendo por objetivos gerais o acompanhamento de 30 pacientes portadores do vírus HIV/AIDS e a influência dos profissionais da saúde no quadro geral de depressão, muito comum nestes pacientes. Além disso, avaliar se a equipe de enfermagem através da Assistência da Sistematização de Enfermagem (SAE) pode contribuir para diminuir a incidência da depressão. Para a seleção dos sujeitos que constituem o estudo, foram adotados os seguintes critérios: ter diagnóstico confirmado de HIV/aids; ter ciência de seu diagnóstico; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter esclarecimentos prévios sobre a pesquisa e decidir participar voluntariamente. Foram excluídos, os pacientes em fase terminal, com impossibilidade de verbalizar ou com alterações de comportamento. Foi esclarecido aos participantes o sigilo dos depoimentos e suas identidades. A partir de uma abordagem qualitativa, utilizou-se a investigação por questionário para abordar 30 portadores de HIV/AIDS do GIPA. Os resultados revelaram que a modalidade de SAE propicia mudanças de comportamento dos sujeitos consideradas benéficas para sua aceitação e adesão ao tratamento, favorece uma maior e melhor convivência entre pacientes e equipe e que sentimentos negativos advindos da doença, são aliviados pelo suporte emocional oferecido pela aceitação da doença. Conclui-se, com o trabalho, que as atividades de apoio por parte dos profissionais da assistência de sistematização da enfermagem possibilitam um espaço valioso para troca de experiências e compreensão dos aspectos psicossociais do ser humano. E a capacitação de profissionais que assumam o compromisso efetivo de realizar seus serviços dentro do padrão de qualidade e nos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a sua responsabilidade não se encerra com ato técnico, mas sim, com a participação ativa na resolução do problema de saúde.

Palavras chave: HIV/AIDS, Depressão, Assistência de Enfermagem

ABSTRACT

The HIV/AIDS infection is frequently associated to a psychiatric upheaval. Where depression is the most common. The nursing systematization is an instrument that the professional have to acquire more autonomy in his action with technician-scientific knowledge, thus to improve the attendance to these patients. The present research carried through a work in the Integrated Group of Attention and Prevention of DTS (GIPA) located in Assis, situated in the state of São Paulo, having as general objectives the accompaniment of 30 patients HIV/AIDS and the influence of the professionals of health in the general condition of depression, very common in these patients. Moreover, to evaluate if the team of nursing through the Systematization Assistance (SAE) can contribute to diminish the depression incidence. For the citizens election that constitute the study, the following criterion had been adopted: have confirmed HIV/AIDS diagnosis; have science of this diagnosis; have equal or superior age of 18 years; have previous clarifications about the research and decide voluntarily participate. Patients in terminal phase, with impossibility of verbalization or alterations of behavior had been excluded. It was clarified to the participants the secrecy of the identities and speech. From a qualitative boarding, it was used questionnaire to inquiry 30 GIPA's patients. The results show that SAE changes the behavior, what is considered beneficial for the acceptance and adhesion to the treatment, favors a greater and better relation between patients and team and that negative feelings that come from illness, are alleviated by the emotional support offered by the acceptance of the illness. It is concluded, that the activities of support from nursing assistance systematization make possible a valuable space for exchange experiences and understanding human psychosocial aspects. For this, is important the qualification of professionals, who assume the effective commitment to carry through its services in the standard of quality and bioethics/ethics, having in account that its responsibility the active participation in the resolution of the health problem.

Key-Words: HIV/AIDS – Depression – Nursing Assistance

SUMÁRIO

Introdução.....	p.13
-----------------	------

Capítulo 1

1.1 Sistematização da Assistência e Classificação das Intervenções de Enfermagem.....	p.17
1.2 Histórico de Enfermagem.....	p.20
1.3 Diagnóstico de Enfermagem.....	p.21
1.4 Composição do diagnóstico de enfermagem.....	p.22
1.5 Tipos de diagnóstico de enfermagem.....	p.23
1.6 Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC).....	p.23
1.6.1 Prescrição de Enfermagem.....	p.23
1.6.2 Classificações dos resultados de enfermagem (NOC).....	p.25

Capítulo 2

2.1 Depressão: Fisiopatologia e Tratamento.....	p.28
2.1.1 Subtipos da depressão.....	p.30
2.2 Fisiopatologia da depressão.....	p.31
2.3 Tratamento da depressão.....	p.32

Capítulo 3

3.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.....	p.35
3.2 História da AIDS no Brasil.....	p.36
3.3 Transmissão AIDS/HIV/AIDS.....	p.40
3.3.1 Fases da infecção pelo vírus HIV/AIDS.....	p.41
3.4 Imunologia do HIV/AIDS.....	p.42
3.5 Tratamento do HIV/AIDS.....	p.43
3.5.1 Efeitos adversos.....	p.45

Capítulo 4

4.1 Uma análise sobre pacientes soropositivos que freqüentam o GIPA... p.47	
Considerações finais.....	p.57
Referências Bibliográficas.....	p.59
Anexos.....	p.62

INTRODUÇÃO

A AIDS foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1980. A epidemia manteve-se restrita as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. A partir de então, observou-se a disseminação da doença para outras regiões do país.

O vírus da imunodeficiência humana (HIV/AIDS), que é o causador da AIDS, foi descoberto em 1971, tendo esse vírus afinidade para os linfócitos TCD4, que são responsáveis por nosso sistema de defesa, ou seja, o vírus, quando ataca o organismo e o infecta, deixa o mesmo susceptível a doenças oportunistas, deixando o organismo imunodeprimido.

Assim, o vírus, que tem mais afinidade pelo linfócito TCD4, permite que o mesmo se replique, destruindo as células de defesa, fazendo com que o organismo se torne fraco, podendo adquirir várias doenças.

Hoje, mesmo o indivíduo sabendo de todas as formas que o mesmo pode estar se infectando, contraem a doença, talvez por falta de iniciativa dos profissionais de saúde estarem realizando campanhas de divulgação sobre a doença e mesmo estarem conscientizando a população.

Nota-se uma grande incidência de pessoas que, após descobrirem ser soropositiva, desenvolveram qualquer grau de depressão, visto que essa doença não tem cura. O indivíduo se sente desamparado, muitas vezes sem vontade de continuar vivendo, se o mesmo não tiver um atendimento adequado no momento que recebe o seu diagnóstico positivo.

Também não se pode confundir a tristeza profunda, fadiga, emagrecimento no momento em que a pessoa recebe o diagnóstico positivo para o HIV/AIDS com a depressão, pois esses sintomas, como o sistema imune esta enfraquecido, podem ser comuns à patologia instalada em seu organismo.

O portador do vírus sofre muita discriminação, apesar de já se ter passado vários anos desde sua descoberta e de várias formas de contágio. A pessoa ainda hoje é muito recriminada, por muitas vezes falta de conhecimento de outras pessoas até mesmo por não conhecerem a doença em si.

A depressão é uma doença que deixa a pessoa debilitada, sem ânimo para nada, a qual sofre uma tristeza profunda, às vezes sentindo vontade de cometer o suicídio no estágio mais grave da depressão, juntando o momento em que descobrem serem soropositivos. Esses sintomas se intensificam, por isso, faz-se necessário uma boa assistência da equipe multidisciplinar para o melhor cuidado do indivíduo.

Sobre os sintomas da depressão, o Ministério da Saúde (2005)relata:

A depressão é uma doença,há uma série de evidências que mostram alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido, principalmente com relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e, em menor proporção, dopamina), substâncias que transmitem impulsos nervosos entre as células. Outros processos que ocorrem dentro das células nervosas também estão envolvidos. Ao contrário do que normalmente se pensa, os fatores psicológicos e sociais muitas vezes são consequência e não causa da depressão. Vale ressaltar que o estresse pode precipitar a depressão em pessoas com predisposição que, provavelmente, é genética. A prevalência (número de casos numa população) da depressão é estimada em 19%, o que significa que, aproximadamente, uma em cada cinco pessoas no mundo apresentam o problema em algum momento da vida. (www.ministeriodasaude.gov.br; acesso em 10/09/2010)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) veio para melhorar o atendimento da enfermagem, não só a esses pacientes imunodeprimidos, mas em outras diversas patologias.

A sistematização de enfermagem é um instrumento para o enfermeiro ter mais autonomia em suas ações com conhecimento técnico científico, para assim melhorar seu atendimento a esses pacientes imunodeprimido.

O enfermeiro, juntamente com sua equipe, tem o dever de prestar um atendimento digno à esses pacientes, pois, além de estarem com uma doença, que sabemos que não tem cura, apesar dos tratamentos, ainda podem desenvolver um quadro depressivo, ao qual deve ser dedicado devida atenção.

Por isso, queremos mostrar que todos os pacientes soropositivos podem ter uma boa qualidade de vida se o mesmo não se auto discriminar e nem ser discriminado pela sociedade.

A discriminação ocorre em todo lugar, por falta de conhecimento das pessoas pelas vias de infecção da doença, ou mesmo por puro preconceito. Desse modo, os pacientes soropositivos se isolam em seu mundo, desenvolvendo a depressão. Se uma boa equipe de enfermagem não estiver dando toda a assistência que ele necessite, pode a vir abandonar o tratamento com os retrovirais e até mesmo os antidepressivos.

Esse trabalho mostra a importância da enfermagem no atendimento a esses pacientes soropositivos, e como a Assistência da Sistematização de Enfermagem (SAE) visa melhorar a vida dos mesmos.

A proposta deste trabalho foi justamente analisar os pacientes com HIV/AIDS, tendo em vista o grande crescimento dessa doença nos últimos tempos. A grande incidência de pacientes com HIV/AIDS virem a desenvolver a depressão, assim como doenças oportunistas, tornando assim uma necessidade estudar o porquê de eles desenvolverem a depressão e como podemos minimizar essa situação.

A presente pesquisa realizou um trabalho de campo no Grupo Integrado de Atenção e Prevenção de DST (GIPA) da cidade de Assis, situada no interior de São Paulo, onde tem, por objetivos gerais, o acompanhamento de pacientes portadores do vírus HIV/AIDS/ e a influência dos profissionais da saúde no quadro geral de depressão, muito comum nestes pacientes.

Entre os objetivos específicos, tivemos como foco analisar como tem sido o atendimento da equipe de enfermagem a pacientes soropositivos que fazem tratamento no Grupo Integrado de Atenção a Prevenção a DST, (GIPA), e se esses pacientes vieram a desenvolver algum grau de depressão durante o momento em que descobriram serem portadores de tal patologia. E, assim, demonstrar o quanto a equipe de enfermagem, através da Assistência da Sistematização de Enfermagem (SAE), pode diminuir essa incidência, visto que a depressão é comum a essa patologia.

Nesse contexto, apresentamos o trabalho, o qual foi dividido em quatro partes. No primeiro capítulo, abordamos a assistência de enfermagem e sua importância no atendimento a pacientes soropositivos e depressivos. No segundo capítulo, abordaremos a respeito da depressão, fisiopatologia e tratamento da mesma. Já no

terceiro falaremos sobre HIV/AIDS e Depressão, bem como a história da AIDS no Brasil, e tudo relacionado à patologia. No último capítulo, apresentaremos uma análise sobre os pacientes portadores do HIV/AIDS que fazem tratamento no GIPA, bem como será apresentado o gráfico com suas devidas tabulações, mostrando quantos pacientes vieram a desenvolver qualquer grau de depressão, sendo associada ao HIV/AIDS.

CAPÍTULO 1

1.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E A CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM

Já no começo da prática de enfermagem, com Florence Nightingale, houve a necessidade dos profissionais dessa área adquirir conhecimentos para tratar a pessoa como um todo. No tempo de Florence, a mesma dizia que à enfermagem tinha que atribuir conhecimentos da área da medicina para um melhor tratamento do paciente. Nesse período, os profissionais curavam apenas a patologia do paciente, centralizando suas ações no mesmo, ou seja, apenas se fazia o que devia ser feito, e não se questionava o porquê de estarem fazendo tal cuidado.

Na década 1950, a enfermagem ampliou sua visão, iniciando o cuidado ao paciente em sua visão holística, ou seja, o cuidado de enfermagem não era mais apenas focado na patologia do paciente e sim no ser humano que a possuía.

No ano 1960, já se começava a liberação de dinheiro para os estudantes de enfermagem se especializar em sua área de conhecimento.

No Brasil, a primeira enfermeira, Wanda Aguiar de Horta, iniciou, em 1979, a assistência de enfermagem sistematizada, que deu a enfermagem uma nova visão de cuidado, juntamente com a criação da Teoria das Necessidades Básicas.

Segundo Souza (2006, p.557):

O nível mais básico, ou o primeiro, inclui as necessidades fisiológicas, tais como ar, água e alimento. O segundo nível inclui as necessidades de segurança e proteção, compreendendo a segurança física e psicológica. O terceiro nível contém as necessidades de amor e gregarismo, incluindo a amizade, as relações sociais e o amor sexual. O quarto nível engloba as necessidades de autoestima, que envolvem a autoconfiança, a utilidade, o propósito e autovalorização. O último nível é a necessidade de auto-realização, o estado de alcance pleno do potencial e da habilidade para resolver problemas e lidar realisticamente com as situações de vida..

Entrando nos anos 80, já se percebia a necessidade da enfermagem adquirir um conhecimento mais aprofundado na sua área, para melhoria do cuidado à população.

Sendo que a enfermagem começou a exercer várias funções voltadas para medidas de conforto, tendo sempre um ambiente limpo e organizado.

O processo de enfermagem existe no Brasil desde a década de 1970, mas somente no ano de 2002, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) recebeu apoio do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), para ser implantado nas instituições públicas e particulares.

O processo de enfermagem de Orem é “um método de determinação das deficiências de auto cuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de auto cuidado” (FOSTER & JANSSENS, 1999, p. 98).

Assim, sabemos que com a implementação da Assistência de Enfermagem (SAE), podemos dar um atendimento de forma técnico - científica ao nosso paciente de forma planejada, para melhorar o estado de saúde do mesmo.

Hoje, notamos que não são em todos os lugares que a SAE é empregada. Sendo assim, notamos uma falha no cuidado ao paciente, principalmente àqueles imunodeprimidos que, pela própria patologia em si, já são depressivo, e com o tratamento recebido por toda equipe de enfermagem isso piora o seu quadro.

Muitas vezes esses pacientes querem apenas conversar, já que muitos deles são discriminados pela sociedade e por sua própria família. Assim, quando procuram ajuda médica, eles querem receber apoio não só para sua doença e sim para seu lado psicológico que está balado.

Vemos também que há carência nesses pacientes. Eles por si só se discriminam, achando que não merecem o mesmo cuidado que os outros, devido a sua patologia não ter cura, fazendo com que ele se sinta mais desanimado. Muitos pensam que já que adquiriram tal doença, seria melhor que morressem, pelo fato da mesma não tem cura.

Com este trabalho, queremos mostrar que o cuidado que esses pacientes recebem, desde a hora que recebem o exame positivo para sorologia do HIV/AIDS, muitos já saem do consultório com sintomas depressivos. Assim sendo, queremos mostrar a importância do trabalho da enfermagem, com a aplicação da Assistência de Enfermagem (SAE), que podemos sim, melhorar a qualidade de vida desses pacientes, e muitos podem vir a não desenvolver qualquer sintoma depressivo.

Sendo assim, queremos que os pacientes tenham uma qualidade de vida saudável na medida do possível, porque a patologia que os mesmos adquiriram já deixa todo seu organismo debilitado. O cuidado da assistência de enfermagem é de fundamental importância para esses pacientes, já que hoje em dia todos sabem as formas de contágio da mesma.

As etapas da SAE incluem:

- a) Histórico de enfermagem;
- b) Diagnóstico de enfermagem;
- c) Prescrição de enfermagem;
- d) Evolução de enfermagem.

1.2 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Este é o primeiro passo para a implementação da Assistência de Enfermagem (SAE), ou seja, é o momento em que o enfermeiro coleta informações do estado de saúde do paciente, da família e mesmo da comunidade da qual ele faz parte. É neste momento também que o enfermeiro tem que conseguir ganhar a confiança desse paciente.

Dessa forma, a coleta de dados pode ser feita direta, através do exame físico, que é uma particularidade feita pelo enfermeiro ou mesmo indireta, na qual se coleta dados do paciente por meio de outras pessoas, prontuários médicos, exames laboratoriais. Nesta fase também, a enfermeira tem que receber a validação dos dados colhidos, ou seja, ter certeza que o dado colhido é realmente verdadeiro. Após inicia-se os agrupamentos dos dados colhidos, para melhor atender as necessidades do paciente, no momento sempre tendo uma visão holística do paciente, a enfermeira também deve usar todo seu conhecimento para ver aonde realmente o paciente apresenta piora no seu quadro de saúde e em qual sistema de seu organismo existe a patologia instalada. Após todo esse processo, a enfermeira deve anotar tudo o que achou de anormal durante sua anamnese e exame físico, para que os outros membros de sua equipe possam ter conhecimento desses dados e assim dar continuidade da melhor maneira possível à assistência ao paciente.

O histórico de enfermagem nada mais é do que conhecer o paciente, e começar a planejar a ação para melhor dar atendimento ao mesmo

1.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Refere-se à segunda etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). É nesta fase que o enfermeiro usa de seu conhecimento técnico - científico para elaborar e levantar os diagnósticos para o paciente.

No Brasil, usamos a taxonomia Nanda (*North American Diagnosis Association*), que foi fundada em 1982. Consiste numa fundação que tem como objetivo padronizar os diagnósticos para melhor atendimento ao paciente, originando-se de *National Conference Group* (Grupo de Conferência Nacional). Em 2002, foi lançada a Nanda Internacional, para ser distribuída pelo mundo todo.

Segundo *American Nursing Association*, associação americana de enfermagem, “as taxonomias são classificações segundo relacionamentos naturais presumidos entre tipos e seus subtipos.” (NANDA, 2002, p. 273).

Para North American Diagnosis Association (Nanda, 2002, P.271):

Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problema de saúde real ou potencial, e proporciona as bases para as seleções e intervenções de enfermagem para se alcançarem, resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

Pode-se então, a partir dos dados levantados na primeira fase do processo de enfermagem, desenvolver diagnósticos específicos para cada paciente, sendo o conhecimento pela parte do enfermeiro uma grande responsabilidade.

1.4 COMPOSIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Título: nome do diagnóstico, ou seja, diz o que realmente o paciente apresenta.

Fatores relacionados: é a origem da causa da doença, quer seja fisiológica, sociocultural, espiritual, ambiental ou mesmo de origem psicológica.

Características definidoras: nada mais é do que os sinais e sintomas apresentados pelo paciente devido sua patologia.

Fatores de risco: é quando o paciente tem um risco aumentado a adquirir certa patologia, quer seja pelo meio ambiente onde vive, por seu estado psicológico, fator genético ou mesmo por agentes químicos.

De acordo com esses dados, pode-se dar ao paciente um diagnóstico que esteja de acordo com a patologia apresentada, não bastando apenas levantar um diagnóstico e não fechá-lo de acordo com toda implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O enfermeiro tem que ter consciência que deve, após fazer um diagnóstico, ter como solucioná-lo, para melhorar a qualidade de vida do paciente.

1.5 TIPOS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de enfermagem real: é aquele diagnóstico que realmente existe, tem como base sinais sintomáticos da patologia.

Diagnóstico de enfermagem de risco: é o diagnóstico que o indivíduo pode a vir desenvolver, esses diagnósticos não contem características definidoras.

1.6 CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (*NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION/NIC*)

1.6.1 Prescrição de enfermagem

As intervenções de enfermagem NIC surgiram em 1987, com as autoras Gloria Bulechek e Joanne McCloskey.

De acordo com Rinaldo (2006,p.556)

A quarta fase do processo de enfermagem, segundo a metodologia do processo de enfermagem de Horta, é o Plano de Cuidado ou Prescrição de Enfermagem, que é definido pela autora como o “roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados decorrentes da implantação do plano assistencial de enfermagem e adequados às necessidades básicas e específicas de cada paciente.

É o momento no qual o enfermeiro planeja a assistência a seu paciente de forma padronizada, para melhorar a sua saúde, ou ao menos amenizar seu sofrimento.

Nesta fase, o enfermeiro tem que ter em mente a prioridade que o paciente mais necessita no momento. Essa fase inicia-se após os diagnósticos levantados.

De acordo com Quatrini et al (2001, p.132.):

A Nursing Interventions Classification (NIC) é um projeto que foi iniciado em 1987 por um grupo de pesquisadoras da College of Nursing University of Iowa, e desde então, vem sendo desenvolvidos inúmeros estudos relativos às intervenções de enfermagem, no sentido de construir uma linguagem padronizada para descrever as atividades que as enfermeiras executam quando prestam tratamentos de enfermagem.

A taxonomia NIC, é usada de acordo com os diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA, ou seja, para cada diagnóstico prescrito existe uma intervenção de enfermagem.

As intervenções utilizadas pelo enfermeiro devem ser feitas sempre com julgamento clínico e conhecimento científicos, para melhor atender as necessidades do paciente.

Segundo Ambrosini et al., “intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico, realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente” (AMBROSINI et al, 2008).

Cada intervenção de enfermagem recebe um nome, e a classificação de cada intervenção. A intervenção de enfermagem deve ser usada de acordo com o resultado esperado que o enfermeiro queira alcançar do mesmo. Esses resultados podem ser sentimentos, reações do paciente, tudo isso em resposta ao cuidado prestado pelo cuidador, sendo que cada intervenção deve ser uma para cada paciente de forma individual de acordo com a particularidade de cada paciente.

Para se ter uma resposta favorável para cada intervenção, é necessário que o paciente aceite aquilo que lhe é proposto e, com a ajuda do mesmo, tal intervenção possa ser utilizada. O enfermeiro tem que sempre conversar com paciente de forma clara e específica, dando todas as informações necessárias para que o processo todo de enfermagem venha ter sucesso e melhora do seu estado de saúde.

Bulechek e McCloskey (p.84) estabelecem três áreas para que a intervenção tenha sucesso:

1)ter conhecimentos acerca da fundamentação científica para a intervenção; 2) possuir habilidades psicomotoras e interpessoais necessárias; 3) ser capaz de agir dentro de determinada unidade para utilizar , de forma efetiva, os recursos da atenção a saúde.

Cada intervenção de enfermagem tem um código específico, sendo que esse código é removido quando a intervenção é excluída. E, sendo assim, as intervenções são classificadas em classes e domínios. Ex. 0140.01 e classe 1 domínio 1.

Os pacientes que tem o sistema imunodeprimido devem receber atendimento e intervenções adequadas para melhorar, inclusive, sua autoestima, deixando, se possível, os mesmos não desenvolverem quadros depressivos, ou seja, devemos sempre acrescentar intervenções de acordo com a necessidade de cada um naquele momento, dando-lhe o melhor atendimento possível , para que os mesmos tenham um qualidade de vida satisfatória, sendo que todos sabemos que sua patologia não possui cura, mas com os tratamentos de hoje em dia , podemos dar a esses pacientes uma vida mais digna .

Hoje sabemos que com o cuidado humanizado a paciente, seja qual for a patologia, melhora seu estado de saúde, bem como sua qualidade de vida.

No caso dos pacientes portadores da AIDS/HIV/AIDS, o sistema imunodeprimido deixa seu organismo suscetível a várias patologias, inclusive a depressão, então porque não nós, quantos enfermeiros, darmos uma assistência de enfermagem com respeito, conhecimento técnico científico para esses pacientes.

1.6.2 Classificações dos resultados de enfermagem (NOC)

Surgiu a primeira vez em 1991, sendo que a primeira edição foi publicada em 1997. Esta é a quarta parte do processo de enfermagem. É nesta fase que nós, enfermeiros, elaboramos os resultados que queremos alcançar para nosso paciente, ou seja, o que o enfermeiro junto com sua equipe espera alcançar os melhores resultados possíveis para qualidade de vida do paciente.

A classificação dos resultados na enfermagem existem em escalas a serem seguidas, de 1 a 5, ou seja, 1 quer se dizer extremamente comprometido, já 5 se refere à não comprometido.

Isso se refere que na escala 1 é o estado onde o paciente se encontra , ou seja quando o enfermeiro avalia seu paciente , e seu estado de saúde se encontrar no 1 , e o 5 é onde o enfermeiro deseja chegar junto com toda Sistematização da Assistência de Enfermagem, espera-se que com todas etapas descritas anteriormente pode-se o paciente evoluir seu quadro de saúde , para sua total cura ou mesmo para sua melhor qualidade de vida satisfatória.

Nesta fase, o enfermeiro tem a certeza se seu plano assistencial descrito para tal paciente teve resultado satisfatório, sendo que as classificações dos resultados de Enfermagem (NOC) devem ter certa relevância juntamente com os diagnósticos de enfermagem e as prescrições de enfermagem, ou seja, é uma padronização, um complementa o outro.

Segundo Seganfredo e Almeida (2010, p.124)

A avaliação dos resultados obtidos após a implementação dos cuidados de enfermagem permeia todas as outras fases do PE, pois na avaliação não se observa somente se os resultados atingidos foram apropriados, mas se estes resultados são aqueles que foram predefinidos na fase de planejamento através dos diagnósticos, o que refletirá na reestruturação/reavaliação de todas as etapas do processo. Há a necessidade de avaliação constante para determinação dos resultados e a identificação das variáveis que afetam a obtenção destes para decidir quando continuar, modificar ou finalizar o plano de cuidados.

O enfermeiro de acordo com seu conhecimento deve a todo instante estará avaliando seu paciente, para ver se todo o processo de enfermagem por ele feito esta alcançando o resultado desejável.

Com a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, o enfermeiro visa sempre o cuidado do paciente para melhorar sua qualidade de

vida, sendo assim enfermeira tem que sempre estar preparando o paciente para o seu autocuidado.

Segundo Caetano Afio Joselany e Pagliuca Freitag Marlena Lorita (2006, p.243):

Comprometida em assistir o portador do HIV/AIDS/AIDS, a enfermeira, via consulta de enfermagem, oportuniza um trabalho voltado para a melhoria da qualidade de vida e responde pela preparação do cliente para o autocuidado. A consulta de enfermagem constitui atividade exclusiva da enfermeira que, usando sua autonomia profissional, desenvolve um modelo assistencial para atender às necessidades de saúde de sua clientela.

O paciente com o sistema imunodeprimido deve sempre estar buscando seu auto cuidado, pois assim ele se concentra em seu estado de saúde e procura atender suas próprias necessidade juntamente com a equipe de enfermagem, com toda implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

O paciente com tal patologia instalada em seu organismo se sente discriminado, até mesmo ele próprio se discrimina; assim, o mesmo tem a tendência a desenvolver a depressão, já no momento em que recebe o diagnóstico positivo para o vírus.

A depressão por si só deixa o paciente debilitado, sem ânimo para nada, muitos pacientes, dependendo do grau de depressão tem sentimentos suicidas, agora com o sistema imune deprimindo pelo vírus AIDS, isso aumenta, ou seja, sabemos que é uma doença que não tem cura, então o paciente quando recebe diagnóstico positivo para a mesma, dependendo da forma como ele recebe essa noticia, ele já sai do consultório sem perspectiva de vida futura.

O Enfermeiro juntamente com toda equipe disciplinar tem o dever de dar a esses pacientes o melhor tratamento possível, para que esses pacientes com os tratamentos que existam possam ter uma boa qualidade de vida e viver como qualquer ser humano, dando orientações aos mesmo que, apesar de eles serem portadores de tal patologia, não quer dizer que suas vidas estão arruinadas, apenas com algumas limitações, e que com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), os mesmos podem ter um futuro de vida

como qualquer outro ser humano, que tenha qualquer outro tipo de patologia, ou até mesmo saudável.

CAPÍTULO 2

2.1 DEPRESSÃO: FISIOPATOLOGIA E TRATAMENTO

A depressão, caracterizada como um distúrbio da emoção, é uma doença comum hoje em dia, mas muitas pessoas não procuram orientação médica e por isso não é diagnosticada, a patologia encontra-se igualmente tanto em homens quanto em mulheres. No entanto, no início, os homens apresentam sintomas maníacos, já as mulheres apresentam a fase depressiva mesmo em si.

Enquanto seres humanos, todos nós apresentamos várias flutuações de afetos, respostas à eventos que passamos em nossa vida cotidiana.

Em algumas pessoas, essas respostas assumem um caráter muito severo, que tende a persistir em circunstâncias desencadeadoras, caracterizando um distúrbio afetivo.

A depressão é o distúrbio mais conhecido, sendo caracterizado como um estado de profunda tristeza, que ocorre como uma resposta a muitas situações humanas em que vivemos, como por exemplo, quando perdemos alguém que amamos na morte, quando perdemos um emprego, quando não conseguimos atingir algo que queremos muito.

A pessoa fica tão deprimida, perde o interesse e a capacidade de sentir prazer, passa a sentir desesperança, tristeza, culpa e desespero, muitas vezes esses sentimentos são acompanhados de insônia, perda do apetite, agitação severa, fadiga e perda do desejo sexual.

Na depressão severa, a pessoa pode até parar de comer e cuidar de sua aparência, permanecendo apenas em sua cama por longos períodos.

Na autodesvalorização, a pessoa que a sua vida não tem valor nenhum, ela passa a não ver mais significado em viver e começa a surgir às ideias suicidas, e se não tratada, a depressão leva a pessoa a cometer o suicídio, ou seja, tirar sua própria vida.

Falando sobre a depressão Jose Alberto de Porto (1999)

Os sentimentos de tristeza e alegria colorem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, através do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro. Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. As reações de luto, que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da atividade simpática e inquietude. O sentimento de culpa, no luto, limita-se a não ter feito todo o possível para auxiliar a pessoa que morreu; outras ideias de culpa estão geralmente ausentes.

A depressão é considerada uma doença, que acompanha a humanidade ao longo de seu tempo. É caracterizado como sintoma, síndrome e doença.

Enquanto considerada sintoma, se caracteriza por doenças clínicas, alcoolismo, esquizofrenia. Enquanto síndromes podem destacar que a depressão não é só um sinal de tristeza ela inclui vários sinais e sintomas. Já quando falamos de doença a depressão possui várias classificações. Para diagnosticar a depressão levam-se em conta sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais.

Quanto aos sintomas psíquicos podemos falar sobre o humor depressivo da pessoa, o mesmo sente-se desanimado, sem vontade de fazer absolutamente nada, acredita que a vida para ele não tem mais valor aí, surge às ideias suicidas, ele torna-se insuportável, sempre de mau humor com tudo e todos até com ele próprio, tudo que antes lhe dava prazer de fazer se torna uma coisa extremamente sacrificante a realizá-las.

Já nos sintomas fisiológicos surge a insônia, pode surgir perda ou até mesmo ganho de peso devido ao aumento ou diminuição do apetite, e também ocorre diminuição da libido.

No que se refere a comportamento a pessoa começa a se isolar, têm crises de choro, ansiedade também pode surgir, tristeza profunda, angústia severa, perde o prazer em tudo.

2.1.1 Subtipos de depressão

Depressão unipolar: apresenta-se 3 subtipos onde inclui a **melancólica**, que se caracteriza pior pela manhã com presença de anorexia, **atípica:** esse tipo progride com um quadro de piora conforme passa o dia; **distímia:** nesse tipo é considerada uma depressão leve, mas que pode durar por mais de um ano.

Transtorno depressivo maior: esse surge com alguns sintomas como insônia, falta de apetite, perda de interesse por tudo, dificuldade em tomar decisões. Esses sintomas causam muito sofrimento e ocorrem num período mínimo de duas semanas, sem uma causa aparentemente.

Distímia: o indivíduo apresenta-se deprimido na maior parte durante o seu dia, que esse pode vir acompanhado de falta ou aumento de apetite, insônia, fadiga, baixo autoestima.

Transtorno depressivo com características melancólicas: este surge em decorrência do transtorno depressivo maior com os mesmos sinais e sintomas. Neste estado a ideia suicida quase sempre ocorre e muitas vezes se concretiza.

Transtorno depressivo com características atípicas: nesse caso, o indivíduo passa a ter melhoras de humor durante o dia, porém os sintomas persistem, e os mesmos podem estar presentes relacionados tanto na Distímia quanto na Depressão maior. Neste tipo de depressão o indivíduo tem ideias suicidas, mas nem sempre isso se concretiza.

Depressão bipolar: caracteriza-se por sintomas de mania, irritabilidade, podendo seu estado de alerta aumentado, bem como sua autoestima, a mania pode começar em dias ou horas, tendo flutuações de humor bem aparente, isso varia de pessoa a pessoa e também do seu grau de estresse vivenciado no momento.

2.2 FISIOPATOLOGIA DA DEPRESSÃO

As primeiras hipóteses sobre a fisiopatologia da depressão surgiu com estudos dos possíveis mecanismos de ações dos antidepressivos. Acredita-se que pessoa com depressão apresenta um distúrbio em seus neurotransmissores.

Em 1967, foi proposta uma teoria da depressão, a teoria noradrenérgica. Essa teoria acredita que a depressão surge em decorrência de uma deficiência na transmissão da noradrenérgica causando assim a depressão.

Porém com avanços nas pesquisas dois anos mais tarde em 1969, foi proposta outra teoria, a serotonérgica da depressão. Acreditando-se que a depressão seria causada por uma deficiência de serotonina na fenda sináptica.

Hoje em dia as hipóteses da depressão recaem sobre os neuroreceptores, que passam a responder sobre as alterações dos neurotransmissores.

Existem pesquisas que mostram que as alterações dos sistemas dos neurotransmissores acontecem por ocorrência de uma mudança seja no numero seja na sensibilidade dos neuroreceptores pré e pós-sinápticos existentes em nosso sistema nervoso central.

Essa nova hipótese sugere que a depressão pode estar relacionada a uma desregulação nos neuroreceptores do que a deficiência nos neurotransmissores.

A função dos neuroreceptores são receber mensagens químicas e traduzi-las em respostas neuronais pós-sinápticas, acreditando assim que o neuroreceptor possui uma superfície externa que serve para fazer o reconhecimento e unir-se

aos neurotransmissor, uma superfície interna que atua nas alterações intracelulares esperadas, correndo uma disfunção nos neuroreceptores, afetaria assim os neurotransmissores causando a depressão.

Falando sobre a depressão e transtornos do humor Catarina et al (2004) explica que:

Os lobos frontais estão intimamente envolvidos com funções integrativas superiores, como informação cognitiva processual, notaram que o córtex frontal inferior é o principal alvo dos neurônios dopaminérgicos mesolímbicos, e a principal fonte de *input* aos neurônios serotoninérgicos mesencefálicos do núcleo dorsal de rafe. Como se sabe, um déficit na transmissão serotoninérgica tem sido postulado com desencadeante tanto da depressão primária como na depressão na doença de Parkinson.

2.3 TRATAMENTO DE DEPRESSÃO

O tratamento da depressão é um tema que vem sendo bastante discutido entre os pesquisadores. O tipo de tratamento que será empregado depende da classificação da depressão.

Na depressão bipolar que é o versus da unipolar o tratamento tem sido objeto frequente de discussão entre os pesquisadores sobre usar ou não usar o antidepressivo.

Falando sobre o *tratamento da depressão* Fabio Gomes de Matos e Souza (1999)

O tratamento antidepressivo deve ser realizado considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Na média, não há diferenças significativas em termos de eficácia entre os diferentes antidepressivos, mas o perfil em termos de efeitos colaterais, preço, risco de suicídio, tolerabilidade varia bastante o que implica em diferenças na efetividade das drogas para cada paciente. A conduta, portanto, deve ser individualizada. A prescrição profilática de antidepressivos irá depender da intensidade e frequência dos episódios depressivos. Não há antidepressivo ideal, entretanto, atualmente existe uma disponibilidade grande de drogas atuando através de diferentes mecanismos de ação o que permite que, mesmo em depressões consideradas resistentes, o tratamento possa obter êxito.

Existem vários antidepressivos usados no tratamento da depressão, vamos explicar alguns:

- a) **Inibidores da monoamina oxidase:** Inibidores da monoamina oxidase, podemos classificar em irreversíveis e não seletivos, e em reversíveis e seletivos. Como irreversíveis e não seletivos, temos como exemplo a Fenelzina e Trancipromina, que tem como mecanismo de ação a inibição não seletiva da monoamina oxidase provocando assim um acúmulo de noradrenalina, serotonina e dopamina, na fenda sináptica, exatamente no momento em que o neurônio é ativado. Devido a sua interação com alimentos que contem tiramina a chamada reação do queijo, seu uso foi limitado. Os reversíveis e não seletivos tem afinidade preferencial pela noradrenalina e serotonina e dopamina, um exemplo é a Moclobemida.

- b) **Antidepressivos tricíclicos:** Atualmente os antidepressivos tricíclicos são amplamente utilizados no tratamento da depressão. Eles inibem a recaptação da serotonina ou noradrenalina, aumentando assim os neurotransmissores na fenda sináptica, através do mecanismo em que travam a bomba de sódio e potássio impedindo assim a volta dos neurotransmissores dentro do botão sináptico. Um exemplo de antidepressivos tricíclicos são Amitriptilina que inibe de forma eficaz que ocorra a recaptação dentro do botão sináptico de serotonina.

- c) **Inibidores da recaptação de serotonina:** Os antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina são para pacientes que possuem diminuição somente da serotonina, através do mecanismo de ação desses fármacos eles travam a bomba de sódio e potássio impedindo a volta da serotonina dentro do botão sináptico, promovendo um aumento da serotonina dentro da fenda sináptica, um exemplo de inibidores da recaptação de serotonina é a Fluoxetina.

Vimos que existem diversos tratamentos disponíveis para a depressão, no entanto a escolha do melhor tratamento para a depressão deve ser escolhida de uma forma envolvendo a pessoa como um todo incluindo assim dimensões biológicas, status sociais e psicológicos.

Portanto a terapia deve abranger todos esses fatores na hora da escolha do melhor fármaco e incluir também a psicoterapia, que consiste em mudança no estilo de vida, qualidade em viver.

Falando sobre as complicações no *tratamento da depressão* Fabio Gomes de Matos e Souza (1999)

O tratamento antidepressivo torna-se mais complicado quando são observados: risco de suicídio; melancolia; severidade; episódios recorrentes; mania ou hipomania prévia; depressão com características psicóticas; depressão com características catatônicas; depressão com características atípicas; dependência de álcool ou abuso de substâncias; depressão com pânico e outros distúrbios de ansiedade; depressão pós-psicótica; depressão durante a gravidez ou após o parto; depressão superposta à distímia; e depressão superposta a distúrbios de personalidade.

Notamos assim que muitos pacientes que não aderem ao tratamento com fármacos necessitam de internação para melhora do quadro.

CAPITULO 3

3.1 SINDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Descoberta no Brasil em 1980, primeiramente em pacientes do sexo masculino e em homossexuais. A AIDS significa a sigla em inglês da imunodeficiência humana.

Hoje em dia, a AIDS é considerada uma das doenças que mais mata, devido a seu poder de atacar o sistema imunológico do indivíduo deixando-o suscetível a doenças oportunistas. Hoje se sabe que existem várias maneiras de estar contraindo o vírus, e não somente através de relação sexual.

Em 1986 a OMS (Organização Mundial da Saúde), por tratar-se do mesmo vírus, denominou-o de HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana.

Entre essas outras maneiras podemos destacar: transfusão sanguínea, uso de drogas injetáveis com compartilhamento de mesma seringa, através da transmissão vertical, ou seja, da mãe para o feto, por meio de aleitamento materno, por meio de outras formas de sexo. Podemos então dizer que a AIDS tornou-se uma epidemia, atacando hoje em dia qualquer tipo de pessoa em qualquer idade.

A pessoa infectada pelo vírus se torna um ser humano angustiado, com medo do que pode se esperar do futuro, mesmo com todo tratamento existente hoje e disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as pessoas tem medo de procurar tratamento, com medo de ser discriminada por outros, sabendo que tal patologia não tem cura.

A AIDS é causada pelo vírus do HIV/AIDS, um vírus que ataca as defesas do nosso sistema, deixando-o comprometido, assim o organismo do infectado fica vulnerável as diversas doenças oportunistas.

O alvo principal desse vírus são os linfócitos T CD4, que é fundamental nas defesas do organismo contra antígenos, com a eventual diminuição desses

linfócitos há um grande colapso no sistema imune causando assim doenças oportunistas e tumores que podem evoluir para a morte do paciente.

O HIV/AIDS é um retrovírus infectando assim as células através da sua enzima transcriptase reversa, que produz uma cópia do seu genoma em DNA e incorpora seu próprio genoma no genoma humano, que é localizado no núcleo das células infectadas, ou seja, ela realiza alise dos linfócitos saudáveis.

3.2 HISTÓRIA DA AIDS NO BRASIL

1977/78

Primeiros casos nos EUA, Haiti e África Central, em 1982, quando se classificou a nova síndrome.

1980

Primeiro caso no Brasil, em São Paulo, também só classificado em 1982.

1981

Primeiras preocupações das autoridades de saúde pública nos EUA com uma nova e misteriosa doença.

1985

Fundação do GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a AIDS).

1986

Criação do Programa Nacional de DST e AIDS.

1987

Criação do Primeiro Centro de Orientação Sorológica – COAS, em Porto Alegre/RS.

1988

No Brasil, uma portaria assinada pelo Ministro da Saúde passa a adotar o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta Contra a AIDS. Criação do Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde inicia o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas. Primeiro caso

diagnosticado na população indígena. Total de casos notificados no Brasil: 4.535.

1989. Total de casos notificados no Brasil: 6.295.

1990·O cantor e compositor Cazuza morrem aos 32 anos.

1991

Inicia-se o processo para a aquisição e distribuição gratuita de antirretrovirais (medicamentos que dificultam a multiplicação do HIV/AIDS). Dez anos depois da AIDS ser identificada, a OMS anuncia que 10 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV/AIDS no mundo.

1992

Primeiro estudo sobre o uso de várias drogas combinadas contra o HIV/AIDS. Estudo sobre a importância das doenças sexualmente transmissíveis (DST) como cofator para a transmissão do HIV/AIDS.

1994

Acordo com o Banco Mundial dá impulso às ações de controle e prevenção às DST e à AIDS previstas pelo Ministério da Saúde. Estudos mostram que o uso do AZT ajuda a prevenir a transmissão do HIV/AIDS de mãe para filho .Total de casos notificados no Brasil: 18.224.

1995

Medicações consolidadas para o tratamento antirretroviral até este momento: AZT/ddI/ddC. (.Total de casos notificados no Brasil: 19.980.

1996

Primeiro consenso em terapia antirretroviral (regulamentação da prescrição de medicações para combater o HIV/AIDS). Lei fixa o direito ao recebimento de medicação gratuita para tratamento da AIDS. Disponibilização do AZT venoso

na rede pública. Queda das taxas de mortalidade por AIDS, diferenciada por regiões. Total de casos notificados no Brasil: 22.343.

1997

Implantação da Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes com HIV/AIDS em terapia com antirretroviral, com a realização de exames de carga viral e contagem de células CD4 (células que fazem parte do sistema de defesa do organismo ou sistema imunológico). Morre o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho. Hemofílico, contaminado por transfusão de sangue, defendia o tratamento digno dos doentes de AIDS. Total de casos notificados no Brasil: 22.593.

1998

Ministério da Saúde recomenda a aplicação da Abordagem Síndrômica das DST para seu tratamento oportuno e conseqüente diminuição da incidência do HIV/AIDS. Onze medicamentos disponíveis, gratuitamente, na rede de saúde. Lei define como obrigatória a cobertura de despesas hospitalares com AIDS pelos seguros-saúde privados (não assegura tratamento antirretroviral).

1999

Aumenta para 15 o número de medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Queda de 50% na mortalidade dos pacientes de AIDS e melhora da qualidade de vida dos portadores do HIV/AIDS. Estudos indicam que, quando o tratamento é abandonado, a infecção torna-se outra vez detectável. Pacientes desenvolvem efeitos colaterais aos remédios. Total de casos notificados no Brasil 1998/1999 (até agosto): 22.102.

2000

Realização do I Fórum em HIV/AIDS e DST da América Latina, no Rio de Janeiro. A partir de acordo promovido pelas Nações Unidas, cinco grandes companhias farmacêuticas concordam em diminuir o preço dos remédios usados no tratamento da AIDS para os países em desenvolvimento. No Brasil, aumentam os casos em mulheres. A proporção nacional de casos de aids notificados já é de uma mulher para cada dois homens. Total de casos notificados no Brasil 1999/2000 (até junho):

17.806.

2001

O Brasil ameaça quebrar patentes e consegue negociar com a indústria farmacêutica internacional a redução no preço dos medicamentos para aids. Organizações médicas e ativistas denunciam o alto preço dos remédios contra AIDS. Muitos laboratórios são obrigados a baixar o preço das drogas nos países do Terceiro Mundo. Total de casos de AIDS acumulados: (1980 – 2001) 220.000.

2002

O Fundo Global para o Combate a AIDS, Tuberculose e Malária é criado para captar e distribuir recursos, que serão utilizados por países em desenvolvimento, para o controle das três doenças infecciosas que mais matam no mundo. Um relatório realizado pelo Unidas, Programa Conjunto das Nações Unidas para a luta contra a AIDS, afirmam que a AIDS vai matar 70 milhões de pessoas nos próximos 20 anos. Total de casos de AIDS acumulados: (1980-2002)258.000.

2003

O Programa Brasileiro de DST/AIDS recebe um prêmio de US\$ 1 milhão, da Fundação Bill & Melinda Gates, como reconhecimento às ações de prevenção e assistência no país. Total de casos de AIDS acumulados até 2003: 310.310.

2004

Recife reúne quatro mil participantes em três congressos simultâneos: o V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/AIDS, o V Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

(SBDST) e o I Congresso Brasileiro de AIDS. Total de casos de AIDS acumulados até 30/06/04: 362.364

2005

O tema do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS no Brasil aborda o racismo como fator de vulnerabilidade para a população negra. Total de casos de AIDS acumulados até junho de 2005: 371.827.

2006

Dia Mundial de Luta contra a AIDS teve sua campanha protagonizada por pessoas vivendo com AIDS. Total de casos de AIDS acumulados até 30/06/06: 433.067.

2007

O Programa Nacional de DST/AIDS institui Banco de Dados de violações dos direitos das pessoas portadoras do HIV/AIDS. Aumenta a sobrevivência das pessoas com AIDS no Brasil. A Campanha do Dia Mundial, cujo tema é os jovens, é lançada no Cristo Redentor. Os Ministérios da Saúde e Educação e as Nações Unidas premiam máquinas de preservativos. Total de casos de AIDS acumulados até junho de 2007: 474.273.

3.3 TRANSMISSÃO HIV/AIDS

Atualmente podemos citar várias maneiras de se infectar pelo vírus HIV/AIDS, portanto mesmo com toda essa tecnologia, informações de transmissão muitas pessoas ainda ignoram essa maneira e discrimina essas pessoas. Abaixo citaremos os meios de transmissão pelo vírus:

- Transmissão vertical (mãe para filho)
- Através de uso de seringa compartilhada

- Através de transfusão sanguínea
- Por relação sexual

3.3.1 Fases da infecção pelo vírus HIV/AIDS

Infecção aguda

Para aparecer os primeiros sintomas demora cerca de 5 a 30 dias, no máximo 14 dias. Os primeiros sintomas a surgir são a viremia da atividade imunológica, a qual se assemelha a outras infecções. Podem surgir: febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, rash cutâneo, ulcerações muco-cutâneas em mucosa oral, cefaleia, perda de peso, náuseas e vômitos; os pacientes podem apresentar candidíase oral, neuropatia periférica. Nos exames laboratoriais podem surgir: presença de linfócitos atípicos, plaquetopenia e elevação sérica das enzimas hepáticas. A queda da contagem de linfócitos T CD4+, de 30 a 90 células por ano, está diretamente relacionada à velocidade da replicação viral e progressão para a AIDS.

Fase assintomática

Nesta fase pode ou não surgir sintomas, entre eles, linfadenopatia generalizada, podendo ser indolor e passar despercebida.

Infecção sintomática inicial

Pode surgir sudorese noturna, fadiga, perda de peso, candidíase oral e vaginal, diarreia, herpes zoster, herpes simples recorrente.

3.4 Imunologia do HIV/AIDS

Na infecção pelo vírus HIV/AIDS, o material genético ocorre a partir do RNA, não no DNA, como no ser humano. Quando um retrovírus invade uma célula, seu RNA é liberado e transformado em DNA, por um processo denominado 'transcrição reversa. Após essa transformação, a forma intermediária de DNA viral insere-se no DNA das células humanas infectadas, passando a fazer parte de sua informação genética.

O alvo principal do vírus HIV/AIDS são os linfócitos T CD4, que é fundamental nas defesas do organismo contra antígenos, com a eventual diminuição desses linfócitos há um grande colapso no sistema imune causando assim doenças oportunistas e tumores que podem evoluir para a morte do paciente.

O HIV/AIDS é um retrovírus infectando assim as células através da sua enzima transcriptase reversa, que produz uma cópia do seu genoma em DNA e incorpora seu próprio genoma no genoma humano, que é localizado no núcleo das células infectadas.

O vírus do HIV/AIDS entra dentro no sistema sanguíneo para que ele possa se multiplicar-se.

Possuímos em nosso corpo células denominadas T4 e CD4, que são essências para nosso organismo, são células de defesas de nosso sistema imune, elas funcionam como anunciadoras, quando estamos com uma infecção em nosso corpo elas avisam as outras células que precisam combater o vírus.

O vírus do HIV/AIDS escolhem estas células para atacarem e destruírem, entrando dentro dessas células as infectando e multiplicando-se dentro das mesmas, e ao entrar dentro dessas células, o vírus transforma de ARN para ADN, fazem isso através da enzima chamada transcriptase reversa. com essa

destruição das células T4 a resposta do organismo torna-se deficiente, e o vírus do HIV/AIDS se multiplica todo dia cerca de 10 milhões de vírus destruindo assim os CD4.

3.5 TRATAMENTO DO HIV/AIDS

Hoje como já disse anteriormente existem vários tratamentos para o paciente que seja portador do vírus HIV/AIDS, para que o mesmo possa ter uma boa qualidade de vida, sendo que para que o tratamento de certo é necessário que o paciente aceite e se mostre aberto para fazer todo o tratamento, toda a equipe de enfermagem deve dar orientações de como é o tratamento com o coquetel e toda reação adversa que o mesmo é responsável.

A equipe de enfermagem deve tirar todas possíveis dúvidas do paciente, antes que ele inicie o tratamento.

Falando sobre o tratamento de pacientes com HIV/AIDS, no artigo *Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola*. Figueiredo(2001) et al relata :

Com o advento dos antirretrovirais no tratamento da AIDS observou-se uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes. Com isto a AIDS passa a ter características de uma doença crônica e apesar do grande benefício gerado por esta terapêutica, restam ainda muitas dificuldades a serem superadas. Uma delas é a adesão do paciente ao seu tratamento.

Os medicamentos antirretrovirais vai fazer com que diminua a replicação do vírus, sendo que para ter início o tratamento é aconselhável antes que o paciente venha a desenvolver qualquer doença oportunista, ou seja, quanto mais cedo se começar o tratamento melhor será o resultado.

Alguns fatores a serem levados em consideração antes do início do tratamento:

A combinação de drogas deve ser forte o suficiente para baixar a carga viral aos mais baixos níveis possíveis, que irão reduzir os riscos do surgimento de doenças oportunistas no futuro; na terapia combinada é melhor não incluir nenhuma droga antirretroviral, que já tenha sido usada como monoterapia. Ao escolher a primeira droga de escolha a primeira combinação de drogas é importante usar em longo prazo. Também pode aparecer efeitos colaterais, devendo sempre o paciente estar ciente de tudo. Alguns antirretrovirais tem uma interação ruim com outros medicamentos que possam estar sendo usado pelo paciente, podendo tornar-se menos eficazes ou até mesmo perigosos. Portanto tudo tem que ser feito com antecedência sempre com conhecimento do médico (ver www.aids.org.br, consultado em: 02/02/2010).

Hoje de acordo com a terapia em pacientes adultos, o tratamento é sempre indicado quando a taxa de CD4 estiver abaixo de 200., sendo assim nesse estágio o sistema imunológico está muito deprimido, além do coquetel é possível que sejam introduzidos medicamentos para prevenir doenças oportunistas

Hoje em dia, há várias drogas que compõem o coquetel, como as abaixo estas: Inibidores da protease: Indinavir (Crixivan); Ritonavir (Norvir); Saquinavir (Invirase ou Fortovase); Nelfinavir (Viracept); Amprenavir (Agenerase); Lapinovir (Kaletra).

Esses medicamentos são inibidores da protease, fazem a inibição da protease HIV/AIDS, impede que a enzima processe o precursor da proteína, fazendo com que as partículas virais produzidas sejam imaturas e, portanto, incapazes de iniciar um novo ciclo de infecção celular.

Inibidores da Transcriptase Reversa Nucleosídeos: Zidovudina (Retrovir ou AZT); Didanosina (Videx ou ddI); Zalcitabina (HIV/AIDSid ou ddC); Estavudina (Zerit ou d4T); Lamivudina (Epivir ou 3TC); Combivir (AZT + 3TC); Abacavir (Ziagen); Trizivir (AZT + 3TC + Abacavir).

O primeiro antirretroviral que surgiu foi em 1986, chamado **Zidovudina**, que é um inibidor da enzima transcriptase reversa, esse medicamento é também

conhecido como AZT, ele inibe a síntese do RNA viral através da inibição da transcriptase reversa, previne a replicação viral, retarda também a progressão e diminui as sequelas pela infecção pelo HIV/AIDS, diminui a carga viral, melhora a contagem de células CD4, diminui a transmissão pelo HIV/AIDS, para crianças nascidas de mães soropositivas.

Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleosídeos: Nevirapina (Viramune); Efavirenz (Sustiva); Delavirdina (Rescriptor).

É um inibidor específico não competitivo da transcriptase reversa (TR), do HIV/AIDS1, bloqueia as atividades das polimerases ARN-dependentes e ADN dependente pelo vírus HIV/AIDS1.

3.5.1 Efeitos Adversos

Esses efeitos podem surgir no início do tratamento, tempo a até mesmo diminuir. Esses efeitos diminuem se começado o tratamento com cargas menores do coquetel e aumentando assim que o paciente poder tolera esses efeitos.

Os efeitos adversos podem ser secundários também:

Certas classes de drogas são associadas com maior frequência a efeitos secundários específicos. Por exemplo, alguns análogos de nucleosídeos (AZT, DDI, 3TC,) tendem a causar reduções no número de glóbulos brancos e toxicidade mitocondrial (ataque a filamentos no interior das células). Alguns inibidores da transcriptase reversa não nucleotídeos (Delavirdina, Nevirapina, Efavirenz) causam mais reações cutâneas (doenças na pele). Já o tratamento anti-HIV/AIDS de longo prazo – especialmente os que empregam regimes que incluem um inibidor da protease (Indinavir, Saquinavir, Ritonavir, etc.) – é associado a elevações do nível de gordura no sangue (diabetes) e redistribuição de gordura no organismo (lipodistrofia) (ver www.aids.org.br, consultado em: 02/02/2010).

Alguns dos efeitos podem ser náuseas, cansaço, vômitos, diarreia, dores musculares, dor de cabeça e irritação da pele.

O tratamento sempre é de sucesso, ou seja, o paciente portador do vírus tem uma vida satisfatoriamente saudável, se tomado os medicamentos do coquetel corretamente.

Os medicamentos atuais são eficientes, mas o HIV/AIDS não é fácil de ser combatido. Pode, às vezes, se transformar (o vírus tem alto poder de mutação) e escapar à ação dos tratamentos. Fala-se então de um vírus “resistente” a um ou mais medicamentos. Quando se realiza um tratamento, a melhor estratégia é procurar diminuir ao máximo a carga viral através de medicamentos. Para que as drogas retrovirais funcionem é necessário que se mantenham sempre presentes no sangue, em certo nível. Se este nível cair demais, caso as doses forem puladas, não tomadas em horário certo ou não forem seguidas as determinações nutricionais – a ação não será tão eficiente e o HIV/AIDS vai continuar a produzir mais cópias. Por outro lado, as falhas podem ocorrer pelo fato de algumas pessoas apresentarem o metabolismo mais veloz do que as outras – as drogas são processadas e eliminadas de uma maneira muito rápida pelo organismo, restando nível insuficiente na corrente sanguínea – ou dificuldade de absorção correta do medicamento, devido a danos nas paredes intestinais causados pelo próprio. (ver www.aids.org.br, consultado em: 02/02/2010).

CAPÍTULO 4

4. UMA ANÁLISE SOBRE PACIENTES SOROPOSITIVOS QUE FREQUENTAM O GIPA

Tratou-se de um estudo tipo transversal e de campo. O referido estudo foi desenvolvido no Grupo integrado de prevenção a AIDS/DSTS (GIPA), instituição pública ligada diretamente à Coordenação de Saúde do Interior de São Paulo, onde ter por missão a prevenção e controle das DSTS e ajuda no tratamento das mesmas.

Os indivíduos foram 30 pacientes portadores do vírus HIV/AIDS, que fazem tratamento no GIPA, sendo o mesmo independente de idade ou sexo. A amostra foi composta de 30 pacientes, que representou 30 % do total de clientes que fazem tratamento no GIPA.

A pesquisa proposta somente foi iniciada após receber parecer favorável nº464/2010 (Anexo) do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos do Hospital Regional de Assis. A coleta de informações foi realizada no período do mês de outubro de 2010. Os sujeitos da pesquisa foram indivíduos do sexo masculino e feminino soropositivos ao HIV. As perguntas do questionário foram rigorosamente ordenadas de acordo com o critério objetivo das pesquisadoras, onde cada variável foi devidamente tabulada e posteriormente foram apresentadas em tabela, figuras e descrição. O material coletado nas entrevistas foi trabalhado seguindo o método de análise de conteúdo, usando mais especificamente a técnica de análise temática.

Os sujeitos da pesquisa foram 30 indivíduos sendo 10 do sexo masculino e 20 do sexo feminino, com idade variando de 29 a 60 anos, sendo a maior frequência verificada no intervalo de 30 a 36 anos (06), a qual se for levada em consideração o período de incubação da infecção aguda do HIV pode variar em

média de 2 a 6 anos, podemos concluir que a contaminação ocorreu numa fase de adultos jovens.

Do grupo estudado pelo menos 09 indivíduos haviam mudado de endereço uma vez nos últimos dois anos, o que já configura uma situação de depressão.

O medo e a angústia unem-se ao comportamento social das demais pessoas fazendo com que a soropositividade para o HIV torne-se equivalente a uma sentença de morte. Nota-se com facilidade que a pessoa com HIV passa por um número muito grande de situações estressantes que podem contribuir para a deteriorização do sistema imune.

A resposta ao estresse é realizada pela integração de dois grandes sistemas, o endócrino e o nervoso. Neste processo, os principais eventos são: a ativação do sistema nervoso simpático e parassimpático; produção de catecolaminas pela medula adrenal; e a liberação de neuropeptídios e corticotropina para a glândula pituitária que por sua vez produz vários hormônios. A liberação destes fatores leva a uma depressão imunológica com diminuição do número e das funções de linfócitos e células NK.

A própria depressão psicológica causa diversas alterações imunológicas como diminuição da resposta proliferativa de linfócitos T, B e células NK. A infecção de linfócitos humanos normais pelo HIV-1 é aumentada em meio de cultura celular quando adicionamos corticóide (ACTH), uma substância frequentemente liberada durante o estresse. A interrelação íntima de fatores dos Sistemas Endócrino/Nervoso Central/Imunológico reforça a idéia de que os efeitos do estresse atingem diretamente as defesas específicas do ser humano aos diversos antígenos.

A Figura 1 demonstra que 60% dos entrevistados sentem preconceito deles mesmo com respeito à doença que eles possuem devido a fatores como medo das pessoas descobrirem que são portadores do vírus HIV/AIDS e passarem a discriminá-los. Observa-se que a enfermagem tem um papel importante nesse aspecto em conscientizar o paciente que isso só vem a piorar sua patologia, pois a pessoa fica deprimida, triste e acaba piorando seu sistema imunológico.

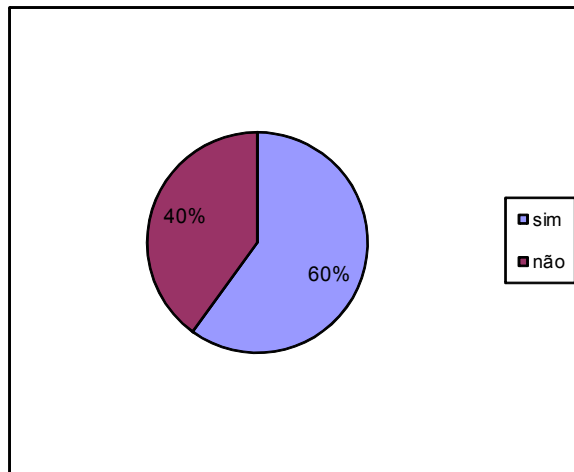


Figura 1 - Porcentagem sobre o sentido de preconceito vivenciado pelos pacientes.

A assistência de enfermagem visa ajudar esses pacientes a encarar esses preconceitos e dar às mesmas oportunidades de ter vida digna convivendo com sua doença. Nota-se a similaridade com a pergunta que foi feita se eles sentem preconceito da sociedade onde 73% responderam que sentem preconceito e 26% responderam que não sentem (Figura 2). A maioria dos pacientes sente algum tipo de preconceito. Em concordância aos resultados desta pesquisa a autora Kline Marques Ribeiro et al. (2010,) descreve sobre os pacientes com HIV/AIDS :

Fica evidente que ainda há preconceito sofrido pelos portadores do vírus, entre eles mesmos e também em relação à sociedade. O trabalho do serviço social se faz necessário em relação à questão psicossocial, questão preventiva e no sentido de reintegrar o mesmo à sociedade. Para que haja um trabalho de qualidade é necessário o comprometimento dos órgãos governamentais e auxílio dos não governamentais, para que se consiga diminuir ou controlar a epidemia.

A autora relata que os pacientes sentem preconceitos por eles próprios e pela sociedade, a assistência de enfermagem visa inserir esse paciente a sociedade e exista uma aceitação da doença. A SAE pode contribuir por meio de terapias em grupo com esses pacientes, encaminhar ao serviço social, explicar para

eles como que a doenças deles agem e forma de transmissão. Cabe a enfermagem promover o controle do preconceito da sociedade sobre esses pacientes, realizando palestras educativas sobre as doenças.

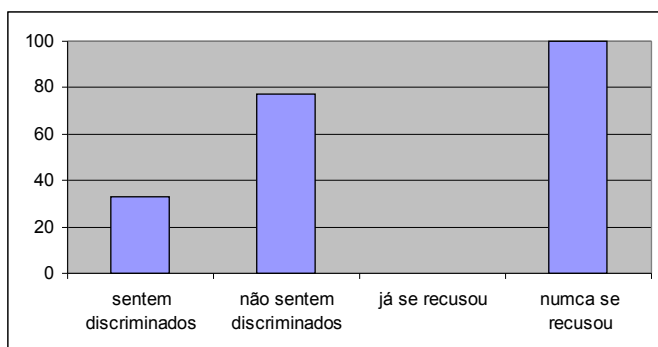


Figura 2 – Comparação entre discriminação e recusa em prestar assistência por algum membro da equipe de enfermagem quando descobriu que era portador do vírus HIV/AIDS

O sentimento de medo das conseqüências das doenças como morrer, mudar a própria aparência, solidão e preconceito. Isso aponta para a necessidade de os profissionais de saúde oferecer um espaço para discussão sobre formas eficazes e apropriadas de enfrentamento da depressão, sempre adequadas à situação de cada pessoa. Os pacientes em 33% das respostas indicaram discriminação por algum membro da equipe de enfermagem, 77% responderam que nunca foram descriminados. Diante de um procedimento, somente 50% responderam que nunca nenhum membro da equipe de enfermagem se recusou a prestar assistência depois que descobriu que eles eram portador do vírus HIV/AIDS (Figura 3).

A equipe de enfermagem quanto ao preconceito a esses pacientes devem ser orientados para que ocorra uma melhor aceitação por parte do paciente do tratamento e melhor qualidade de vida. Acreditamos que para ser profissional da saúde, é necessário amar a profissão e ter empatia pelo que se faz, realizando assim da melhor forma que possa ser feito.

Podemos observar que dos entrevistados 64% sentiam-se deprimidos, 36 %

responderam que não sentem deprimidos, 57% responderam que choravam com frequência, 43% responderam que não choram com frequência. A depressão no paciente infectado por HIV/AIDS se deve a muitos fatores entre eles: o momento em que recebem diagnóstico positivo para o vírus, o estado físico do paciente, infecções oportunistas que podem surgir, o início do tratamento com o coquetel de antirretrovirais, a discriminação sofrida por seus familiares e pela sociedade, o medo de perder o emprego, medo de rejeição por parte de amigos.

Segundo Malbergier et. al. (2001):

O vírus HIV/AIDS produz mudanças em estruturas como gânglios da base, tálamo e lobo frontal que podem levar a transtornos da motivação e do humor. Esse processo, no início da infecção, tende a ser contido pelo próprio organismo, porém, com o avançar da doença, o próprio sistema imune, pela liberação de citosina, pode contribuir para o aparecimento dos sintomas de uma síndrome caracterizada por: apatia, inércia, irritabilidade, alterações da memória, lentidão cognitiva, sintomas depressivos, abandono das atividades habituais, mudanças na personalidade e dificuldade em administrar conhecimentos adquiridos. Esse quadro é conhecido como demência associada ao HIV/AIDS-1, e os sintomas, principalmente nos estágios iniciais, podem ser semelhantes ao quadro depressivo.

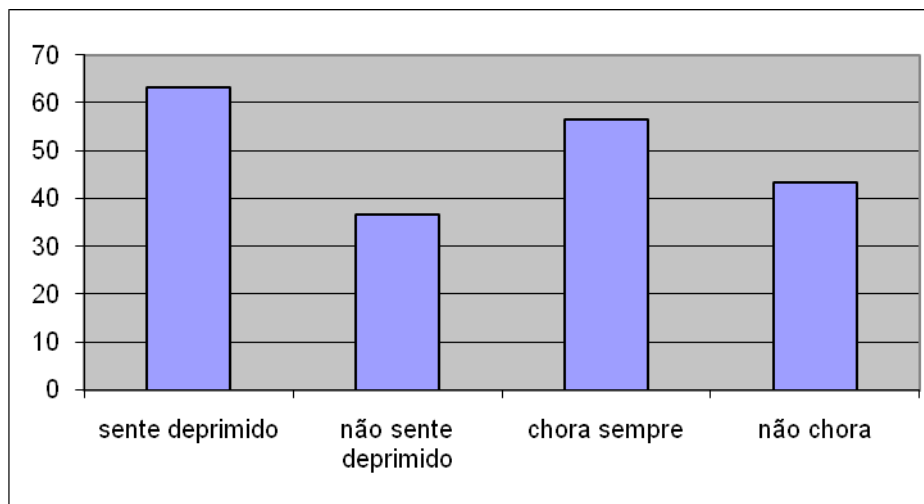


Figura 3 - Depressão e choro como sinais próximos

Hoje em dia, deve se ter conhecimento de que medicamentos antirretrovirais podem sofrer interações juntamente com os antidepressivos. Também os efeitos depressivos podem ser confundidos com os efeitos da AIDS no organismo. A enfermagem possui um papel fundamental na qualidade de atendimento a esses pacientes, com a ajuda da sistematização da enfermagem fica possível assim desenvolvem um atendimento digno sem preconceitos para os portadores do vírus do HIV/AIDS e poder estar diminuindo a porcentagem de depressão entre esses pacientes.

Segundo Malbergier et. al. (2001):

Dentre os transtornos psiquiátricos mais comumente observados em indivíduos infectados pelo HIV/AIDS, a depressão é a mais prevalente, merecendo investigação sistemática de sintomas depressivos nessa população. Essa investigação é fundamental, já que a depressão é uma patologia com alto índice de melhora quando tratada, inclusive em indivíduos infectados pelo HIV/AIDS.

Na Figura 4 observa-se que 67% teve o apoio da família e 33% não teve apoio de sua família, 50% responderam que alguma coisa mudou em sua vida depois que descobriram que possuíam HIV/AIDS/AIDS. O papel da família no tratamento desses pacientes é importante para que o processo de educação aconteça para isso é necessário o envolvimento da enfermagem no cuidado, prestado a esses pacientes.

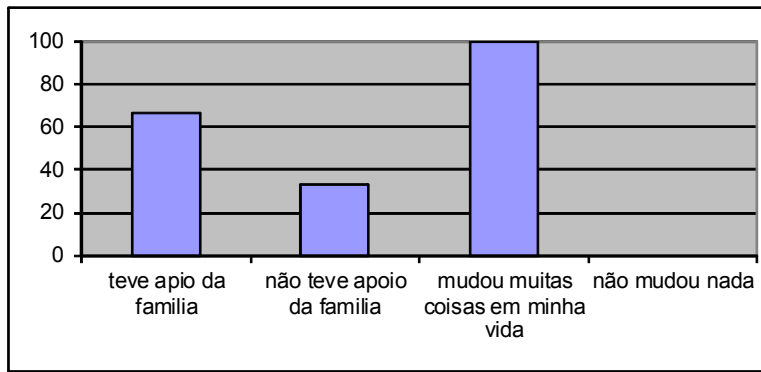


Figura 4 - Comparação entre o apoio da família e mudança ao receber o diagnóstico

No artigo científico a *Convivência Familiar do Portador do HIV e do doente com AIDS*; STEFANELLI (1999) et al, discorre sobre a importância da família no tratamento de pacientes com HIV/AIDS:

A pessoa com HIV/AIDS/AIDS, após passar pela fase de querer manter para si o diagnóstico e procura amigos, e alguns só em fase mais adiantada procuram a família, antes porém passam por uma fase de dúvida e analisam o que pode acontecer. Alguns informantes evidenciam a necessidade de suporte familiar, embora reconheçam que irão afetar a vida da família como um todo.

O enfermeiro tem que cuidar do paciente, bem como de sua família. Incluindo a família junto com paciente, o ajudará a ter uma melhora no seu quadro e uma resposta melhor ao tratamento. No artigo científico o cotidiano das famílias que convivem com o HIV: Um relato de experiência, VIEIRA(2007) et al:

A empatia e a comunicação são formas de interação com a família, configurando-se em instrumentos importantes para que o processo de educação em saúde aconteça, sendo necessário o envolvimento existencial da enfermeira no cuidado prestado, o que será manifestado na presença ativa desta profissional, no tempo e espaço vivido pelo indivíduo.

A comparação entre o sentimento de revolta e o humor demonstrou que 60% dos pacientes se sentem revoltados com sua situação atual e ao mesmo tempo

mal humorado (Figura 5). Os pacientes com HIV/AIDS estão desenvolvendo a depressão, a assistência de enfermagem que falamos em nosso trabalho é justamente o enfermeiro avaliar e acompanhar esses pacientes para que possa assim desenvolver as prescrições de enfermagem como, por exemplo, nesse caso do mal humor e sentir revoltado é necessário encaminhamento ao psicólogo, realizar terapias com esses pacientes, envolver a família junto com essas terapias, pois a família como já vimos possui papel importante no tratamento dos pacientes.

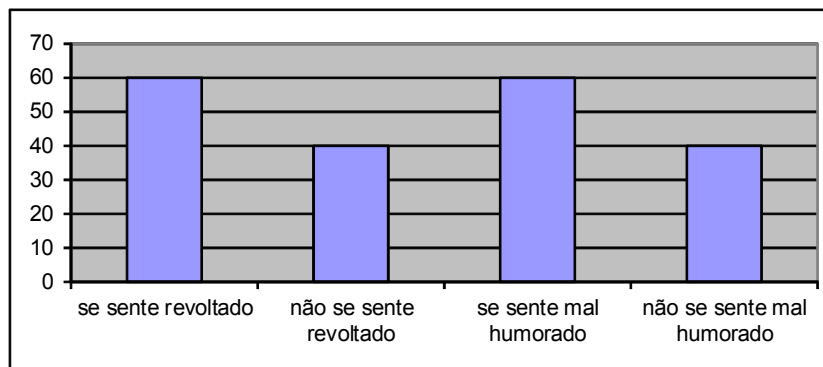


Figura 5 – Comparação entre o sentimento de revolta e o estado de humor constante

A Figura 6 foi observada que igualmente 50% dos entrevistados conheciam sobre o HIV/AIDS e não tinham nenhum conhecimento. Todos os entrevistados obtiveram apoio de uma equipe multiprofissional quando descobriram que eram portadores do vírus HIV/AIDS, 80% receberam encaminhamento ao psicólogo. Considerando que metade dos pacientes não conheciam sobre o HIV/AIDS e 20% não foram encaminhados ao psicólogo, demonstra a necessidade de ações educativas da parte da enfermagem por meio da SAE como uma forma de prescrição do enfermeiro.

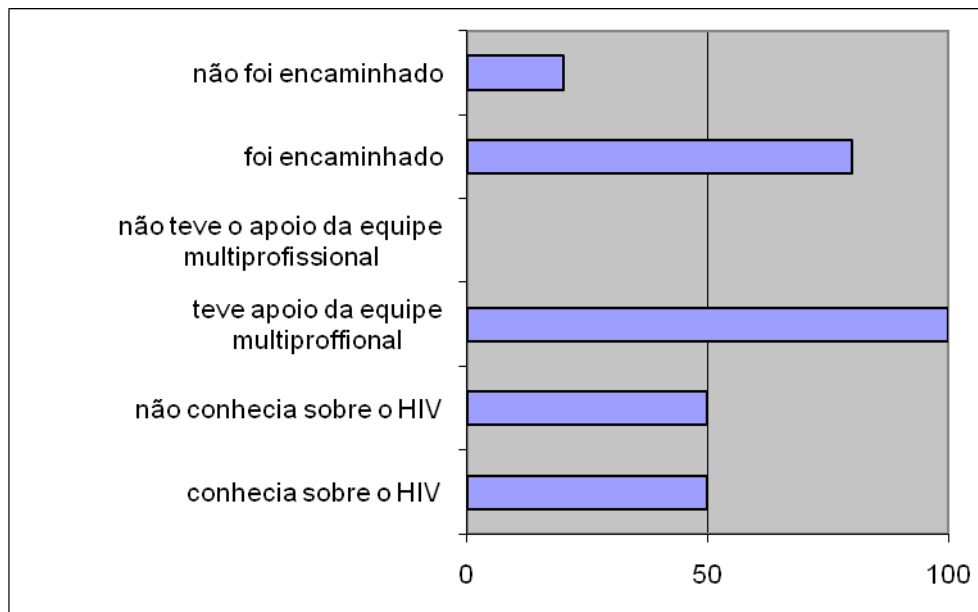


Figura 6 – Porcentagem sobre o conhecimento do HIV/AIDS, apoio da equipe multiprofissional e encaminhamento a um psicólogo

A educação a população sobre o HIV/AIDS deve ser um processo dinâmico e contínuo capacitando assim a toda a população sobre os problemas de saúde, doenças infecciosas. O envolvimento do enfermeiro torna-se fundamental em ações que eduquem a população, principalmente na prevenção das doenças. De acordo com Freire apud Monteiro (1995,p.124) a educação se relaciona com o processo de conscientização, caracterizado pela ação crítica permanente do homem sobre a realidade, como por exemplo conscientizar a população sobre sexo com camisinha, uso de drogas. O enfermeiro deve agir tanto na prevenção como na forma curativa, quando a AIDS já se instalou no paciente. Acompanhar o paciente como um todo, avaliar os resultados que está se obtendo de sua assistência e se auto-avaliar, para que veja se sua assistência está sendo adequada aqueles pacientes.

Na tabela 1, ficou explícito que a depressão é mais comum em indivíduos do sexo feminino em relação ao sexo masculino. Os homens apresentam maior porcentagem na categoria de apoio da família (40%) indicando que se sentem menos deprimidos e choram com menor frequência (17%) assim a família é importante na aceitação do tratamento, pois quando o paciente recebe apoio

de sua família sensibiliza quanto a aceitar a doença, eliminando os medos e preconceitos que possam surgir.

Tabela 1 - Análise descritiva e comparativa das variáveis de prevalência da depressão

CATEGORIA	SEXO		Total	
	Feminino	Masculino	N	%
	%	%		
Choram com freqüência	40%	17%	17	57%
Sente deprimido	50%	14%	19	64%
Se sente revoltado	40%	20%	18	60%
Sente mal humor	30%	30%	18	60%
Teve apoio da família	27%	40%	20	67%

Mais especificamente em relação às pessoas com HIV, a depressão é um fator que pode ter grande influência na evolução clínica desta infecção. Alguns marcadores biológicos desta evolução clínica têm sido estudados a fim de proporcionar melhor embasamento para o prognóstico e tratamento/prevenção de possíveis complicações.

A depressão contribui para a etiologia de várias doenças mais graves. Mostrando que os aspectos psicológicos estão intimamente relacionados com diversos sintomas clínicos psicossomáticos. Este trabalho poderá trazer subsídios que possibilitem pessoas e instituições que lidam com esta realidade promover, através da educação e acompanhamento clínico, uma melhor qualidade de vida para as pessoas infectadas pelo HIV em nosso meio.

Os resultados revelaram que a modalidade de SAE propicia mudanças de comportamento dos sujeitos consideradas benéficas para sua aceitação e adesão ao tratamento, favorece uma maior e melhor convivência entre pacientes e equipe de enfermagem.

Considerações finais

O vírus da AIDS atinge qualquer faixa etária, bem como qualquer sexo, o risco de os mesmo estarem desenvolvendo a depressão é muito grande, devido à fragilidade que o mesmo se encontra no momento que recebe o diagnóstico positivo para HIV/AIDS. A enfermagem tem um papel fundamental na recuperação de vida desses pacientes, bem como agir justamente na prevenção de tal patologia, tendo em vista que a mesma não tem cura, mas a equipe multidisciplinar tem como obrigação estar proporcionado a esses pacientes uma boa qualidade de vida ao mesmo.

A assistência de enfermagem tem que ser de uma maneira geral, e não somente na patologia que o paciente apresenta, e a mesma tem que ter como propósito estar inserindo esses pacientes na sociedade da melhor maneira possível, quer seja através de campanhas, grupos de apoio. Tem que fazer com que esses pacientes se sintam seres humanos e não algo sem valor, como é comum se ouvir relatos dos mesmos.

Nós enquanto futuras enfermeiras temos que dar condições para que os pacientes infectados pelo vírus, não venham desenvolver depressão, e sim vivam suas vidas da melhor maneira possível, porque hoje com novas tecnologias surgindo, novos medicamentos, é possível ter uma qualidade de vida boa e aumentar a sobrevida desses pacientes.

Os pacientes precisam aceitar sua nova condição de vida, não abandonando ao tratamento, sempre retornar as consultas marcadas. A conscientização desses pacientes sobre o seu estado de saúde atual é muito importante, pois é o primeiro passo para aceitarem o tratamento, bem como a ajuda dos profissionais de saúde.

A equipe de enfermagem precisa dar apoio não só ao portador do vírus, mas sim a toda sua família que passara a conviver com o paciente, estar dando todas as informações necessários sobre a doença, bem como estar sanado

qualquer dúvidas que venham a surgir, e fazer os familiares desses pacientes aceitarem o mesmo.

A enfermagem com sua assistência deve prestar atendimento a esses pacientes de forma humanizada sabendo respeitar e reconhecendo os limites e fraqueza dos pacientes. Conscientizar a população é parte essencial da assistência de enfermagem para que através da conscientização e educação conseguimos acabar com qualquer forma de preconceito que diz respeito a esses pacientes. Existem tratamentos mais eficazes que aumenta a sobrevida e qualidade de vida. E ainda há muitos desafios humanizar, prevenir e principalmente conscientizar, é muitas atitudes que exigem um empenho maior por parte de todos nos.

A equipe de enfermagem deve assegurar que o paciente tenha uma boa qualidade de vida, empregando a eles a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A enfermagem não presta assistência somente à patologia já instalada no paciente, e sim do atendimento a este paciente em todas suas necessidades humanas básica.

Conclui-se, com o trabalho, que as atividades de apoio por parte dos profissionais da assistência de sistematização da enfermagem (SAE) possibilitam um espaço valioso para troca de experiências e compreensão dos aspectos psicossociais do ser humano. E a capacitação de profissionais que assumam o compromisso efetivo de realizar seus serviços dentro do padrão de qualidade e nos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a sua responsabilidade não se encerra com ato técnico, mas, sim com a participação ativa na resolução do problema de saúde.

Referências Bibliográficas

ÁVILA, Carlos Luiz. **AME- Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem**. São Paulo: Edição Ouro, 2009.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda Definições e classificações 2009/20011**. Editora Artmed, Porto Alegre, 2009.

BARROS, Lucia Alba. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Editora Artmed, Porto Alegre-RS, 2008

JOSELANY, Caetano Afio e PAGLIUCA, Freitas Marlena Lorita. **Auto cuidado e o portador do HIV/AIDS, Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Revista Latino Americana de Enfermagem, vol.14, n.3, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000300006&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso: 10/10/2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de DST, AIDS E Hepatites virais**. Disponível em www.aids.com.br. Acesso em: 18/10/2010.

FIGUEIREDO, Morales Rosely e SINKOC, Maria Veronica et al. **Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: Dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola**. Revista Latino Americana de Enfermagem, vol.9, n° 4, Ribeirão Preto, 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000400009&script=sci_arttext. Acesso em 18/10/2010

Gomes, Rodrigues Andreia e Borges, Póvoa Arlete Marília. **A Atuação do Enfermeiro Ante a Família Vivendo com AIDS**. Disponível em http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_04.pdf. Acesso em 28/10/2010

CATARINA, IVETE et al. **Epilepsia, Depressão e Transtorno do Humor. Escola Paulista de Medicina.** Disponível em: <http://www.epilepsia.org.br/epi2002/J10-4p59-64.pdf>. Acesso em 22/10/2010

MALBERGIER, André e SCHOFFEL, Adriana. **Revisão Tratamento de Depressão em Indivíduos Infectados pelo HIV.** Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.23, nº 3, São Paulo, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n3/a09v23n3.pdf>

Acesso em: 10/10/2010.

NEVES, Souza Ricardo. **Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta.** Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 59, n. 4, Brasília, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000400016. Acesso em: 10/10/2010.

RESULTO, Terezinha et al. **Assistência de enfermagem aos portadores de HIV/AIDS, no vislumbrar de sua epidemia em Ribeirão Preto. Relato de experiência de uma equipe de enfermagem.** Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v34n3/v34n3a03.pdf>. Acesso em: 22/10/2010.

RODRIGUES, Josefina Maria. **Núcleo de estudos de pesquisa psicanalíticas da psicose na infância-Instituto de psicologia USP.** Revista de Psicologia da USP, vol.11, n.1, São Paulo, 2000. Disponível em: Documents and Settings\Usuário\Desktop\Psicologia USP Depression's diagnosis. Mht. Acesso em: 20/10/2010.

STAFANELLI, Costa Maguida et al. **A convivência familiar do portador do HIV e do doente com AIDS.** Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/4856/3720>. Acesso em: 28/10/2010.

VIEIRA, Mariana. **O cotidiano das famílias que convivem com o HIV: um relato de experiência.** Escola Anna Nery, vol.11, n. 2, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452007000200026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28/10/2010.

O PRECONCEITO SOFRIDO PELOS PORTADORES DO VIRUS HIV/AIDS
Disponível em: www.revista.ulbrajp.edu.br. Acessado em: 28/10/2010

ANDRÉ, Malbergier & Adriana C Schöffel. **Depressão em indivíduos infectados pelo HIV. Revista Brasileira Psiquiatria. Vol.23, n.3, São Paulo, 2001.**http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462001000300009&script=sci_arttext&tlng=in. Acesso em: 28/10/2010.

MALBERGIER, André e ANDRANDE, Arthur. **Transtornos depressivos em usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV: um estudo controlado.** Revista Brasileira Psiquiatria. Vol.21, n.4, São Paulo, 1999. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644461999000400010&script=sci_arttext&tlng=in. Acesso em: 15/08/210.

CAETANO, JOSELANY ÁFIO e PAGLIUCA, Lorita Marlina Freitag. **Autocuidado e o portador do HIV/Aids: sistematização da assistência de enfermagem.** Revista Latino-Americana Enfermagem [online]. Vol.14, n.3, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000300006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20/09/2010.

ANEXOS

QUESTIONARIO

Nome:

Data nascimento:

Sexo:

1. Você sente preconceito sobre sua doença? Sim Não
2. Você chora com frequência? Se sim quantas vezes por dia? Sim Não
3. Você se sente algum tipo de preconceito pela sociedade? Sim Não
4. Você já se sentiu discriminado por algum membro de uma equipe de enfermagem?
 Sim Não
5. Algum membro da equipe de enfermagem já recusou a prestar assistência a você, quando descobriu que era portador do HIV/AIDS?
 Sim Não
6. Você se sente deprimido com frequência? Sim Não
7. Você já tinha algum conhecimento sobre o HIV/AIDS? Sim Não
8. Você teve apoio da equipe multiprofissional quando recebeu o diagnóstico?
 Sim Não
9. Você recebeu encaminhamento a um psicólogo? Sim Não
10. Você teve apoio de sua família? Sim Não
11. Depois que você recebeu o diagnóstico, alguma coisa em sua vida mudou?
 Sim Não
12. Você se sente revoltado às vezes, com sua situação atual? Sim
13. Você perdeu o interesse pelas coisas que fazia antes da doença? Sim
Não

14. Você se sente mal humorado constantemente? () Sim () Não

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PACIENTE**

Eu Maria de Fátima Vieira e Michelli Palmezano de Castro, convido você a estar participando da pesquisa titulada: **“HIV e Depressão: Sistematização da Assistência de Enfermagem”**. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem do qual somos alunas. O objetivo principal do estudo é demonstrar a importância do papel do profissional de enfermagem no cuidado integral aos pacientes que se descobrem portadores do vírus HIV e a qual muitos desenvolvem quadros depressivos, e qual o cuidado que recebem pela equipe de enfermagem no GIPA. Dentro de tal perspectiva, demonstrar que o cuidado humanizado oferecido pela equipe de enfermagem favorece o êxito do tratamento e conseqüentemente a qualidade de vida dos doentes, especialmente na área emocional. É importante ressaltar que você não terá necessidade de se identificar, inclusive se estabelece por meio desse termo de compromisso de que sua identidade não será revelada em nenhuma situação, portanto, seu anonimato estará garantido. A referida pesquisa não oferece riscos a sua integridade física ou emocional. Caso desista de participar e não queira continuar a dar as respostas, você tem o direito de interromper a qualquer momento, sem que haja prejuízo, constrangimento ou dano referente à interrupção. Esclarece-se ainda que sua participação é voluntária e não está condicionada a receber qualquer benefício financeiro ou de outra espécie.

Caso você aceite a participar da pesquisa, favor assinar abaixo demonstrando sua anuência de que foram dadas as explicações necessárias, inclusive, que você teve a oportunidade de tirar suas dúvidas e de que recebeu uma cópia desse termo.

Assis:...../...../2010.

Nome do Paciente:.....

Assinatura do Paciente:.....

Assinatura do Pesquisador:.....



Hospital Regional de Assis
Governo do Estado de São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93
Renovado em 13/12/2007
Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/nº. 19810-000 - Assis - SP
Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079 E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº464/2010

Assis, 30 de Setembro de 2010.

Profª Dra. Luciana Pereira Silva

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: **“Depressão e HIV: Sistematização da Assistência de Enfermagem”** de autoria das alunas Maria de Fátima Vieira e Michelli Palmezano de Castro sob vossa orientação, recebeu **PARECER FAVORÁVEL**.

Ressaltamos sobre a obrigatoriedade do pesquisador em entregar relatório final ao Comitê quando do término da referida pesquisa.

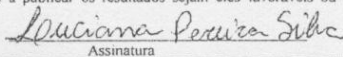
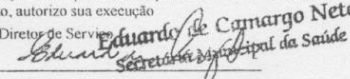
Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Enfª Helena Maria Felício
Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Hospital Regional de Assis



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: Depressão e HIV: Sistematização da Assistência de Enfermagem				
2. Área do Conhecimento Enfermagem		3. Código: 4.04	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) <input checked="" type="checkbox"/>	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: (3 opções)				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro: 1 Total: 30		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros (x) Não se aplica ()		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Luciana Pereira Silva				
12. Identidade: 8157042	13. CPF: 027493206-74	19. Endereço Rua General Osório, 370		
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Professora Universitária	20. CEP: 19806-020	21. Cidade: Assis	22. U.F.S.P
16. Maior Titulação: Doutorado	17. Cargo	23. Fone: (18)3321-4790	24. Fax	
18. Instituição a que pertence: FEMA			25. Email: Luciana@assis.unesp.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: ____/____/____				
 Assinatura				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome: Secretaria Municipal da Saúde de Assis		29. Endereço: Rua Candido Mota, 48		
27. Unidade/Órgão:		30. CEP: 19.806-250	31. Cidade: ASSIS	32. U.F. .S.P
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (x)		33. Fone: (18) 3302-5555	34. Fax: ()	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (x) Nacional () Internacional ()				
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: _____ Cargo: Diretor de Serviços Data: ____/____/____				
 Assinatura				
PATROCINADOR Não se aplica (x)				
36. Nome:		39. Endereço		
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:	42. UF
38. Cargo/Função: --		43. Fone:	44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada: ____/____/____	46. Registro no CEP: <input type="checkbox"/>	47. Conclusão: Aprovado () Data: ____/____/____	48. Não Aprovado () Data: ____/____/____	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: _____ Data: ____/____/____				
Encaminhado a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador/Nome _____		Anexar o parecer consubstanciado
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP				
54. Nº Expediente:	56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:		
55. Processo:				
58. Observações:				