

25 PERGUNTAS FREQUENTES

sobre Infecção por VIH



Isabel Aldir

Manuela Doroana



PERMANYER PORTUGAL
www.permanyer.com

AUTORES

Isabel Aldir

*Serviço de Infeciologia e Medicina Tropical
Hospital Egas Moniz
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE
Lisboa*

Manuela Doroana

*Serviço de Infeciologia
Hospital de Santa Maria
Lisboa*



A Bristol Myers Squibb não se considera responsável pelas opiniões dos autores.



© 2010 Permanyer Portugal

Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa

Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96

www.permanyer.com

ISBN da colecção: XXXX

ISBN: XXXXX

Dep. Legal: B-XX.XXX-2010

Ref.: 655AP101



Impresso em papel totalmente livre de cloro
Impressão: Comgrafic



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO
Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Suporte válido

Comunicado ao Departament de Salut (Gran Vía) de la Generalitat de Catalunya:
n.º xxxxL/x.xxx/2010 - 27/07/2010

INTRODUÇÃO

Neste pequeno livro de bolso abordaremos algumas questões, colocadas pelos doentes, sobre a infecção por VIH e tentaremos responder de uma forma clara, sucinta e prática.

Este livro destina-se, essencialmente, às pessoas infectadas por este vírus que tenham dúvidas sobre a forma como se transmite a infecção, qual o modo de encarar esta doença e quais as medidas a adoptar para favorecerem tanto o modo como a qualidade de vida dos doentes.

Visa, sobretudo, uma população de infectados que não tenham acesso a outras vias de comunicação, tais como a internet, e que queiram estar esclarecidos de uma forma mais simples e directa.

A sua elaboração foi feita de uma forma simples e directa pois, por vezes, ao tentarmos consultar dados mais elaborados, tais como documentos científicos e específicos, a interpretação torna-se difícil e confusa, acarretando algumas dúvidas que não são benéficas.

De forma a facilitar a sua consulta, o livro está organizado em grandes temas. Assim vai encontrar perguntas que versam «questões gerais», «sintomas da infecção», «manifestações oportunistas», «diagnóstico», «tratamento», «transmissão/prevenção» e «outras».

A leitura deste pequeno livro não pretende, de forma alguma, substituir o papel do seu médico e restante equipa de saúde, a quem deve colocar sempre toda e qualquer questão que sinta necessidade de ver esclarecida.

SUMÁRIO

50 Perguntas Frequentes sobre Infecção por VIH

Questões gerais

1. O que é o VIH?..... 9
2. Qual a diferença entre ser portador do VIH (seropositivo) e ter SIDA? 9
3. Quanto tempo leva o VIH a causar a SIDA? 10
4. Qual a distinção entre o VIH-1 e VIH-2? 10
5. Quando é que apareceu este vírus? Quais os primeiros casos em Portugal?..... 11
6. Porque é que devo fazer o teste? De quanto em quanto tempo o devo fazer?..... 11
7. Quantas pessoas existem no mundo com esta doença? E em Portugal? 12

Sintomas

8. Quais as mudanças que o vírus vai condicionar no organismo humano?..... 12
9. Quais as principais queixas e manifestações que um indivíduo infectado pode referir ou apresentar?..... 13
10. Quais as alterações frequentes que surgem na pele de um indivíduo infectado por VIH?..... 14
11. A evolução da doença nos indivíduos infectados por VIH é sempre a mesma? 15
12. O que é a infecção aguda pelo VIH (seroconversão)? 16

Manifestações oportunistas

13. O que são as infecções oportunistas? 16
14. Quais os tumores que estão associados à SIDA? 17
15. Quais as medidas adequadas para evitar a progressão do carcinoma do colo do útero? 18

16. Quais as formas de apresentação da tuberculose nestes doentes?..... 19

Diagnóstico

17. Qual a atitude a tomar para saber se uma pessoa está infectada por VIH ? 20
18. No caso de uma pessoa estar infectada qual deve ser o seu encaminhamento? 25
19. Quem tem um teste positivo tem SIDA?..... 25
20. O que é o período de janela? Quais as diferenças entre o teste de ELISA e o Western-Blot? 26
21. O que são os linfócitos T CD4+? 26
22. Qual o significado da carga viral?..... 27
23. O facto de ter a carga viral negativa quer dizer que se fizer análises já não sou seropositivo? 28
24. Quanto tempo depois de uma situação de risco devo fazer o teste?..... 28
25. A) Fiz o teste e sou negativo. Isso quer dizer que o(a) meu(minha) parceiro(a) também é? 29
- B) Fiz o teste e sou positivo. Isso quer dizer que o(a) meu(minha) parceiro(a) também é? 29

Tratamento

26. Há cura para esta doença? 29
27. Quando se deve propor ao doente o início de medicação? 30
28. Qual a justificação do uso da chamada terapêutica tripla?..... 31
29. O que são as reacções adversas dos medicamentos e qual a atitude a tomar?..... 31
30. Poderão os medicamentos para o tratamento da infecção por VIH ser tomados com outros medicamentos indiscriminadamente?..... 32
31. É lícito tomar álcool em conjunto com o tratamento que está a ser submetido? 33
32. A medicação é para toda a vida?..... 33
33. Quais as medidas que se preconizam para que um esquema terapêutico resulte? 34

34.	O que é a profilaxia das infecções oportunistas?	35
35.	Todas as pessoas seropositivas têm que tomar medicação?	35
36.	Como é que o meu médico escolhe os medicamentos para mim?	36
37.	Porque é que não tomo os mesmos medicamentos que o meu parceiro?	36
Transmissão/prevenção		
38.	Quais os modos de transmissão do VIH?	37
39.	Duas pessoas seropositivas podem deixar de usar preservativo?	37
40.	O sexo oral é seguro?	38
41.	Durante uma relação sexual com uma pessoa seropositiva o preservativo rompeu-se. O que devo fazer?	38
42.	Se não houver ejaculação não há risco de infecção?	38
43.	Como tomo medicação e tenho a carga viral negativa, quer dizer que já não infecto ninguém?	39
44.	Posso apanhar o VIH através de contactos casuais (apertar as mãos, beijar o rosto, comer em conjunto, ir ao mesmo quarto de banho ou ginásio, etc.)?	39
Outras		
45.	Posso ser sempre seropositivo sem nunca ter SIDA?....	39
46.	Quanto tempo de vida pode ter uma pessoa seropositiva?	40
47.	Os doentes infectados com o VIH podem ser vacinados?	40
48.	Há alguma ligação entre o VIH e as outras doenças sexualmente transmissíveis?	41
49.	Como é que o vírus da hepatite B ou o vírus da hepatite C interferem com o VIH?	42
50.	Como sou seropositivo tenho maior risco para outras doenças?	42
Figuras		43

Questões gerais

1

O que é o VIH?

O vírus da imunodeficiência humana, também conhecido por VIH ou HIV, faz parte de um grupo de vírus chamados retrovírus. Como todos os vírus, não é visível «a olho nu» e não sobrevive fora do hospedeiro (neste caso fora do corpo humano).

Este vírus foi descoberto em 1983, e teve origem num vírus semelhante, existente nos chimpanzés. Em Portugal, o primeiro caso conhecido de infecção por VIH data de 1983 e até ao final do ano de 2009 já eram conhecidos 37.201 casos desta infecção.

No organismo humano, ao longo de anos, o VIH destrói um certo tipo de células (os linfócitos T CD4+), que são fundamentais para o normal funcionamento do sistema imunitário. O indivíduo fica assim mais susceptível a contrair infecções e outro tipo de doenças.

2

Qual a diferença entre ser portador do VIH (seropositivo) e ter SIDA?

Ser portador do VIH, também vulgarmente chamado de seropositivo, significa que o indivíduo está contaminado com o vírus e por isso pode transmitir esta infecção, pelo que tem de tomar todas as medidas de modo a não o fazer.

Ter SIDA significa que, para além de estar infectado, já tem doença (síndrome de imunodeficiência adquirida), ou seja, já surgiu uma doença que apareceu por fraqueza do seu sistema imunitário (defesas do organismo).

O diagnóstico de SIDA é feito através de determinados critérios clínicos (aparecimento de determinadas infecções e/ou tumores) e critérios laboratoriais (diminuição do número de células que correspondem às defesas do organismo – os linfócitos T CD4+).

3

Quanto tempo leva o VIH a causar a SIDA?

É muito variável, dependendo, além de outros factores, do tipo de vírus e do próprio organismo do indivíduo. Em regra, desde que há a infecção até que surjam os primeiros sintomas, decorre um período conhecido por período assintomático, que pode atingir os 8 a 10 anos. Após a primeira manifestação oportunista, e na ausência de qualquer tratamento, a sobrevida é de um a dois anos. Desde que se dispõe de tratamentos profilácticos e de medicação específica para o vírus, esta evolução foi, felizmente, substancialmente alterada e hoje, se diagnosticado atempadamente, e tidos em atenção os conselhos e tratamentos indicados, a sobrevida de um doente pode ser muito idêntica à de um indivíduo não infectado, podendo nunca vir a apresentar critérios de SIDA.

4

Qual a distinção entre o VIH-1 e VIH-2?

Existem dois tipos de VIH: o VIH do tipo 1 (VIH-1) e o do tipo 2 (VIH-2). São dois vírus muito semelhantes entre si, que produzem as mesmas alterações no organismo e que causam as mesmas doenças. As grandes diferenças são:

- Distribuição no mundo: o VIH-2 é mais frequente na África Ocidental, sendo raro no resto do mundo. Portugal é dos países com maior número

de casos na Europa, devido aos fortes laços com os países africanos (Guiné, Cabo Verde) em conjunto com França e Espanha.

- O VIH-2 tem uma evolução natural muito mais lenta.
- O VIH-2 transmite-se muito menos da mãe para o filho.
- Alguns dos medicamentos usados para tratamento desta doença não são activos no VIH-2.

5

Quando é que apareceu este vírus? Quais os primeiros casos em Portugal?

Os primeiros casos de doença causada por este vírus surgiram em 1981, nos Estados Unidos da América (EUA). Hoje sabe-se que o vírus é muito mais antigo (existe pelo menos desde 1959). Em Portugal os primeiros casos foram diagnosticados em 1983, verificando-se nos anos seguintes um número cada vez maior de novos diagnósticos. Actualmente a maioria dos casos encontram-se nos distritos de Lisboa, Porto e Setúbal.

6

Porque é que devo fazer o teste? De quanto em quanto tempo o devo fazer?

Porque esta infecção é muitas vezes assintomática, a única forma de se saber se está infectado é fazendo o teste. Só desse modo se pode ter a certeza. A frequência com que deve fazer o teste é muito variável e depende sobretudo do comportamento do indivíduo. Mas há que ter presente que tão importante quanto

fazer o teste para saber se está infectado é a adopção de comportamentos para evitar infectar-se ou para não transmitir a infecção se já for seropositivo. Naturalmente que se já souber que está infectado não há qualquer necessidade de repetir o teste.

7

Quantas pessoas existem no mundo com esta doença? E em Portugal?

No mundo, existem cerca de 38 milhões de pessoas infectadas pelo VIH, a grande maioria em África. Todos os anos há quase três milhões de novas infecções. Em Portugal, embora existam certamente casos não conhecidos e outros ainda não comunicados, em termos oficiais estão registados 37.201 casos até final de 2009, tendo-se diagnosticado durante esse ano 1.107 novos casos.

Sintomas

8

Quais as mudanças que o vírus vai condicionar no organismo humano?

No organismo humano o VIH vai, lentamente, destruindo um tipo de células, os chamados linfócitos T CD4+, os quais são fundamentais ao normal funcionamento do sistema imunitário.

Numa fase inicial pode não haver qualquer sintoma, mas, se não forem tomados os cuidados necessários e efectuados os tratamentos indicados, começam a surgir sintomas, infecções e tumores (as chamadas manifestações oportunistas da doença).

9

Quais as principais queixas e manifestações que um indivíduo infectado pode referir ou apresentar?

Entre uma a três semanas após ter sido infectado, as principais queixas que o indivíduo pode referir ou apresentar são: dores de garganta, febre, mal-estar geral, cansaço, sintomas semelhantes a uma gripe, aparecimento de aftas e úlceras na boca, de «caroços» no pescoço e de manchas no corpo semelhantes a uma alergia. No fundo, parece tratar-se de uma virose ou de uma amigdalite, que vai ser autolimitada, ou seja, estas queixas irão desaparecer mesmo sem qualquer tratamento. Após algum tempo, que é variável, dependendo do tipo de vírus (existem estirpes de vírus mais agressivas), do tipo de exposição e das defesas do indivíduo na altura em que se infectou, irão aparecer outras queixas não específicas tais como: fadiga, cansaço, desinteresse, emagrecimento, alterações na pele (eczemas, infecções dos folículos pilosos, secura da pele), períodos com febre não explicáveis, e ocorrência de períodos de diarreia para a qual não se encontra uma justificação. O indivíduo pode estar anos e anos sem qualquer queixa e daí a importância de se fazer a análise, pois somente pela detecção de anticorpos (serologia VIH) conseguimos que esse indivíduo comece a ter assistência médica e tenha os cuidados necessários para não transmitir a infecção a outras pessoas.

Mais tarde, quando houver já alterações ao nível das defesas do organismo, irão surgir sinais próprios da doença com aparecimento de infecções do foro respiratório, infecções gastrintestinais, dificuldade em engolir, emagrecimento marcado, queda do estado geral, sinais de alterações do sistema nervoso central (SNC) como convulsões, paralisias faciais, paralisias dos membros que simulam acidentes vasculares cerebrais ou outras manifestações inerentes às outras infecções e/ou a tumores relacionadas com a diminuição das defesas do organismo.

10

Quais as alterações frequentes que surgem na pele de um indivíduo infectado por VIH?

A pele é o maior e mais visível órgão do nosso corpo e ao longo do tempo cerca de 90% das pessoas infectadas por VIH têm alterações na sua pele. Estas alterações podem ser muito diversas, mas, desde que surgiram as terapêuticas mais eficazes, com preservação do sistema imunitário e controlo do vírus, que as alterações da pele devidas a infecções e a neoplasias oportunistas se tornaram mais raras.

Das situações mais frequentes faz parte a pele seca, com comichão (ou prurido), que por si só é um problema frequente e que pode ser agravado pela infecção por VIH e pelos medicamentos. Medidas simples como evitar banhos prolongados com água muito quente e recorrer ao uso de sabonetes neutros e de hidratantes são muitas vezes suficientes para resolver esta situação.

Outra das alterações mais observadas é a dermatite seborreica (Fig. 1), pequenas manchas avermelhadas, descamativas, em parte provocadas por fungos e que atinge a face, nariz, sobrancelhas, testa, couro cabeludo e por vezes o tronco. O tratamento deve ser aconselhado pelo seu médico mas, em regra, baseia-se no uso de pomadas com cortisona e antifúngicos, bem como champôs.

As reacções alérgicas a medicamentos, com atingimento da pele, são cerca de 100 vezes mais frequentes nos indivíduos com infecção por VIH. E, habitualmente, aparecem nas primeiras semanas após se começar a tomar um novo medicamento. Se tal acontecer deve entrar em contacto, o mais breve possível, com o médico assistente.

As manifestações da pele que traduziam um sistema imunitário muito debilitado são hoje, felizmente, mais raras. No entanto, há que ter presente a possibilidade de aparecimento de infecções disseminadas por vírus herpes *simplex* (com febre e lesões da pele com vesículas de conteúdo claro), de infecções pelo vírus herpes zóster

(a chamada «zona» que pode ser muito extensa, de difícil tratamento e, em pessoas mais novas) (Fig. 2), de sarcomas de Kaposi (com lesões nodulares violáceas) (Fig. 3), de sarna (ou escabiose) (Fig. 4) muito exuberante, e de infecções por fungos na totalidade das unhas (Fig. 5). Estes devem ser sinais de alerta para a pessoa e para o seu médico.

A pele pode ainda indicar a existência de outras doenças sexualmente transmissíveis, de que é exemplo a sífilis (Fig. 6).

Porque a pele se encontra mais fragilizada e porque o sistema imunitário também está desregulado, outras doenças de pele como a psoríase (Fig. 7), podem tornar-se mais exuberantes e de difícil controlo.

11

A evolução da doença nos indivíduos infectados por VIH é sempre a mesma?

A evolução da doença, ou seja, desde que o indivíduo é infectado por VIH até aparecerem determinadas infecções, é variável de pessoa para pessoa, dependendo do tipo de vírus com que essa pessoa se infectou (há estirpes de vírus mais agressivas do que outras), das suas defesas na altura em que se infectou, ou seja da sua resposta ao agente agressor (vírus), do tipo de vida que faz após saber que está infectado, de factores familiares, afectivos, psicológicos, entre outros.

É evidente que se um indivíduo tem múltiplos parceiros sexuais sem qualquer protecção, ou partilha material utilizado para consumo de drogas endovenosas, tem toda a probabilidade de se estar a reinfectar, agravando a evolução da sua doença.

A adesão do doente a um esquema terapêutico é também uma das chaves para uma boa resposta e assim retardar a evolução para doença. Se o doente não faz correctamente o esquema que lhe foi preconizado pelo seu médico assistente em doses e número de comprimidos,

é evidente que não haverá uma boa resposta ao tratamento, surgindo resistências do vírus a esses medicamentos, sendo cada vez mais difícil arranjar outros esquemas de medicamentos que se revelem eficazes. Assim sendo, a evolução da doença depende não só do próprio vírus, mas, essencialmente, da vontade do doente de se tratar, de cumprir a medicação e viver o maior tempo possível com uma boa qualidade de vida.

12

O que é a infecção aguda pelo VIH (seroconversão)?

A infecção aguda por VIH (seroconversão) é caracterizada pelo aparecimento de febre, dores de garganta, «parecendo ser uma amigdalite», mal-estar, dores musculares semelhantes a uma gripe, surgindo também «caroços» no pescoço ou mesmo nas axilas e, podendo ao mesmo tempo surgirem umas manchas no tronco que parecem uma alergia. Estas queixas surgem cerca de duas a três semanas após a entrada do vírus no organismo, ou seja após a pessoa se ter infectado (por ter tido relações sexuais não protegidas, ou outros comportamentos de risco, com uma pessoa já infectada por este vírus). Nesta altura, se fizer o teste para detecção de anticorpos (*enzyme-linked immunosorbent assay* [ELISA]), o resultado pode ainda ser negativo, devido ao organismo ainda não ter tido tempo de resposta e, só mais tarde é que se torna positivo. Por esse motivo chamamos também «período de seroconversão».

Manifestações oportunistas

13

O que são as infecções oportunistas?

As infecções oportunistas são infecções que surgem quando o sistema imunitário do indivíduo está

alterado. Em situação normal, o sistema imunitário conseguiria combater os micróbios e, ou não apareceria sequer a infecção, ou esta era menos grave, seria muito mais fácil de tratar e não voltava a aparecer.

Como o VIH vai destruindo as defesas (os linfócitos T CD4+), o sistema imunitário não consegue controlar esta situação e surge a infecção, que se diz oportunista porque se aproveita da fraqueza do sistema imunitário. Quando um indivíduo tem uma infecção oportunista deixa de se dizer que é seropositivo e passa a dizer-se que tem SIDA (ou seja, já tem doença causada por VIH).

Em Portugal, as infecções oportunistas mais frequentes são a tuberculose (presente em 43% dos casos de SIDA) e a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* também conhecida por pneumocistose.

14

Quais os tumores que estão associados à SIDA?

Até ao momento só são considerados tumores ligados à SIDA os linfomas, o sarcoma de Kaposi e o carcinoma do colo do útero, uma vez que são os tumores que têm tido uma elevada prevalência nestes doentes. Os linfomas são tumores das linhas celulares – células B (linfócitos) – que podem ter várias formas de se manifestarem; aparecimento de tumefacções ganglionares («carços») mais localizados nas regiões do pescoço, nas fossas supraclaviculares, regiões axilares ou inguinais (pouco frequentes), associadas a um emagrecimento e suores intensos, ou alterações do SNC (linfoma primário do SNC) com aparecimento de alterações da consciência, convulsões, paralisias ou outras manifestações consoante a zona que está a ser afectada pela presença do tumor.

O sarcoma de Kaposi é um tumor com manifestações na pele, aparecimento de manchas arroxeadas que

umentam de tamanho e têm um relevo, podendo também estar localizado internamente (no estômago, intestinos, pulmões...).

Pensa-se que o sarcoma de Kaposi tem a sua origem devido a uma infecção pelo vírus herpes 8, sendo também uma doença sexualmente transmissível. Há um predomínio do aparecimento destes tumores nos homens que têm relações sexuais com outros homens, muito embora possa ocorrer indiscriminadamente da orientação sexual ou do sexo do doente (feminino ou masculino).

Desde 1993 que o carcinoma do colo do útero é também considerado uma neoplasia ligada à SIDA, dada a sua elevada prevalência em mulheres infectadas por VIH . Este tumor está também relacionado com uma infecção por um vírus, o vírus do papiloma humano (HPV), outra doença sexualmente transmissível. Alguns serótipos deste vírus são mais oncogénicos, ou seja, têm a capacidade de transformar as células que eram normais em células malignas.

15

Quais as medidas adequadas para evitar a progressão do carcinoma do colo do útero?

O carcinoma do colo do útero ocorre quando as células normais do colo se transformam em células cancerígenas. Antes do aparecimento destas células, surgem umas outras células anormais, situação chamada de displasia cervical. A realização de uma colpocitologia (também chamada de exame de Papanicolau) de forma regular permite detectar precocemente estas células anormais e, se elas estiverem presentes, procurar a presença do HPV, para ver se as alterações encontradas são secundárias a este vírus.

O HPV é um conjunto de vírus muito frequente, que se pode contrair através do contacto sexual com

outra pessoa que tenha HPV. A maioria das pessoas infectadas com o HPV não tem qualquer sintoma, o que facilita a sua transmissão. Há muitos tipos diferentes de HPV, alguns dos quais, os de alto risco oncogénico, podem provocar a displasia cervical e o carcinoma do colo do útero.

Se diagnosticadas e tratadas atempadamente, estas alterações são curáveis. Daí a importância de se fazerem exames ginecológicos regulares, mesmo que a mulher não tenha sintomas nem vida sexual activa.

As mulheres infectadas por VIH devem ser observadas em consulta de ginecologia, com a realização de um exame ginecológico completo e com uma colpocitologia de seis em seis meses. Se forem detectadas alterações o médico fará os exames e tratamentos que forem indicados.

Há ainda outras formas que ajudam a prevenir o aparecimento do carcinoma do colo do útero, nomeadamente ter uma dieta saudável, rica em fruta e vegetais, não fumar, utilizar sempre o preservativo e não ter múltiplos parceiros sexuais.

16

Quais as formas de apresentação da tuberculose nestes doentes?

Para além da forma clássica em que a pessoa tem um cansaço extremo, febre, tosse seca ou com expectoração (de coloração amarela ou mesmo sanguinolenta) e uma dor tipo pontada, o doente pode ter outras queixas referentes a outros órgãos que não seja o pulmão. A característica da tuberculose nestes doentes é que se pode manifestar noutras localizações. É muito frequente os doentes referirem o aparecimento de gânglios aumentados de volume no pescoço, tratando-se nalguns casos de tuberculose de localização ganglionar. Esta

infecção pode também estar localizada nos rins, nos intestinos, na medula, nos ossos, no SNCÖ

Dada a elevada prevalência desta infecção em Portugal, qualquer doente infectado por VIH que apresente qualquer queixa, embora não específica de órgão, deve realizar os exames complementares pedidos por parte do seu médico assistente para se excluir a eventual existência de uma tuberculose.

Diagnóstico

17

Qual a atitude a tomar para saber se uma pessoa está infectada por VIH ?

A única forma de saber se está infectado é através da realização de análises que procuram a presença de anticorpos para esta infecção. Embora hajam alguns sintomas que possam ser sinais de alerta, ninguém deve assumir que está, ou não, infectado sem fazer estes testes específicos.

Se quiser pode fazer o teste através do seu médico de família ou dirigir-se a um centro de aconselhamento e detecção do VIH, da rede nacional de CAD, que existe em todos os distritos de Portugal continental.

Aí pode fazer o teste de uma forma gratuita, confidencial e anónima, recebendo todo o aconselhamento pré e pós-teste.

Açores

CAD da Ilha Terceira

Centro de Adictologia do Hospital de Angra do Heroísmo, Canada dos Melancólicos

Tel.: 295 214 970

Horário: 7h00 às 11h30

Aveiro

Centro de Saúde de Aveiro

Praça Rainha D. Leonor

3810 Aveiro

Tel.: 234 378 650

Horário:

2.^a das 13h30 às 20h00, 3.^a e 5.^a das 14h00 às 17h30,
6.^a das 9h00 às 13h30.

O CAD encerra 30 minutos antes do horário de funcionamento.

Beja

CAD Beja

Centro de Saúde Beja 2

Rua Rainha D. Amélia, n.º 4

7800 Beja

Tel.: 284 31 49 00

Horário: 2.^a, 3.^a e 4.^a das 9h30 às 16h00

Braga

Largo Paulo Osório

4700-036 Braga

Tel.: 253 209 200

Horário: 2.^a, 3.^a e 5.^a das 12h00 às 20h00; 4.^a e 6.^a
das 8h30 às 14h00

Bragança

Instituto Português da Juventude

Rua Oróbio de Castro

5300-220 Bragança

Tel.: 273 333 989

Horário: 2.^a a 5.^a feira, das 9h00 às 13h00 e das
14h00 às 18h00; 6.^a das 9h00 às 12h30 e das 14h00
às 17h30

Castelo Branco

Centro de Diagnóstico Pulmonar

Rua Amato Lusitano, n.º 25

6000-150 Castelo Branco

Tel.: 272 324 973/4

Horário: 3.^a das 14h00 às 17h00; 4.^a das 9h00 às
12h30; 6.^a das 9h00 às 12h30

Fora deste horário, é possível o atendimento a qualquer dia da semana, excepto 5.^a feira, mediante marcação prévia por telefone.

Coimbra

Edifício BCG

Av. Bissaya Barreto

3000-076 Coimbra

Tel.: 239 487 400

Horário: diariamente das 12h00 às 17h00

Évora

1. Hospital Espírito Santo de Évora

Largo Sr. da Pobreza

7000-811 Évora

Tel.: 266 740 100 Ext.1195

Horário: 2.^a das 9h30 –às 13h30 e das 14h30 às 18h30; 3.^a das 9h00 às 12h00; 4.^a das 9h30 às 12h30; 5.^a das 10h00 às 12h00; 6.^a das 13h30 às 17h30

2. Instituto Português da Juventude de Évora

Rua da República, 119

7000-656 Évora

Tel.: 266 737 300

Horário: 4.^a das 14h00 às 18h00

3. Espaço APF

Urbanização da Cruz Picada, Lote 46, cave frente

7000-772 Évora

Horário: 3.^a das 16h00 –às 19h00

Faro

1. CAD Fixo

Extensão do Centro de Saúde

Rua Brites de Almeida, n.º 6, 3.º esq.

8000-234 Faro

Tel.: 289 812 528/289 805 363

Horário: 2.^a das 14h00 às 19h00; 3.^a e 5.^a das 9h00 às 12h00 e das 14h00 às 17h30; 4.^a e 6.^a das 9h00 às 17h30

2. CAD Móvel

Tel.: 289 812 528

Leiria

Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques

Laboratório de Saúde Pública

Rua General Norton de Matos

2410-272 Leiria

Tel.: 244 816 488

Horário: 2.^a das 9h00 às 13h00; 3.^a das 14h00 às 17h00; 4.^a e 5.^a das 9h00 às 13h00 e das 14h00 às 17h00; 6.^a das 9h00 às 14h00

Lisboa

Centro de Saúde da Lapa

Rua de São Ciro, n.º 36

1200-831 Lisboa

Tel.: 213 930 151/2

Horário: 2.^a e 4.^a das 12h00 às 18h30; 3.^a, 5.^a e 6.^a feira das 10h00 às 16h30

Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso

Av. Dr. Mário Moutinho – Restelo

1400-136 Lisboa

Tel.: 213 031 427

Horário: 2.^a a 6.^a das 9h30 às 14h00

Porto

Rua da Constituição, n.º 1656

4250-169 Porto

Tel.: 228 317 518

Horário: 2.^a das 14h00 às 22h00; 3.^a a 5.^a das 8h30 às 20h00; 6.^a das 8h30 às 14h00

Santarém

1. Hospital Distrital de Santarém, EPE

Av. Bernardo Santareno, Piso 0, consulta externa

Tel.: 243 300 232

Horário: 3.^a e 4.^a feira das 16h00 às 20h00

2. Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Hospital de Torres Novas

Consulta Externa, piso 1

Tel.: 249 810 100

Horário: 5.^a das 16h00 às 20h00

Setúbal

Centro de Saúde do Bonfim

Praça do Brasil, n.º 14, 1.º dto.

2900 Setúbal

Tel.: 265 548 185

Horário: 3.ª das 16h00 às 19h00; 5.ª das 9h00 às 12h00

Almada

Centro de Saúde de Almada

Rua Luís António Verney, n.º 35

Cova da Piedade

Almada

Tel.: 212 721 630/5/6

Horário: 2.ª das 9h00 às 12h00; 5.ª das 16h00 às 19h00

Moita – Arco Ribeirinho

Largo Dr. Joaquim Marques Elias

2860-418 Moita

Tel.: 212 806 460

Horário: 2.ª das 9h00 às 13h30

Viana do Castelo

Serviço de Saúde Pública do Alto Minho

Rua de Caminha, n.º 124

4900-468 Viana do Castelo

Tel.: 258 807 247

Horário: 3.ª das 9h00 às 16h00 e 5.ª das 12h00 às 19h00

Vila Real

Rua Gonçalo Cristóvão, n.º 2

5000-686 Vila Real

Tel.: 259 378 953

Horário: 2.ª, 4.ª e 6.ª das 10h00 às 12h00; 3.ª e 5.ª das 14h00 às 16h00

Viseu

CAD Viseu

Av. Dr. António José de Almeida

Edifício da Segurança Social

Laboratório de Saúde Pública

3514-511 Viseu

Tel.: 232 419 923

Fax: 232 419 924

E-mail: cad@srsviseu.min-saude.pt

Horário: 2.^a das 9h00 às 12h30; 3.^a das 14h00 às 17h00; 4.^a das 11h00 às 15h00; 5.^a das 12h00 às 16h00; 6.^a das 9h00 às 12h30

18

No caso de uma pessoa estar infectada qual deve ser o seu encaminhamento?

Após saber que está infectado com este vírus uma pessoa deve procurar ter calma, e ser ajudado o mais rapidamente possível pois a angústia pelo desconhecimento da realidade e das consequências que esta infecção acarreta, poderá agravar toda a sua situação psicológica e mesmo clínica. O próprio *stress*, por si só, pode desencadear uma diminuição significativa das suas defesas. O seu médico assistente indicará qual o centro de referência do hospital a que pertence (área de residência), para onde deverá ser encaminhado. O médico desse centro explicará a sua situação clínica, quais os exames complementares que deve realizar para se saber na realidade qual a sua situação e, caso necessite, ter acesso a apoio psicológico e social. Esta equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social) deverá existir em todos os centros de referência para seguimento destes doentes, dado que o indivíduo infectado por este vírus deverá continuar a ter uma boa qualidade de vida, com alterações mínimas na sua vida profissional, social e afectiva.

19

Quem tem um teste positivo tem SIDA?

Não. Uma pessoa se tem um teste positivo, significa que tem o VIH no seu organismo. Dependendo do tipo de vírus, se é muito agressivo ou não, da quantidade de

vírus, da resposta do seu organismo, das suas defesas, do seu modo de vida, de outras doenças que também tenha, assim se reunirão determinadas condições para o desenvolvimento da doença propriamente dita (SIDA).

20

O que é o período de janela? Quais as diferenças entre o teste de ELISA e o Western-Blot?

O chamado «período de janela» é o intervalo de tempo em que uma pessoa já está infectada, ou seja o vírus já entrou no organismo mas a pessoa ainda não tem os anticorpos em circulação, ou seja o teste de detecção desses anticorpos é negativo (ELISA). Esse período é muito curto, cerca de 2 a 3 semanas após estar infectado. O teste de ELISA é o teste imunoenzimático com o qual se detectam os anticorpos para o VIH. Se esse teste é positivo, solicitamos sempre um teste confirmativo que se denomina Western-Blot, em que aparecem as bandas reactivas às várias proteínas do vírus. No fundo é o teste de confirmação com o qual podemos afirmar que uma pessoa está infectada por VIH.

21

O que são os linfócitos T CD4+?

Os linfócitos T CD4+ fazem parte de um grupo de células chamadas linfócitos. Estas células são muito necessárias para os vírus se multiplicarem e são destruídas à medida que os vírus aumentam de número. São células muito importantes, que representam as defesas do organismo, e caso estejam a ser destruídas pelos vírus, as defesas do organismo ficam cada vez mais debilitadas, fazendo com que determinados microrganismos que, em princípio, numa pessoa normal não causam doença se tornem muito agressivos, originando o

aparecimento de doenças graves: as infecções oportunistas. Estas infecções têm uma ordem de aparecimento consoante a debilidade das defesas do organismo.

Assim sendo, a contagem destas células é uma das determinantes para sabermos se o indivíduo está estável, não necessitando de medicamentos, ou se, pelo contrário, a sua contagem é escassa e necessita de iniciar medicação de modo a frenar o vírus e a aumentar o número das referidas células para que não surjam as chamadas infecções oportunistas, ou simplesmente para que não se assista a uma degradação do estado geral. Por outro lado, a sua contagem é importante para analisarmos se existe uma boa resposta à terapêutica que foi instituída, surgindo um aumento do número dessas células, ou se, pelo contrário, a terapêutica não está a ser eficaz – não se observando a subida dos T CD4+. Com a medicação conseguimos reduzir a quantidade de vírus, com correspondente menor destruição dos CD4+.

22

Qual o significado da carga viral?

A carga viral (os níveis do ácido ribonucleico do vírus) representa a quantidade de vírus que existe no sangue. Há diferentes técnicas para a medirem e, como os resultados não são comparáveis entre si, deve-se utilizar sempre a mesma. Os resultados são em número de cópias por mililitro de sangue e o melhor resultado é ser não detectável (por vezes dito carga viral negativa). Isto não significa que a pessoa deixou de estar infectada ou que deixou de poder transmitir a infecção a outros. O vírus continua a estar presente no organismo mas numa quantidade tão pequena que esta análise não o consegue detectar.

O resultado da carga viral é fundamental para se avaliar a eficácia das terapêuticas, e uma carga viral indetectável é o objectivo de todas as terapêuticas anti-retrovirais,

traduzindo um baixo risco de desenvolver resistências aos medicamentos e de desenvolver SIDA.

O valor da carga viral é também importante na decisão de se iniciar a terapêutica e fornece uma ideia da rapidez de evolução da doença (quanto maior a carga viral mais os CD4+ são destruídos e mais rapidamente a doença evolui).

Como as infecções e as vacinações podem levar a um aumento transitório do valor da carga viral, tem que se ser prudente a avaliar o resultado do teste da carga viral se uma destas situações tiver ocorrido. Dentro do possível deve evitar-se fazer o teste antes de ter passado um mês após uma destas situações.

23

O facto de ter a carga viral negativa quer dizer que se fizer análises já não sou seropositivo?

Não. Quando se tem a carga viral negativa, significa que o vírus está controlado através da medicação que se toma de uma maneira rigorosa e disciplinada. Se fizer o teste de detecção de anticorpos (ELISA), o resultado permanece positivo, pois a pessoa continua a ser portador do vírus e a poder infectar outras pessoas através de relações sexuais não protegidas.

24

Quanto tempo depois de uma situação de risco devo fazer o teste?

Deve fazer o teste de detecção de anticorpos (ELISA) cerca de duas semanas após a situação de risco, pois até essa altura o teste pode ser negativo e a pessoa já estar infectada.

25

A) Fiz o teste e sou negativo. Isso quer dizer que o(a) meu(minha) parceiro(a) também é?

Não. O(a) parceiro(a) pode ser positivo(a) e ainda não o(a) ter infectado(a). O(a) seu(sua) parceiro(a) também deverá fazer o teste.

B) Fiz o teste e sou positivo. Isso quer dizer que o(a) meu(minha) parceiro(a) também é?

Não. O(a) parceiro(a) pode ser negativo(a) e ainda não estar infectado(a). O(a) seu (sua) parceiro(a) também deverá fazer o teste.

Tratamento

26

Há cura para esta doença?

Não. Ainda não existe cura; existem sim, múltiplos medicamentos para tratamento, que permitem uma vida muito semelhante à da população em geral. Naturalmente devem seguir as indicações dos profissionais de saúde, ter uma boa qualidade de vida, bons hábitos alimentares e adoptar medidas para evitar que se reinfectem (se voltar a haver exposição ao VIH ocorre uma reinfecção, que pode ser com vírus ainda mais agressivos) ou que contraiam outras doenças sexualmente transmissíveis (a sífilis, por exemplo, que por si só, fazem com que o VIH se multiplique com mais intensidade).

27

Quando se deve propor ao doente o início de medicação?

Desde o aparecimento dos primeiros medicamentos que o momento certo para se iniciar a terapêutica anti-retroviral tem sido alvo de muita atenção.

Actualmente aceitam-se como indicações para se iniciar a terapêutica as seguintes situações:

- A existência de sintomas devidos ao VIH (febre inexplicada, suores, diarreia, emagrecimento) ou de uma doença definidora de SIDA (independentemente do valor dos CD4+).
- Uma contagem de CD4+ inferior a 350 céls/mm³, mesmo na ausência de qualquer queixa ou manifestação de doença.

Se a contagem de CD4+ for superior a 350 céls/mm³ mas inferior a 500 céls/mm³, alguns médicos aconselham iniciar a medicação, mas deve-se entrar em linha de conta com outros factores (tais como a rapidez da diminuição dos CD4+, o valor da carga viral, a existência de infecções por vírus da hepatite B ou C, problemas renais, um grande risco de problemas cardíacos, a existência de neoplasias, entre outros).

Se a contagem de CD4+ for superior a 500 céls/mm³, em princípio não se propõe iniciar tratamento, e mantém-se uma vigilância clínica e laboratorial regular.

Devemos propor ao doente o início de uma medicação quando o doente estiver capacitado e entender qual o benefício que irá ter através dessa medicação. Se o doente não estiver convencido desse benefício e da real necessidade dessa medicação, é preferível protelar essa indicação, pois é sempre o doente que decide se irá cumprir, ou não, qualquer esquema de medicação.

28

Qual a justificação do uso da chamada terapêutica tripla?

O uso da chamada terapêutica tripla ou terapêutica anti-retroviral combinada (TARc ou HAART) tem plena justificação, pois os resultados após 1996, ano de início da utilização de uma nova classe de medicamentos (os inibidores da protease), mostraram que os indivíduos submetidos a terapêutica tripla aumentaram muito a sua sobrevida e houve uma diminuição clara da ocorrência de infecções e mesmo da progressão de doença. Demonstrou-se em vários estudos e na prática corrente que este tipo de terapêutica era mais eficaz do que a terapêutica anterior (uso de dois medicamentos a partir de 1994), que já tinha demonstrado ser superior ao uso somente de um medicamento (1987-1994).

Assim, a justificação é dada pela melhoria das defesas do organismo, aumento mais significativo dos linfócitos T CD4+ e do VIH deixar de se replicar em grande intensidade – a carga viral deixa de ser detectável.

29

O que são as reacções adversas dos medicamentos e qual a atitude a tomar?

É muito frequente os doentes referirem efeitos secundários, particularmente nas primeiras semanas de tratamento. Entre os mais frequentes estão as dores de cabeça, as náuseas, a diarreia e o cansaço. Com a continuação do tratamento o organismo adapta-se e estes sintomas desaparecem. Podem, no entanto, surgir outros efeitos, por vezes mais acentuados, como febre e alterações da pele. Todos os efeitos secundários devem ser reportados ao médico assistente, para ele avaliar a gravidade de cada um deles.

Antes de iniciar um novo medicamento deve ser informado de quais os efeitos acessórios mais frequentes e qual a atitude a tomar perante eles, de forma a não se preocupar sem necessidade, e não comprometer a eficácia da medicação nem a correr riscos desnecessários.

30

Poderão os medicamentos para o tratamento da infecção por VIH ser tomados com outros medicamentos indiscriminadamente?

Não. Os doentes devem saber que existem determinadas interações medicamentosas, ou seja, pode haver interferência na acção dos medicamentos anti-retrovirais quando estes são ingeridos com outros medicamentos ou mesmo substâncias ditas de medicina natural. Estas substâncias, ou mesmo determinados medicamentos, podem interferir na absorção, nos níveis sanguíneos dos anti-retrovirais e na sua eliminação. Esta interferência poderá conduzir a uma falta de eficácia dos anti-retrovirais que leve à formação de resistências (p. ex. por uma dose estar baixa) ou mesmo ao aparecimento de toxicidade do próprio medicamento por interferência de outro medicamento que levou a um aumento de dose nos níveis sanguíneos. Assim, todos os doentes que fazem medicação anti-retroviral não devem, por sua iniciativa, fazer qualquer outro tipo de medicação, devendo sempre informar o médico que o está a observar por qualquer outro motivo, quais os medicamentos que faz habitualmente para a sua infecção por VIH. Se não tiver presente na sua memória estes dados, deve trazer consigo uma pequena anotação sobre os medicamentos que faz. Só assim não correrá o risco de serem prescritos outros medicamentos que possam interferir com a sua medicação.

31

É lícito tomar álcool em conjunto com o tratamento que está a ser submetido?

Apesar de serem poucos os medicamentos para o VIH que são afectados pelo álcool, como este interfere com o funcionamento do fígado, os medicamentos podem ser afectados de forma indirecta. Por outro lado, o consumo de álcool pode aumentar o risco de efeitos adversos, tais como as náuseas, vómitos ou até mesmo casos mais graves de pancreatite (inflamação do pâncreas) e de neuropatias periféricas (dores fortes, habitualmente nas pernas). Pode ainda contribuir para o aumento da gordura no sangue (aumento do valor do colesterol e dos triglicéridos), levando a que, eventualmente, se tenha que alterar os medicamentos ou a juntar outros para reduzir as gorduras.

Também o risco que os medicamentos têm de causar alterações no fígado é maior quando se bebe álcool.

Por todas estas razões não se deve beber álcool quando se está a fazer tratamento, particularmente em grande quantidade e de uma forma regular, e quando se está a começar um medicamento que é novo para o organismo.

32

A medicação é para toda a vida?

Esta resposta é variável dependendo do estágio clínico do doente, da avaliação dos exames complementares e da resposta à medicação.

Do ponto de vista clínico é importante se o doente se sente melhor com a instituição de medicação, se tem uma melhor qualidade de vida desde que começou a fazer medicação, se esta não interfere com o seu ritmo

de vida e se as queixas que o doente tinha previamente desapareceram.

Perante os conhecimentos actuais, um esquema de medicação deverá ser mantido se não houver qualquer toxicidade ou contra-indicação por parte do doente e até ao momento em que se verifique que esse esquema está a ser eficaz; estes dados são observados pelo médico assistente através da execução do exame clínico e de exames laboratoriais que devem ser seriados e monitorizados em consultas. Assim, os esquemas terapêuticos devem ser controlados tanto do ponto de vista da eficácia como da toxicidade, sempre pensando no bem-estar do doente. Quando a medicação deixar de ser eficaz deve ser substituída, o mesmo se registando quando um esquema está a ser tóxico. Ainda não existem quaisquer fundamentos para se parar a medicação segundo outros critérios.

33

Quais as medidas que se preconizam para que um esquema terapêutico resulte?

A medida mais importante para que um esquema terapêutico seja eficaz é, sem dúvida, a adesão a toda a medicação.

Isto significa que deve tomar todos os medicamentos que o seu médico receitou, nas doses por ele indicadas (nem um comprimido a mais ou a menos), cumprindo os horários, tendo presente que alguns medicamentos devem ser tomados com alimentos e outros em jejum (o médico explicar-lhe-á como os deve tomar).

Falhar apenas uma ou outra dose, de vez em quando, é muito perigoso e pode ser suficiente para comprometer o sucesso da medicação e levar ao aparecimento de resistências que podem condicionar todo o futuro.

Para além destes cuidados, deve-se evitar tomar outros medicamentos sem falar com o médico assistente, pois estes podem interferir com os medicamentos para tratamento do vírus, bem como evitar as bebidas alcoólicas e as drogas recreativas.

Procure fazer uma alimentação variada, saudável, e, em conjunto com o seu médico, adaptar a medicação ao seu estilo de vida, para que lhe seja fácil fazê-la no seu dia a dia.

34

O que é a profilaxia das infecções oportunistas?

A profilaxia das infecções oportunistas é um conjunto de medidas que visam que o indivíduo, apesar de infectado por VIH, não adquira determinadas infecções que podem ser mortais. Referimo-nos, por exemplo, à pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*. Esta pneumonia só ocorre quando as defesas do organismo estão muito debilitadas, o que significa que os doentes têm linfócitos T CD4+ inferiores a 200 céls/mm³. Assim, nos doentes que tenham valores dessa ordem, deve ser instituída uma prevenção para não terem essa pneumonia grave. A instituição de um antibiótico – trimetoprim-sulfametoxazol ou cotrimoxazol – é na maioria dos casos suficiente para os doentes estarem protegidos. Caso o doente seja alérgico a este medicamento existem outras formas de prevenção. Com estas medidas a frequência deste tipo de pneumonia tem diminuído significativamente. O seu médico indicar-lhe-á se, no seu caso, necessita de outras prevenções.

35

Todas as pessoas seropositivas têm que tomar medicação?

Não. Ainda não existe qualquer fundamento científico que nos preconize que a medicação é para ser

administrada na totalidade dos casos, independentemente das condições dos doentes, características de base, adesão ou não, aos esquemas terapêuticos. A medicação terá de ser instituída após um estudo de todas as características do doente, as suas doenças de base, o seu modo de vida, para verificarmos qual o esquema de tratamento que se coaduna melhor com a sua vida, com a sua personalidade, bem como com o seu estado físico e psíquico. Na actualidade os estudos evidenciam uma melhoria e um aumento da vida com o início da medicação.

36

Como é que o meu médico escolhe os medicamentos para mim?

O seu médico escolhe os medicamentos que lhe parecem ter um perfil e características melhor relacionadas com o doente que se apresenta. Todas estas circunstâncias são analisadas nas consultas e, após um resumo sobre as características do doente, o seu estado psíquico, outras doenças que apresente, os medicamentos que faz para além da medicação para esta infecção, o médico selecciona o esquema de medicamentos que lhe parece estar mais adaptado para o doente, permitindo a adesão ao cumprimento da medicação. É essencial que o doente tome a medicação, sem falhas, e que não haja interferências entre todos os medicamentos que o doente faz.

37

Porque é que não tomo os mesmos medicamentos que o meu parceiro?

Cada pessoa deve tomar os medicamentos que melhor se coadunam com as suas características, hábitos de vida, e com as características do vírus. Assim sendo, poderá verificar-se que o seu vírus não tenha a mesma sensibilidade que os vírus com que o seu parceiro está infectado. A medicação a ser instituída é sempre

escolhida numa base individual, perante as características do doente e do vírus.

Transmissão/prevenção

38

Quais os modos de transmissão do VIH?

O vírus pode ser transmitido de pessoa para pessoa através de contacto com sangue de pessoas infectadas (transmissão sanguínea), e através de contactos sexuais não protegidos (transmissão sexual).

Outro modo de transmissão é a transmissão mãe-filho (transmissão vertical): uma grávida infectada pode transmitir este vírus ao seu filho no decurso a gravidez, durante o parto ou no aleitamento. Toda a grávida deve fazer análises para saber se está infectada de modo a se poder tomar medidas para diminuir este tipo de transmissão.

O vírus está presente no sangue, no espermatozóide e nas secreções vaginais com possibilidade de infectar outras pessoas. No caso das relações sexuais, a não utilização do preservativo condiciona haver contacto directo com os produtos onde existem as partículas virais (espermatozóide, secreções vaginais, sangue), podendo haver contágio. Todas as relações sexuais com indivíduos infectados (anais, vaginais, orais) são passíveis de transmissão deste vírus, daí a importância do uso do preservativo nas relações sexuais.

39

Duas pessoas seropositivas podem deixar de usar preservativo?

Nunca. Os vírus adquirem determinadas características, variáveis de organismo para organismo. Assim

sendo, mesmo que inicialmente seja o mesmo tipo de vírus, as reinfecções por não usarem o preservativo são graves e podem ajudar a progressão do vírus e o desenvolvimento da doença nas pessoas.

40

O sexo oral é seguro?

Não. Embora menos frequente, constitui um modo de transmissão como o sexo anal ou vaginal.

41

Durante uma relação sexual com uma pessoa seropositiva o preservativo rompeu-se. O que devo fazer?

Deve dirigir-se o mais breve possível ao local onde o seu parceiro é seguido, para se verificar a situação clínica e os medicamentos que ele faz, e se o outro elemento deve iniciar medicamentos que constituam uma profilaxia de modo a reduzir o risco de adquirir a infecção por VIH. Caso não tenha forma de o fazer, dever-se-á dirigir ao serviço de urgência da sua área de residência.

Mas não se esqueça: a melhor prevenção reside na adopção de medidas de prevenção e o recurso a medicamentos deve ser uma situação pontual e nunca recorrente.

42

Se não houver ejaculação não há risco de infecção?

Existe sempre risco de infecção pois poderão haver pequenos traumatismos ou feridas, que levem também

à transmissão por sangue ou secreções, não sendo fundamental a presença de esperma.

43

Como tomo medicação e tenho a carga viral negativa, quer dizer que já não infecto ninguém?

Não. Poderá mesmo assim infectar outra pessoa, seja através de relações sexuais não protegidas seja pela partilha de material perfurante ou cortante, pois ter a carga viral negativa não quer dizer que não tem o vírus e que não infecta.

44

Posso apanhar o VIH através de contactos casuais (apertar as mãos, beijar o rosto, comer em conjunto, ir ao mesmo quarto de banho ou ginásio, etc.)?

Não. Ao longo de cerca de 30 anos, nunca houve qualquer ocorrência de transmissão de infecção por VIH no decurso dessas actividades. Trata-se de uma doença de transmissão sexual, sanguínea ou da mãe para o filho.

Outras

45

Posso ser sempre seropositivo sem nunca ter SIDA?

Sim. Na fase inicial, quando não se tinha qualquer tratamento, a evolução natural da doença levava a que

todos os portadores progredissem para doença. Com a evolução dos conhecimentos e da terapêutica, sabemos hoje que os infectados por VIH podem nunca progredir para o estágio de doença, caso sigam as recomendações que a equipa de profissionais de saúde lhe for dando.

46

Quanto tempo de vida pode ter uma pessoa seropositiva?

Pensamos que pode ter o mesmo tempo de vida de qualquer pessoa sem estar infectada, dependendo do tipo de vida que faz, do modo como adere à medicação, tendo hábitos de vida saudáveis, não se reinfectando com outros vírus ou contraindo outras doenças, e tendo uma boa qualidade de vida.

47

Os doentes infectados com o VIH podem ser vacinados?

De uma forma geral as vacinas são seguras, e algumas até estão indicadas para serem feitas aos indivíduos infectados por VIH. De facto, e de acordo com a situação particular de cada pessoa, pode ser indicado fazer a vacina antitetânica, anti-hepatite A ou B, anti-gripe, entre outras.

No entanto, há outras vacinas, as chamadas vacinas vivas atenuadas, que podem estar contra-indicadas se as defesas da pessoa, avaliadas pelo número de linfócitos T CD4+, estiverem demasiado baixas. É por isso importante confirmar com o médico se pode, ou não, fazer uma determinada vacina.

A única vacina que não deve ser administrada às pessoas infectadas por VIH é a vacina antituberculose,

conhecida por BCG, uma vez que pode dar origem a uma doença disseminada.

Como as vacinas podem levar a um aumento, transitório, na carga viral, deve-se evitar fazer análises antes de um mês após a última vacina, para que o valor da carga viral não venha falsamente elevado.

48

Há alguma ligação entre o VIH e as outras doenças sexualmente transmissíveis?

Existe realmente uma ligação muito forte entre o VIH e outras doenças, tais como a sífilis, a gonorreia, o HPV, o vírus de hepatite B, o vírus herpes 8, o vírus herpes genital, pois todos se transmitem por via sexual. Este facto é agravado se houver práticas sexuais sem o uso do preservativo.

Verifica-se que mesmo alguns doentes já infectados por VIH e seguidos em consultas têm mais tarde estas novas infecções. Esta realidade é verificada porque mesmo já infectados continuam a não usar o preservativo, tanto no sexo oral, como no anal e no vaginal.

Todas estas infecções predisõem para o agravamento da infecção por VIH e possivelmente induzem o aparecimento de lesões que facilitam ainda mais a entrada de novos vírus. O vírus do herpes 8 também pode desencadear o aparecimento de uma neoplasia, o sarcoma de Kaposi, que constitui por si um critério de SIDA. O HPV é o responsável pelo aparecimento de neoplasia nas mulheres (carcinoma do útero) e nos homens (carcinoma do ânus). Dada a elevada frequência, para rastreio destas neoplasias, os homens infectados por VIH devem fazer uma anuscopia e as mulheres uma colposcopia, uma vez por ano.

49

Como é que o vírus da hepatite B ou o vírus da hepatite C interferem com o VIH?

Sabemos que essas infecções interferem com a progressão da infecção por VIH para SIDA. Por outro lado, o vírus de hepatite C, nos doentes infectados por VIH, tem uma evolução muito mais grave e rápida, com aparecimento mais cedo de cirrose ou mesmo de tumor do fígado. Assim, todos os doentes com as duas infecções, devem verificar junto do seu médico da necessidade de se tratarem para a hepatite B ou C, uma vez que existem medicamentos que podem curar estas doenças (embora nem sempre isso se verifique).

50

Como sou seropositivo tenho maior risco para outras doenças?

Efectivamente, o vírus no organismo, ao longo dos anos, provoca um estado de inflamação crónica, que facilita o desenvolvimento de algumas doenças (tais como as doenças cardiovasculares) e uma fragilidade, podendo haver um envelhecimento mais rápido do que seria de esperar. No entanto, com a medicação de que actualmente dispomos, estes aspectos são bem controlados e mesmo ultrapassados, sendo a esperança de vida muito semelhante à da população não infectada, caso o diagnóstico seja feito numa fase inicial da infecção e a pessoa siga as indicações que lhe são transmitidas e tenha hábitos de vida saudáveis.

Figuras



Figura 1. Dermatite seborreica.



Figura 2. Vários tipos de zona.



Figura 3. Vários tipos de sarcoma de Kaposi.



Figura 4. Vários tipos de lesões – escabiose (sarna).



Figura 5. Fungos nas unhas.



Figura 6. Sífilis secundária.



Figura 7. Psoríase.

