



Falta de medicamentos é ameaça ao programa de DST/Aids

No dia 1º de dezembro, é comemorado o Dia Mundial de Luta contra a Aids, mas os pacientes no Brasil têm pouco a comemorar. Reverenciado mundialmente no passado como um dos melhores programas de combate à doença, tendo colecionado vários prêmios e menções como o prêmio recebido da Unesco em 2001, o Programa vem colecionando más notícias nos últimos anos.

Em junho de 2014, o Unids, Programa das Nações Unidas para combate à doença, divulgou relatório que mostra que, no Brasil, a taxa de novas infecções de Aids acelerou em 11%, na contramão das taxas mundiais em que houve uma desaceleração de 28%. Além disso, o Programa vem sofrendo com dificuldade para realização de exames em todo o país, como de genotipagem do vírus HIV, fundamental para avaliação de troca de medicação antirretroviral nos pacientes que falham à terapia. No Rio de Janeiro, por exemplo, há um prazo de pelo menos 6 meses para o resultado dos exames depois que os Laboratórios de Referência foram comunicados, em abril de 2014, que não poderiam mais realizar o exame por falta de insumos, sendo substituídos por cinco laboratórios que realizam o exame para todo o Brasil utilizando técnica desenvolvida "in house".

Mais recentemente, os pacientes no Rio de Janeiro, principalmente do Município do Rio de Janeiro, vêm sofrendo com desabastecimento importante nas farmácias de distribuição de medicamentos antirretrovirais, alguns deles utilizados por grande parte dos pacientes em tratamento. Este mesmo problema tem sido descrito por médicos e pacientes de outros Estados em relatos nas redes sociais. Atualmente, sofremos com falta de Ritonavir em quantidades suficientes para distribuição mensal. Os pacientes recebem a medicação fracionada, necessitando retornar várias vezes à far-

mácia no mesmo mês. E, agora, estamos recebendo relatos através de médicos, pacientes e farmacêuticos, de pacientes que estão sem medicação, prejudicando a qualidade de seu tratamento, com risco de desenvolvimento de resistência viral.

Além disso, o desabastecimento de vários medicamentos, como o próprio Ritonavir, mas também Lamivudina, Lopinavir/Ritonavir, Etravirina entre outros, prejudica seriamente pacientes que necessitam retirar medicamentos para 2, 3 ou até 4 meses, pois trabalham fora de sua cidade de domicílio, embarcados ou em plataformas, por exemplo. Estes pacientes são os mais prejudicados, pois o farmacêutico, devido à falta de regularidade na entrega de seu estoque, fica em situação difícil. Se dispensam volume maior a estes, correm o risco de não ter medicação para dispensar aos outros pacientes que retiram regularmente. Assim, só recebem medicação para um mês e têm que recorrer a favores de outras pessoas para enviarem as medicações para seus destinos, quando possível, correndo o risco de terem suas situações expostas no ambiente de trabalho.

As explicações das coordenações do Ministério da Saúde, do Estado e do Município são vagas e conflitantes, cada um acusando o outro, com alegações de atrasos nas compras federais até problemas locais de logística no Estado ou Município. Mas, o que vemos é um Programa claudicante, mal gerenciado em todos os níveis, provocando prejuízo grave aos pacientes e colecionando notícias negativas mês a mês.

Esperamos que as autoridades, incluindo o Ministro e Secretários de Saúde Estaduais e Municipais, se conscientizem da importância do Programa de DST/Aids e consigam resolver estes graves problemas para que possamos retornar aos tempos de prêmios e menções honrosas do passado.



Ano 14 – nº 48 / 2014

BOLETIM INFORMATIVO

Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro - Filial à Sociedade Brasileira de Infectologia

XVII Congresso Panamericano de Infectologia

Data: 15 a 19 de maio de 2015

Local: Quito, Equador

Informações: www.apiecuador2015.org

X Congresso da Sociedade Brasileira de DST

VI Congresso Brasileiro de AIDS

Data: 17 a 20 de maio de 2015

Local: Hotel Maksoud Plaza - São Paulo, SP

Informações: www.dst aids2015.com.br

LI Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical

Data: 14 a 17 de junho de 2015

Local: Centro de Eventos – Fortaleza /CE

Informações: ivo@ufc.br; tsilva@ufc.br; pamplona.luciano@gmail.com

Infecto 2015

Data: 26 a 29 de agosto de 2015

Local: Gramado, RS

Informações: www.infecto2015.com.br

XXIII Congresso Brasileiro de Hepatologia

Data: 30 de setembro a 03 de outubro de 2015

Local: São Paulo – SP

Congresso internacional de Medicina Tropical e Malária 2016

Data: 18 a 22 de setembro de 2016

Local: Brisbane, Austrália

Informações: tropicalmedicine2016@arinex.com.au

EXPEDIENTE**Boletim Informativo da SIERJ**

Jornalista responsável: Juliana Temporal (MTb 19.227)

Projeto gráfico: Julio Leiria e Daniel Meireles

Editores eletrônicos: Selles & Henning Comunicação Integrada

Tiragem: 2.000 exemplares

Periodicidade: trimestral

Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro - SIERJ

Av. Mem de Sá, 197, Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20.230-150

Tel. (21) 2507-3353 - Fax: (21) 2509-0333

E-mail: sierj@sierj.org.br – Site: www.sierj.org.br

Os artigos publicados neste boletim são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, a opinião da SIERJ.

Presidente:

Alberto Chebabo

Vice-Presidente:

Tânia Regina Constant Vergara

Secretária-geral:

Karla Ronchini

Primeira-Secretária:

Lia Adler Cherman

Primeiro-Tesoureiro:

Mauro S. Treisman

Segundo-Tesoureiro:

Valéria R. Gomes

Coordenador Científico:

Guilherme Santoro Lopes

Coordenador de Informática Médica:

Alberto S. Lemos

Coordenador de Mídias:

Luiz Fernando Passoni

REGIONAIS DA SIERJ**Coordenador geral:**

J. Samuel Kierszenbaum

Metropolitana I:**Jorge Eurico Ribeiro**

Abrangência: Angra dos Reis - Belford

Roxo - Duque de Caxias - Itaguaí - Japeri -

Magé - Mangaratiba - Mesquita - Nilópolis -

Nova Iguaçu - Queimados - Rio de

Janeiro - São João de Meriti - Seropédica

Metropolitana II:**Ralph Antonio X. Ferreira**

Abrangência: Itaboraí - Maricá - Niterói

Rio Bonito - São Gonçalo - Silva

Jardim - Tanguá

Serrana:**Délia Celser Engel**

Abrangência: Bom Jardim - Cantagalo

Carmo - Cachoeiras de Macacú Cordeiro

- Duas Barras - Guapimirim - Macuco -

Nova Friburgo - Petrópolis - Teresópolis

- Trajano de Moraes - São José do Vale do

Rio Preto - São Sebastião do Alto - Santa

Maria Madalena - Sumidouro

Centro-Sul Fluminense:**Lucio Caparelli**

Abrangência: Areal - Comendador

Levy Gasparian - Engenheiro Paulo

de Frontin - Mendes - Miguel Pereira

Paracambi - Paraíba do Sul - Pati de Al-

feres - Sapucaia - Três Rios - Vassouras

Noroeste Fluminense:**Aloísio Tinoco de Siqueira Filho**

Abrangência: Aperibe - Bom Jesus

de Itabapoana - Cambuci - Cardoso

Moreira - Italva - Itaocara - Itaperuna

Lage do Muriaé - Miracema - Natividade

Porciúncula - Santo Antonio de Pádua

São José de Ubá - Varre-Sai

Norte Fluminense:**Nélio Artiles Freitas**

Abrangência: Campos dos Goytacazes

Conceição de Macabú - Macaé - Quis-

samã - São Fidélis - São Francisco de

Itabapoana - São João da Barra

Baixada Litorânea:**Apparecida Castorina Monteiro dos Santos**

Abrangência: Araruama - Armação

dos Búzios - Arraial do Cabo - Cabo

Frio - Casemiro de Abreu - Iguaba

Grande - Rio das Ostras - Saquarema

São Pedro da Aldeia

Médio Paraíba:**Bernardo Calvano**

Abrangência: Barra Mansa - Barra do Pirai

- Itatiaia - Paraty - Pinheiral - Pirai Porto

Real - Quatis - Resende - Rio Claro - Rio

das Flores - Valença - Volta Redonda

Dr. Rodrigo Schrage Lins,
médico assistente da Clínica de Doenças Infecciosas
e Parasitárias do Hospital Naval Marcílio Dias

Transtorno neurocognitivo e HIV

Manifestações neurológicas associadas ao HIV são conhecidas desde os primórdios da infecção. Em 2007, foi criada a entidade “HIV-Associated Neurocognitive Disorders (HAND)”, composta por: “HIV Associated Dementia” (HAD, Demência pelo HIV), “Mild Neurocognitive Disorder” (MND, Distúrbio Neurocognitivo Leve) e “Asymptomatic Neurocognitive Impairment” (ANI, Acometimento Neurocognitivo Assintomático).

A HAD é uma síndrome demencial caracterizada por declínio lento e progressivo nas habilidades cognitivas. A incidência de HAD diminuiu bastante com o advento da terapia antirretroviral (TARV), mas a prevalência se manteve estável.

No MND, vemos alterações neuropsicológicas leves, com pouco comprometimento das atividades de vida diária. As queixas iniciais são esquecimentos frequentes, dificuldade de concentração, confusão e pensamento lentificado. Na parte motora, temos alteração do equilíbrio, perda de força em membros inferiores, disgrafia, tremor, perda da destreza dos movimentos e instabilidade da marcha. Nas alterações comportamentais, vemos apatia, retração social e anedonia. A prevalência tem sido estimada em 20% a 30% e a TARV não garante a reversão do quadro.

No ANI, ainda não há queixa ou alteração das atividades cotidianas, mas já é visto menor desempenho da avaliação neuropsicológica. Os dados disponíveis sugerem que 45% destes pacientes têm piora cognitiva já no ano seguinte à avaliação. Já é bem documentado que HAND pode ocorrer em pacientes com supressão da viremia de longa data pela TARV. Um estudo encontrou prejuízo neuropsicológico em 52% de 1.555 pacientes infectados com HIV em uso de TARV. A maioria dos distúrbios era leves/assintomáticos (apenas 2% de HAD).

Os fatores de risco clínicos incluem baixo CD4, baixo nadir de CD4 (menor contagem de CD4 apresentada pelo paciente), alta carga viral no líquido (LCR) ou plasma, anemia, extremos de idade, uso de drogas injetáveis e alguns polimorfismos genéticos do paciente. Pacientes sem TARV ou má adesão, podem ter progressão rápida ou curso flutuante. A inflamação crônica causada pelo HIV, mesmo em baixos níveis, tem relação com HAND. Marcadores de doença cardiovascular, diabetes e outras doenças metabólicas também foram associados à piora cognitiva, inclusive com correlação mais estreita com HAND do que fatores relacionados à patologia do HIV.



OPERAÇÃO
LEI SECA
COLABORE

5 ANOS
SALVANDO
VIDAS

As alterações da função cognitiva, ainda que leves, relacionam-se com maior mortalidade mesmo na presença de TARV, menor adesão aos esquemas terapêuticos, menor inclusão no mercado de trabalho e maior risco de desenvolver HAD.

O nosso “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” sugere vigilância anual para a população geral e semestral para pacientes com fatores de risco. A triagem é feita com testes rápidos (“Escala Internacional de Demência para o HIV - IHDS” ou a “Escala de Demência para o HIV - HDS”). Ambos foram avaliados em metanálise recente, sendo o HDS com sensibilidade/especificidade de 68,1/77,9% para HAD e 42,0/91,2% para MND e o IHDS com 74,3/54,7% para HAD e 64,3/66,0% para MND. Pacientes com queixas específicas ou alterações no exame de triagem podem ser submetidos à uma avaliação neuropsicológica formal por profissional neurologista especializado.

Exames de imagem, notadamente a ressonância magnética (RNM), mostram atrofia cortical e de gânglios da base e hiperintensidade difusa de sinal na substância branca periventricular. É necessário excluir outros diagnósticos e devem ser solicitados testes para função tireoidiana, sorologia para HTLV, hepatites virais e hepatograma, dosagem de vitamina B12, VDRL, punção lombar diagnóstica, exclusão de infecções oportunistas do SNC, avaliação psiquiátrica, farmacológica, histórico de uso de substâncias psicoativas, etc.

O tratamento da HAND é feito através da própria TARV que pode trazer melhora parcial e diminuir a progressão da doença. Estudos sugerem que tratamento precoce pode ter papel importante na prevenção de HAND. A TARV com alta penetração no SNC se relaciona com maior supressão da replicação viral no LCR, mas não foi comprovada relação com desfecho clínico.

A própria patogenia da HAND ainda não é totalmente esclarecida e são necessárias informações diversas, que vão desde a ciência básica até a pesquisa clínica para que sejam definidas estratégias ideais para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos pacientes.

Sugestões de leitura

1 - Simioni S, Cavassini M, Annoni JM, et al. Cognitive dysfunction in HIV patients despite long-standing suppression of viremia. *AIDS* 2010; 24:1243.

2 - Heaton RK, Franklin DR, Ellis RJ, et al. HIV-associated neurocognitive disorders before and during the era of combination antiretroviral therapy: differences in rates, nature and predictors. *J Neurovirol.* 2011 Feb; 17(1):3-16.

3 - Wright EJ, Grund B, Robertson K, et al. Cardiovascular risk factors associated with lower baseline cognitive performance in HIV-positive persons. *Neurology* 2010; 75:864-73.

4 - McCutchan JA, Marquie-Beck JA, Fitzsimons CA, et al. Role of obesity, metabolic variables, and diabetes in HIV-associated neurocognitive disorder. *Neurology* 2012; 78:485-92.

5 - Haddow LJ, Floyd S, Copas A, Gilson RJC. A Systematic Review of the Screening Accuracy of the HIV Dementia Scale and International HIV Dementia Scale. *PLoS ONE* 2013; 8(4): e61826. doi:10.1371/journal.pone.0061826.

6 - Giancola ML, Lorenzini P, Balestra P et al., Neuroactive Antiretroviral Drugs Do Not Influence Neurocognitive Performance in Less Advanced HIV-Infected Patients Responding to Highly Active Antiretroviral Therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006; 41(3):332-7.

7 - Letendre SL, Ellis RJ, Ances BM, Mc-Cutchan JA. Neurologic complications of HIV disease and their treatment. *Top HIV Med.* 2010; 18:45-55.

8 - Crum-Cianflone NF, Moore DJ, Letendre S, et al. Low prevalence of neurocognitive impairment in early diagnosed and managed HIV-infected persons. *Neurology* 2013; 80:371-79.

9 - Ellis R, et al. Higher CD4 Nadir is Associated with Reduced Rates of HIV-associated Neurocognitive Disorders in the CHARTER Study: Potential Implications for Early Treatment Initiation. Abstract 429. CROI 2010.

10 - Clifford DB, Ances BM. HIV-associated neurocognitive disorder. *Lancet Infect Dis* 2013; 13:976-86.

A epidemia pelo vírus Ebola na África

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde, até o dia 26 de novembro de 2014, foram relatados 15.935 casos de Ebola, com 5.689 mortes causadas pela doença. Com a exceção de 1 caso diagnosticado na Espanha e 4 casos nos Estados Unidos, todos os demais casos foram diagnosticados no oeste da África. Os países com epidemia não controlada são Guiné, com 2.134 casos, Libéria, com 7.168 casos, e Serra Leoa, com 6.599 casos. Mali, com 8 casos, ainda apresenta apenas transmissão isolada da doença. Nigéria e Senegal estão sem casos há mais de 42 dias, estando fora da lista de países com casos novos.

A Doença pelo Vírus Ebola (DVE) é causada por vírus da família Filoviridae, gênero Ebolavirus. Quando a infecção ocorre, os sintomas geralmente começam de forma abrupta. A primeira espécie de vírus Ebola foi descoberta em 1976, onde atualmente é a República Democrática do

Congo, próximo ao rio Ebola. Desde então, os surtos têm ocorrido esporadicamente.

Há cinco subespécies identificadas de vírus Ebola. Quatro dos cinco têm causado doenças nos seres humanos: vírus Ebola (Zaire Ebolavirus); Vírus Sudão (Sudan Ebolavirus); Vírus Taï Forest (Floresta Ebolavirus Taï, ex-Côte d'Ivoire Ebolavirus); e vírus Bundibugyo (Bundibugyo Ebolavirus). O quinto, vírus Reston (Reston Ebolavirus), causou doença em primatas não humanos, mas não em seres humanos.

De acordo com as evidências científicas disponíveis, o vírus é zoonótico e o morcego é o reservatório mais provável. Quatro dos cinco subtipos ocorrem em hospedeiro animal nativo da África.

A infecção pelo vírus Ebola ocasiona febre, cefaleia, fraqueza, diarreia, vômitos, dor abdominal, inapetência, odinofagia e manifestações hemorrágicas.

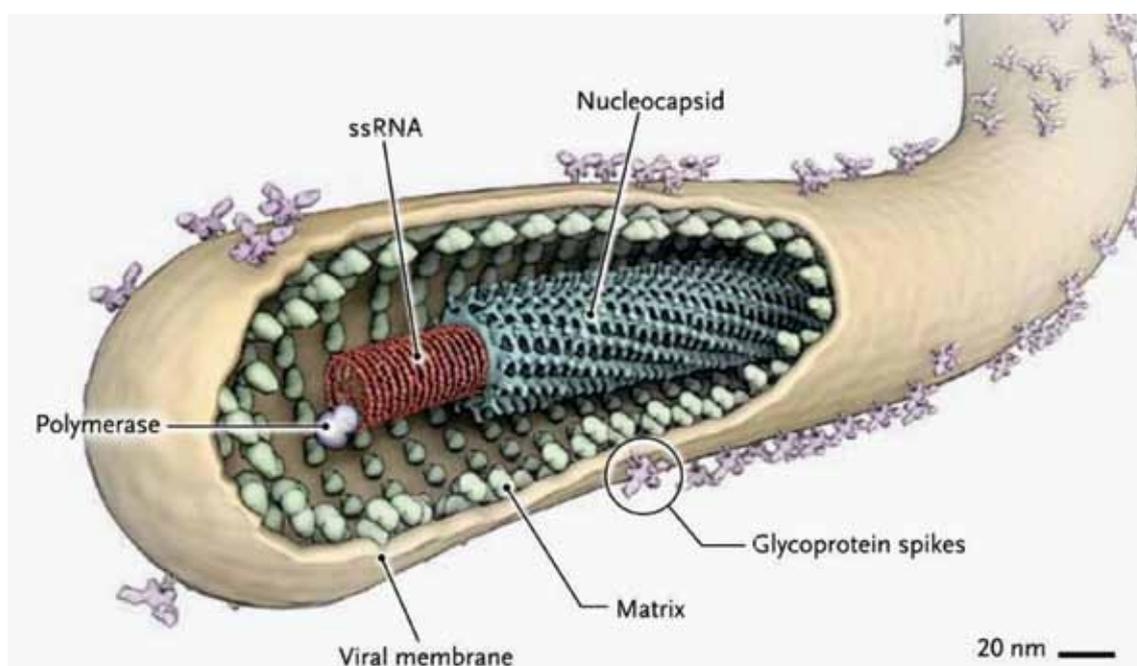


Figura 1: O vírus Ebola

Definições de caso suspeito, provável, confirmado, descartado, contactante ou comunicante:

CASO SUSPEITO: Indivíduo procedente, nos últimos 21 dias, de país com transmissão disseminada ou intensa de Ebola* que apresente febre, podendo ser acompanhada de diarreia, vômitos ou sinais de hemorragia, como: diarreia sanguinolenta, gengivorragia, enterorragia, hemorragias internas, sinais purpúricos e hematuria. Também são considerados suspeitos os indivíduos que apresentam os sinais e sintomas citados acima e relatam contato com pessoa com suspeita ou com diagnóstico confirmatório para DVE.

**Libéria, Guiné e Serra Leoa.*

CASO PROVÁVEL: Caso suspeito com histórico de contato com pessoa doente, participação em funerais ou rituais fúnebres de pessoas com suspeita da doença ou contato com animais doentes ou mortos.

CASO CONFIRMADO: Caso suspeito com resultado laboratorial para Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) conclusivo para Ebola, realizado em laboratório de referência.

CASO DESCARTADO: Caso suspeito com dois resultados laboratoriais para Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) negativos para Ebola, realizados em laboratório de referência definido pelo Ministério da Saúde, com intervalo mínimo de 48 horas entre as duas colheitas.

CONTACTANTE ou COMUNICANTE: Indivíduo que teve contato com sangue, fluido ou secreção de caso suspeito ou confirmado; ou que dormiu na mesma casa; ou teve contato físico direto com casos suspeitos ou com corpo de casos suspeitos que foram a óbito (funeral); ou teve contato com roupa ou roupa de cama de casos suspeitos; ou que tenha sido amamentado por casos suspeitos (bebês).

Medidas de precaução e controle a serem adotadas na assistência a pacientes suspeitos de infecção pelo vírus Ebola

Os profissionais envolvidos na atenção a pacientes suspeitos de infecção pelo vírus Ebola devem ser orientados a seguirem as medidas de precaução. Diante disso, devem ser instituídas medidas de **precaução padrão, de contato e para gotículas** na assistência a todos os casos suspeitos de infecção pelo vírus Ebola nos serviços de saúde. É importante destacar que a adoção das medidas de precaução deve estar sempre associada com outras medidas preventivas, tais como:

- Evitar tocar superfícies com as luvas ou outros EPI contaminados ou com mãos contaminadas. As superfícies envolvem aquelas próximas ao paciente (ex. mobiliário e equipamentos) e aquelas fora do ambiente próximo ao paciente, porém relacionadas ao cuidado com o paciente (ex. maçaneta, interruptor de luz, chave, caneta, entre outros);

- Não circular dentro do hospital usando os EPI; estes devem ser imediatamente removidos ao sair do quarto de isolamento;

- Recomenda-se restringir o número de pessoas que entram no quarto de isolamento, definindo-se, inclusive, uma equipe exclusiva para o atendimento daqueles com suspeita de infecção pelo vírus Ebola;

- O acesso ao quarto de isolamento deve ser controlado, mantendo-se o registro do nome de todas as pessoas que nele tenham ingressado, pelo menos uma vez (não é necessário registrar entradas sucessivas);

- Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes e também utilizados pelos profissionais de saúde como canetas, pranchetas e telefones;

- Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies e ambientes utilizados pelo paciente, estabelecendo profissional responsável, procedimentos, frequência e fluxo para tais procedimentos;

- Realizar a limpeza e desinfecção ou esterilização de equipamentos e produtos para saú-

de que tenham sido utilizados na assistência ao paciente (e que, porventura, não sejam de uso exclusivo no quarto de isolamento), estabelecendo profissional responsável, procedimentos, frequência e fluxo para tais procedimentos;

- Todos os utensílios utilizados para alimentação do paciente devem ser descartáveis;
- Estabelecer fluxos e horários pré-definidos para a coleta de resíduos e roupa suja, estabelecendo profissional responsável, procedimentos, frequência e fluxo para tais procedimentos.

Quem deve adotar as medidas de precaução:

- Todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente (ex: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros);
- Toda a equipe de apoio diagnóstico e logístico, que necessite entrar no quarto de isolamento, incluindo equipe de radiologia, laboratório, pessoal de limpeza, nutrição e responsáveis pela manipulação e retirada de produtos, roupa suja e resíduos (observando-se a orientação de restringir o número de pessoas que entram no quarto);

“As amostras de sangue somente deverão ser colhidas após a chegada da caixa de transporte à área adjacente ao quarto de isolamento onde está o paciente.”

- Visitantes e acompanhantes (nos casos previstos em Lei) que tenham contato com pacientes;

- Os profissionais que executam o procedimento de verificação de óbito e manipulação do corpo;

- Outros profissionais que necessitem entrar em contato com pacientes suspeitos de infecção pelo vírus Ebola.

Transmissão

Não há transmissão durante o período de incubação. A transmissão só ocorre após o aparecimento dos sintomas e se dá por meio do contato com sangue, tecidos ou fluidos corporais de indivíduos infectados (incluindo cadáveres), ou a partir do contato com superfícies e objetos contaminados. Destaca-se que não há registro na literatura de isolamento do vírus no suor.

Diagnóstico

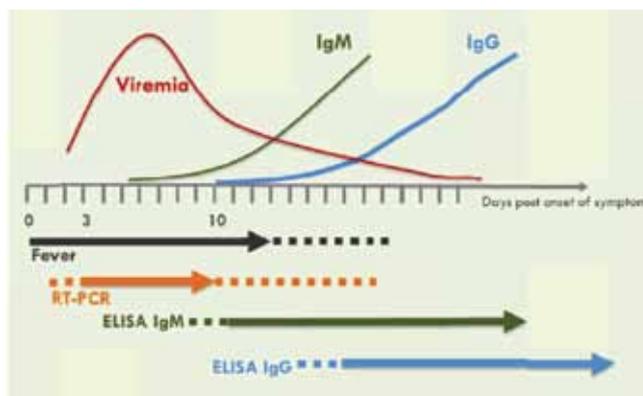


Figura 2: Diagnóstico do vírus Ebola

1. Colheita

As amostras de sangue somente deverão ser colhidas após a chegada da caixa de transporte à área adjacente ao quarto de isolamento onde está o paciente.

A colheita de amostras deve ser realizada de modo asséptico pela equipe responsável pela atenção direta ao paciente. O responsável pela colheita deve estar protegido com os EPI adequados.

ATUALIZAÇÃO

2. Tipo de amostra

Deverão ser colhidos 10 ml de sangue para o diagnóstico confirmatório de DVE e para exames diferenciais (Dengue, Malária, Febre Amarela e outros) que deverão ser encaminhados e processados no IEC - PA. Não é necessário, na fase aguda, separar o soro do sangue, procedimento que pode aumentar significativamente o risco de infecção acidental. É obrigatório o uso de sistema de coleta de sangue a vácuo com tubos plásticos, secos, estéreis e selados para o diagnóstico etiológico.

Nos casos de óbitos em que não se tenha obtido o sangue, fragmento de pele (sugere-se do pescoço) e swab de orofaringe (Swab de Rayon) deverão ser colhidos e transportados em tubo

seco para o IEC - PA, adotando-se os mesmos cuidados de proteção.

A necropsia não deverá ser realizada.

3. Transporte de amostra

O material biológico (sangue ou tecidos) deve ser transportado com gelo seco (aproximadamente 5 kg) ou gelox, em caixas triplas destinadas a substâncias infecciosas Categoria A UN/2814, para o Laboratório de Referência Nacional (IEC - PA) em até 24 horas. As substâncias infecciosas da categoria A só podem ser transportadas em embalagens que atendam às especificações da classe 6.2 da Organização das Nações Unidas e estejam em conformidade com a Instrução de embalagem P620.

Exemplo de sistema de embalagem tripla para a embalagem e etiquetagem de substâncias infecciosas Categoria A (Guia de Regulamentação de Transporte de Substâncias Infecciosas, OMS, 2013-2014)

