



Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS ATTENDING AN OUTPATIENT HIV/AIDS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE HIV/AIDS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES QUE ACUDEN A UN AMBULATORIO DEL VIH/AIDS

Renata Campos Simões Cabral¹, Marco Aurélio Soares Amorim², Denismar Borges Miranda³, Ana Verônica Mascarenhas Batista⁴, Maria Eliane Liégio Matão⁵

ABSTRACT

Objective: to describe the epidemiological profile of patients with HIV/AIDS outpatients in a referral hospital for the treatment of this disease. **Method:** a descriptive epidemiological study based on chart review of patients. Data were collected from all patients with confirmed diagnosis of HIV/AIDS enrolled in the period 2003 to 2007; protocol approval by the Ethics in Research of Hospital Couto Maia, number 15/2009. **Results:** of 135 patients, mean age 40 years \pm 10 years and 2,3:1,0 ratio between men and women. There was a predominance of the fourth and fifth decade of age by adding 87 (63.8%) patients, low education, unmarried, heterosexual, smokers and alcoholics. The non-use of drugs and condoms in sexual relations also prevailed. 71.9% were in the triple antiretroviral therapy. Toxoplasmic encephalitis, diarrhea, meningitis, tuberculosis, herpes zoster and pneumonia were the causes of hospitalization frequentes more. The average of opportunistic infection/patient was 1.88 ± 1.11 . **Conclusions:** individuals with a predominance of male gender, low socio-economic status, heterosexual, smokers, alcoholics, and most of the attention related to the regular and principal reason for admission to opportunistic disease. **Descriptors:** acquired immunodeficiency syndrome; health profile; aids-related opportunistic infections

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS em atendimento ambulatorial de um Hospital de referência no tratamento do agravo. **Método:** estudo epidemiológico do tipo descritivo, baseado em revisão de prontuário de pacientes. Os dados foram coletados de todos os pacientes com confirmação diagnóstica de HIV/AIDS, matriculados no período de 2003 a 2007; protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Couto Maia, número 15/2009. **Resultados:** dos 135 pacientes, idade média de 40 anos \pm 10 anos e razão de 2,3:1,0 entre homens e mulheres. Houve predominância da quarta e quinta década de idade somando 87 (63,8%) dos pacientes, baixo nível de escolaridade, solteiros, heterossexuais, tabagistas e etilistas. O não uso de drogas e de preservativos em relações sexuais também prevaleceram. Em 71,9% usavam esquema triplo de TARV. Toxoplasmic encephalitis, diarrhea, meningitis, turberculosis, herpes zoster and pneumonia were the most frequent causes of hospitalization. A média de infecção oportunistas/paciente foi de $1,88 \pm 1,11$. **Conclusões:** indivíduos com predomínio do gênero masculino, com baixo nível sócio-econômico, heterossexuais, tabagistas, etilistas, e a grande maioria dos atendidos relacionarem-se às consultas regulares e principal motivo de internação à doença oportunista. **Descritores:** síndrome de imunodeficiência adquirida; perfil de saúde; infecções oportunistas relacionadas com a aids.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil epidemiológico de los pacientes con VIH/SIDA, los pacientes ambulatorios en un hospital de referencia para el tratamiento de esta enfermedad. **Método:** estudio epidemiológico descriptivo basado en revisión de historias clínicas de los pacientes. Se recogieron datos de todos los pacientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA matriculados en el período 2003 a 2007, la aprobación del protocolo por la Ética en Investigación del Hospital Couto Maia, número 15/2009. **Resultados:** de 135 pacientes, edad media 40 años \pm 10 años y 2,3:1,0 relación entre hombres y mujeres. Hubo un predominio de la cuarta y quinta década de vida mediante la adición de 87 (63,8%) pacientes, el bajo nivel educativo, solteros, heterossexuales fumadores y alcohólicos. La no utilización de medicamentos y preservativos en las relaciones sexuales también prevaleció. 71,9% estaban en la terapia antirretroviral. Toxoplásmica encefalitis, diarrea, meningitis, tuberculosis, herpes zoster y la neumonía fueron las causas de hospitalización más frequentes. El promedio de infección oportunista por paciente fue de $1,88 \pm 1,11$. **Conclusiones:** los individuos con un predominio del sexo masculino, la baja condición socio-económica, heterossexuales fumadores, alcohólicos, y la mayoría de la atención relacionadas con el motivo ordinarios y principales de ingreso a las enfermedades oportunistas. **Descritores:** síndrome de inmunodeficiencia adquirida; perfil de salud; infecciones oportunistas relacionadas con sida.

¹Médica. Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador (BA), Brasil. E-mail: tatakbral@hotmail.com; ²Médico. Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador (BA), Brasil. E-mail: marcomc18@hotmail.com; ³Enfermeiro. Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade de Brasília. Brasília (DF), Brasil. E-mail: denismarmiranda@hotmail.com; ⁴Médica. Mestre em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Professora da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador (BA) e Diretora técnica do Hospital Couto Maia. Salvador (BA), Brasil. E-mail: avmascarenhas@hotmail.com; ⁵Doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO) e Especialista em Saúde Pública pela PUC/GO. Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da PUC/GO. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: liegio@ih.com.br

INTRODUÇÃO

Conforme o Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), o crescimento global da epidemia de AIDS (em inglês, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) parece ter se estabilizado, devido a combinação de fatores, com destaque para os esforços de prevenção da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Ao se comparar a estimativa de novos casos para 2009, a saber, 2,6 milhões, com o número de pessoas infectadas em 1999 (3,1 milhões), é possível perceber quase um quinto a menos, ou seja, uma redução de quase 20% nos últimos 10 anos.¹

Entretanto, o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS no mundo ainda é elevado. Até o ano de 2009 cerca de 33,3 milhões de pessoas estavam infectadas pelo HIV em todo o mundo, sendo 2,5 milhões de crianças com menos de 15 anos. Ainda em 2009, morreram 1,8 milhões de pessoas decorrentes da AIDS, o que elevou para 16,6 milhões o número total de crianças e adolescentes, na faixa de 0 a 17 anos, que perderam seus pais devido ao HIV.²

Na América Latina, a epidemia é também relativamente estável. Estima-se que na região 92.000 [70.000-120.000] pessoas tenham sido infectadas pelo HIV no ano de 2009, número abaixo dos 99.000 [85.000-120.000] ocorridos de 2001. Quanto à sobrevida, observa-se aumento do número de pessoas que vivem com HIV nos países latino americanos, passando de 1,1 milhões [1,0 milhão - 1,3 milhões] em 2001 para 1,4 milhões [1,2 milhões-1,6 milhões] em 2009; aproximadamente um terço delas encontram-se no Brasil.³

No país, os dados preliminares do Ministério da Saúde (MS), desde 1980 até junho 2010, revelam um total de 592.914 casos de AIDS notificados.⁴ Neste período, conforme a distribuição percentual dos casos notificados por região de residência, o Sudeste acumula mais da metade das pessoas infectadas (58,0%), seguida da região Sul (19,5%), Nordeste (12,5%), Centro Oeste (5,7%) e por fim a região Norte (4,2%).⁵

Desde 1984 até junho de 2010 foram notificados 11.967 casos de AIDS no estado da Bahia, sendo que 11.581 ocorreram em adultos e 386 em crianças menos de 13 anos; o município de Salvador representa 51% (5.935) dos casos.⁶

Inicialmente, a maior prevalência de infecção pelo HIV estava concentrada no grupo populacional de homens que fazem sexo com homens (HSH), disseminando-se posteriormente para os usuários de drogas

injetáveis e para a população heterossexual. Atualmente, há um aumento no número de casos entre os heterossexuais e uma estabilização entre HSH.⁷

Segundo o sexo, de 1980 até junho de 2010, foram identificados 385.818 (65,1%) casos de AIDS no sexo masculino e 207.080 (34,9%) no sexo feminino. Apesar do número de casos ser maior entre os homens, observa-se que a razão de sexo no Brasil vem diminuindo ao longo da série histórica.⁷ Em ambos os sexos, as maiores taxas de incidência, em 2009, estavam na faixa etária de 30 a 49 anos, especificamente 54,5 casos a cada 100 mil habitantes entre os homens e 30,9 entre as mulheres.⁸

Acerca do coeficiente de mortalidade, observa-se que o mesmo se mantém estável no país desde 1998, média de 6,2 óbitos por 100 mil habitantes. Especificamente para o ano de 2009, os óbitos variaram por região conforme a seguir, região Sudeste com 65,1%, região Sul com 16,5%, Nordeste com 10,5%, Centro-Oeste com 4,7% e 3,1% na região Norte.⁸

No que se refere à sobrevida dos adultos com AIDS, quase dobrou em 12 anos, passou de 58 meses (1995) para 108 meses (2007) após o diagnóstico da doença. Esse resultado só foi obtido devido ao conjunto de fatores adotados, com destaque para o acesso gratuito aos antiretrovirais (ARV) daqueles que deles necessitam.⁵

Com o uso dos ARV, a partir de 1998, as infecções oportunistas (IO) deixaram de ser as principais causas de óbito de indivíduos infectados pelo HIV, e que passaram a ter as mesmas de indivíduos não infectados, em relação à faixa etária.⁹ Com o uso prolongado da terapia antiretroviral (TARV) começaram a surgir novas complicações para os pacientes com AIDS. Destacam-se a redistribuição de gordura corporal e a obesidade como fatores de risco para doenças cardiovasculares, intolerância à glicose, diabetes *mellitus*, e diminuição da densidade óssea.

De fato, infecções oportunistas e neoplasias deixaram de ser as principais causas de morte em alguns casos, sendo substituídas por insuficiência hepática, geralmente associadas a infecções pelo vírus da hepatite C (HCV) e por complicações associadas aos efeitos adversos da TARV, especialmente acidose láctica.¹⁰

O aumento da sobrevida conferido pelo tratamento, somado ao maior tempo de exposição a doenças e ao surgimento das novas comorbidades, tem permitido que um único indivíduo possua múltiplas causas de

morte.¹⁰ Com esse novo cenário de morbimortalidade, faz-se necessário descrever e analisar os determinantes patológicos, além de subsidiar a melhor prevenção dessas comorbidades. Assim, este estudo objetivou descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS em atendimento ambulatorial de um Hospital de referência no tratamento do agravo, na cidade de Salvador, Bahia.

MÉTODO

Trata-se de estudo epidemiológico do tipo descritivo. Foram incluídos todos os pacientes com confirmação diagnóstica, matriculados no serviço de ambulatório de HIV/AIDS adulto (maior de 18 anos) de um Hospital da cidade de Salvador (Bahia), no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007.

Os dados foram obtidos de prontuários de paciente através do preenchimento de ficha protocolo e em seguida transferidos para banco de dados. As variáveis de interesse foram: dados pessoais (número do prontuário, iniciais, idade (data de nascimento), gênero, etnia, estado civil, escolaridade, naturalidade e procedência); fatores comportamentais (contato sexual usa de preservativos, tabagismo, etilismo, uso de drogas); dados da história clínica (tempo de diagnóstico, datas da primeira e da última consulta, número de consultas/ano, estado imunológico e virológico iniciais e atuais, uso de TARV, tipo de drogas ARV, se houve troca de esquema ARV, quantas vezes e motivos, episódio de internações e motivo); co-morbidades; co-infecções; e medicações em uso (fora TARV).

Os protocolos devidamente preenchidos foram registrados em banco de dados do *software Microsoft Office Excel* e analisados estatisticamente através do *software Statistical Package for social Sciences (SPSS)*, versão 14. A análise estatística foi realizada através de medidas de frequências e tendência central (média mediana e desvio padrão).

Este estudo respeita os preceitos éticos conforme resolução 196/96¹¹ e teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Couto Maia (protocolo de aprovação número 15/2009).

RESULTADOS

Dentre os 135 pacientes estudados, 95 (70,4%) foram do gênero masculino e 40 (29,6%) foram do gênero feminino, uma proporção de 2,4 homens para cada mulher. Essa proporção homem/mulher veio diminuindo ao longo dos anos, passando de 3,0 em 2003 para 1,7 em 2007.

A média de idade foi de 40 anos com desvio padrão de 10 anos, mínima de 21 e máxima de 69 anos. Observou-se predominância para a quarta e quinta década com 63,8%. Os pacientes do gênero masculino tinham, em média, 40 ± 9,6 anos e as mulheres, 40 ± 11,0 anos. Em relação à procedência, 93 (68,8%) eram de Salvador e 42 (30,9%) vieram de 28 cidades do interior do Estado da Bahia.

A variável etnia esteve ausente em quase 100% dos prontuários e, por esse motivo, foi excluída do estudo. Outras variáveis também estavam referidas em apenas uma pequena parte dos prontuários.

Houve predomínio de pacientes com baixo nível de escolaridade, solteiros, heterossexuais, tabagistas e etilistas. O não uso de drogas e de preservativos em relações sexuais também prevaleceram, conforme **Tabela 1**.

Quanto ao tempo de diagnóstico, 26 (19,3%) sabiam ser soropositivos há um ano; 16 (11,9%) há dois anos; 15 (11,1%) há três anos; 17 (12,6%) há quatro anos; 5 (5,2%) há cinco anos; 13 (9,6%) entre 6 e 10 anos; 13 (9,6%) há mais de 10 anos; e em 28 prontuários (20,7%) tal informação era desconhecida.

Tabela 1. Características sócio-comportamental dos pacientes atendidos em ambulatório de HIV/AIDS - Salvador - 2008.

Variáveis			Frequência	
			Absoluta	Relativa
Escolaridade (n=26)	Analfabeto		02	7,69
	1º Grau	Incompleto	14	53,85
		Completo	01	3,85
	2º Grau	Incompleto	04	15,38
		Completo	05	19,23
Estado civil (n=34)	Solteiro		27	79,41
	Casado		06	17,65
	Divorciado		01	2,94
Identidade de gênero (n=72)	Heterossexual		41	56,94
	Homossexual		20	27,78
	Bissexual		11	15,28
Uso de drogas (n=69)	Sim	Injetável	04	5,80
		Inalatória	10	14,49
		Injetável e inalatória	01	1,45
		Outras	06	8,70
	Não		48	69,57
Uso de preservativo (n=36)	Sim		13	36,11
	Não		23	63,89
Tabagismo (n=78)	Sim		40	51,28
	Não		38	48,72
Etilismo (n=79)	Sim		44	55,69
	Não		35	44,31

Fonte: Ambulatório de HIV/AIDS - Salvador - 01/2003 a 12/2007

A primeira consulta de 46,7% dos pacientes ocorreu no ano de 2007, revelando um aumento crescente do atendimento ambulatorial, já que em 15,6 % a matrícula ocorreu em 2006; 17,8% em 2005; 13,3% em 2004 e 2,2% em 2003. Observou-se que 59,3% (80/135) mantiveram o acompanhamento durante o ano de 2008, enquanto 40,7% (55/135) tiveram a última consulta até o ano de 2007. Setenta e oito pacientes (57,8%) mantiveram consultas frequentes, 17,0% compareceram apenas a uma única consulta; 2,2% tiveram suas consultas transferidas para outros locais; em 3,0% o óbito foi relatado no prontuário; e em 20% não havia informação sobre a descontinuidade do acompanhamento. Vale salientar que foram considerados como “em consultas frequentes”, os pacientes que tiveram pelo menos uma consulta em 2008 e sem nenhum indício de abandono registrado em prontuário. Nenhum dos pacientes, cujo óbito foi relatado ou sobre o qual não havia informações, foi localizado nos dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Entre os homens, 50,5% mantiveram consultas frequentes, 18,9% compareceram a apenas uma consulta, 3,2% solicitaram transferência para outros centros, em 3,2% o óbito foi relatado e 24,2% sem informação a respeito. Já as mulheres, 75% mantiveram consultas regulares, 12,5% tiveram uma única consulta, 10% sem informação e em 2,5% o óbito foi relatado.

O tempo médio de acompanhamento foi de 17,16 ± 17,32 meses (0-65 meses). Quanto à frequência, cerca de 70% dos pacientes

tiveram duas ou mais consultas/ano e 30,4% mantiveram pelo menos uma consulta/ano.

O uso de TARV foi observado em 71,9% (97) dos pacientes, prevalecendo o esquema triplo. A combinação inicial mais frequente foi Zidovudina (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz - EFV (28,9%), seguida de AZT + 3TC + Lopinavir (LPV) + Ritonavir - RTV (13,3%). Ao organizar a TARV por classes, os Inibidores da Transcriptase Reversa de Nucleotídeo (ITRN) mais usados foram 3TC (90/95) e AZT (82/95); dos Inibidores da Transcriptase Reversa Não-nucleotídeo (ITRNN) é o EFV (46/95); e dos Inibidores de Protease (IP) o RTV (25/95) e o LPV (24/95).

Nas consultas atuais, permaneceu como mais frequente a combinação de AZT + 3TC + EFV com 18,5%, seguida de AZT + 3TC + LPV + RTV (11,9%). De forma individual, também continuaram como mais usadas AZT (61,5%), 3TC (67,4%), EFV (34,8%), RTV (18,5%) e LPV (17,8%). Apenas em um paciente houve uso de Inibidor de Fusão (Fuzeon).

Dos pacientes que faziam uso de TARV, houve troca de drogas em 34,5% (34/97) e em 38,2% (13/34) ocorreram duas ou mais trocas. Entre os motivos para as trocas, em 44,1% (15/34) pacientes ocorreram por reações adversas; em 8,8% (3/34) por falha virológica; em 2,9% (1/34) por falha imunológica; em 26,4% (9/34) ocorreram por uma ou mais associações entre reação adversa, intolerância, falha virológica ou falha imunológica; e em 17,6% (6/34) os motivos não foram identificados.

Dentre as reações adversas encontradas estavam sintomas gastrointestinais (26,3%), como diarreia, vômitos e, náuseas; além de

anemia (n=5), alucinações (n=4) e distúrbios do sono (n=3). Dos seis pacientes que apresentaram alucinações e/ou distúrbios do sono, todos estavam em uso de EFV, compondo uma taxa de 12,7% (6/47) de efeito adverso a essa droga. Observou-se ainda, relação entre AZT e desenvolvimento de anemia; o que ocorreu em 29,1% (14/48) dos pacientes usuários dessa medicação.

Com o uso da TARV, foi possível observar mudanças nos níveis de CD4+ apresentado pelos pacientes. O CD4+ inicial teve uma média de $274,40 \pm 271,79$ (8-1.235) células/mm³, e em 35 prontuários essa informação não estava disponível. Já na última consulta, a média de CD4+ foi de $432,93 \pm 288,54$ (37-1.391) células/mm³ e 55 prontuários estavam sem essa informação. Dos 90 pacientes que faziam o uso de TARV, aproximadamente 69% (62/90) tiveram resposta favorável ao tratamento (CD4 >200 células/mm³).

Ao avaliar a resposta ao tratamento entre os sexos, 76,7% (n=23) das mulheres que faziam uso de TARV apresentavam CD4 ≥ 200 células/mm³, 13,3% (n=4) o CD4 era <200 células/mm³ e 10% (n=3) não havia dados do CD4 após início do tratamento; das que não faziam uso de TARV 100% apresentavam CD4 >500 células/mm³; e, nas que não possuíam informação sobre uso de TARV, aguardava-se a dosagem de CD4. Nos homens que faziam uso de TARV, 58,2% (n=39) apresentavam CD4 ≥ 200 células/mm³ e 20,9% (n=14) CD4 <200 células/mm³ (20,9% (n=14) sem informação). Dos que não faziam uso de TARV 20,0% (n=3)

possuíam CD4 ≥ 200 células/mm³, apenas um (6,7%) possuía CD4 <200 células/mm³ (73,3% (n=11) sem informação); e, em todos que não possuíam informações sobre uso de TARV, também se aguardava a dosagem de CD4.

A carga viral inicial variou de indetectável a 2.800.000 (47 prontuários sem informação) e, na última consulta, variou de indetectável a 452.507 (93 prontuários sem informação). Em cerca de 43% (58) dos pacientes conseguiu-se, pelo menos uma vez durante o acompanhamento, chegar a uma carga viral indetectável, em 33 esse estágio não foi atingido e em 44 não foi possível avaliar tal condição.

Estiveram internados, por pelo menos uma vez, 61 (45,2%) pacientes. As causas de internamentos mais frequentes foram, respectivamente: neurotoxoplasmose, diarreia, meningites, tuberculose, herpes zoster e pneumonia. Em muitos pacientes, a internação ocorreu antes da matrícula na unidade em estudo, inclusive, nesses casos, a internação era o que, muitas vezes, impulsionava o início do acompanhamento ambulatorial.

Ocorreram IO em 76,3% (n=103) da população estudada, dessa 77,66% (n=80) faziam uso de TARV, entre estes 32,5% (n=26) ocorreu pelo menos uma IO e, em 67,5% (n=54), duas ou mais. A média de IO/paciente foi de $1,88 \pm 1,11$. As proporções de IO se encontram na Figura 1.



Figura 1. Distribuição das doenças oportunistas e associadas em pacientes atendidos em unidade ambulatorial de HIV/AIDS - Salvador - 2008.

Anemia (Hb < 12g/dL) foi relatada em 22 pacientes (16,3%), não ocorreu em 27 (20,0%) e em 86 (63,7%) não constava informação a respeito do hemograma.

Com referência às sorologias, não foram encontrados resultados de maneira uniforme entre os prontuários. Os exames mais realizados foram sorologias para Hepatite B e

C, realizadas em 74 pacientes, seguidas de Citomegalovírus (57), VDRL (55), Toxoplasmose (52) e HTLV (49). Dos resultados encontrados encontram-se em ordem decrescentes de reagenicidade: citomegalovírus (85,96%), toxoplasmose (73,07%), EBV (58,33%), PPD (18,18%), Sífilis - VDRL (16,36%), Hepatite C (10,81%), Hepatite B - AgHBs (2,70%) e HTLV (2,04%).

O relato de doenças associadas foi observado em 34,8% (n=47) dos pacientes e, em 61,4% (n=83), essa informação não foi encontrada. Dentre as doenças associadas, as mais prevalentes foram as Cardiovasculares, destacando a Dislipidemia (n=9) e a Hipertensão Arterial (n=7); as Neuropsiquiátricas, como a Depressão (n=5); as Gastrointestinais, destacando as Gastrites (n=5); além de Respiratórias, Genito-urinárias e Dermatológicas. Vale ressaltar, ainda, a presença de doenças relacionadas ao envelhecimento, como as osteoarticulares e as oftalmológicas (déficit visual e glaucoma). Quanto às neoplasias, foram encontrados apenas um caso de Linfoma em Parótida e dois casos de Neoplasia Intracervical (NIC). Foram observados, após uso de TARV, sete casos de dislipidemia e apenas um caso de lipodistrofia.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi constituído de uma amostra com maioria de homens, apresentando uma proporção de 2,3 homens para cada mulher. Contudo, ao observar a proporção de homem/mulher ao longo dos anos, há uma aproximação da tendência nacional onde a razão de gênero (H:M) vem diminuindo ao longo dos anos.⁷

Acerca dos dados sócio-comportamentais, o achado não uniforme das variáveis reflete uma das dificuldades dos estudos retrospectivos baseados em registros médicos. Assim como em outros trabalhos^{12,13}, os principais problemas observados foram: prontuários incompletos e/ou ausências de informações necessárias, que, nesse caso, não levaram à exclusão, já que um dos objetivos era avaliar a qualidade do serviço prestado, contudo não permitiu uma representação fiel do perfil sócio-comportamental da população estudada. No entanto, como o presente estudo foi realizado em um centro público de referência regional em doenças infecciosas e parasitárias, os resultados podem representar a realidade da assistência médica no ambiente onde está inserido o paciente soropositivo.

O comportamento diferente entre os gêneros, em relação ao perfil do acompanhamento clínico, não foi

significativo, contudo, as mulheres avaliadas mantêm taxas semelhantes a um estudo anterior, realizado no mesmo local.¹⁴

A descontinuidade do acompanhamento ambulatorial pode ter múltiplas causas. Dificuldade de acesso aos serviços, adaptação do indivíduo à sua nova realidade (frustração e desesperança sobre sua saúde, aderindo menos às recomendações médicas)¹², e ainda a utilização paralela de outros serviços de saúde são as principais. Além disso, a estabilidade clínica pode ser outra provável causa de afastamento¹⁴, bem como a ocorrência de óbito.

O grande número de pacientes em uso de ARV confirma a garantia de acesso às medicações, fornecidos a toda a população infectada, no Brasil, pelo SUS desde a década de 1990.¹⁵

Estudo realizado na cidade de Londrina¹⁶ também apresentou como esquemas mais usados AZT, 3TC, EFV e AZT (ou D4T), 3TC e Lopinavir/Ritonavir (em combinação fixa). O predomínio do AZT como droga mais usada advém do fato de ter sido a 1ª droga a compor o “coquetel” e também por permanecer entre as recomendações atuais do MS, em função da sua eficácia.

Quanto aos motivos de trocas de TARV, os efeitos adversos foram relatados em 39,6% em um estudo que avaliava as variáveis de adesão ao tratamento, e os sintomas gastrointestinais foram os mais descritos, bem como os neurológicos.¹⁷ Isso ocorre de forma semelhante no presente trabalho.

Os efeitos adversos mais comuns de EFV ocorrem no sistema nervoso central, e incluem tonturas, insônia, sonolência, concentração prejudicada, sonhos vívidos, pesadelos, e mania. Estas reações ocorrem em cerca de 40% dos pacientes nos primeiros dias ou semanas, mas em apenas 3% são graves o suficiente para justificar a interrupção, uma vez que a maioria dos sintomas tem resolução espontânea¹⁸; já na nossa amostra, esse evento ocorreu em número menor de pacientes em uso de EFV, mas levou a uma maior suspensão do medicamento (8,5% dos casos). É descrito ainda, nos doentes que recebem AZT, casos de granulocitopenia e anemia em cerca de 5-10%, principalmente em doença avançada e, possivelmente, recebendo quimioterapia, ganciclovir, hidroxiúria, pirimetamina, e interferon-alfa.¹⁹ Na nossa amostra, contudo, a relação do uso de AZT e com o desenvolvimento de anemia é maior.

Autores apontam uma complexa relação entre as reações adversas e a adesão.^{15,20}

Toxicidade e complicações da TARV podem conduzir a problemas como a descontinuidade e o potencial fracasso do tratamento.²¹

Em relação à falha virológica, imunológica e intolerância medicamentosa, tornou-se difícil avaliar a real dimensão desses acontecimentos, uma vez que nem sempre era claro perceber até que ponto havia, de fato, adesão terapêutica.

Quanto à resposta ao tratamento, em comparação ao gênero, ainda que as mulheres apresentassem melhores resultados de CD4 pós-TARV e os homens parecessem menos disciplinados quanto à realização desse exame, no presente trabalho essa relação não foi significativa. Ainda assim, o melhor desempenho feminino, tanto na manutenção das consultas quanto no uso de medicações e continuidade do tratamento, é descrito em outros trabalhos^{21,22} e parece interferir positivamente na saúde das pacientes.

Os achados de baixos valores de CD4 na admissão ambulatorial demonstram nível de imunodeficiência avançado, já apresentando sinais e sintomas que categorizam AIDS no momento da primeira avaliação. Fica clara, então, a questão do atraso em procurar acompanhamento ambulatorial, decorrendo, muitas vezes, longos períodos desde o momento da infecção e o conhecimento desta, ou ainda pela não aceitação da doença e medo do conhecimento do diagnóstico por pessoas próximas.¹⁴

A carga viral indetectável, em cerca de 60% dos pacientes em que foi possível avaliar tal variável, parece representar uma boa resposta de controle ao vírus. No entanto, o valor prognóstico da contagem de células CD4 para a progressão clínica é bem mais conhecida²² e os riscos imediatos de progressão clínica dependem mais da contagem de células CD4 do que da carga viral.

O número de internamentos parece estar acima do esperado, já que em 2003 essa taxa era de cerca de 30%²⁴, o que provavelmente reflete também o baixo grau de imunidade destes pacientes; entretanto a ausência de dados quanto à data de ocorrência (prévia ou após uso de TARV) limita esta análise.

A frequência das principais infecções oportunistas difere de outros estudos que analisaram as características clínicas de pacientes soropositivos em Salvador.¹⁴ As altas taxas de prevalência de IO, mesmo na era pós-TARV, reafirmam a importância do acesso aos cuidados de saúde, sendo essencial criação de novos centros especializados, além de ampla capacitação de profissionais de saúde, visando reconhecimento precoce e

adequado manejo do HIV/AIDS, fundamental para a sobrevivência dos pacientes.¹¹

A respeito das sorologias, embora não disponíveis em grande parte dos prontuários, os resultados encontrados refletem as altas taxas de infecção latente por *Toxoplasma gondii* e citomegalovírus, compatíveis com a literatura médica.¹⁴ Para minimizar as dificuldades para realização de exames, essenciais ao acompanhamento adequado dos pacientes com HIV, é proposta a universalização do acesso, com realização de coletas no próprio local de atendimento.

O aumento da sobrevida tem permitido, aos pacientes com HIV/AIDS, o desenvolvimento de doenças crônicas, condições co-mórbidas, ou riscos para doenças não associadas diretamente à AIDS.²³ Entre as doenças associadas apresentadas pelos pacientes, a dislipidemia e lipodistrofia, também observada nessa população, são reflexos do uso prolongado de TARV, como os inibidores de protease.

A população que frequenta o ambulatório de referência em HIV/AIDS necessita de atendimento especializado, não só por parte médicos e enfermeiros, mas também de assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional. A presença de uma equipe multiprofissional poderá, certamente, resultar em melhor seguimento das consultas. Tal perspectiva certamente deverá refletir em adesão ao tratamento e, conseqüentemente, em melhor qualidade de vida para os pacientes. A ausência desses profissionais no serviço reflete-se em sobrecarga do trabalho médico e, sem dúvidas, em menor qualidade da assistência.

O desafio aos serviços de saúde é, então, criar estratégias de monitorização do paciente¹², identificando de forma ágil os ausentes, buscando a continuidade do atendimento, redimensionando as intervenções, para obter melhores resultados na sobrevida e qualidade de vida do indivíduo infectado pelo HIV.

Devem-se salientar como limitações do estudo: (1) o caráter retrospectivo, com base em prontuários do paciente que, muitas vezes, resulta na ausência de informações e baixa acurácia; (2) a ausência de busca ativa dos pacientes que só compareceram a uma consulta também contribuiu de forma negativa para os resultados analisados, contudo deixa espaço para estudos futuros, com delineamento prospectivo; (3) os motivos de troca de TARV nem sempre eram descritos nos prontuários, podendo, alguns deles, não terem sido computados; (4) não foi dada ênfase ao tempo de uso de cada esquema, não

sendo possível avaliar os períodos de sucesso e falha dos tratamentos; (5) a ausência das informações mais detalhadas quanto ao número e data de internamentos.

CONCLUSÃO

As características sócio-comportamentais da população estudada mostraram um predomínio do gênero masculino, com baixo nível sócio-econômico, heterossexuais, tabagistas e etilistas.

A maioria dos pacientes encontrava-se em manutenção de consultas regulares, ainda que, em muitos, não se soubesse ao certo o motivo da interrupção do acompanhamento. Ressalta-se também, o uso de TARV foi predominante nos pacientes estudados, o que justifica uma resposta satisfatória, ao atingir níveis de CD4 >200 células/mm³ e carga viral indetectável. Taxa de internação superior ao que se espera no Brasil foi encontrada. Relaciona-se ao fato da maioria das vezes, às infecções oportunistas, o que reflete a busca pelo serviço já em estágios de avançados da doença.

É necessário investir na qualidade do serviço para influenciar no seguimento das consultas ambulatoriais; em uma maior adesão ao tratamento; e, conseqüentemente, em melhor qualidade de vida para os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. [acesso em 2011 jan 05]. Disponível em: http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf.
2. World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Relatório Global sobre a Epidemia de Aids 2010. Boletim Informativo - A epidemia da aids no mundo. [acesso em 2011 jan 05]. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/doc/Resumo_Dados_Globais_UNAIDS_2010.pdf.
3. World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Relatório Global sobre a Epidemia de Aids 2010. Boletim Informativo - América Central e América do Sul. [acesso em 2011 jan 05]. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/doc/RELATORIO_MUNDIAL_2010_123_FS_csa_em_en_PORT.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids. DST - Versão Preliminar. Ano VII - nº 01. Brasília, 2010. [acesso em 2011 jan 05]. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Dia Mundial de Luta contra a Aids. [acesso em 2011 jan 05]. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/story/2010/greco_apresentacao_pdf_30635.pdf.
6. Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico - 2010. [acesso em 2011 jan 10] Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/portalesab/pdf/Boletim%20Aids%202010%201.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids UNGASS - HIV/Aids. 2010 mar [acesso em 2010 ago 29]. Disponível em: http://www10.prefeitura.sp.gov.br/dstaid/novo_site/images/fotos/ungass2010.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Briefing. Boletim Epidemiológico 2010. [acesso em 2011 jan 05] Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/story/2010/briefing_boletim_2010_pdf_54854.pdf.
9. Rachid M, Schechter M. Manual de HIV/AIDS. 9ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2008.
10. Pereira CCA, Machado CJ, Rodrigues RN. Perfis de causas múltiplas de morte relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos, Brasil, 2001. Cad saúde pública. 2007; 23(3): 645-55.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002: 83-91.
12. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Acurcio FA, Comino CC. Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. Rev saúde pública. 2003; 37(2): 183-90.
13. Soares VYR, Lúcio Filho CEP, Carvalho LIM, Silva AMMM, Eulálio KD. Clinical and epidemiological analysis of patients with HIV/AIDS admitted to a reference hospital in the northeast region of Brazil. Rev inst med trop. São Paulo 2008; 50(6): 327-32.
14. Nunes CLX, Gonçalves LA, Silva PT, Bina JC. Características clinicoepidemiológicas de um grupo de mulheres com HIV/AIDS em

Salvador-Bahia. Rev soc bras med trop. 2004; 37(6): 436-40.

15. Candiani TMS, Pinto J, Cardoso CAA, Carvalho IR, Dias ACM, Carneiro M, et al. Impact of highly active antiretroviral therapy (HAART) on the incidence of opportunistic infections, hospitalizations and mortality among children and adolescents living with HIV/AIDS in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. Cad saúde pública. 2008; 23(supl.3): S414-23.

16. Diehl LA, Dias JR, Paes ACS Thomazini MC, Garcia LR, et al. Prevalência da lipodistrofia associada ao HIV em pacientes ambulatoriais brasileiros: relação com síndrome metabólica e fatores de risco cardiovascular. Arq bras endocrinol metab. 2008; 52(4): 658-67.

17. Seidl EMF, Melchiades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. Cad. saúde pública. 2007; 23(10): 2305-16.

18. Calmy A, Hirschel B, Cooper DA, Carr A. Clinical update: adverse effects of antiretroviral therapy. Lancet 2007; 370(9581):12-4

19. Martín-Pintado FL, Guerreiro JR, Rupérez JL, Nunez JAV, Nohales CP. Actualización en el tratamiento del paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). 2002. Medifam. 2002; 12(2): 21-43.

20. Barbosa PSD, Ribeiro LDF, Matão MEL, Campos PHF, Miranda DBM. Adesão ao tratamento anti-retroviral por gestantes soropositivas. Rev enferm UFPE on line[periódico na internet]. 2010 oct/dec[acesso em 2011 jan 03];4(4):1823-31. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1182/pdf_239

21. Mocroft A, Youle M, Moore A, Sabin CA, Madge S, Lepri AC, et al. Reasons for modification and discontinuation of antiretrovirals: results from a single treatment centre. AIDS. 2001; 15(2):185-94.

22. Gabriel R, Barbosa DA, Vianna LAC. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. Rev latinoam enferm. 2005; 13(4): 509-13.

23. Hacker MA, Kaida A, Hogg RS, Bastos FI. The first ten years: achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care, 1996-2006. Cad. saúde pública. 2009; 23(supl.3):S345-59.

24. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil

após a terapia anti-retroviral. Rev saúde pública. 2008; 40(supl):9-17.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/05/07
Last received: 2011/08/26
Accepted: 2011/08/28
Publishing: 2011/09/01

Address for correspondence

Denismar Borges de Miranda
Bahia Suíte Residence
Av. Octávio Mangabeira, 3551, Ap. 509
CEP: 41750-240 – Salvador (BA), Brazil