

**PERFIL SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM HIV/AIDS EM
HOSPITAL DE SALVADOR, BAHIA**

Alessandra Peçanha de Castro^a

Maira Magalhaesa^a

Monique Lirio^b

Aurea Angelica Paste^c

Resumo

A epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é um fenômeno global, dinâmico e instável cuja forma de ocorrência depende do comportamento humano individual e coletivo. Foram objetivos deste estudo descrever o perfil socioeconômico e cultural dos pacientes internados com HIV/AIDS no Hospital Couto Maia e conhecer o motivo da internação. A metodologia adotada foi o estudo transversal, observacional. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário padronizado, aplicado aos pacientes internados. Os resultados apontaram que a maioria era do sexo masculino, jovem, solteira, baixa escolaridade, baixa renda familiar e adquiriu por transmissão heterossexual. Concluiu-se que é necessário maior disseminação das informações de prevenção, diagnóstico mais precoce e reforço na adesão à terapia antirretroviral (TARV), para evitar as internações que ocorrem por infecções oportunistas.

Palavras-Chave: HIV/AIDS. Perfil socioeconômico. Clínico. Infecção. TARV.

SOCIOECONOMIC PROFILE AND CLINICAL REPORTS OF PATIENTS WITH HIV/AIDS IN
SALVADOR, BAHIA HOSPITAL

Abstract

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) epidemic and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a global phenomenon whose dynamic and unstable

^a Residentes de Infectologia do Hospital Couto Maia.

^b Acadêmica do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

^c Médica Infectologista, Coordenadora da residência de Infectologia do Hospital Couto Maia.

Endereço para correspondência: Hospital Couto Maia Salvador, Rua São Francisco, s/n, Monte Serrat, Salvador, Bahia.
CEP: 40425-060. aureapaste@hotmail.com

form of occurrence depends on the individual and collective human behavior. The objective of this study was to describe the socio-economic, cultural and clinical development of hospitalized patients with HIV/AIDS, thus be acquainted with the reasons for their admission to the Hospital Couto Maia. This is an observational Cross-sectional study, conducted through a standardized questionnaire answered by the hospitalized patients. The results showed that most of the patients were young male, unmarried, with low education, low family income and whose virus was acquired by heterosexual transmission. It can be concluded from this study that it is necessary a greater dissemination of information on prevention, early diagnosis and an enhanced adherence program to HAART to prevent hospitalizations due to opportunistic infections.

Key words: HIV/AIDS. Socio-economic profile. Clinical. Infection. HAART.

PERFIL SOCIOECONÓMICO Y CLÍNICO DE PACIENTES INGRESADOS CON VIH/SIDA EN HOSPITAL DE SALVADOR, BAHIA

Resumen

La epidemia de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un fenómeno global, dinámico e inestable, cuya forma de ocurrencia depende del comportamiento humano individual y colectivo. El objetivo fue describir el perfil socioeconómico y cultural de los pacientes ingresados con VIH/SIDA, en el Hospital Couto Maia, además de conocer el motivo de su internamiento. Estudio de enfoque transversal, observacional. Para la recolecta de datos se utilizó un cuestionario estandarizado aplicado a los pacientes ingresados. Los resultados indican que la mayoría era hombre, joven, soltero, baja escolaridad, renta familiar baja y adquirió la infección a través de transmisión heterosexual. Se concluye que es necesario difundir de forma más amplia las informaciones sobre prevención, un diagnóstico precoz y mejorar la adhesión a la terapia antirretroviral (TARV) para prevenir hospitalizaciones que se producen por infecciones oportunistas.

Palabras-Clave: VIH/SIDA. Perfil socioeconómico. Clínico. Infeccion. TARV.

INTRODUÇÃO

A epidemia da infecção pelo Vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. A AIDS destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade.¹

Na primeira metade da década de 1980, a identificação de novos casos manteve-se restrita aos grandes centros urbanos. O perfil epidemiológico caracterizava-se por pacientes do sexo masculino, alto nível socioeconômico com transmissão de caráter homossexual/bissexual. Ao final daquela década, observou-se a disseminação da doença para outras regiões do país, ocorrendo a progressiva mudança do perfil epidemiológico inicial para perfil de crescente acometimento de heterossexuais: mulheres, indivíduos de baixa renda, em cidades de médio e pequeno porte.²⁻⁵

Em 2010, estimava-se que 630 mil pessoas viviam com vírus HIV no Brasil. Destas, pelo menos 255 mil não sabiam disso ou nunca fizeram o teste de HIV. Esta é uma realidade que o governo federal, em conjunto com os estados e municípios, vem enfrentando por meio de campanhas de mobilização para ampliação do diagnóstico. Em quatro anos (2005-2009), o número de testes de HIV distribuídos e pagos pelo SUS mais que dobrou: passou de 3,3 milhões para 8,9 milhões de unidades. Entre 1980 e 2011, foram 608.230 os casos de AIDS notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel)/Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). Observa-se que as regiões Sul e Sudeste continuam registrando maior número de casos quando comparadas às outras regiões do país.⁶

Dos 592.914 casos acumulados entre 1980 e junho de 2010, 58% concentravam-se na região Sudeste, 19,5% na região Sul, 5,7% na região Centro-Oeste e 4,2% na região Norte. A faixa etária de maior incidência em ambos os sexos foi de 30 a 49 anos. Ainda que o número de casos de AIDS seja maior entre homens do que entre mulheres, essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos.¹ O aumento proporcional do número de casos entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos: em 1989 era cerca de 6 casos de AIDS no sexo masculino para cada 1 no sexo feminino. Em 2009, chegou a 1,6 casos em homens para cada 1 caso em mulheres. Em 2010, a razão entre os sexos foi de 1,7.⁶

Dos estados brasileiros, quem lidera o *ranking* da taxa de incidência de casos de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom 2010 é o Rio Grande do Sul, com 37,6%, seguido por Roraima, com 35,7%, e Amazonas, com 30,9%. A Bahia, em 2010, ocupava o 18.º lugar, com taxa de incidência de 12% assim como Minas Gerais. Entre as capitais brasileiras, no ano de 2010, Porto Alegre destacou-se com taxa de incidência de 99,8%; depois se seguiu Florianópolis, com 57,9%. Salvador estava em 12.º lugar, com taxa de 28,9%. Quem apresentou a menor taxa foi Rio Branco, com 9,8%.⁶

O impacto da epidemia da infecção HIV/AIDS no conjunto da sociedade foi em tudo semelhante ao observado em países desenvolvidos e propiciou, desde o início, intensa mobilização em favor da prevenção, luta pelos direitos dos pacientes e familiares, particularmente contra o preconceito e a favor do acesso ao tratamento como responsabilidade do estado. Desde 1996, o Ministério da Saúde, com o programa DST/AIDS, vem garantindo acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral (TARV) a todas as pessoas portadoras do HIV e que tenham indicação de recebê-la. Após a introdução desta política, a mortalidade caiu e a sobrevida aumentou.^{5,7}

Globalmente, havia uma estimativa de 34 milhões de pessoas (31,6 a 35,2 milhões) vivendo com HIV em 2010; desde 2005, os óbitos relacionados à AIDS/SIDA diminuíram de 2,2 milhões (2,1 a 2,5 milhões) para 1,8 milhões (1,6 a 1,9 milhões) em 2010. Cerca de 2,5 milhões de mortes são estimadas de terem sido evitadas em países de baixa e média renda, devido ao maior acesso ao tratamento de HIV desde 1995.⁶

Pelo fato de a AIDS ainda ser uma doença muito prevalente, é importante conhecer as características regionais e o comportamento dos acometidos que necessitam internação. Assim justifica-se a realização deste estudo, que tem por objetivos descrever o perfil socioeconômico e cultural dos pacientes internados com HIV/AIDS no Hospital Couto Maia e conhecer o motivo da internação.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, observacional, pesquisando-se o perfil socioeconômico dos pacientes internados com HIV/AIDS no Hospital Couto Maia, em Salvador, Bahia, especializado em doenças infecciosas e parasitárias, que interna pacientes provenientes do município de Salvador e de vários municípios do interior. Não houve seleção de pacientes; todos os internados com diagnóstico de HIV/AIDS durante os meses de setembro 2011 a fevereiro 2012 foram entrevistados mediante a aplicação de questionário padronizado. Foram excluídos do estudo pacientes inconscientes, desorientados e crianças.

As variáveis avaliadas foram: idade; sexo; profissão; procedência; opção sexual; número de parceiros; estado civil; escolaridade; renda mensal; ciência do estado sorológico no momento da internação – se sim, desde quando; motivo do internamento; como adquiriu a doença; se havia internações anteriores, quantas e qual o motivo; se acompanha em ambulatório; se usa TARV, desde quando; valores de CD4 e carga viral; vícios; se faz atividade física. Os dados foram compilados e estruturados em um banco de dados utilizando-se o programa estatístico Excel 2007; foram realizadas análises simples.

Seguindo as recomendações da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Couto Maia. A todos os pacientes participantes foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Cinquenta pacientes participaram do estudo, 15 (30%) pertenciam ao sexo feminino e 35 (70%) ao sexo masculino.

A distribuição por faixa etária mostra 50% dos pacientes com idade entre 21 e 40 anos, 6% idade menor ou igual a 20 anos e 44% idade igual ou maior que 41 anos, sendo apenas 12% maiores de 50 anos (**Gráfico 1**). A maioria dos pacientes (78%) era procedente da cidade de Salvador, Bahia.

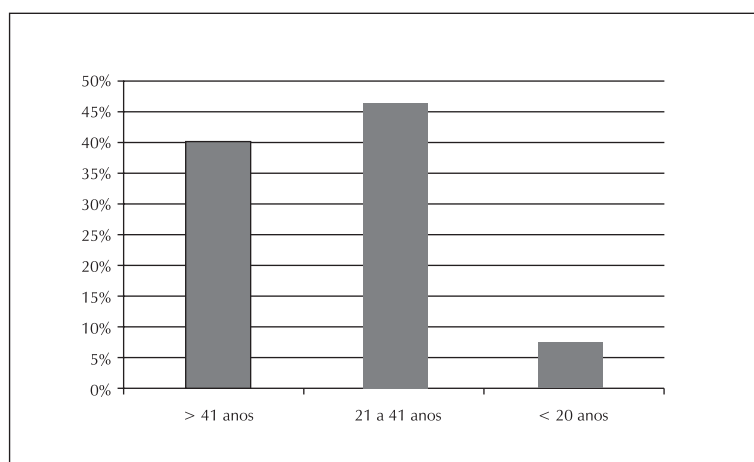


Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes por faixa etária

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao estado civil, 74% dos pacientes declararam-se solteiros, 16% casados ou união estável, 8% separados e 2% viúvos. A maioria (72%) era heterossexual, 10% homossexual e 18% bissexual.

Declararam ter contraído HIV em relações com parceiros do sexo oposto 66%, em relações homossexuais 12% e em relações bissexuais 16%. Nenhum paciente afirmou ter contraído HIV por uso de drogas injetáveis e 3% relatou outras formas de transmissão (**Gráfico 2**). A maioria (62%) informou relacionar-se com menos de 5 parceiros no último ano; outros 10% com 5 a 10 parceiros; 8% com 10 a 14 parceiros; e 16% não sabiam informar.

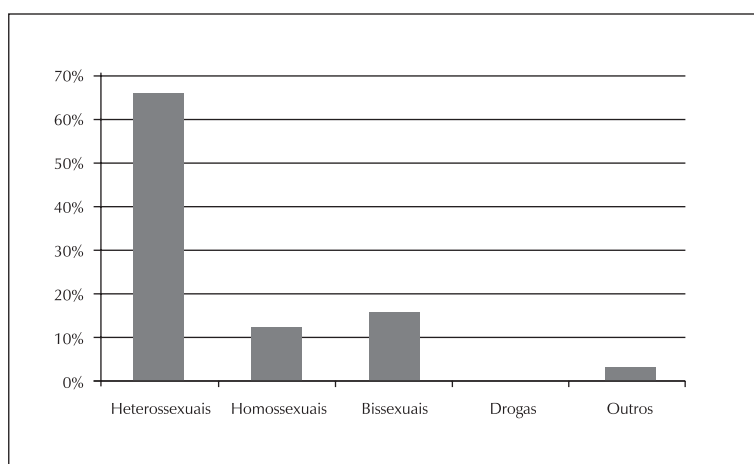


Gráfico 2 – Formas de contágio pelo vírus HIV relatadas

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere ao grau de escolaridade, a maioria (52%) enquadrava-se na categoria “1º grau incompleto”, seguido de 20% com 1º grau completo, 14%, 2º grau incompleto, e apenas 6% com 2º grau e superior completo, e 2%, superior incompleto.

Com relação à renda familiar, foi possível observar que 16% não possuíam renda fixa, 60% viviam com até um salário mínimo, 18% recebiam de 1 a 2 salários, apenas 4% recebiam de 2 a 4 salários (**Gráfico 3**).

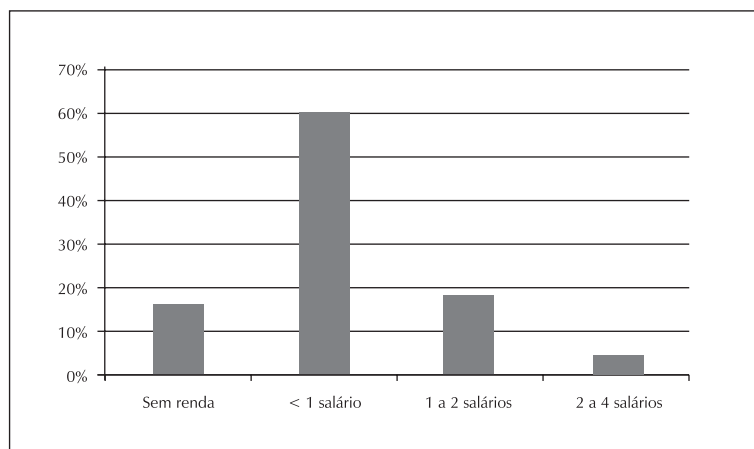


Gráfico 3 – Distribuição da renda familiar

Fonte: Elaboração própria.

Onze pacientes (22%) diagnosticaram o HIV durante o internamento atual e a causa da hospitalização foi neurotoxoplasmose em 5 (45%) pacientes, tendo 2 desses também apresentado diarreia crônica. Neurocriptococose foi o motivo da internação em 3 (27%) pacientes, 2 pacientes internaram devido a candidíase oroesofágica e 1 paciente com febre prolongada (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Número e percentual de internações, por tipo de diagnóstico – Salvador – set. 2011-fev 2012

Variáveis	Número	Percentual
11 Diagnóstico recente		
Neurotoxoplasmose	5	45
Neurocriptococose	3	27
Candidíase oroesofágica	2	19
Febre prolongada	1	9
39 Diagnóstico prévio		
Gastrointestinal	12	31
Neurológico	7	18
Tuberculose	7	18
Respiratório	4	10
Citomegalovirus	3	8
Herpes Zoster	2	5
Febre	2	5
Leishmaniose	1	2,5

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao diagnóstico de AIDS, no momento da internação, 39 (78%) pacientes já sabiam; há menos de 1 ano, 11 (30%) pacientes; de 1 a 7 anos, 14 (37,5%); e mais de 7

anos, 9 (24%) pacientes. A causa de internamento dos 39 pacientes com diagnóstico prévio de SIDA foi: 12 (31%) sintomas gastrointestinais (diarreia, candidíase, vômito); 7 (18%) com quadro neurológico (neurotoxoplasmose, convulsão, cefaleia), 7 (18%) tuberculose ganglionar ou meningite tuberculosa; 4 (10%) com sintomas respiratórios, 3 (8%) com citomegalovírus, 2 (5%) com herpes zoster, 2 (5%) com febre e 1 (2,5%) com leishmaniose.

No tocante ao uso de TARV, 16 (32%) pacientes não usavam e 34 (68%) informaram fazer uso. Dos pacientes que fazem uso, 4 (12%) tinham CD4 menor que 100 por mm, 2 (6%) tinham CD4 entre 100 e 350, 1 (3%) tinha CD4 maior que 350 e 27 (79,5%) não sabiam o valor ou não fizeram o exame. Efeitos colaterais no início da TARV foram relatados por 18 (53%) dos pacientes e 11 (32,3%) pararam seu uso por esta razão. Comorbidades foram identificadas em 15 (30%) pacientes: 33% com hipertensão arterial e 20% com hepatite C. Uso de bebida alcoólica foi revelado por 25 (48%) pacientes, dos quais 71% socialmente, 29% todo dia; 54% não fumavam.

DISCUSSÃO

Observou-se maior prevalência de pacientes do sexo masculino internados, o que é compatível com a maior taxa de incidência entre os homens – atualmente, são 16 homens acometidos para cada 10 mulheres.⁶ Um dado que também deve ser considerado é que o hospital possui maior número de leitos masculinos. A faixa etária mais acometida está compatível com a descrita na literatura, entre 30 e 49 anos, faixa de maior produtividade. Doze por cento eram maiores que 50 anos, mostrando que a idade não deve ser fator de exclusão para realizar a investigação do HIV, quando indicada. A despeito da interiorização da AIDS, 78% dos pacientes eram procedentes da capital, possivelmente porque vários hospitais no interior atendem esse tipo de patologia. A maioria dos pacientes internados (66%) revelou ter adquirido o HIV em relações heterossexuais e 16% em relações bissexuais; a maioria negou a promiscuidade sexual, o que demonstra a importância das campanhas de prevenção pelo sexo seguro. Nenhum paciente revelou ter adquirido a infecção pelo uso de drogas ilícitas, compatível com os achados de diminuição da transmissão nessa população.⁶

A população estudada mostra nível de escolaridade baixo (52% primeiro grau incompleto) e baixa renda familiar, o que pode ser justificado pela população que procura o serviço público, e alerta sobre a necessidade de campanhas mais amplas de prevenção.⁸

Chama a atenção a quantidade de pacientes que souberam do diagnóstico durante a internação (22%) e já com doenças oportunistas graves, como neurotoxoplasmose,

neurocriptococose, candidíase oroesofágica, diarreia crônica.^{9,10} Este fato alerta para a importância de o profissional de saúde estar mais atento e recomendar a sorologia para pacientes com quadros mais leves que podem indicar algum nível de imunossupressão, como herpes zoster, adenomegalia generalizada, dermatite seborreica, diarreia crônica, perda de peso, febre prolongada, dermatite eosinofílica, dentre outras.

Desde o início da terapia antirretroviral, a AIDS tornou-se uma doença crônica com controle quase absoluto quando o seguimento ambulatorial é corretamente realizado. Entretanto, observou-se que, mesmo com o diagnóstico prévio, 39 pacientes necessitaram de internação e a causa foi doenças oportunistas graves, como neurotoxoplasmose, tuberculose, candidíase, citomegalovirose e leishmaniose. Possivelmente, a adesão à terapia não era a mais adequada. A importância da adesão à TARV deve ser sempre frisada pelo médico ao paciente, pois é a maneira mais adequada de controle da doença. Neste estudo, 53% dos pacientes referiram ter apresentado efeitos colaterais no início da terapia e 32,3% pararam o uso devido à intensidade desses efeitos. Vale ressaltar a necessidade de medicação sintomática associada à TARV no início do uso, pois muitos pacientes abandonam o tratamento por causa desses efeitos. Dos pacientes que faziam uso da terapia 27 (79,5%) não sabiam ou não tinham realizado o exame de CD4, o que demonstra falta de esclarecimento sobre a importância desse exame no seguimento, o que deve ser informado pelo profissional de saúde que faz esse acompanhamento.

Conhecer as comorbidades dos pacientes infectados pelo HIV e em uso de TARV é muito importante para avaliar a necessidade de tratamento e também para fornecer orientações adequadas para prevenção, a longo prazo, das doenças metabólicas, lipoatrofias e lipodistrofias. Recomendar alimentação saudável e atividade física é de fundamental importância para minimizar os efeitos do HIV e da TARV no metabolismo corporal.^{11,12}

CONCLUSÕES

Diante dos achados deste estudo, pôde-se constatar que a AIDS ainda é uma doença muito prevalente, acomete a população de menor renda e de menor escolaridade, de diagnóstico tardio, com necessidade de internação devido à manifestação de doenças oportunistas. Em pacientes que já têm o diagnóstico, a adesão ao tratamento deve ser maior, para evitar as doenças oportunistas e a resistência viral. A equipe de atendimento ao paciente com AIDS deve ser multiprofissional, constituída de médico, equipe de enfermagem, farmacêutico, nutricionistas, psicólogos, entre outros, todos com o objetivo de otimizar o diagnóstico e a adesão à terapia.

Conclui-se que é necessário maior disseminação das informações de prevenção, diagnóstico mais precoce e reforço na adesão à TARV, para evitar as internações que ocorrem por infecções oportunistas.

REFERÊNCIAS

1. Silva ES, Costa AS, Paiva AMB. Feminização do HIV/AIDS: uma análise (PERFIL) junto à rede nacional de pessoas vivendo e convivendo com HIV/AIDS - Núcleo Campina Grande. João Pessoa, 2011. Extraído de: [<http://www.itaporanga.net/genero/>], acesso em [27 de dezembro de 2012].
2. Rodrigues Neto JF, Lima LS, Rocha LF, Lima JS, Santana KR, Silvera MF. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em DST no Norte de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(1):22-9.
3. Brito AM, Castilho AC, Scwarewald C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2000;34(2):207-17.
4. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A AIDS no estado de São Paulo, as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev bras epidemiol*. 2002;5(3):286-310.
5. Sadala MLA, Marques AS. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2369-78.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília; 2011. Extraído de [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf], acesso em [27 de dezembro de 2012].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV. Brasília; 2008. Extraído de [<http://www.aids.df.gov.br/sites/400/446/00000065.pdf>], acesso em [27 de dezembro de 2012].
8. Silva ES, Paiva AMB, Costa AS, Ferreira V, Oliveira MG, Souza MSP. Perfil socioeconômico dos usuários da Rede Nacional de pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids - Núcleo de Campina Grande, PB, 2009. Extraído de [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos], acesso em [27 de dezembro de 2012].
9. Falusi O, French AL, Seaberg EC, Tien PC, Watts DH, Minkoff H, et al. Prevalence and predictors of toxoplasma seropositivity in women with and at risk for human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis*. 2002;35(11):1414-7.

10. Abubakar I, Aliyu SH, Arumugan C, Hunter PR, Usman NK. Prevention and treatment of cryptosporidiosis in immunocompromised patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;24(1). CD004932.
11. Huang DB, White AC. An updated review on *Cryptosporidium* and *Giardia*. *Gastroenterol Clin North Am.* 2006;35(2):291-314.
12. Currier JS, Havlir DV. Complications of HIV Disease and Antiretroviral Therapy. *Conference Highlights - HIV Complications.* 2009;17(2):57-67.
13. Butt AA, McGinnis K, Rodriguez-Barradas MC, Crystal S, Simberkoff M, Goetz MB, et al. HIV infection and the risk of diabetes mellitus. *AIDS.* 2009;23(10):1227-34.