

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

**Avaliação do perfil Clínico e Epidemiológico dos Pacientes Portadores do HIV,
atendidos em Unidade de Emergência de Alta Complexidade**

Edna Aparecida Alves da Silva

Ribeirão Preto

2017

**Avaliação do perfil Clínico e Epidemiológico dos Pacientes Portadores do HIV,
atendidos em Unidade de Emergência de Alta Complexidade**

*Projeto de Pesquisa apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Gestão de
Organizações de Saúde da FMRP/USP para
obtenção Título de Mestre em Ciências
Médicas*

Orientador: Prof. Dr. Altacilio Aparecido Nunes

Ribeirão Preto

2017

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte

Ficha catalográfica

Silva, Edna Aparecida

Avaliação do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores do HIV, atendidos em unidade de emergência de alta complexidade/ Edna AparecidaSilva. Ribeirão Preto, 2017.

72f. :Il.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto/SP. Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Nunes, Altacílio Aparecido

1. HIV/AIDS. 2. Perfil epidemiológico. 3. Alta Complexidade. 4. Gestão de pacientes

Ficha de Aprovação

SILVA, Edna Aparecida Alves da Silva

Avaliação do perfil Clínico e Epidemiológico dos Pacientes Portadores do HIV, atendidos em Unidade de Emergência de Alta Complexidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações de Saúde da FMRP/USP para obtenção Título de Mestre em Ciências Médicas

Aprovado em _____ / _____ / _____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico esta Dissertação.....

Primeiramente às minhas amadas filhas: Nayara e Tamiris, por serem amigas carinhosas e as minhas maiores incentivadoras, eu não seria a pessoa que sou hoje se não fosse por elas. Vocês são a luz da minha vida, amor demais.

À minha mãe Aparecida e ao meu pai Ozéas, apesar não estarem fisicamente aqui neste universo, nunca deixarei de amá-los, sempre foram exemplos de dignidade, caráter e amor incondicional.

Ao meu esposo Osmar por seu amor e companheirismo.

Aos meus irmãos que ao meu lado nunca deixaram de estar.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador Professor Dr. Altacilio Aparecido Nunes por ter aceitado meu convite em ser meu orientador, por ter me afastado daquilo que eu não compreendia, levando a compreendê-las, por ter descomplicado o que parecia complicado, por sua competência, e por sua confiança em meu trabalho.

À Claudia Propheta por sua atenciosidade, amabilidade e educação permanente em nos atender.

Ao Hospital das Clínicas que me proporcionou realizar este trabalho imensamente desejado.

À FMRP-USP pós-graduação pela oportunidade de superar meus desafios e enriquecer meus conhecimentos.

À Sala de Urgências, local onde foi realizado esta pesquisa.

A todos que me incentivaram com suas atitudes e palavras animadoras.

*Ainda que eu falasse a língua dos homens
e falasse a língua dos anjos sem amor eu nada seria...*

O que nos falta é a capacidade de traduzir em proposta aquilo que ilumina a nossa inteligência e mobiliza nossos corações: a construção de um novo mundo.

Herbert de Souza (BETINHO)

Resumo

SILVA, EAA. **Avaliação do perfil Clínico e Epidemiológico dos Pacientes Portadores do HIV, Atendidos em Unidade de Emergências de Alta Complexidade.** 2017. 73p Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A epidemia da AIDS é considerada a mais importante ocorrida no século XX, segue sendo um importante problema de saúde pública e está relacionada a múltiplos fatores clínicos e epidemiológicos. Este estudo teve os objetivos de analisar e descrever o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes portadores HIV que são admitidos numa Unidade de Emergência em serviço de alta complexidade, descrever o perfil sociodemográfico, avaliar as causas de internações, a evolução clínica desses pacientes e a aderência aos antirretrovirais. Trata-se de um estudo transversal, realizado na Unidade de Emergências do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no período de Março a Dezembro de 2016. Para verificação de associação entre variáveis foi empregado como medida de associação a Razão de Prevalência (RP) e seu Intervalo de Confiança a 95% (IC95%), inicialmente através de análises univariadas e posteriormente por análises multivariadas empregando-se regressão logística. Na comparação de medidas de tendência central, foi utilizado teste t Student para amostras independentes. Os resultados apresentados mostraram o predomínio dos pacientes do sexo masculino e da raça caucasiana, sendo em sua maioria moradora da cidade de Ribeirão Preto, com média de idade em 44 anos. As mulheres apresentaram tempo maior convivendo com o diagnóstico de HIV em relação aos homens, a forma de contágio predominante foram as relações sexuais desprotegidas, os pacientes do sexo masculino apresentaram maior incidência na utilização de álcool, drogas e tabaco. Na comparação entre a carga viral e a contagem de células CD4 não houve diferenças estatísticas significantes ($>0,05$), na avaliação entre a carga viral e o uso da terapia antirretroviral houve diferenças estatísticas, no entanto, sendo observado que quem faz uso regular da terapia apresenta menor cópias do vírus no organismo. Conclui-se que se faz necessária a melhora das políticas de saúde direcionadas à informação, educação e prevenção das DST/AIDS, bem como, adotar práticas de combate aos fatores que interferem na adesão à terapia medicamentosa.

Palavras Chaves: Perfil Epidemiológico: HIV/AIDS; Alta Complexidade.

Abstract

SILVA EAA, **Evaluation Clinical and Epidemiological Profile of Patients with HIV Served in High Complexity Emergency Unit.** 2017 73p, Dissertation (Masters) - Faculty of Medicine Ribeirão Preto, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2017.

The AIDS epidemic is considered to be the most important one occurred in the 20th century. It is still an important matter of public health and is related to multiple clinical and epidemiological factors. The objective of this study is to analyze and describe the epidemiological and clinical profile of patients with HIV who are admitted to an Emergency Unit in highly complex service, to describe the sociodemographic profile, to assess the causes of hospitalizations, clinical evolution of these patients and adherence to antiretrovirals. This is a cross-sectional study carried out at the Emergency Unit of the Clinics Hospital of Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo from March to December 2016. To verify the association between variables, the Prevalence Ratio (PR) and its Confidence Interval a 95% (95% CI) were employed as a measure of association, initially through univariate analyzes and later by multivariate analyzes using logistic regression. In the comparison of measures of central tendency, Student test for independent samples was used. The results presented showed the prevalence of male and Caucasian patients, being mostly residents of the city of Ribeirão Preto, with a mean age of 44 years, women presented greater time living with the diagnosis of HIV in relation to men, the predominant form of infection was unprotected sexual intercourse; male patients had a higher incidence of alcohol, drug and tobacco use; in the comparison between viral load and CD4 count, there was no, there were statistically significant differences between the viral load and the use of antiretroviral therapy, observing that those who regularly use the therapy have fewer copies of the virus in the body. In conclusion, it is necessary to improve health policies aimed at information, education and STD/AIDS prevention, and adopt practices to combat factors that interfere in adherence to drug therapy.

Key Words: Epidemiological Profile: HIV / AIDS; High Complexity

LISTA DE ABREVIATURAS e SIGLAS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CD4	Molécula que se expressa na superfície de algumas células Tronco do sistema imunológico.
CDC	Centro de Controle de Doenças e Prevenção
CURM	Central Única Regulação Médica
CCP	Cirurgia Cabeça e Pescoço
CEP	Comitê Ética Pesquisa
CTI	Centro Terapia Intensiva
CMV	Citomegalovírus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DRS XIII	Direção Regional de Saúde XIII
FCC	Ferimento corto contuso
GRID	Gay Related Immunodeficiency/Imunodeficiência Relacionada aos gays
HTLV III	Vírus Linfotrófico das Células T Humana tipo III
HIV	Human Immunodeficiency Virus, Vírus da Imunodeficiência Humana
HCUEFMRP-USP	Hospital das Clínicas Unidade de Emergências da Faculdade de Medicina Ribeirão Preto-Universidade São Paulo
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
Irpa	Insuficiência Respiratória Aguda
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LAV	Vírus Associado Linfadenopatia

LEMP	Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva
MSD, MSE	Membro Superior Direito e Esquerdo
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não Governamental
Otorrino	Otorrinolaringologista
Oftalmo	Oftalmologista
PNM	Pneumonia
RNA	Ácido ribonucleico
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana
SNC	Sistema Nervoso Central
SINAN	Sistema Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SEC	Sala Estabilização Clínica
TARV	Terapia antirretroviral
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV / AIDS
UE	Unidade de Emergências
UETDI	Unidade Especial Terapia Doenças Infectocontagiosas
VAS	Vias Aéreas Superiores

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

QUADRO 1 - Atendimento na Unidade de Emergências HCFMRP nos anos de 2015 E 2016.....	30
--	----

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição dos resultados sobre Etnia.....	34
GRÁFICO 2 - Correlação entre a carga viral e as células CD4.....	45
GRÁFICO 3 - Comparação da carga viral e o uso da Terapia Antirretroviral	46
GRÁFICO 4 - Distribuição da comparação do comportamento sexual relacionado com a idade	47
GRÁFICO 5 - Distribuição da contagem das células CD4 entre os Homens e as Mulheres	48
GRÁFICO 6 - Distribuição da relação da carga viral entre os sexos	49
GRÁFICO 7 - Correlação da contagem das Células de CD4 com a idade dos pacientes pesquisados.....	50
GRÁFICO 8 - Correlação entre a carga viral, a Terapia Antirretroviral e a s idade dos pacientes	51

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos 172 pacientes estudados, por sexo e município de origem	35
TABELA 2 - Distribuição dos pacientes segundo sexo e local do diagnóstico HIV/AIDS	37
TABELA 3 - Distribuição dos pacientes segundo nível de escolaridade sexo..	38
TABELA 4 - Distribuição dos pacientes estudados segundo o sexo e o comportamento sexual	39
TABELA 5 - Distribuição das formas de contágio do HIV considerando o sexo dos pacientes estudados.....	40
TABELA 6 - Destino dos pacientes estudados segundo o sexo	41
TABELA 7 - Distribuição e comparação das médias das variáveis quantitativas estudados considerando os sexos	42
TABELA 8 - Análises univariadas demonstrando associação entre as variáveis estudadas segundo o sexo	44
TABELA 9 - Distribuição dos principais diagnósticos que motivaram a admissão na Unidade de Emergências dos pacientes durante o período de estudo	52

SUMARIO

1 - INTRODUÇÃO	15
1.1 - A Historia da AIDS	15
1.2 - Aspectos moleculares do agente etiológico	18
1.3 - O perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS.....	19
1.4 - A terapia antirretroviral	24
1.5 - Principais infecções oportunistas.....	27
1.6 - Unidade Emergências	28
2 - JUSTIFICATIVA E HIPOTESE.....	31
3 - OBJETIVOS GERAIS.....	31
3.1 - Objetivos específicos	31
4 - MÉTODOS.....	32
4.1 - Critérios de inclusão	32
4.2 - Criterios de exclusão.....	32
4.3 - Análises estatísticas.....	33
4.4 - Aspectos éticos	33
5 - RESULTADOS	34
6 - DISCUSSÃO	54
7 - CONCLUSÕES	59
8 - BIBLIOGRAFIA.....	61
9 - APENDICE	64

1 INTRODUÇÃO

1.1- A Historia da AIDS

Os primeiros relatos da AIDS surgiram no ano 1981, nos Estados Unidos, nos Estados da Califórnia e de Nova Iorque, onde jovens estavam apresentando uma forma inusitada de pneumonia atípica, bem como, um câncer raro chamado Sarcoma de Kaposi.⁽¹⁾ Novas investigações mostravam uma característica em comum nesses doentes, a redução do número das células sanguíneas essenciais ao sistema de defesa imunológica e o comportamento homossexual, por isso a doença foi primeiramente batizada de GRID (Gay Related Immunodeficiency) ou imunodeficiência relacionada aos gays. No entanto, o aparecimento dos mesmos sintomas em hemofílicos, usuários de droga endovenosas e pacientes que recebiam transfusão sanguínea, levou os pesquisadores a aprofundarem os estudos, resultando no isolamento de um Retrovírus, à época denominado Vírus associado à Linfadenopatia (LAV), e posteriormente denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o que se associou ao nome da doença como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS – em inglês).⁽¹⁾

A Epidemia de HIV/AIDS foi e é considerada a mais importante ocorrida no final do século XX, hoje tida como uma pandemia. Paralelamente, muitos aspectos epidemiológicos ligados à doença, foram sendo modificados, como por exemplo, atualmente o termo “Doença dos Homossexuais” foi totalmente abolido, com o avanço do conhecimento científico e a alteração do perfil epidemiológico da síndrome, rompeu os laços desse pensamento ideológico, o vírus HIV é passível de infectar todas as pessoas, indiferente de classes sociais, etnias e sexo.⁽²⁾

No início dos anos 80 a epidemia estava em crescente disseminação, e as pessoas em todo mundo estavam extremamente abaladas e assustadas com essa doença. A mortalidade era muito elevada, a estimativa de sobrevivência em pessoas que descobriam ser portadoras era muito baixa, não havia nenhuma medicação capaz de bloquear a replicação do HIV e assim ele ia destruindo a imunidade das pessoas, levando-as a adquirir várias doenças oportunistas, e conseqüentemente a morte.⁽³⁾

Em 1987 nos Estados Unidos foi descoberta uma medicação que apresentava sucesso no combate a replicação do vírus HIV, o AZT (zidovudina), esse fato se apresentou como uma luz, um aceno na luta para combate a epidemia.⁽³⁾ O AZT proporcionava um aumento na sobrevivência dos pacientes, sendo assim uma grande esperança aos portadores do HIV, porém é importante salientar que não significava a cura e nem a cronicidade da doença, ainda assim uma grande descoberta para a medicina.⁽³⁾ Esse medicamento se apresentou como uma droga pioneira na terapia antirretroviral, e depois surgiram outros medicamentos bloqueadores da replicação do vírus, mudando o perfil da doença e de sua história natural. ⁽³⁾ A monoterapia com o AZT não obteve o resultado esperado, pois o vírus passou a apresentar resistência a droga e os efeitos colaterais eram elevados. No decorrer da segunda metade dos anos de 1980 e de toda a década de 1990, foram sendo descobertas novas drogas, sendo que atualmente conta-se com mais de vinte medicamentos para combater o HIV, no mercado farmacêutico, em várias de suas etapas patogênicas - da infecção à replicação, sendo utilizados em combinação ou monoterapia.⁽⁴⁾

Diante do avanço da epidemia de HIV/AIDS a ONU (Organização das Nações Unidas) criou em 1996 a UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas para o combate ao HIV/AIDS) que tem a função de ajudar no combate à infecção e à doença pelo HIV, prestar apoio nas iniciativas de tratamento e assistência aos infectados pela doença e reduzir o impacto socioeconômico da pandemia.⁽⁴⁾

No início do século XXI a ONU declarou que a AIDS se tornara uma prioridade entre seus programas, estando assim entre os oito objetivos do milênio.⁽⁴⁾ Porém, a história da AIDS começou muito antes do ano 2000, muitos grupos, entidades e comissões foram se formando ao redor do mundo, todos com objetivo de combater a disseminação do vírus HIV, evolução e progressão da doença, além de fornecer financiamentos para pesquisas voltadas para descobertas de tratamentos e outras atividades.⁽⁴⁾

A UNAIDS forma grupos dentro dos países, inclusive no Brasil, para trabalharem com o tema, esses grupos são um mecanismo de utilizarem o sistema das Nações Unidas para apoiar os programas nacionais sobre a AIDS.^(4,5)

No Brasil o primeiro caso confirmado de AIDS ocorreu em meados do ano 1983, na cidade de São Paulo, e o primeiro paciente descrito, a exemplo do que ocorreu nos Estados Unidos, era um homossexual masculino. No início dos anos de 1980 pouco se conhecia sobre a doença, existia uma lacuna de informações que era suprida com notícias que vinham dos Estados Unidos e da Europa, mas na medida em que os casos iam se confirmando e as mortes ocorrendo, principalmente quando pessoas da mídia eram acometidas, a imprensa começou a alardear e movimentar a opinião pública. A partir do primeiro caso confirmado no Brasil, novos casos iam aparecendo em números assustadores, logo se viu que estávamos diante de um grande problema de saúde pública.⁽⁵⁾

A caracterização da AIDS como doença contagiosa, incurável, mortal, fez associá-la a estigmas e preconceitos, já ocorridos antes em face de outras doenças como a Hanseníase, Tuberculose e a Sífilis, porém na AIDS precipitou todos os estigmas, devido ao grande aparato da mídia que envolveu sua divulgação.⁽⁵⁾ Essa epidemia nos ensinou que não podemos considerar separadamente aspectos médicos e sociais, não estávamos diante de um fato tão somente biológico, mas também social, e esses dois fatos eram corresponsáveis pela expansão da doença.⁽⁵⁾

1.2 Aspectos moleculares do agente etiológico

Inicialmente o HIV foi isolado em 1983, recebeu o nome de LAV (Vírus Associado à Linfadenopatia), depois de HTLV-III (Vírus Linfotrópico Associado às Células T Humanas tipo III), e também de ARV (Retrovírus associado a AIDS); um comitê de taxonomia internacional recomendou, em 1986, um novo termo, HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).⁽⁶⁾ Existem dois tipos de HIV, o tipo 1 e o tipo 2, porém o tipo 1 é predominante em nosso meio como causador da infecção e doença.

O HIV é um membro da família dos Lentivírus, pertencentes ao retrovírus humano, sendo que todos esses vírus codificam uma enzima a DNA Polimerase, RNA-Dependente-Transcriptase Reversa, que permite a transcrição do RNA viral numa cópia de DNA, desta forma ele pode ser integrado no genoma da célula hospedeira e se replicar através do DNA proviral. As características do HIV semelhantes a outros Lentivírus incluem genoma longo, genes do envoltório altamente variável, indução de doenças crônicas e as propriedades citopáticas em culturas de células.⁽⁶⁾

Os retrovírus de todas as espécies animais necessitam de um receptor na superfície das células para ligação e penetração intracelular, se ligando à membrana através do complexo antigênico CD4. Essa proteína foi identificada como marcador de superfície das células *T helper*, sendo tal marcador também detectado nas células hematopoiéticas, incluindo linfócitos B, macrófagos e em algumas células cerebrais. Uma interação direta entre a proteína gp 120 do HIV e a molécula CD4 foi demonstrada, evidenciando que as duas proteínas são necessárias para que a infecção ocorra.⁽⁶⁾

O HIV apresenta uma elevada taxa de mutação, formando vírus mutantes, estimando-se que ocorram aproximadamente 10 novas mutações em cada ciclo de

replicação. A recombinação que ocorre frequentemente durante a replicação designa a variabilidade do HIV e, portanto, devido a essa variabilidade um indivíduo infectado pode apresentar vários genótipos do vírus no organismo.⁽⁶⁾ Por ter grande variabilidade o HIV, não é incomum que dois indivíduos infectados possuem patogenicidades diferentes, ou seja, a patogênese da infecção e doença vai ser determinada em cada caso pelas propriedades biológicas e infecciosas dos vírus.⁽⁶⁾

Como já é bem conhecido e estabelecido, os modos de transmissão do HIV são a via sexual (hetero e homossexual), através do sêmem, sangue e secreção vaginal, através de compartilhamento de agulha e seringas contaminadas com o vírus HIV, pela transfusão de sangue contaminado ou seus derivados, e por via perinatal ou transmissão vertical, de mãe portadora do vírus para filho durante a gestação, parto ou aleitamento.⁽⁶⁾

1.3 O perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS

Atualmente a pandemia de HIV/AIDS está se estabilizando no mundo, conforme dados da UNAIDS em 2016. As mortes em decorrência da AIDS caíram, e o número de pessoas que foram contaminadas diminuíram, porém o número de pessoas infectadas com o vírus HIV é alto.⁽⁷⁾

Os países desenvolvidos apresentam números decrescentes da doença, mas o mesmo não acontece na maioria dos países subdesenvolvidos, como na África Subsaariana, onde se encontra o maior número de pessoas infectadas. Conforme dados de 2012, nos países do sul da África residem 34% dessa população, sendo 40% mulheres em fase adulta.⁽⁷⁾ Esses países necessitam de ajuda financeira e bom instrumento para atuarem na área da saúde pública. Na África há necessidade da

população ter acesso à terapêutica e também acesso à informação sobre prevenção e tratamento.

O Zimbábue e Botsuana são os países que tem as taxas mais elevadas do mundo de pessoas infectadas com o HIV, onde 25% dos adultos vivem infectados com o vírus. Em 2005 a expectativa de vida no Zimbábue era de 41 anos, e na Botsuana era ainda mais alarmante, sendo de 37 anos, enquanto que em Zâmbia de cada quatro crianças com menos de quinze anos, uma é órfão de pais falecidos em decorrência da AIDS.⁽⁷⁾ Nem mesmo o país mais rico do continente africano, a África do Sul foi poupado pelas mortes das vítimas da AIDS, foram 2,9 milhões de casos notificados e com milhares de mortes, sendo que os mais atingidos pela infecção do HIV na África do Sul são os mais pobres, e negros.⁽⁷⁾

Na Europa existe uma disparidade entre a parte Ocidental e o Leste, conforme dados da OMS em 2016, as taxas de novas infecções pelo HIV vêm crescendo no Leste Europeu, países como a Letônia, Ucrânia, Estônia e Moldávia apresentam altas taxas de novas contaminações (incidência), sendo os usuários de drogas endovenosas os que apresentam a maioria de casos novos notificados Já na Europa Ocidental a epidemia da AIDS permanece estabilizada, mantendo números decrescentes.⁽⁷⁾

Na América Latina, o México é o país que apresenta a menor taxa de prevalência da infecção pelo HIV, conforme dados da UNAIDS em 2012, onde a população infectada era de 112,5 milhões de pessoas, sendo que a principal via de transmissão do vírus é pelo contágio sexual, representando 90% dos casos reportados, concentrada entre homens que fazem sexo com outros homens; a segunda maior via de transmissão acontece entre usuários de drogas endovenosas. O referido país possui programas de saúde com medidas que visam grupos com maior exposição de riscos em contrair o vírus, com objetivo de reduzir a transmissão e evitar a disseminação para população geral. Entre

essas medidas estão mensagens para promover e reforçar mudanças de comportamento, o desenvolvimento de materiais educativos e campanhas, pré-testes em população alvo, e disponibilidade de preservativos. ⁽⁷⁾ Cuba é outro país da América com porcentagens baixas de pessoas infectadas com vírus HIV e com a AIDS, perfazendo um total de 11.243 pessoas. No país quando foi diagnosticado o primeiro caso de AIDS o governo criou sanatórios para que os doentes ficassem de quarentena, eles recebiam alimentação adequada, abrigo e medicamentos. O governo criou junto com várias ONGS (organizações não governamentais) que atuam na formulação de programas para prevenção e informação sobre a doença, além de produzir medicamentos antirretrovirais com distribuição gratuita para os portadores do HIV. Assim, o país percebeu a importância de uma infraestrutura nacional de apoio aos pacientes e seus familiares, obtendo sucesso com a diminuição da epidemia no país.⁽⁷⁾

Nos Estados Unidos, segundo dados do CDC (Centro de Controle de Doenças e Prevenção), estima-se que em 2008 haviam 682.668 pessoas vivendo com o diagnóstico de infecção pelo HIV no território norte americano. Em 2005 houve aproximadamente 42.989 novos casos diagnosticados de infecção pelo HIV, sendo que homens adultos ou adolescentes representaram 84% dos novos casos diagnosticados, configurando como as principais via de transmissão, a de homens que praticam sexo com homens (74%), seguido das relações heterossexuais (14%), e uso de drogas endovenosas (8%), salientando-se que a transmissão vertical apresenta taxas muito pequenas, apenas 35 casos notificados em 2009. O número de pessoas convivendo com a AIDS no país aumentou, mas o número de mortes diminuiu, devido os avanços da ciência e medicamentos antirretrovirais, ou seja, nos Estados Unidos a epidemia estava em 2010, sob controle, ou seja, os novos casos não refletiam em aumento, comparado ao dos anos anteriores. Nos EUA, as políticas de combate ao HIV/AIDS tem tido muitos avanços no campo das pesquisas, prevenção, tratamento e cuidados.⁽⁷⁾

No Brasil os dados do Boletim Epidemiológico AIDS/DST mostram que foram registrados 506.499 casos de AIDS. Durante esses anos, 205.409 mortes ocorreram em decorrência doença. A epidemia no país é considerada estável. A média de casos anual entre 2000 e 2006 é de 35.384. Em relação ao HIV, a estimativa é de que existam 630 mil pessoas infectadas.⁽⁸⁾ Conforme dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) a região Sudeste é a que tem o maior percentual de notificações – 60,4% – ou seja, 305.725 casos. O Sul concentra 18,9% (95.552), o Nordeste 11,5% (58.348), o Centro-Oeste 5,7% (28.719) e o Norte 3,6% (18.155). A região Sul segue a tendência de estabilização do país, porém em patamares elevados – a cada 100 mil habitantes em 2000, existiam 26,3 casos. Em 2006, a taxa passou para 27,6. No Sudeste, há discreta queda: de 24,4 em 2000 para 19,9 em 2007. No Centro-Oeste, essa queda se apresenta a partir de 2003. Eram 21,3 casos a cada 100 mil habitantes em 2003 e 15,1 em 2007. Há discreto aumento da taxa de incidência no Nordeste e mais acentuado no Norte. No primeiro, o índice subiu de 6,9 para 10,8 de 2000 para 2007. E de 6,8 para 15,2 no Norte.⁽⁸⁾ A epidemia na região Sudeste é a mais antiga no Brasil, surgindo daí as primeiras ações, prevenções, diagnóstico e tratamento, e por essa razão, a região conta com serviços de saúde mais estruturados, se comparados aos das regiões norte e nordeste.⁽⁸⁾ quanto às características sociodemográficas e biológicas, sobretudo, sexo e faixa etária, da população geral diagnosticada com a síndrome desde o início da epidemia até junho de 2008, foram identificados 333.485 (66%) casos em homens e 172.995 (34%) em mulheres. A razão entre os sexos no Brasil diminui ao longo da série histórica – em 1986 eram 15 casos no sexo masculino para um no sexo feminino. Desde 2000, há 15 casos entre eles para 10 entre elas. Essa aproximação na razão de sexo reflete a feminização da epidemia.⁽⁹⁾

Alguns fatores que contribuem para a vulnerabilidade das mulheres à AIDS são: desigualdades nas relações de poder; maior dificuldade de negociação das mulheres

quanto ao uso de preservativo; violência doméstica e sexual; discriminação e preconceito relacionados à raça, etnia e orientação sexual; além da falta de percepção das mulheres sobre o risco de se infectar pelo HIV. A forma de transmissão predominante é por via heterossexual tanto no sexo feminino quanto no masculino, além da falta de percepção das mulheres sobre o risco de se infectar pelo HIV (90,4% dos casos), como no masculino (29,7% dos casos). Entre os homens, a segunda principal forma de transmissão é homossexual (20,7% dos casos), seguida de uso de drogas endovenosas (19%). Nas mulheres, a segunda forma de transmissão, também é o uso de drogas endovenosas com 8,5% dos casos. ⁽⁹⁾ Por outro lado, no sexo masculino, as maiores taxas de incidência estão na faixa etária de 30 a 49 anos. No sexo feminino, as maiores estão entre 30 e 39 anos. Existe tendência de crescimento da taxa de incidência em homens a partir dos 50 e mulheres a partir dos 40 anos.⁽¹⁰⁾

O Brasil tem uma política de saúde nacional de DST/AIDS, com o objetivo de sistematizar as diretrizes que norteiam as ações dos programas. Tem como base os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), integralidade, universalidade e equidade, bem como, a epidemiologia do quadro atual da epidemia da AIDS. O programa é descentralizado e visa a promoção da saúde da sociedade, é executado em três esferas: Governo Federal, Governo Estadual e Governo Municipal. Os três grandes objetivos dos programas de saúde publicados para DST/AIDS são: reduzir a incidência do HIV/AIDS e outras DST; ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento e à assistência melhorando a qualidade de vida e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da AIDS. ⁽⁹⁾ Esses objetivos servem de base para as ações de prevenção, assistência e garantia dos direitos humanos das pessoas que vivem com o HIV/AIDS.⁽⁹⁾

Dentre os programas de saúde do governo federal, destaca-se o da saúde das mulheres, que vem apresentando crescimento acelerado nas taxas de infectados pelo

HIV, em 1985 a relação de homens infectados e mulheres eram de 1:28, em 1997 3:1 e atualmente 2:1, o aumento dos números de casos notificados entre os heterossexuais, com bases em pesquisas pode se afirmar que o perfil dessas mulheres: são de baixa escolaridade, com renda econômica muito pequena, além da falta de acesso aos serviços de saúde e de informação sobre a prevenção de doenças.⁽¹⁰⁾ A faixa etária das mulheres infectadas pelo HIV é maior dos 25 aos 49 anos, mas casos confirmados em pessoas acima 60 anos dobraram, entre 1997 a 2007, passou de 497 casos para 11263 novos casos, conforme dados do Ministério da Saúde.⁽¹⁰⁾

1.4 A terapia antirretroviral

No ano de 1996, ocorreu a XI Conferencia Internacional AIDS, na cidade de Vancouver no Canadá, e representou um marco para a historia da doença, pois foi divulgado a eficácia da terapêutica com medicamentos ARV (antirretrovirais) demonstrado pelos estudos realizados, proporcionando aos portadores do vírus HIV, uma melhor qualidade de vida, tanto no aspecto clinico como no psicossocial.⁽¹¹⁾ Sem duvida o tratamento com ARV mudou a historia natural da doença e trouxe inúmeros benefícios para os pacientes, diminuindo as doenças oportunistas e aumento as expectativas de ter uma vida com qualidade. Para o sistema de saúde também trouxe diminuição dos gastos do governo com a doença e suas conseqüências, pois, diminui as comorbidades relacionadas com a doença, a mortalidade e as taxas de internação por doenças oportunistas. ⁽¹¹⁾ Com o passar dos anos a TARV (terapia antirretroviral) apresentou avanços consideráveis, elevando progressivamente a resposta terapêutica.

Estudos mostram que os pacientes que utilizam regularmente a TARV apresentam carga viral menor que 50 copias /ml, após um ano de medicação continua, seguindo para

supressão da carga viral ao longo da vida.⁽¹²⁾ A TARV, por suas características e ações farmacológicas, conseqüente leva à redução da morbidade e mortalidade relacionadas ao vírus HIV no organismo, proporcionando maior sobrevida com melhor qualidade, mantendo o sistema imunológico estável com diminuição da replicação viral.⁽¹³⁾ É importante definir o momento para iniciar o tratamento com os ARV, sendo o melhor o mais precocemente possível, no entanto, muitos pacientes tem conhecimento de seu diagnóstico tardiamente, o que pode influenciar na conduta do tratamento.⁽¹⁴⁾ Os avanços na terapia antirretroviral levaram ao aumento progressivo nas taxas de resposta terapêutica. Inúmeros estudos mostram que aproximadamente 80% dos pacientes alcançam carga viral plasmática inferior a 50 cópias/mL após um ano de tratamento.⁽¹⁴⁾ Embora a TARV tenha demonstrado enorme avanço no tratamento da AIDS, ela pode apresentar a falha virologia.⁽¹⁴⁾ A falha virologia é detecção da carga viral após seis meses de uso contínuo dos antirretrovirais, isso pode estar ocorrendo devido a combinação dos medicamentos, neste caso é necessário trocar a combinação dos ARV.⁽¹⁴⁾

Para avaliação objetiva e indireta da terapia medicamentosa antiretroviral são utilizados dois exames principais, a dosagem de CD4 e a mensuração da carga viral.⁽¹⁵⁾ Os linfócitos T CD4 tem como uma de suas funções, proteger o organismo de corpos estranhos, como vírus, bactérias, fungos e outros microrganismos que podem afetar o sistema imune e provocar doenças.⁽¹⁵⁾ O vírus HIV quando invade o organismo de uma pessoa ele se instala nas células de defesa CD4, destruindo-as, causando assim a queda da imunidade, deixando-a vulneráveis á infecções. Por isso a contagem do CD4 é essencial para verificação da terapêutica com antirretrovirais, o numero células CD4 aumentando pode significar que a imunidade esta preservada naquele individuo.⁽¹⁵⁾

As células CD4 são escolhidas pelo HIV porque nelas eles fazem sua replicação, destroem as células e ali as utilizam para se multiplicarem e garantir sua reprodução.⁽¹⁵⁾ O

numero de células em um adulto portador do vírus HIV e em bom estado de saúde deve estar entre 500 a 1200 células/mm³.⁽¹⁵⁾ Caso o número de CD4 se apresente em baixos níveis, por exemplo, menores de 200 células /mm³, o risco No ano de 1996, ocorreu a XI Conferencia Internacional AIDS, na cidade de Vancouver no Canadá, e representou um marco para a historia da doença, pois foi divulgado a eficácia da terapêutica com medicamentos ARV (antirretrovirais) demonstrado pelos estudos realizados, proporcionando aos portadores do vírus HIV, uma melhor qualidade de vida, tanto no aspecto clinico como no psicossocial.⁽¹¹⁾ Sem duvida o tratamento com ARV mudou a historia natural da doença e trouxe inúmeros benefícios para os pacientes, diminuindo as doenças oportunistas e aumento as expectativas de ter uma vida com qualidade. Para o sistema de saúde também trouxe diminuição dos gastos do governo com a doença e suas consequências, pois, diminui as comorbidades relacionadas com a doença, a mortalidade e as taxas de internação por doenças oportunistas.⁽¹¹⁾ Com o passar dos anos a TARV (terapia antirretroviral) apresentou avanços consideráveis, elevando progressivamente a resposta terapêutica.

Estudos mostram que os pacientes que utilizam regularmente a TARV apresentam carga viral menor que 50 copias /ml, após um ano de medicação continua, seguindo para supressão da carga viral ao longo da vida.⁽¹²⁾ A TARV, por suas características e ações farmacológicas, conseqüente leva à redução da morbidade e mortalidade relacionadas ao vírus HIV no organismo, proporcionando maior sobrevida com melhor qualidade, mantendo o sistema imunológico estável com diminuição da replicação viral.⁽¹³⁾ É importante definir o momento para iniciar o tratamento com os ARV, sendo o melhor o mais precocemente possível, no entanto, muitos pacientes tem conhecimento de seu diagnostico tardiamente, o que pode influenciar na conduta do tratamento.⁽¹⁴⁾ Os avanços na terapia antirretroviral levaram ao aumento progressivo nas taxas de resposta terapêutica. Inúmeros estudos mostram que aproximadamente 80% dos pacientes

alcançam carga viral plasmática inferior a 50 cópias/mL após um ano de tratamento.⁽¹⁴⁾ Embora a TARV tenha demonstrado enorme avanço no tratamento da AIDS, ela pode apresentar a falha virologia.⁽¹⁴⁾ A falha virologia é detecção da carga viral após seis meses de uso contínuo dos antirretrovirais, isso pode estar ocorrendo devido a combinação dos medicamentos, neste caso é necessário trocar a combinação dos ARV.⁽¹⁴⁾

Para avaliação objetiva e indireta da terapia medicamentosa antiretroviral são utilizados dois exames principais, a dosagem de CD4 e a mensuração da carga viral.⁽¹⁵⁾ Os linfócitos T CD4 tem como uma de suas funções, proteger o organismo de corpos estranhos, como vírus, bactérias, fungos e outros microrganismos que podem afetar o sistema imune e provocar doenças.⁽¹⁵⁾ O vírus HIV quando invade o organismo de uma pessoa ele se instala nas células de defesa CD4, destruindo-as, causando assim a queda da imunidade, deixando-a vulneráveis á infecções. Por isso a contagem do CD4 é essencial para verificação da terapêutica com antirretrovirais, o numero células CD4 aumentando pode significar que a imunidade esta preservada naquele individuo.⁽¹⁵⁾

As células CD4 são escolhidas pelo vírusde adquirir doenças oportunistas aumenta, podendo significar que a quantidade de vírus circulando na corrente sanguínea encontra-se elevada.⁽¹⁶⁾

O exame de detecção da carga viral no sangue é importante para realizar a quantificação de cópias do vírus no organismo do paciente.⁽¹⁶⁾ Ele verifica a quantidade de RNA do vírus por mm³ de sangue, com isso a possibilidade de verificar a replicação do HIV no organismo. O encontro de número elevado na carga viral é preocupante, podendo comprometer o sistema imunológico, levando ao aparecimento de varias doenças oportunistas, bem como, indiretamente apontar que o tratamento com ARV não está funcionando como deveria.⁽¹⁶⁾ Portanto, esses dois exames são essências para o acompanhamento da terapia antiretroviral.⁽¹⁶⁾

Atualmente vários estudos relatam que não há um momento específico para o início da terapia antirretroviral; independente da carga viral e da contagem de CD4, o médico deve utilizar parâmetros individuais de cada paciente para decidir o início do tratamento medicamentoso.⁽¹⁶⁾

1.5 Principais infecções oportunistas

O portador do vírus HIV tem seu sistema imunológico comprometido e susceptível a doenças oportunistas, elas atacam o indivíduo quando o organismo está debilitado para lutar contra essas doenças, apesar do avanço da terapia antirretroviral, elas ainda representam as maiores causas de morbidade e mortalidade dos portadores do HIV. As doenças oportunistas podem ser importantes indicadoras na avaliação do sucesso no tratamento antirretroviral. ⁽¹⁷⁾

A tuberculose é uma infecção oportunista muito comum nos portadores do HIV, principalmente em países em desenvolvimento, a apresentação clínica varia conforme a imunossupressão do paciente. A doença tem duas formas de manifestação, a pulmonar e a disseminada que acomete outros órgãos, como sistema nervoso central, medula óssea, fígado e outras vísceras. A epidemia da AIDS mudou a história da Tuberculose no mundo, a doença que estava estabilizada após décadas, voltou a se manifestar devido a susceptibilidade dos portadores HIV.⁽¹⁷⁾

A pneumocistose é uma pneumonia causada por fungo bastante comum em pacientes com HIV/AIDS. Em pulmões de pessoas saudáveis ela pode ser inofensiva, mas em situações onde o sistema imune debilitado ela se desenvolve, os sintomas são febre, tosse seca, e dispnéia grave.⁽¹⁸⁾

A toxoplasmose é uma doença provocada por protozoário, o *Toxoplasma gondii*, a transmissão pode ser por via placentária ou ingestão de alimentos contaminados como carne de porco mal cozida. Em pacientes com HIV/AIDS a doença geralmente se apresenta na forma grave, podendo levar a óbito.⁽¹⁸⁾

Após a introdução do tratamento com antirretrovirais a ocorrência de infecções oportunistas apresentou rápido decréscimo, bem como suas repercussões e hospitalizações motivadas por elas.⁽¹⁸⁾ Alguns trabalhos realizados após 1996-1998 mostraram mudanças nas causas de admissões em unidades hospitalares, sobretudo, as unidades de emergência.⁽¹⁸⁾ No Brasil pesquisas realizadas sobre esse tema ainda são raras, desse modo, o presente Projeto de Pesquisa, procura responder algumas questões ainda pouco conhecidas em nossas meio, relacionadas às causas e perfil de admissões de pacientes com HIV/AIDS em unidade de emergência de alta complexidade, no intuito de auxiliar os gestores dessa modalidade de unidade de saúde, no planejamento dos serviços e na tomada de decisões assistenciais.⁽¹⁸⁾

1.6 Unidade de Emergência

A Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP/USP) se caracteriza pelo atendimento de Urgência e Emergência em nível terciário (alta complexidade), recebendo pacientes encaminhados pela Central Única de Regulação Médica (CURM). Cabe à CURM receber e avaliar as solicitações de internação ou transferência hospitalar, estabelecendo as prioridades e o fluxo de pacientes nos hospitais conveniados ao SUS.⁽¹⁹⁾

A Unidade de Emergência do HC-FMRP/USP está totalmente integrada ao Sistema Estadual de Atenção às Urgências e Emergências, atendendo exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). É credenciada como Unidade de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências, capaz de atender casos de alta complexidade de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica.⁽¹⁹⁾

A Sala de Urgência é a porta de entrada da UE- HC-FMRP/USP para os pacientes do SUS advindos de toda DRS XIII e macrorregião, encaminhados via Central Única de Regulação Médica (CURM). Esta unidade assistencial tem a missão de admitir os portadores de urgências e emergências, realizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos iniciais e encaminhar os pacientes às unidades de internação adequadas às suas necessidades.⁽¹⁹⁾ A UE é composta no seu atendimento inicial por uma Sala de Estabilização Clínica (SEC), para atendimento de pacientes clínicos instáveis hemodinamicamente, com uma Sala de Politrauma, para atendimento de pacientes politraumatizados, que engloba acidentes de trânsito, ferimentos por armas de fogo e armas brancas, queimados, quedas e outros. ⁽¹⁹⁾ Também é composta pela sala de urgências/emergências, denominada como Box, para atendimento de pacientes com menor gravidade, porém portadores de média e alta complexidade. Possui atendimento em ginecologia, neurologia, ortopedia, cirurgia geral, clínica médica, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia de cabeça e pescoço e psiquiatria.

A UE conta com leitos de internação de CTI adulto e pediátrico, enfermarias da neurologia, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, semi-intensivos e isolamentos, centro cirúrgico e centro de recuperação pós-anestésica. No ano de 2015 a Unidade realizou 28.509 atendimentos, e de janeiro a julho de 2016, foram 17.153 atendimentos.

Foram atendidos durante o ano de 2015 na Unidade de Emergências, 201 pacientes portadores de HIV e de janeiro a julho de 2016 foram 125 pacientes, conforme dados fornecidos pelo Serviço de Arquivos Médicos do HCFMRP.

Quadro 1- Distribuição dos atendimentos na Unidade de Emergência do HCFMRP/USP durante os anos de 2015 e 2016, segundo as especialidades.

2015		2016 (janeiro até julho)	
Especialidades	Atendimentos (N)	Especialidades	Atendimentos (N)
Cirurgia geral	3198	Cirurgia geral	1845
Radiointervenção	51	Radiointervenção	42
Queimados	306	Queimados	176
Psiquiatria	525	Psiquiatria	331
Pediatria	3737	Pediatria	2318
Ortopedia	2630	Ortopedia	1340
Oftalmo	7419	Oftalmologia	4565
Neurocirurgia	489	Neurocirurgia	269
Neurologia	1548	Neurologia	1047
Clinica medica	4251	Clinica medica	2797
Ginecologia	1749	Ginecologia	900
CCP	1177	CCP	601
Otorrino	1429	Otorrinolaringologia	921

Fonte: HCFMRP/USP.

2 JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE

A AIDS é um importante problema de saúde pública e está relacionada a múltiplos fatores clínicos e epidemiológicos. Esse estudo propõe descrever e analisar o perfil dos pacientes portadores de HIV/AIDS que são admitidos em uma Unidade de Emergência, visando proporcionar medidas que melhorem a assistência aos cuidados de saúde dessa população. Durante a presente pesquisa procurou-se responder às seguintes questões:

Quais são os motivos que levam esses pacientes a procurarem ou serem encaminhados a serviço de emergência? Qual o seu perfil epidemiológico?

Quais as doenças que apresentam com maior frequência?

Esses pacientes recebem ajuda dos programas de política de saúde do governo?
São aderentes a terapia com antirretrovirais?

3 OBJETIVOS GERAIS

Descrever e analisar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores HIV que são admitidos numa Unidade de Emergência em serviço de alta complexidade assistencial.

3.1 Objetivos específicos

- ✓ Descrever e analisar o perfil clínico desses pacientes;
- ✓ Descrever e analisar o perfil sociodemográfico desses pacientes
- ✓ Avaliar as causas das internações;

- ✓ Avaliar a evolução clínica desses pacientes;
- ✓ Avaliar a aderência aos antirretrovirais entre esses pacientes.

4 MÉTODOS

Estudo transversal, conduzido na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP/USP), no período de Março a Dezembro de 2016.

4.1 - Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, admitidos nas salas de assistência emergencial da UE-HCFMRP/USP com diagnóstico de HIV/AIDS, ou na situação em que o diagnóstico foi confirmado durante a hospitalização. Os pacientes que concordaram diretamente, ou através de autorização de familiares ou responsáveis em participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram incluídos no estudo.

4.2 - Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes que não estavam conscientes ou que não concordaram em participar do estudo ou que desejaram ser excluídos mesmo após serem selecionados.

Foram coletadas variáveis (Apêndice I) como sexo, idade, etnia, comportamento de risco (modo de contaminação), estado civil, estado empregatício, tempo de diagnóstico de HIV/AIDS, internações anteriores (histórico-causa), origem, serviço de saúde referenciador, causa do encaminhamento, diagnóstico de admissão, estado clínico geral à

admissão (através de índices de classificação validados a serem escolhidos), uso de antirretrovirais e adesão a eles (através de aplicação de questionário validado para tal fim), evolução clínica, tempo de internação, condição de saída (alta com melhora, transferência ou óbito). As informações foram obtidas por consultas a prontuários e entrevistas diretas com pacientes ou familiares. Informações pouco confiáveis ou inconsistentes foram excluídas.

4.3 - Análise Estatística

Por se tratar de um estudo transversal, para verificação de associação entre variáveis foi empregada como medida de associação a Razão de Prevalência (RP) e seu Intervalo de Confiança a 95% (IC95%), inicialmente através de análises univariadas e posteriormente por análises multivariadas, empregando-se regressão logística. Na comparação de medidas de tendência central, ao se tratar de médias, empregou-se o teste t Student para amostras independentes, e ao se verificar a distribuição de medianas foi utilizado um teste não paramétrico adequado à situação. Para comparação de diferenças entre proporções entre variáveis categóricas, o teste do qui-quadrado foi empregado. O nível de significância adotado será de 5% em todas as análises.

4.4 - Aspectos éticos

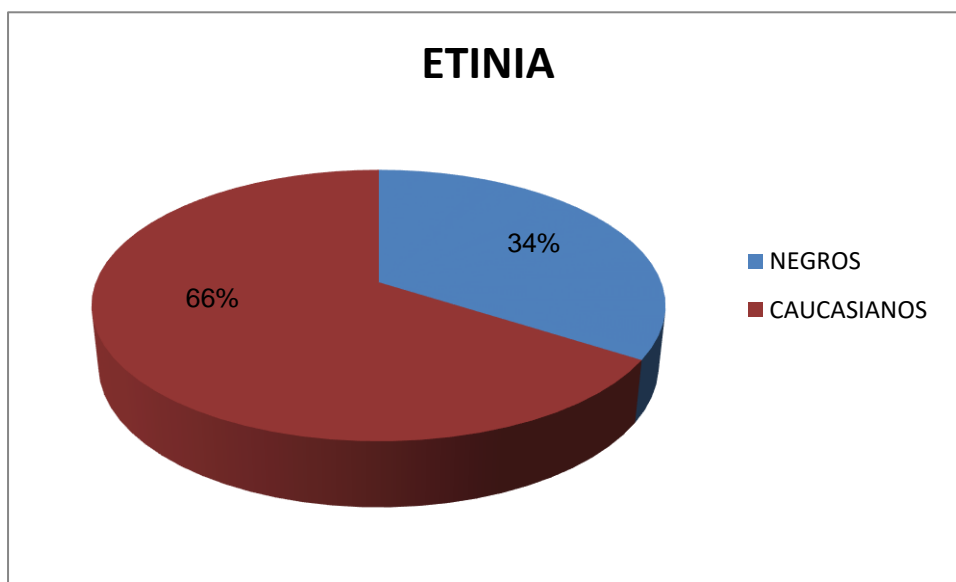
O projeto de foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo. A coleta de dados, somente teve início após a aprovação do CEP e os pacientes só foram selecionados e incluídos na pesquisa após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 - RESULTADOS

Durante o período de estudo foram recrutados e estudados 172 pacientes, com idade variando entre 20 e 74 anos, com média de 44,4 anos (IC95%: 42,6 a 46,2 anos) e mediana de 44,5 anos (IC 95%: 43 a 47 anos). Dentre os pacientes, 101 eram do sexo masculino (58,7%; $p < 0,05$), resultando em uma razão entre os sexos de 1,42 homens para 1,0 mulher (1,42:1,0).

No gráfico 1 vemos os resultados sobre a etnia dos pacientes que participaram desta pesquisa. A caucasiana prevaleceu, sendo 66% da raça branca (caucasianos) e 34% da raça negra ($p < 0,05$).

Gráfico 1 - Distribuição da Etnia dos pacientes selecionados no período estudado



A distribuição dos pacientes por sexo e origem de residência é observada na tabela

Tabela 1 – Distribuição dos 172 pacientes por sexo e município de origem.

Município	Sexo		Total (%)
	Feminino	Masculino	
Altinópolis	2	1	3 (1,7)
Barrinha	0	3	3 (1,7)
Batatais	1	0	1 (0,6)
Bebedouro	0	1	1 (0,6)
Brodowski	3	2	5 (2,9)
Cajuru	3	0	3 (1,7)
Cássia dos Coqueiros	0	1	1 (0,6)
Cravinhos	1	7	8 (4,7)
Franca	0	1	1 (0,6)
Guariba	1	0	1 (0,6)
Jaboticabal	0	3	3 (1,7)
Jardinópolis	1	0	1 (0,6)
Luis Antonio	0	1	1 (0,6)
Monte alto	0	1	1 (0,6)
Ribeirão Preto	54	74	128 (74,4)
São Joaquim da Barra	1	1	2 (1,2)
São Simão	1	0	1 (0,6)
Serra Azul	1	0	1 (0,6)
Serrana	1	1	2 (1,2)
Sertãozinho	0	1	1 (0,6)
Santa Rita do Passa Quatro	0	3	3 (1,7)
Taquaritinga	1	0	1 (0,6)
	71 (41,3)	101 (58,7)	172 (100)

Como pode ser visto a maioria dos pacientes (74,4%) admitidos na UE, no período estudado, são provenientes de Ribeirão Preto. Quando se avalia o local (município/serviço de saúde) onde o diagnóstico de HV/AIDS foi realizado, nota-se que 80,3% dos pacientes tiveram seu diagnóstico em Ribeirão Preto, sendo que do total, 13 pacientes (7,6%) foram diagnosticados quando de sua admissão na Unidade de Emergência do HCFMRP/USP (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes, segundo o sexo e local de diagnóstico de HIV/AIDS.

Local de diagnóstico	Sexo		Total (%)
	Feminino	Masculino	
Altinópolis	2	1	3 (1,7)
Batatais	1	0	1 (0,6)
Bebedouro	0	1	1 (0,6%)
Brodowski	2	1	3 (1,7)
Cajuru	3	0	3 (1,7)
Cravinhos	1	5	6 (3,5)
Franca	0	1	1 (0,6)
Unidade Emergência (HCFMRP/USP)	1	12	13 (7,6)
Ipuã	0	1	1 (0,6)
Jaboticabal	1	3	4 (2,3)
Jardinópolis	1	0	1 (0,6)
Ribeirão Preto	54	72	126 (72,7)
São Joaquim da Barra	1	0	1 (0,6)
São Simão	1	0	1 (0,6)
Serra Azul	1	0	1 (0,6)
Serrana	1	1	2 (1,2)
Sertãozinho	0	1	1 (0,6)
Santa Rita do Passa Quatro	0	2	2 (1,2)
Taquaritinga	1	0	1 (0,6)
	71(41,3)	101(58,7)	172 (100)

Na tabela 3 a seguir, pode se observar que a maioria dos pacientes, possui nível de ensino fundamental (83%), sem diferença significativa ($p>0,05$) entre homens e mulheres, no entanto entre aqueles que apresentaram nível superior, os homens representaram a maioria ($p<0,05$).

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes, segundo nível de escolaridade e sexo.

Nível de escolaridade	Sexo		Total (%)	P
	Feminino	Masculino		
Fundamental	64	77	141 (83,0)	>0,05
Médio	6	17	23 (13,4)	>0,05
Superior	1	7	8 (4,7)	<0,05
	71 (41,3)	101 (58,7)	172 (100)	

Comportamento sexual

Questionados quanto ao comportamento sexual (Tabela 4), a maioria dos pacientes estudados referiu ser heterossexual (76,2%), com distribuição semelhante entre masculinos e femininos, enquanto que entre os homens, 19,8% e 4,1% relataram comportamento homossexual e bissexual, respectivamente.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes estudados, segundo sexo e comportamento sexual.

Sexo	Comportamento sexual			Total (%)
	Heterossexual	Homossexual	Bissexual	
Masculino	71	34	7	112 (65,12)
Feminino	60	0	0	60 (34,88)
	131	34	7	172 (100)
	(76,2)	(19,8)	(4,1)	

Quanto às formas de contágio pelo HIV (Tabela 5), a maioria relatou ter sido através de relação sexual desprotegida (80,3%), sem diferença significativa entre homens e mulheres ($p > 0,05$), seguida pelo uso de drogas injetáveis com 5,8% e predomínio absoluto dessa forma entre os homens.

Tabela 5 – Distribuição das formas de contágio pelo HIV, considerando-se o sexo dos pacientes estudados.

Formas de contágio	Sexo		Total (%)
	Feminino	Masculino	
Drogas injetáveis	0	10	10 (5,8)
Não sabe	7	11	18 (10,5)
Relação sexual desprotegida	61	77	136 (80,3)
Sem Resposta	1	0	1 (0,6)
Transmissão vertical	2	3	5 (2,9)
	71	101	172
	(41,3)	(58,7)	(100)

Ao se observar o destino/evolução dos pacientes estudados (Tabela 6), verifica-se que a maioria (44,2%) recebeu alta hospitalar, não se observando diferença significativa entre homens e mulheres ($p > 0,05$), ao passo que 40,2% dos mesmos foram encaminhados para a Unidade Central do HCFMRP/USP, sendo a maioria para a Unidade Especial de Tratamento de Doença Infecciosas (UETDI), com predomínio significativo de homens ($p < 0,05$). Dentre os pacientes estudados, houve 16 óbitos (9,3%), sem diferença estatística entre os sexos ($p > 0,05$).

Tabela 6 – Destino dos pacientes estudados, segundo sexo.

Destino	Sexo		Total (%)
	Feminino	Masculino	
HCFMRP/USP (11° andar)	0	1	1 (0,6)
HCFMRP/USP (6° andar)	3	3	6 (3,5)
HCFMRP/USP (9°andar)	0	1	1 (0,6)
Alta hospitalar	37	39	76 (44,2)
Evasão	1	4	5 (2,9)
Hospital Estadual	2	3	5 (2,9)
Hospital de Guariba	1	0	1 (0,6)
Óbito	8	8	16 (9,3)
HCFMRP/USP (UETDI)	19	42	61 (35,5)
Total	71 (41,3)	101 (58,7)	172 (100)

Para as variáveis quantitativas contínuas, procedeu-se à comparação entre as médias de seus valores considerando-se os sexos feminino e masculino, conforme pode se observar na Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição e comparação das médias das variáveis quantitativas dos pacientes estudados, considerando-se os sexos.

Variável	Sexo		P		
	Feminino	IC95%		Masculino	IC95%
Idade (média)	44,5	41,7 - 47,2	44,3	41,8 - 46,7	>0,05
Tempo de diagnóstico em anos (média)	11	7,0 - 15,2	7	4,1 – 8,0	<0,05
Tempo de internação em dias (média)	3,45	2,80 - 4,20	4,9	3,0 - 6,8	>0,05
Contagem de CD4 (média)	273,2	205,9 - 340,5	265,48	209,8 - 321,1	>0,05
Idade (média) – considerando-se comportamento homossexual	45,17	43,20 – 47,10	39,20	34,53 – 43,87	<0,05
Carga Viral X TARV	Uso TARV	IC 95%	Não TARV	IC 95%	P
	39.00	39.00-49.23	419.00	179-1119	<0,05

Foi avaliado o tempo que os pesquisados convivem com o diagnóstico de HIV, e as mulheres apresentaram maior tempo em relação aos homens, a média de 11 anos para as mulheres e 7 anos para os homens ($p < 0,05$).

Quanto ao tempo de internação desses pacientes no HCFMRP-Unidade Emergências, verificou que os homens permaneceram em média 4,9 dias, e as mulheres 3,4 dias, verificando que os homens permaneceram maior tempo internados, no entanto, sem diferença estatística ($p > 0,05$).

Quanto à contagem de células de CD4, vimos que na comparação entre os sexos não houve significância ($p > 0,05$), mantendo a homogeneidade dos resultados na comparação entre ambos. Para realizar a comparação entre homens e mulheres quanto à carga viral (não demonstrado na tabela) foi utilizado a mediana devida à distribuição anormal dos resíduos, e neste caso não houve diferenças na avaliação, ambos demonstraram que a carga viral manteve-se semelhante conforme os resultados apresentados ($p > 0,05$).

Na comparação dos pacientes pesquisados sobre a idade e o comportamento sexual, a média da idade dos que declararam ser homossexuais foi menor em relação à média dos heterossexuais, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) ou seja, pacientes com comportamento heterossexual apresentaram média de 45 anos, enquanto naqueles de comportamento homossexual, a média foi de 39 anos.

Na comparação da média de carga viral entre os pacientes em uso da TARV (Tabela 7), conforme os resultados, se verificou que as pacientes do sexo feminino aderentes à Terapia Antirretroviral apresentam a carga viral menor em relação aos não usuários com diferença significativa ($p < 0,05$).

Tabela 8 – Análises univariadas, demonstrando associação entre as variáveis estudadas segundo sexo.

Variável	Razão de Prevalência	IC95%	p
Uso de drogas (Masculino)	2,11	1,38 - 3,21	<0,05*
Uso de álcool (Masculino)	1,62	1,14 – 2,29	<0,05*
Tabagismo (Masculino)	1,56	1,17 - 2,07	<0,05*
TARV (Masculino)	0,89	0,73 -1,08	>0,05
TARV Regular (Masculino)	0,98	0,72 - 1,34	>0,05
Exerce Atividade Laboral (Masculino)	2,57	1,47-4,5	<0,05*
Auxílio Doença (Masculino)	0,86	0,41-1,38	>0,05
Carga Viral X CD4	1,47	0,97-2,21	>0,05

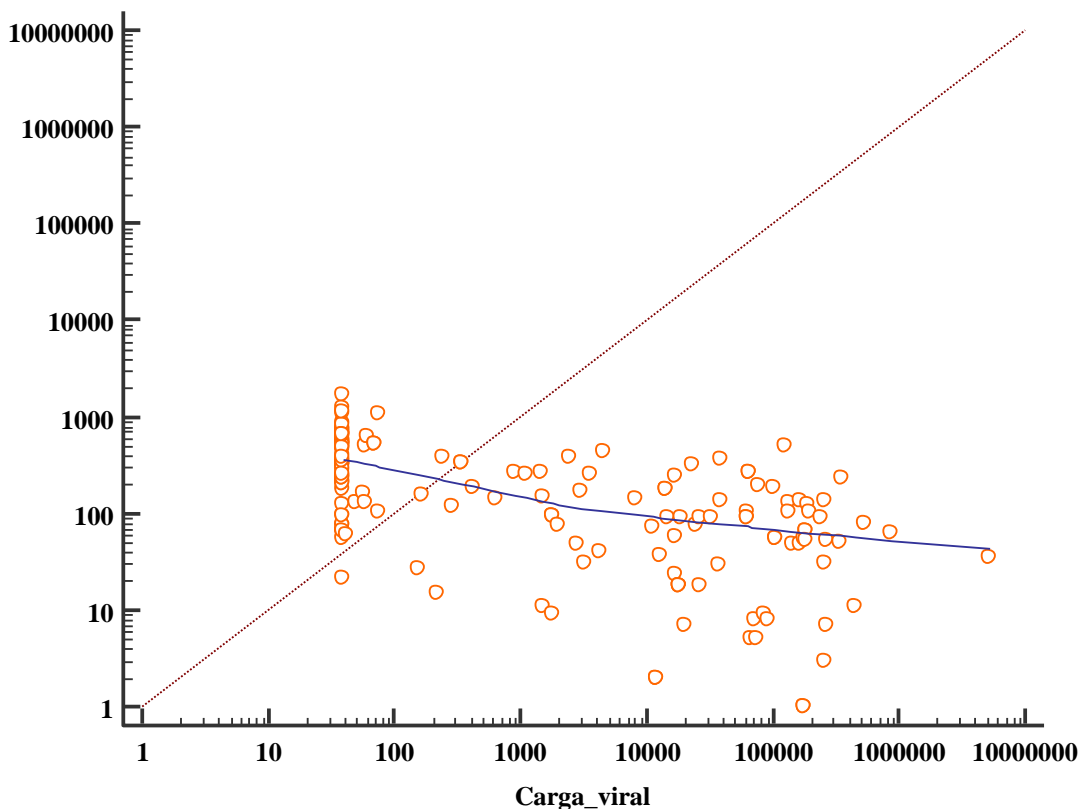
Podemos observar que os resultados quanto ao uso de drogas ilícitas, uso de bebidas alcoólicas e o tabagismo, os homens apresentaram maior prevalência em relação às mulheres, e isto foi significativo ($p < 0,05$).

Em relação à avaliação sobre a TARV, se observa que os homens apresentam resultados equiparados em relação às mulheres. Não houve nesta pesquisa diferenças entre os sexos quanto a aderência à terapia antirretroviral ($p > 0,05$). Na avaliação sobre a

atividade laboral, houve diferença nos resultados, os homens referiram estar em atividade laboral, em percentual maior em relação às mulheres ($p < 0,05$).

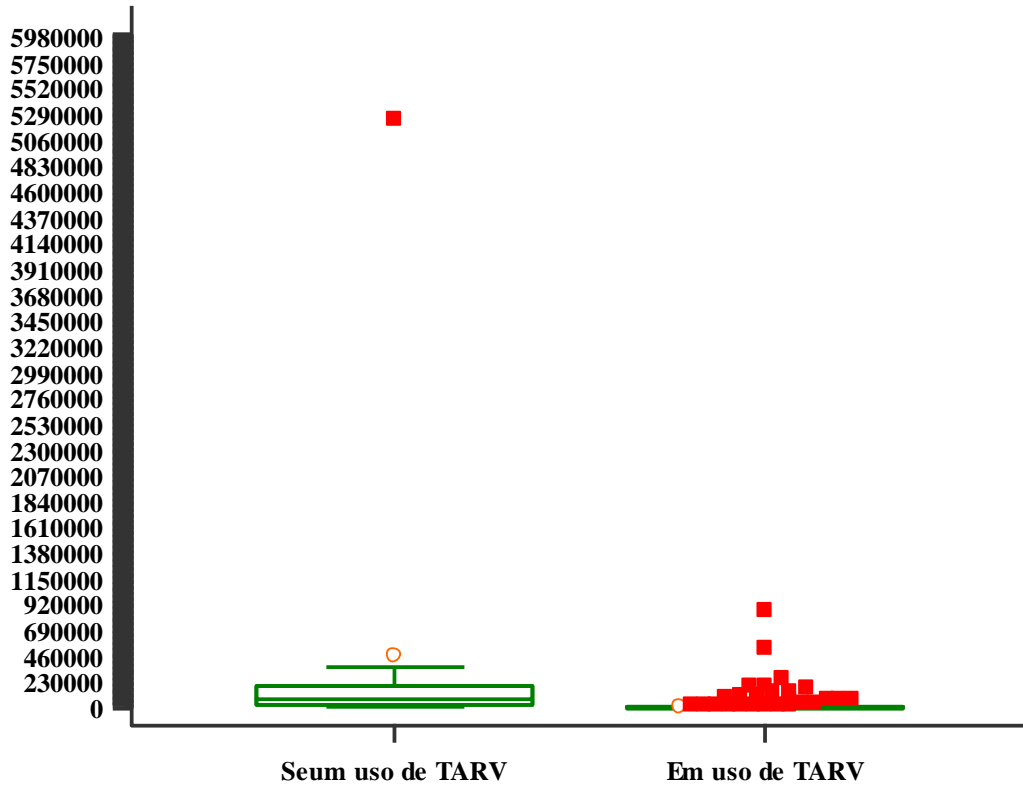
No quesito auxílio doença, avaliando os homens em relação às mulheres, verificou-se que eles apresentam menor índice de recebimento desse auxílio, sendo assim as mulheres recebem em maior número o benefício de auxílio doença, no entanto sem significância estatística ($p > 0,05$). Na avaliação de correlação entre carga viral e contagem de células CD4, verificou-se que não houve correlação significativa ($p > 0,05$).

Gráfico 2 - Gráfico de dispersão demonstrando o grau de correlação entre carga Viral e CD4



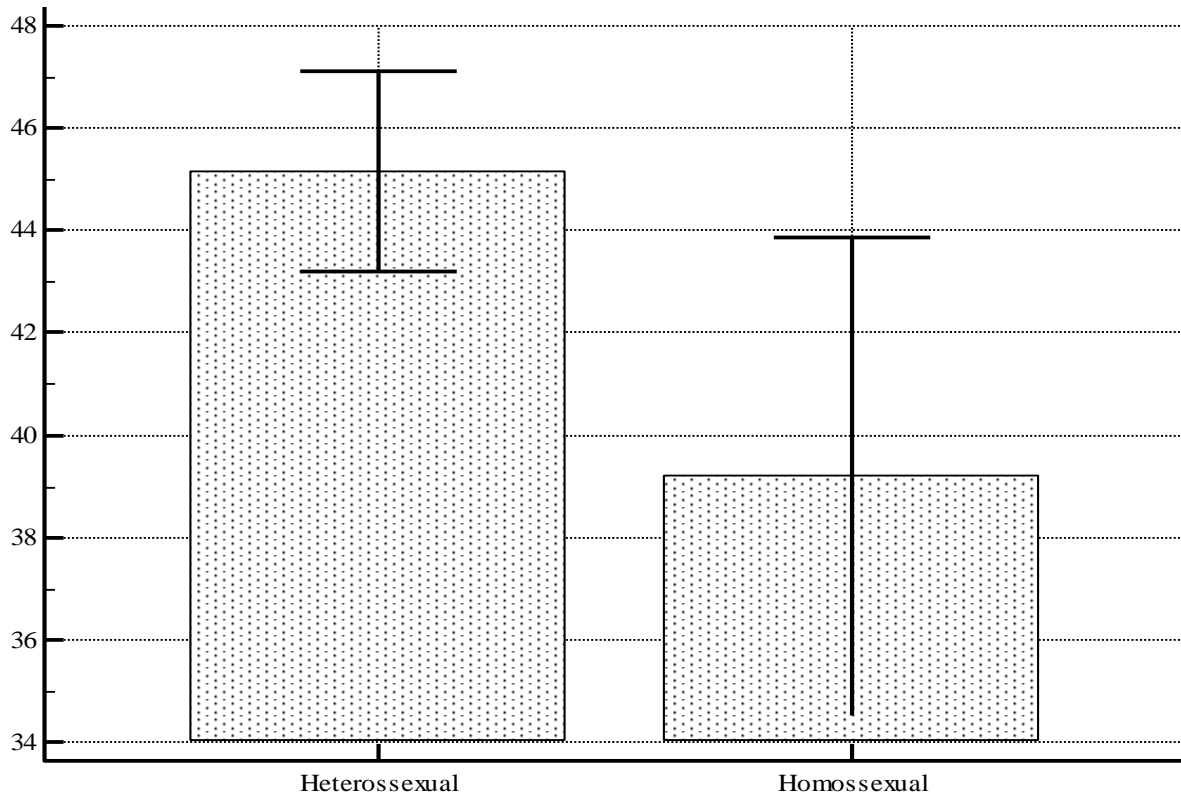
A seguir (Gráfico 3), a comparação de medianas dos valores de carga viral entre usuários de TARV é demonstrada, na análise não houve diferença entre os grupos ($p > 0,05$).

Gráfico 3 - Comparação dos valores de tendência central (mediana) decarga viral entre pacientes em uso de TARV



No gráfico 4, a comparação das médias de idade entre pacientes com comportamento homossexual e heterossexual, mostra diferença significativa ($p < 0,05$), demonstrando que os pacientes com comportamento possuem média de idade significativamente superior à daqueles com comportamento homossexual.

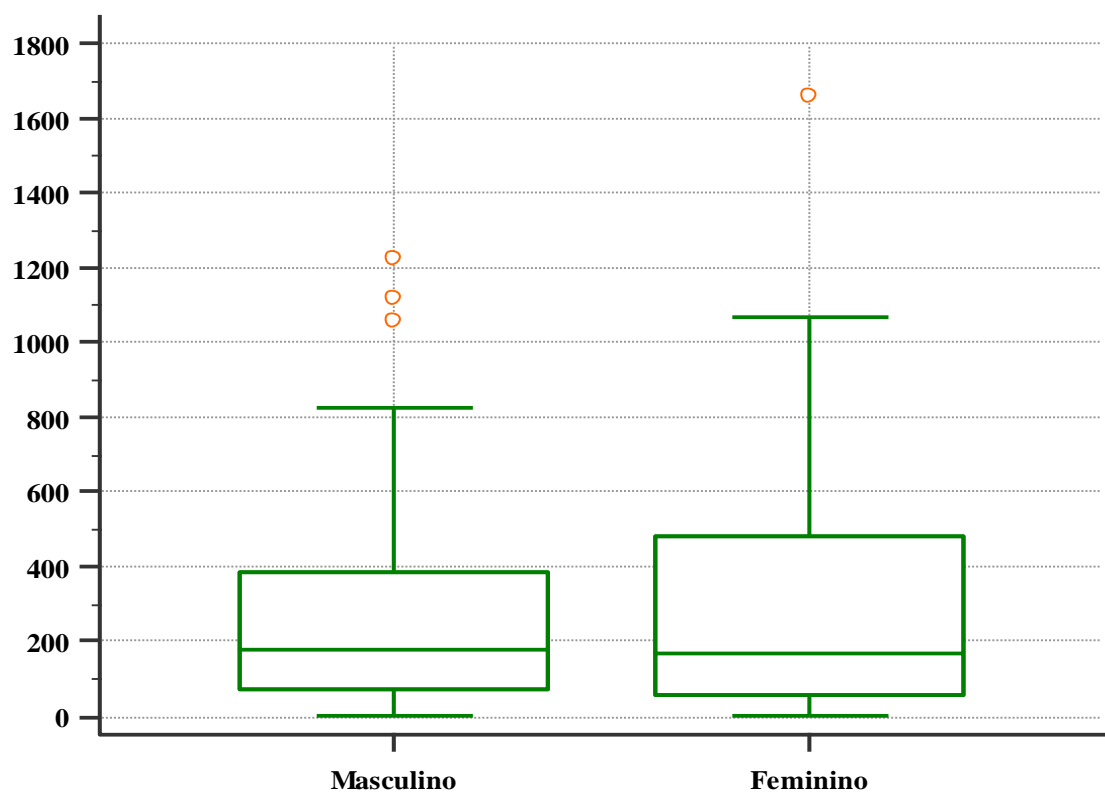
Gráfico 4 - Comparação das médias* de idade entre pacientes que referem comportamento heterossexual versus homossexual.



*Teste t de Student para amostras pareadas

No gráfico 5 a comparação de medianas de valores de células T CD4+ entre pacientes do sexo masculino e feminino é demonstrada, sendo que não houve diferença estatística ($p > 0,05$).

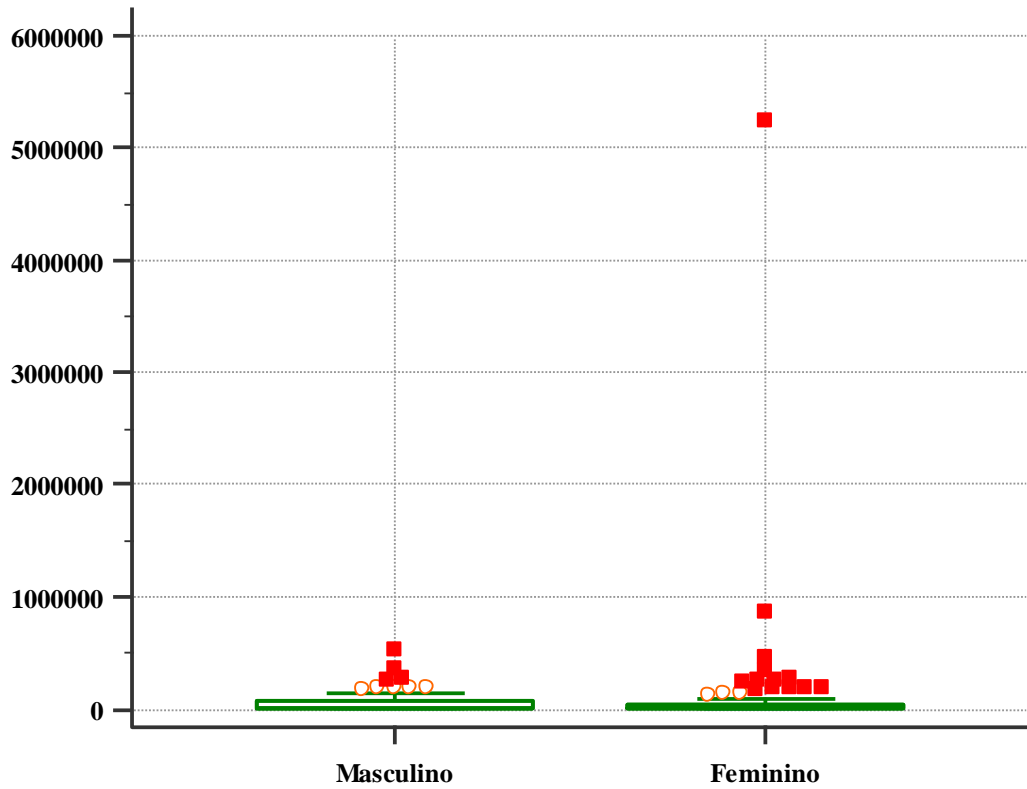
Gráfico 5 – Comparação dos valores de medianas* das células CD4 entre pacientes dos sexos masculino e feminino.



*Teste de Mann-Whitney para amostras independentes

No gráfico 6 a comparação entre os sexos se refere aos valores das medianas de carga viral.

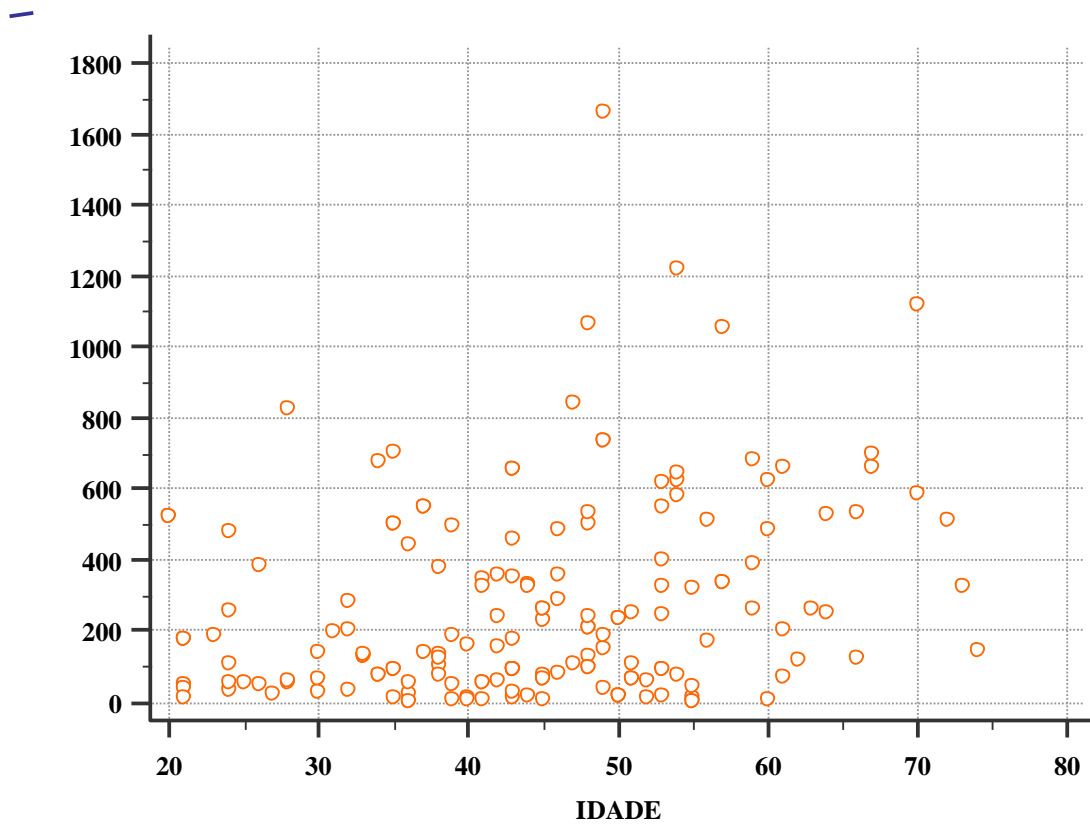
Gráfico 6 - Comparação dos valores de medianas* da carga viral entre pacientes dos sexos masculino e feminino.



*Teste de Mann-Whitney para amostras independentes

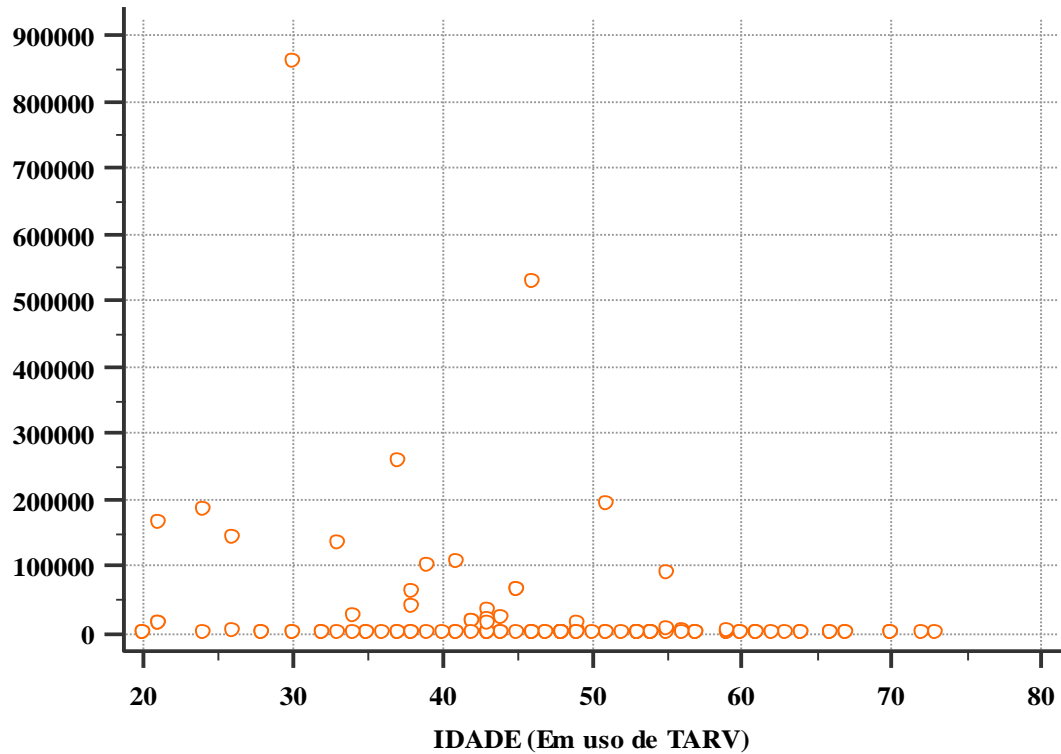
Nessa comparação também não foi observada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Gráfico 7 - Análise de correlação da contagem de células CD4 com a Idade dos pacientes



Na análise entre células T CD4 e a idade dos pacientes estudados (Gráfico 7), não se observou nenhuma correlação significativa ($p > 0,05$). O mesmo foi observado quanto à carga viral (Gráfico 8), considerando-se os usuários de TARV.

Gráfico 8 - Análise de correlação entre a Carga Viral entre os usuários de TARV e a idade.



Na tabela 9 estão listados os principais diagnósticos de admissão dos pacientes na UE-HCFMRP/USP.

Tabela 9 – Distribuição dos principais diagnósticos que motivaram a admissão à Unidade de Emergência dos pacientes durante o período de estudo.

Diagnósticos na admissão	Homens	Mulheres	%
PNM + Pneumocistose + Derrame Pleural+ Irpa	23	7	17,4
Afecções SNC (meningite, neurotoxoplasmose, LEMP, Demência Pelo HIV)	14	10	14
Tuberculose	7	3	5,8
Câncer	5	4	5,2
Doenças Cardíacas	6	7	7,5
Infecções Sistema Urinário	2	7	5,2
Infecções Abdominais	3	4	4
HDA	2	1	1,7
TAE	4	3	4
Infecções Oculares	4	4	4,6
Infecções Cutâneas (abcessos, celulites Herpes)	9	3	7
Infecções Anais	4	0	2,3
Diarreia	5	5	5,8

Infecções VAS	2	4	3,4
CMV	2	1	1,7
Desnutrição +Desidratação	2	4	3,5
Dengue + H1N1	3	2	2,9
FCC MSD com serra circular	1	0	0,6
Espancamento	2	1	1,7
Fratura Fêmur Direito	1	0	0,6
Aborto	0	1	0,6

Os pacientes admitidos na UE-HCFMRP/USP, apresentaram diagnósticos que, separados entre masculinos e femininos, se pode observar que as doenças do trato respiratório (Pneumonia, Pneumocistose, Derrame Pleural, Insuficiência Respiratória) apresentaram maior porcentagem 17%, principalmente na população masculina, seguido das doenças do SNC (Neurotoxo, Meningite, AVE, LEMP, Demência pelo HIV,etc) que representaram 14% desses diagnósticos, depois temos as doenças cardíacas que representam 7,5% dos casos, as demais doenças mantiveram porcentagens equiparada entre elas.

6 - DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico e clínico dos pacientes portadores do HIV que foram admitidos na sala de emergências/urgências, no período de março a novembro de 2016, apresentou resultados que acompanham a epidemia no mundo. Neste trabalho predominaram os pacientes do sexo masculino, foram 101 homens e 71 mulheres. Acompanhando o perfil da evolução da doença, pois no início da epidemia o número de homens contaminados era muito maior que o de mulheres, no entanto, no decorrer dos anos, o número aumentou visivelmente e as mulheres representam um grande número de portadoras do vírus atualmente, sendo que segundo dados do Ministério da Saúde em 2015 a razão de sexos foi de 4 homens para cada 2 mulheres.^(19,20,21)

Na presente pesquisa as mulheres representaram um número menor em relação aos homens, entretanto, se observa que os homens continuam mais expostos aos fatores de risco de contaminação, por outro lado isso leva as mulheres, suas companheiras a ficarem vulneráveis a contraírem o HIV. Na pesquisa observou que ao serem perguntadas sobre qual forma contraíram o vírus, a resposta em sua maioria foi “de seus companheiros”, aos quais mantinham relacionamento estáveis e duradouros e não sabiam que eles estavam contaminados, mas se expuseram a fatores de riscos e foram contaminadas, ao relataram que não faziam uso de preservativo durante as relações sexuais com seus parceiros, pois, tinham receio em pedir que eles usassem, esse resultado vai em concordância com outros trabalhos publicados.⁽²²⁾

A idade dos pesquisados teve variação entre 20 a 74 anos; conforme resultados a média de idade foi de 44,4 anos, não apresentando diferenças significativas entre homens e mulheres. Foi notada a presença de pacientes com idade acima dos 60 anos, sendo 11% da amostra total. Existem autores que referem que esta população mais velha está

interagindo mais com as atividades sociais, incluindo namoros. Atualmente o mercado oferece medicações que possibilitam a vida sexual ativa, além do advento da terapia antirretroviral possibilitar a longevidade desses pacientes, pessoas que contraíram o vírus ainda mais jovem e estão convivendo com o HIV por mais de 15, 20, 25 anos. ^(20,23) Diante desse cenário não se pode deixar de atentar para essa faixa etária da população, levando mais informações e desfazendo tabus, para evitar o crescimento de pessoas contaminadas pelo HIV na terceira idade.

Foi perguntado aos pacientes o local onde descobriram serem portadores do vírus HIV, sendo que 80,3% informaram que foi em Ribeirão Preto e 13 pacientes (7,6%) descobriram na UE-HCFMRP/USP durante a internação, tais pacientes chegaram com suspeitas diagnósticas sem terem nenhuma correlação aparente com o vírus, sendo que durante a internação através de entrevista, exame físico e exames sanguíneos foram revelando descobertas que levariam a sorologia positiva, antes não tinham conhecimento a respeito de sua condição sorológica, os demais descobriram em suas cidades de origem, não apresentando nenhuma diferença estatística na comparação entre homens e mulheres.

Avaliando o comportamento sexual desses pacientes, foi observado que o comportamento heterossexual prevaleceu entre as entrevistadas do sexo feminino todas declararam serem heterossexuais. Entre o sexo masculino tivemos 34% afirmando ser homossexual, sendo que a média de idade desses pacientes ficou em 39,2 anos, apresentando-se menor em relação aos heterossexuais onde a média ficou em 45,2 anos, mostrando que houve diferença nesta comparação ($<0,05$). Setenta e seis por cento declararam serem heterossexuais e 7% declararam serem bissexuais, sugerindo que o perfil do comportamento sexual dos portadores do HIV/AIDS se modificou, considerando-se que no início da epidemia os homossexuais masculinos eram a maior parte da

população contaminada, mas ao longo desses anos o perfil dos portadores do vírus foi se modificando e atualmente os heterossexuais representam maior porcentagem das pessoas convivendo com a doença e o vírus.^(1,19,24)

A forma de contágio do vírus que prevaleceu entre os pesquisados foi a relação sexual sem proteção, sendo 80,3% dos casos, enquanto que 10,5% dos pacientes referiram não saberem como contraíram o vírus, pois, esses pacientes informaram que não se lembravam de ficarem vulneráveis a nenhum fator de risco, por isso não tinham conhecimento da forma de contágio, sendo que apenas 01 paciente se recusou a informar a forma de contágio. Por outro lado, para 5,8 % a contaminação foi por meio de drogas injetáveis, ou seja, compartilharam a mesma seringa na utilização da droga, enquanto que para 2,9% dos entrevistados a forma de contágio foi através da transmissão vertical. Desse modo, a transmissão por via sexual vem aparecendo no cenário nacional com destaque, tanto em homens com nas mulheres.⁽²⁴⁾ Nesta pesquisa ela representou mais de 80% da forma de contaminação dos entrevistados, entre as mulheres representou 86% da forma de contágio e entre os homens a porcentagem de 76%. A maior incidência nesta forma de contágio segue em concordância com os trabalhos publicados atualmente, as relações sexuais sem proteção aparecem como a forma de contaminação pelo HIV que prevalece nas pesquisas publicadas.^(24,25,26)

Avaliando o nível de escolaridade dos pesquisados se observa que se manteve muito baixo, 83 % dos pacientes referiram ter o ensino fundamental, 13,4% o ensino médio, e 4,7% o ensino superior, entre os homens e as mulheres, havendo diferença na comparação apenas com ensino superior. Alguns autores levam em consideração o fator escolaridade como forma de avaliar também o nível econômico dos pacientes portadores do HIV, assim se observa que o perfil da infecção pelo HIV/AIDS está se alterando ao

longo dos anos, se transformando em uma doença predominante entre as classes mais pobres da população.^(25,26)

Em relação à atividade de trabalho remunerado, houve maior prevalência entre os homens em relação às mulheres ($p < 0,05$), salientando que 49,4% dos pacientes relataram receber o benefício auxílio doença pago pelo o INSS, sendo que esses valores não ultrapassam o valor do salário mínimo estipulado para cada estado brasileiro, reforçando o estigma de pauperização da doença. Ao se analisar os dados entre os homens e mulheres, não houve significância estatística ($p > 0,05$) na comparação no recebimento do benefício.

Os pacientes internados tiveram destinos diferentes, 35,5% foram transferidos para UETDI (Unidade Especial Tratamento Doenças Infectocontagiosas), localizado no HCFMRP-Campus, uma referencia no atendimento de pacientes portadores do HIV em Ribeirão Preto e região, 44,2% receberam alta hospitalar para seguimento ambulatorial, para 4,7% desses pacientes houve transferência para as enfermarias do Campus, 2,9 % evadiram-se do hospital sem terminar o tratamento. Houve também teve transferência para hospitais de nível secundário, sendo 2,9% para o Hospital Estadual localizado em Ribeirão Preto, e 0,6% para o Hospital de Guariba, ambos para seguimento do tratamento com menor complexidade, 16% desses pacientes evoluíram para óbito na Unidade Emergência/Urgências.

Analisando o tempo de convivência com o vírus entre os pesquisados e se encontrou variação de um dia a 25 anos, havendo pacientes que descobriram o vírus durante a internação e pacientes que descobriram serem portadores do HIV há anos. A média encontrada foi de 11 anos entre as mulheres e 7 anos entre os homens, representando diferença na comparação entre ambos conforme resultados ($p < 0,05$).

Conforme dados da UNAIDS devido aos medicamentos antirretrovirais as pessoas estão vivendo mais tempo com o vírus, as mortes estão diminuindo, e isso reflete na longevidade dos portadores do vírus, principalmente quando comparamos com o início da epidemia.

A média de carga viral foi menor nos pacientes do sexo feminino (286.000 cópias/ml), em relação ao sexo masculino que apresentou a média de 342.000 cópias/ml, apresentando diferença estatística entre eles ($p < 0,05$). Em um estudo realizado no município de Teresópolis em 2012, o resultado diferiu do encontrado na presente pesquisa, sendo que neste estudo as mulheres apresentaram maior carga viral no organismo em relação aos homens, no entanto, em outro estudo na cidade do Rio de Janeiro em 2011, os homens apresentaram maior carga viral em comparação com as mulheres assim como os resultados desta pesquisa. ^(20,22)

Em relação ao CD4, os pacientes deste estudo apresentaram equivalência estatística entre ambos os sexos, com média de 273 cel/mm³ para as mulheres e 265 cel/mm³ entre os homens ($p > 0,05$).

Analisando o uso da TARV com a carga viral dos pacientes desta pesquisa se notou grande diferença entre os que usam a terapia e os que não fazem uso da terapia ($p < 0,05$), i.e, a média para os pacientes usuários da TARV foi de <39 cópias/ml, enquanto que entre os não aderentes à TARV foi de 419 cópia/ml. Isso significa que a TARV tem destaque importante no tratamento da AIDS, pois, se verificou com esses resultados que os pacientes que são aderentes ao tratamento com medicações antirretrovirais apresentaram carga viral menor em relação aos demais. Avaliando outros estudos publicados onde também se confirmam esse achado, a TARV diminui a replicação do

vírus no organismo, impedindo que ele se reproduza e provoque danos no sistema imunológico do indivíduo, trazendo benefícios.^(24,27,28,29)

Na análise entre o CD4 e carga viral dos pacientes desta pesquisa, não se verificou correlação entre essas variáveis conforme os resultados obtidos ($p>0,05$). Em estudo realizado em 2005 também não houve associação significativa na comparação entre a carga viral e o CD4 dos pacientes.⁽³⁰⁾

Em análises univariadas demonstrando associação entre as variáveis segundo os sexos, a utilização do uso de drogas, álcool e tabaco prevaleceu entre os homens, a Razão de Prevalência no uso de drogas consideradas ilícitas foi de em 2,11 em relação às mulheres, no uso de álcool 1,62 e no tabagismo 1,56 com resultado ($p<0,05$). A relação do uso de álcool e drogas no portador do HIV não se mostra favorável, considerando que trabalhos publicados demonstraram que essa combinação é prejudicial em vários aspectos, pois, o uso do álcool e drogas deixa vulnerável o usuário, interferindo na adesão ao tratamento da doença, inclusive na terapia antirretroviral, porém na literatura não houve consenso a respeito sobre a interferência direta na combinação medicamentosa.^(31,32,33)

7 - CONCLUSÕES

O perfil epidemiológico e clínico dos pacientes deste estudo realizado na Unidade de Emergências do HCFMRP apresentou predominância dos indivíduos do sexo masculino, da raça caucasiana (Branca), com maior porcentagem de moradores da cidade de Ribeirão Preto, prevalecendo entre os pesquisados o baixo nível escolar, em ambos os sexos, sendo beneficiários do programa de auxílio doença do SUS, onde recebem em torno de um salário mínimo, reforçando a caracterização da pauperização da doença no Brasil.

O comportamento heterossexual prevaleceu neste estudo; a relação sexual desprotegida se mostrou como a forma de contágio predominante, revelando a necessidade de investir mais nas políticas de saúde do governo para as DST/AIDS, como forma de prevenção, informação e educação.

Os usuários aderentes à terapia antirretroviral apresentaram menor carga viral em relação aos não aderentes, evidenciando a importância da TRAV para o tratamento da doença.

O uso do tabaco, álcool e drogas ilícitas apresentaram maior prevalência nos indivíduos do sexo masculino.

As doenças do sistema respiratório e do SNC foram as principais causas das internações, doenças essas que ainda são consideradas oportunistas, mostrando que esses pacientes não são aderentes ao tratamento antirretroviral, reforçando a necessidade de investir nos fatores que facilitem a adesão à terapia medicamentosa.

8 - BIBLIOGRAFIA

- 1- Manm J, Tarantola J M D, Netter T N. A AIDS no Mundo. Rio de Janeiro: editora: Relume; 1993.
- 2- Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa J S. A AIDS no Mundo. Rio de Janeiro: editora Relume; 1992.
- 3- Maliska ICA, Padilha MICS, Andrade SR. AIDS e as primeiras respostas voltadas para a epidemia: contribuições dos profissionais de saúde. Revista UERJ. Rio de Janeiro. 2015.
- 4- Pereira M A, Pereira J M. AIDS ontem hoje e amanhã. II Congresso virtual HIV/AIDS. 2010.
- 5- Sá C A M, Costa T. Corpo a corpo contra a AIDS. Rio de Janeiro: editora Revinter; 1994
- 6- Sande M A, Volberding P A. Tratamento clínico da AIDS. Rio de Janeiro: editora Revinter, 1995
- 7- Unaid Report in the Global AIDS Epidemic/2010: The Global reference book on the AIDS epidemic and response. Disponível em: <http://www.unaids.gov/>: acesso em 02 de setembro 2011.
- 8- Ministério da saúde: Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais 2011:<http://www.aids.gov.br> acesso 03 de Setembro 2011.
- 9- Saldanha A A W. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. [Tese de doutorado]. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.
- 10- Rodrigues D A L. Mulheres com 50 anos ou mais e a epidemia da AIDS: proposta de jogo educativo para estratégia saúde da família. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011
- 11- Pandit V, Valsaon R, Seshadi S, Bahuleyan S. Disseminated tuberculosis presenting as mesenteric and cerebral abcess in HIV infection case report. Salvador, 2009
Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". Rev. Saúde Pública 2007; 41(5): 685-694. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>.
- 12- Filho AC, Abrão P. Alterações metabólicas do paciente infectado por HIV. Arq Bras Endocrinol Metab 2007;51(1):5-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302007000100003>

- 13- Trombini ES, Schermann LB. Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(2):119-125.
- 14- Ministério da Saúde: secretaria da vigilância em saúde 2008: [:http://www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). acesso em 10 dezembro 2015.
- 15- Qaseem A, et al. Screening for HIV in Health Care Settings: A Guidance Statement From the American College of Physicians and HIV Medicine Association. *Ann Int Med*, 2009;150(2):125-131. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=744218>. Accessed 7/6/15.
- 16- Tancredi MV. Sobrevida de Pacientes com HIV e AIDS nas eras pré e pós terapia antirretrovirais de alta potencia. [Tese doutorado]. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010
- 17- Pandit V, Valsaon R, Seshadi S, Bahuleyan S. Disseminated tuberculosis presenting as mesenteric and cerebral abcess in HIV infection case report. *Braz J Infect Dis* 2009;13(5):383:386. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702009000500014>
- 18- Junior A L R. Geopidemiologia da AIDS e das doenças oportunistas transmissíveis na faixa da fronteira brasileira. [Tese doutorado]. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.
- 19- Hospital das Clinicas FMRP USP, manual do usuário da Unidade de Emergências. Ribeirão Preto:2012.
- 20- Gonçalves ZR, Khon AB, Silva SD, Louback BA, Velasco LCM, Naliato ECO, et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes HIV-Positivo Cadastrados no Município de Teresopolis,RJ. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2012;24(1):9-14.
- 21- Ministério da Saúde: Secretaria da Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV-AIDS. 2016. <http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico>: acesso em 08 julho 2017.
- 22- Silva LR. Epidemiologia da Infecção pelo HIV/AIDS em Mulheres Atendidas em Hospitais de Referencia de Goiania-Goias: uso da técnica de relacionamento de bases de dados:.Goiania. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade Enfermagem, Universidade Federal Goiás. 2011.
- 23- Bertoni RF, Bunn K, Silva J, Traebert J. Perfil Demográfico e Socioeconômico dos Portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São Jose, SC. *Ver Arq Catarinense de Medicina* 2010; 39(4): 75-79.
- 24- Castro AP, Magalhães M, Lírio M, Paste AA. Perfil Socioeconômico e Clínico dos Pacientes Internados com HIV/AIDS em Hospital de Salvador, Bahia. *Rev Baiana Saúde Publica* 2013; 37(Supl.1): 122-132.
- 25- Trevisol FS, Pucci P, Justino AZ, Pucci N, Silva ACB. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com HIV Atendidos no Sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, 2010. *Rev*

Epidemiol & Serviço de Saúde 2013; 22(1):87-94. doi: 10.5123/S1679-49742013000100009

- 26- Almeida MC, Almeida EB. Perfil dos Pacientes com Infecção pelo HIV Admitidos em uma Unidade Terapia Intensiva Adulto em Hospital Universitário de Juiz de Fora, MG. Rev Enf. UFJF 2015; 1(2): 187:193.
- 27- Jung NR, Petruzzi MNMR, Cherubini K, Salum FG, Figueiredo MAZ. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Portadores do HIV do Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS :Estudo Retrospectivo. Porto Alegre. TCC [Graduação em Odontologia]. Faculdade Odontologia PUC do Rio Grande do Sul. 2011.
- 28- Pieri FM, Laurenti R. HIV/AIDS: Perfil Epidemiológico de Adultos Internados em Hospital Universitário. Cienc Cuid Saude 2012; 11(suplem.):144-152. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v11i5.17069
- 29- Galvão MTG, Gouveia AS, Fiuza MLT, Costa E. Reflexões de Portadores HIV/AIDS Acerca Terapia Antirretroviral. Galvão MTG, Gouveia AS, Fiúza MLT, Costa E. Rev Rene, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.): 966-72. 967
- 30- Araújo ACL, Melo VH, Castro LPF, Guimarães MDC, Aleixo AW, Silva ML. Associação Entre a Carga Viral e os Linfócitos T CD4 com as Lesões Intra-Epiteliais do Colo Uterino em Mulheres Infectadas pelo Vírus Imunodeficiência Humana. Rev. Bras.Ginecol.Obstet. 2005;27(3): 106-111. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000300002>.
- 31- Santos VF, Galvão MTG, Cunha GH, Lima ICV, Gir E. Efeito do Álcool em Pessoas com HIV: Tratamento e Qualidade de Vida. ACTA Paulista de Enfermagem 2017; 30(1): 94-100. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700014>
- 32- Barroso PF, Knauth DR. Políticas de Saúde, HIV e Drogas : a Perspectiva dos Usuários e os Desafios Desses Itinerários Terapêuticos. 30º Reunião Brasileira de Antropologia. 2016 agosto 3-6. João Pessoa, PB. 2016
- 33- Filho MPS, Luna IT, Silva KL, Pinheiro PNC. Pacientes Vivendo com HIV/AIDS e Confecção de Tuberculose: Dificuldades Associadas a Adesão ou Abandono do Tratamento. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(2): 139-145.

9 - APENDICE

9.1-Questionario Estruturado

1-, Questionário roteiro estruturado:

A-Characterização dos sujeitos

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Filhos:

Etnia:

Nacionalidade:

Naturalidade:

Cidade em que reside:

Reside com:

Nível Escolar:

Profissão:

B- Caracterização clinica dos sujeitos:

Data de admissão:

Data de alta:

Queixa principal:

Diagnostico de HIV em:

Doenças prévias:

Resultado de exames:

Hemograma:

CD4:

Carga viral:

Comportamento ou condição de risco

Homossexualidade () Sim () Não () sem resposta

Bissexualidade () Sim () Não () sem resposta

Prática heterossexual sem proteção () Sim () Não
() sem respostaUso de drogas ilícitas: () sim () não () sem resposta
Qual (is)?

Etilista: () sim () não

Tabagista: () sim () não

Como acha que contraiu o HIV?

Uso de TARV: () sim () não

Quais antirretrovirais faz uso?

Seguimento ambulatorial? () Sim () Não. Qual a regularidade? _____

Condições clínicas na admissão:

Evolução clínica:

Dias de permanência na Unidade: _____

Destino (desfecho):

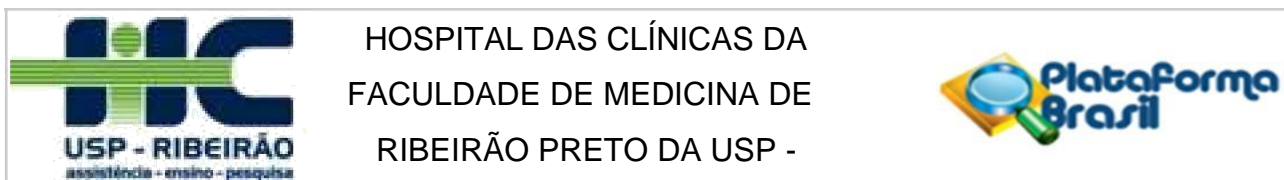
9.2-TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pesquisa: A Avaliação do Perfil Clínico e Epidemiológico dos Pacientes Portadores do HIV, atendidos em Unidade de Emergências de Alta Complexidade. Meu nome é Edna Aparecida Alves da Silva, sou enfermeira mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações de Saúde da FMRP/USP, e sou responsável por esta pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Altacilio Aparecido Nunes, que tem objetivo de avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos portadores do HIV. Será utilizado questionário com perguntas ao entrevistado sobre sua vida pessoal, em local com privacidade para as respostas e as informações fornecidas serão avaliadas pelo pesquisador, sempre preservando a identificação do participante da pesquisa. Ao participar deste estudo a sra (Sr) tem a liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para sra (Sr); sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do email: ednaalves24@hotmail.com da pesquisadora, e no celular :16 993772557 da pesquisadora, e também é possível entrar em contato com o comitê de ética para qualquer duvida no telefone:16 36022228. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados. Fica esclarecido que existe mesmo que mínimo o risco de quebra do sigilo de seus dados confidenciais. Ao participar voluntariamente desta pesquisa a sra (Sr) não terá nenhum benefício direto, entretanto esperamos que este estudo traga informações importantes para melhorar a qualidade da assistência á saúde dos portadores HIV. Onde o pesquisador se compromete divulgar os resultados obtidos. Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo. -

Eu _____

_____ Recebi uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e esclarecido
 Ribeirão Preto _____ de _____ de 2016

_____ Assinatura do participante _____ Assinatura
do pesquisador



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do perfil Clínico e Epidemiológico dos Pacientes Portadores do HIV, atendidos em Unidade de Emergência de Alta Complexidade

Pesquisador: Edna Aparecida Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51932715.9.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.449.484

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, a ser conduzido na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP/USP), no período de outubro de 2015 a maio de 2016. Serão incluídos no estudo pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, admitidos nas salas de assistência emergencial da UE-HCFMRP/USP com diagnóstico de HIV/Aids, ou na situação em que o diagnóstico seja suspeitado e confirmado durante a hospitalização e que concordem diretamente, ou através de autorização de familiares ou responsáveis em participar da pesquisa, sob leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: analisar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores HIV que são admitidos numa

Unidade de Emergência em serviço de alta complexidade assistencial;

Objetivo Secundário: analisar o perfil clínico desses pacientes;avaliar as causas das internações;avaliar a evolução clinica desses pacientes;avaliar a aderência aos antirretrovirais entre esses pacientes.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 1.449.484

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 14 de Março de 2016

Assinado por:

MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

