

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES HIV-POSITIVO CADASTRADOS NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS, RJ

Záfia R Gonçalves¹, Alana B Kohn¹, Saulo D Silva¹, Barbara A Louback¹, Livia CM Velasco¹, Erika Cesar O Naliato², Mauro Geller^{2,3,4}

RESUMO

Introdução: a partir da década de 1980 teve início a epidemia pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a síndrome da imunodeficiência humana (aids). Por não haver opção terapêutica, naquela época, os pacientes diagnosticados evoluíram rapidamente a óbito. Desde 1996, com a inserção da terapia antirretroviral, a infecção pelo HIV tornou-se uma doença crônica, o que dificulta a adesão ao tratamento proposto, em vários casos. **Objetivo:** avaliar o perfil dos pacientes acompanhados no ambulatório de DST/aids da Divisão de Vigilância Epidemiológica de Teresópolis-RJ e relacioná-lo com o índice de comparecimento às consultas, as dosagens de CD4 e carga viral e os óbitos. **Métodos:** este é um estudo transversal retrospectivo de caráter qualitativo. Analisamos prontuários de pacientes com diagnóstico de aids disponíveis na Divisão de Vigilância Epidemiológica de Teresópolis cadastrados no período de 2000 a 2010. **Resultados:** pacientes que realizavam acompanhamento médico a cada 3 meses apresentaram carga viral menor e níveis de CD4 maiores em relação aos que não acompanhavam regularmente ($p < 0,01$). Pacientes que foram a óbito tiveram menor comparecimento regular às consultas, como também menor tempo de evolução da doença ($p < 0,01$ nas duas análises). **Conclusão:** foram poucas as diferenças entre os dados confrontados por nós e aqueles encontrados na literatura, sendo a principal divergência relacionada à predominância de casos de HIV/aids no sexo feminino e maior número da carga viral nesse grupo.

Palavras-chave: síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV, perfil de saúde, DST

INTRODUÇÃO

Na década de 1980, o mundo vivenciou o início da epidemia relacionada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência humana (HIV/aids). No Brasil, desde a identificação do primeiro caso, em 1980, até junho de 2010, já foram identificados 592.914 casos da doença, sendo que 58% destes ocorreram na região Sudeste⁽¹⁾. Ao longo desses anos, conquistas diversas foram obtidas, em termos científicos, tecnológicos e humanísticos. No entanto, o sentimento de impotência profissional ficou marcado, principalmente nos primeiros anos, quando os pacientes eram diagnosticados e rapidamente evoluíram a óbito, por não haver alternativas terapêuticas⁽²⁾.

O ano de 1996 representou um marco, pois nesse período foi proposto o tratamento com associação de drogas antirretrovirais (ARV). Assim, a aids foi transformada em doença crônica. Essa terapêutica tem imposto benefícios consideráveis ao seu usuário, como prolongamento de sobrevida, melhora da qualidade de vida, diminuição de episódios mórbidos e redução do número e da frequência de internações; entretanto, requer perfeita adesão^(3,4).

A adesão é caracterizada por ser uma atividade conjunta, na qual o indivíduo não apenas obedece à orientação médica, mas segue, entende e concorda com a prescrição estabelecida pelo médico⁽³⁾. A taxa de adesão para tratamento de doenças crônicas é, em geral, baixa, tendo consequências ainda mais significativas quando se considera uma doença com limitada perspectiva de sobrevida⁽²⁾. Um estudo apontou um percentual de adesão de 64% ao tratamento com drogas antirretrovirais, número semelhante ao de muitos serviços especializados brasileiros⁽⁴⁾. No entanto, este valor mostra-se muito inferior aos 95% considerados necessários

para a eficácia máxima da terapêutica escolhida⁽⁴⁾. Logo, no HIV/aids, a má adesão gera falências, possibilitando a emergência de estirpes virais resistentes, comprometendo o prognóstico do indivíduo⁽⁵⁾.

Um meio que pode ser utilizado de maneira indireta para controlar a adesão à terapia antirretroviral é a quantificação da carga viral⁽⁴⁾, cujo nível a ser alcançado seria de no máximo 50 cópias do HIV/mL⁽⁶⁾. A aids compromete indivíduos de todas as faixas etárias e sua sobrevida tem sido relacionada a fatores individuais, médico-assistenciais e sociais. Sabe-se também que é associada a faixas etárias mais jovens⁽³⁾. No que se refere à idade, existe certo consenso na literatura, segundo o qual, em doenças crônicas, a aderência aumenta com a idade, exceto no caso dos idosos acima de 75 anos, devido provavelmente à frequência de múltiplas doenças e à complexidade dos regimes terapêuticos. Porém, há outro extremo em que pessoas mais jovens tendem a ser menos aderentes, devido à dificuldade de conciliar o tratamento com os modos de vida^(2,7).

A versão preliminar do Boletim Epidemiológico Aids/DST, divulgada em dezembro de 2010, revelou que de 1980 até 2009 foram constatados 229.222 óbitos por aids no Brasil, sendo a maioria na região Sudeste. Entre estes, 37.384 ocorreram no estado do Rio de Janeiro⁽¹⁾. Nesta mesma publicação foi constatado que o número de casos de aids entre homens ainda é maior que entre mulheres, no entanto, essa diferença tem diminuído ao longo dos anos. Em 2009, a razão entre os sexos chegou a 1,6 caso em homens para cada caso entre mulheres⁽¹⁾. Outro dado importante foi o aumento da incidência dos casos entre indivíduos com idade acima de 60 anos. Em 1997, a taxa de incidência para cada 100.000 habitantes nesta faixa etária era de 4,0% e em 2009 chegou a 8,4%⁽¹⁾.

OBJETIVO

Avaliar o perfil dos pacientes acompanhados no ambulatório de DST/aids da Divisão de Vigilância Epidemiológica de Teresópolis

¹ Discente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO (Fundação Educacional Serra dos Órgãos).

² Docente do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO.

³ Docente do IPPMG – UFRJ (Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - Universidade Federal do Rio de Janeiro).

⁴ Docente colaborador – NYU New York University Medical School.

polis-RJ e relacioná-lo com o índice de comparecimento às consultas, as dosagens de CD4 e carga viral e os óbitos.

MÉTODOS

Este foi um estudo transversal retrospectivo de caráter qualitativo-quantitativo. Foram analisados prontuários de pacientes com diagnóstico de aids disponíveis na Divisão de Vigilância Epidemiológica de Teresópolis cadastrados no período de 2000 a 2010. Foram coletadas informações de caráter pessoal e relacionadas ao tratamento e à evolução desses pacientes.

Esta pesquisa foi conduzida após avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIFESO-CEPq e está em consonância com o estabelecido na resolução de 196/96 do Conselho Nacional em Saúde, sob o número 458-10.

Exames laboratoriais

A carga viral foi avaliada através da técnica b-DNA, *kit* HIV 3.0 RNA, cujos limites de detecção mínima e máxima correspondiam, respectivamente, a 50 e 500.000 cópias/mL. Valores < 50 cópias/mL foram considerados compatíveis com um tratamento eficaz. Os níveis de linfócitos CD4 foram obtidos através da técnica citometria de fluxo, *kit* Facscalibur/Multitest. Níveis < 350 células/mm³ foram considerados diagnósticos de aids, enquanto aqueles < 200 células/mm³ indicavam a necessidade de início de tratamento antirretroviral.

Análise estatística

Os dados foram apresentados no formato média ± desvio-padrão. Os testes T não pareado e Mann-Whitney foram empregados na comparação de médias entre dois grupos. O teste exato de Fisher foi utilizado para a comparação de variáveis categóricas. A significância estatística foi estabelecida como 5%. As análises foram realizadas através dos *softwares* Epi Info™ versão 3.5.1 (*Centers for Disease Control and Prevention*, USA, 2008) e GraphPad Prism 5 for Windows versão 5.04 (GraphPad Software, Inc, USA, 2010).

RESULTADOS

Dos 215 pacientes analisados, 48,8% eram do sexo masculino (n = 105) e 51,2% do feminino (n = 110). A média de idade desses pacientes foi de 36,8 ± 12,3 anos (homens: 38,3 ± 12,2 anos; mulheres: 35,4 ± 12,2 anos – p = 0,06) e o tempo de evolução da doença após o diagnóstico, de 10,2 ± 22,4 meses, sendo 5,4 ± 2,8 meses entre os homens e 14,8 ± 30,5 meses entre as mulheres (p = 0,45).

O percentual de pacientes com idade superior a 60 anos correspondeu a 5,6% (n = 12), sendo 58,3% do sexo masculino. O tempo de evolução da doença de pacientes com idade superior a 60 anos não diferiu dos daqueles com idade inferior (14,2 ± 30,5 *versus* 10,0 ± 21,9 meses – p = 0,72).

Compararam-se os pacientes que retornavam ao ambulatório especializado de maneira regular, isto é, a cada 3 meses (72,6% dos pacientes – homens = 71,8% *versus* mulheres = 73,3% – p = 0,47), com o subgrupo que não comparecia regularmente às consultas. A carga viral média dos pacientes que não compareciam regularmente às consultas correspondeu a 95.090,9 ± 189.540,3 cópias/mL,

contrastando com 31.761,6 ± 113.512,3 cópias/mL para o grupo que comparecia (p < 0,01). Os valores médios de CD4 no grupo que comparecia regularmente às consultas alcançaram 462,1 ± 326,5 células/mm³, ao passo que o grupo que não comparecia apresentou níveis de 295,9 ± 264,0 células/mm³ (p < 0,01).

Comparando a média de idade dos pacientes que compareciam regularmente às consultas à daqueles que não compareciam, encontramos, respectivamente, 37,4 ± 12,1 *versus* 35,7 ± 13,7 anos (p = 0,26). O grupo que comparecia regularmente às consultas era composto por 45,2% de homens e 54,8% de mulheres, enquanto no grupo que não comparecia esses percentuais atingiram, respectivamente, 47,1% e 52,9% (p = 0,47). O percentual de comparecimento regular no grupo de pacientes com idade superior a 60 anos (72,7%) foi semelhante ao do grupo com idade inferior (72,4% – p = 0,63). O tempo médio de comparecimento regular chegou a 42,4 ± 33,2 meses (homens: 42,7 ± 34,7 meses; mulheres: 42,2 ± 32,0 meses – p = 0,94) e não se observou diferença quando foram comparados pacientes com idade superior *versus* inferior a 60 anos (p = 0,15). Não houve diferença quando se comparou o tempo de evolução da doença nos pacientes que compareciam regularmente (12,0 ± 26,6 meses) ou não (7,1 ± 15,0 meses) às consultas (p = 0,86). No entanto, o tempo de comparecimento regular às consultas dos pacientes que foram a óbito foi menor (24,9 ± 34,6 *versus* 46,6 ± 31,5 meses – p < 0,01).

Consideraram-se os pacientes como evadidos quando os mesmos não haviam comparecido às consultas durante um período igual ou superior a 6 meses antes da inserção no estudo. Com base nesse critério, 30,7% dos pacientes avaliados foram considerados evadidos. A comparação entre evadidos e não evadidos não mostrou diferença significativa no tocante à idade dos pacientes (34,9 ± 10,5 *versus* 37,7 ± 12,9 anos – p = 0,21). Ao se confrontarem os resultados de homens e mulheres, a taxa de evasão foi de 37,1% *versus* 24,5% (p = 0,03). Os homens predominaram no grupo dos evadidos (59,1%), enquanto, dentre os não evadidos, a predominância foi de mulheres (55,7% – p = 0,03). A análise estatística não indicou diferença significativa quando comparada a frequência de evasão entre pacientes com idade superior *versus* inferior a 60 anos (16,7% *versus* 31,7% – p = 0,23). O tempo de evolução da doença dos pacientes evadidos foi superior ao dos não evadidos (12,7 ± 25,2 *versus* 9,2 ± 21,0 meses, respectivamente, p < 0,01).

Os pacientes que evoluíram para óbito totalizam 21,4% da amostra estudada (n = 46). Na amostra estudada, o mais frequente código da Classificação Internacional de Doenças (CID) para a causa de óbito foi o B24 (*i. e.*, doença por HIV não especificada), o qual respondeu por 84,1% dos códigos cadastrados. Esses pacientes tinham idade superior à dos que sobreviviam por ocasião da realização do presente estudo (40,2 ± 13,4 *versus* 35,9 ± 11,8 anos – p = 0,05). Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa no tocante à taxa de óbito, quando comparamos pacientes com idade superior *versus* inferior a 60 anos (p = 0,09). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as taxas de óbito de homens e mulheres (23,8% *versus* 19,1% – p = 0,25). Os pacientes que faleceram apresentaram tempo de evolução de doença inferior ao dos que sobreviveram (6,7 ± 2,8 *versus* 11,2 ± 25,1 meses – p < 0,01). Ao contrastar a taxa de óbito dos pa-

cientes que compareciam regularmente às consultas com a dos que não compareciam, encontramos os valores de 16,3% e 43,1%, respectivamente ($p < 0,01$). Entretanto, não houve diferença entre as taxas de óbito do grupo de evadidos (19,7%) e dos não evadidos (22,1% – $p = 0,42$).

A carga viral média apresentada pelos pacientes estudados foi de $49.126,1 \pm 140.872,4$ cópias/mL, com homens apresentando valores de $43.269,0 \pm 132.338,2$ cópias/mL e mulheres, $54.055,4 \pm 148.149,7$ cópias/mL ($p = 0,97$). Não se detectou diferença entre os níveis de carga viral dos pacientes com idade superior *versus* inferior a 60 anos ($16.458,8 \pm 35.509,7$ *versus* $51.472,9 \pm 145.139,4$ cópias/mL – $p = 0,78$). A carga viral média dos evadidos foi de $103.668,9 \pm 252.562,7$ cópias/mL, enquanto a dos não evadidos alcançou $35.581,9 \pm 91.443,3$ cópias/mL ($p < 0,01$). A carga viral dos pacientes que evoluíram para o óbito foi significativamente mais alta que a dos que não foram ($116.849,8 \pm 185.587,2$ *versus* $28.141,3 \pm 116.873,0$ cópias/mL – $p < 0,01$).

Na amostra estudada, a dosagem média de CD4 correspondeu a $416,3 \pm 318,6$ células/mm³ (homens: $359,0 \pm 265,0$ células/mm³; mulheres: $264,9 \pm 352,0$ células/mm³ – $p = 0,04$). Os níveis de CD4 dos evadidos chegaram a $385,9 \pm 338,0$ células/mm³ e os dos não evadidos, a $423,9 \pm 314,4$ células/mm³ ($p = 0,31$). Comparando os valores de CD4 dos pacientes que faleceram com os que sobreviveram, encontramos os seguintes valores: $150,7 \pm 145,5$ *versus* $499,2 \pm 312,8$ células/mm³ ($p < 0,01$). O tempo transcorrido desde a última dosagem de CD4 correspondeu a $21,3 \pm 28,6$ meses para os homens e $18,0 \pm 27,1$ meses para as mulheres ($p = 0,66$). Ao confrontarem-se os dados de pacientes com idade superior *versus* inferior a 60 anos, não observamos diferença estatisticamente significativa no tocante ao tempo transcorrido desde a última dosagem ($31,2 \pm 32,2$ *versus* $18,8 \pm 27,4$ meses – $p = 0,37$). O tempo transcorrido desde a última dosagem de CD4 foi de $27,2 \pm 25,3$ meses para os que não compareceram regularmente à consulta e de $16,6 \pm 28,1$ meses para os que compareceram ($p < 0,01$). Transcorreram em média $30,5 \pm 31,7$ meses desde a última dosagem, no grupo dos evadidos, e $16,8 \pm 26,1$ meses, no de não evadidos ($p < 0,01$). Os pacientes que faleceram haviam ficado mais tempo sem dosar CD4 ($59,0 \pm 32,1$ *versus* $7,3 \pm 7,6$ meses – $p < 0,01$).

DISCUSSÃO

Dos pacientes envolvidos no presente trabalho, observou-se discreta predominância do sexo feminino, sendo a relação (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres) igual a 0,95 homem para cada mulher, e a média de idade foi ligeiramente maior naqueles do sexo masculino, se comparada ao sexo feminino. Dados nacionais mostram que existem mais casos da doença entre os homens que entre as mulheres, mas a proporção tem diminuído ao longo dos anos, observando-se aumento dos casos em indivíduos do sexo feminino. Em 1989, a razão entre os sexos era de seis casos de aids em pacientes do sexo masculino para cada caso entre pacientes femininos (6:1), enquanto em 2009 essa proporção chegou a 1,6 caso no sexo masculino para cada caso no feminino⁽¹⁾. Outro dado nacional que chama a atenção é que desde 1998, entre a faixa etária dos 13 aos 19 anos, o número de casos da aids vem sendo maior entre as mulheres, com a proporção de 0,8 homem para cada mulher^(1,8). Dados epidemiológicos da aids no

estado do Rio de Janeiro mostram que, do total de casos da doença no estado, 68,8% ocorrem em homens e 32,2% em mulheres, sendo que também se observou aumento da proporção de mulheres afetadas, e no ano de 2010 a razão homem/mulher foi de 1,8, seguindo a tendência nacional⁽⁹⁾.

Sendo assim, apesar do aumento de casos no sexo feminino, parece ser consenso nos diversos estudos que o sexo masculino ainda predomina entre os indivíduos afetados pelo HIV/aids. Em um estudo prospectivo em ambulatório de referência em Belo Horizonte para pacientes com HIV/aids, também houve predomínio do sexo masculino, correspondendo a 68% dos estudados⁽¹⁰⁾. Em estudo retrospectivo realizado em um hospital de referência do nordeste para doenças tropicais, os indivíduos do sexo masculino corresponderam a 71,3% da população de pacientes *versus* 28,7 do sexo feminino⁽¹¹⁾. Um estudo observacional descritivo seccional sobre aids e envelhecimento também mostrou predomínio do sexo masculino, com 75% dos casos, e essa prevalência se mostrou tanto entre o grupo etário mais jovem quanto entre o grupo mais velho⁽¹²⁾. Em outro trabalho mais recente realizado em dois serviços de referência para o tratamento de HIV/aids na cidade de Belo Horizonte, do total de participantes, 66% eram do sexo masculino e mais da metade tinha menos de 35 anos⁽¹³⁾.

A carga viral média dos pacientes do sexo masculino foi menor que a detectada no sexo feminino, e esse dado mostra-se justamente contrário aos dados encontrados por outros trabalhos científicos. Em um estudo coorte da história natural do HIV-1 entre indivíduos usuários de drogas injetáveis, mediu-se a carga viral de 527 infectados e os autores concluíram que o maior achado do trabalho foi que a carga viral foi substancialmente menor nas mulheres em relação aos homens⁽¹⁴⁾. Em outro estudo envolvendo 366 participantes encontrou-se um valor médio geométrico de carga viral > 50% menor em mulheres que em homens (8.319 *versus* 18.621 cópias/mL em resultados obtidos através do método PCR por transcriptase reversa)⁽¹⁵⁾. Um trabalho com 40 indivíduos infectados pelo HIV também mostrou menor carga viral nas mulheres, com valor mediano 50% menor nelas, quando comparada à carga viral nos homens, e essa diferença ocorreu tanto antes como após o início da terapia antirretroviral⁽¹⁶⁾.

Num estudo observacional transversal realizado em um serviço de infectologia de um hospital de Florianópolis, a carga viral média geral (homens e mulheres) encontrada foi de $377.730,7$ cópias/mm³⁽¹⁷⁾. Outro estudo realizado em dois hospitais de referência da cidade de Belo Horizonte encontrou carga viral média de 83.000 cópias/mL⁽¹³⁾, e em trabalho realizado no Rio Grande do Norte a carga viral média foi de 109.114 cópias/mL⁽¹⁸⁾. Em todos esses estudos o valor médio de carga viral se mostrou bem acima de 46.126,1 cópias/mL encontrado neste presente trabalho.

Em nosso estudo observamos um número de 12 pacientes com idade superior a 60 anos. A incidência do HIV/aids em maiores de 60 anos está aumentando, principalmente devido à introdução no mercado farmacêutico de medicamentos que melhoram o desempenho sexual, com consequente aumento do número de relações sexuais entre pessoas dessa faixa etária, aliado à ausência de uso da camisinha^(19,20). Outro fator que contribui para o aumento da disseminação do HIV nessa população é a sua crescente atuação na vida social, uma vez que estes estão participando mais de bailes e/ou clubes de terceira idade⁽²¹⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, as pessoas mais velhas costumam adiar a realização do teste anti-HIV, e conseqüentemente o diagnóstico do HIV/aids, pois se consideram um grupo com menor risco de contrair a doença. A falta de conhecimento da população em relação ao crescimento na incidência da aids em pessoas mais velhas contribui para um aumento da epidemia, tornando-se uma ameaça à saúde pública⁽²²⁾. Entretanto, nossos dados demonstraram que o tempo de evolução da doença de pacientes com idade superior e inferior a 60 anos não diferiu na população estudada em Teresópolis/RJ.

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde sobre aids/DST do ano de 2010 mostrou que entre indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos houve um aumento importante dos casos de aids em ambos os sexos entre 1999 e 2009: de 394 casos entre pacientes masculinos para 938 casos no sexo masculino; e no feminino, de 191 casos para 685 casos. A taxa de detecção (por 100.000 habitantes) dos casos de aids segundo faixa etária e sexo no Brasil, em 2009, foram de 6,4 para o sexo feminino e de 10,8 para o masculino⁽¹⁾. Em nosso estudo, o percentual de pacientes com idade superior a 60 anos do sexo masculino correspondeu a 58,3% e do sexo feminino a 41,7%. Muitas vezes, por preconceito e constrangimento, alguns profissionais da saúde acabam negligenciando a sexualidade das pessoas nesta faixa etária, fazendo com que tenham dificuldades para abordar tal assunto. Sendo assim, desconsideram o risco significativo de contaminação dos idosos pela aids e, conseqüentemente, deixam de solicitar exames diagnósticos de HIV para estes pacientes, contribuindo para um diagnóstico tardio^(21,23).

A Instrução Normativa número 1.626, de 10 de julho de 2007, regulamenta os procedimentos e a conduta para a abordagem consentida, de forma a proteger o sigilo e a confidencialidade do diagnóstico. Recomenda-se que sejam considerados casos de abandono aqueles em que o paciente não comparecer ao estabelecimento em que retira seus medicamentos por um período igual ou superior a 90 dias após o período de cobertura referente à última entrega de medicamentos. Para uma completa avaliação de cada caso, é necessário associar essa situação a outros fatores de monitoramento, como, por exemplo, as faltas a consultas médicas agendadas e a ausência de retorno do paciente dentro de 6 meses, além dos fatores anteriormente citados⁽²⁴⁾. No presente estudo, também se consideraram evadidos os pacientes que não haviam comparecido a consultas durante um período igual ou superior a 6 meses antes do levantamento de dados.

O índice de evasão encontrado no presente estudo correspondeu a 30,7%. Estudos apontam que 30 a 50% de pessoas em uso de terapia antirretroviral de alta potência (TARV) interrompem seu tratamento por conta própria, por diferentes períodos de tempo, uma ou mais vezes ao longo da história do tratamento^(4,25). Dentre as principais causas de evasão do tratamento dos pacientes HIV-positivo, podemos citar: eventos adversos e/ou toxicidades (receio e/ou manifestação de sinais e sintomas); depressão e outros transtornos psiquiátricos; uso abusivo de álcool e/ou drogas recreacionais; dificuldades socioeconômicas; falta de expectativa de término de tratamento; ausência de sintomas que justifiquem terapia, levando-se em conta a cultura de medicina curativa e não preventiva; falta de entendimento da evolução natural da infecção e dos objetivos da

terapia; crenças religiosas e sobrevalorização de terapias alternativas excludentes em relação aos ARV⁽²⁴⁾.

Segundo Bastos Schilkowsky *et al.* (2011)⁽²⁶⁾, entre indivíduos mais jovens, por ocasião da primeira consulta, a participação em relações promíscuas, a baixa escolaridade, a situação de desemprego ou vínculo de trabalho instável, um tempo mais prolongado para receber o diagnóstico e realizar a primeira consulta e o registro de antecedentes psiquiátricos são fatores que aumentam o risco de abandono. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos de pacientes que abandonaram e que não abandonaram o acompanhamento com relação ao sexo, à cor/raça, nem ao local de moradia. Por outro lado, indivíduos mais velhos e o uso prévio de quatro ou mais esquemas ARV apresentaram associação negativa com o abandono, ou seja, esses fatores poderiam funcionar como protetores deste desfecho⁽²⁶⁾. Contudo, em nossa comparação entre evadidos e não evadidos, não observamos diferença significativa no tocante à idade dos pacientes (mesmo quando comparamos indivíduos com idade superior *versus* inferior a 60 anos). Além disso, ao se confrontarem os resultados de homens e mulheres, os homens predominaram no grupo dos evadidos (59,1%).

O perfil da morbimortalidade relacionada ao HIV alterou-se após a introdução da TARV. Os óbitos deixaram de ser causados por doenças oportunistas, tendo sido substituídos por quadros mórbido-crônicos de doenças “pré-aids”⁽²⁷⁾. Os dados do presente estudo confirmam os de Santos e Pinheiro (2000), os quais não detectaram diferença entre a mortalidade quando compararam pacientes de acordo com o sexo⁽²⁸⁾.

Em nossa amostra, pacientes que evoluíram a óbito apresentaram tempo de doença inferior ao dos que sobreviveram. Tais resultados podem ser explicados pela falta de adesão ao tratamento proposto por parte dos pacientes que faleceram, o que se refletiu no desfecho óbito pela evolução natural desta infecção. Esta informação condiz com os resultados de Santos e Pinheiro (2000), em que se observou que a idade média de óbito, tendo aids como causa básica, foi estatisticamente menor que a idade média nos óbitos em que o HIV era doença associada⁽²⁸⁾.

A irregularidade em comparecer às consultas de acompanhamento dos pacientes portadores de HIV/aids é um importante fator preditivo da ausência adesão ao tratamento⁽²⁹⁾. A contagem de CD4 abaixo de 200 células/mm³ também é um fator importante para determinar a ocorrência de óbito por HIV/aids⁽³⁰⁾. Um estudo em Belo Horizonte-MG realizado em 2003 mostrou que pacientes que compareciam regularmente às consultas apresentaram um tempo médio de acompanhamento de 37,2 meses ao longo de 2 anos, enquanto nossos dados mostraram tempo médio de 42,4 meses no período estudado⁽¹⁰⁾. No que se refere à carga viral média dos pacientes que compareciam regularmente às consultas, nossos dados mostraram que este valor foi menor em relação aos que não compareciam, ao passo que a dosagem de CD4 foi maior. Isso indica que os que comparecem regularmente às consultas têm melhor evolução laboratorial, provavelmente devido à melhor adesão à terapêutica.

Não constatamos diferença entre os pacientes com idade superior a 60 anos e os com idade inferior no que se refere ao comparecimento regular às consultas. Não foram encontrados dados específicos na literatura sobre o assunto. No entanto, um estudo que comparou pacientes com idade inferior a 40 anos com os pacientes

com idade superior mostrou que o primeiro grupo tem chance três vezes maior de não aderir adequadamente ao tratamento da aids e atribuiu isto ao fato de haver maior comprometimento com o tratamento entre os mais velhos⁽³¹⁾.

Nos pacientes HIV-positivo, a dosagem do nível sérico de CD4 tem como objetivo indicar o início da terapia antirretroviral em pacientes assintomáticos e avaliar, junto com a quantificação da carga viral e a presença de eventos clínicos no paciente, a resposta terapêutica. Sendo assim, é um importante parâmetro de adesão ao tratamento, uma vez que representa o principal marcador prognóstico da infecção pelo HIV⁽³²⁾. Um estudo realizado no município de São Paulo em 2009 demonstrou que o CD4 médio nos óbitos computados foi de 189 células/mm³, enquanto em nosso estudo o valor foi de 150 células/mm³⁽³⁰⁾.

Segundo a versão preliminar do Boletim Epidemiológico Aids e DST de 2011, a mortalidade masculina vem sofrendo redução importante, enquanto a feminina apresentou redução significativamente menor⁽³³⁾. No dossiê “Mulheres com HIV/Aids”, de 2003, esta estatística é justificada pelas dificuldades das mulheres com o autocuidado e o menor acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos⁽⁸⁾. Nosso trabalho confirma os dados citados anteriormente no tocante à importância da dosagem de CD4 como parâmetro de adesão ao tratamento e de risco de óbito, uma vez que a dosagem média de CD4 nas mulheres estudadas, no presente estudo, era menor que nos homens (265 células/mm³ e 359 células/mm³ respectivamente), o que poderia indicar uma menor adesão ao tratamento por parte das mulheres e permitir como consequência um maior risco de óbito. Em relação ao tempo de dosagens de CD4 entre os pacientes pesquisados em nosso trabalho, não foram encontrados outros estudos na literatura para comparação.

CONCLUSÃO

Observamos que, no município de Teresópolis, entre os pacientes portadores de HIV/aids houve predominância do sexo feminino, assim como a carga viral foi maior nesse grupo, diferentemente do observado na maioria de outros estudos disponíveis na literatura. A dosagem média de CD4 nas mulheres estudadas, no presente trabalho, é menor que nos homens. A carga viral média dos pacientes que compareciam regularmente às consultas foi menor que a dos que não compareciam, ao passo que o valor de CD4 foi maior.

Comparando o grupo dos evadidos e não evadidos, não observamos diferença significativa no tocante à idade dos pacientes, mas houve predomínio de evadidos entre os pacientes do sexo masculino. Não constatamos diferença entre pacientes com idade superior a 60 anos e com idade inferior, no que se refere ao comparecimento regular às consultas. Também observamos que pacientes que evoluíram a óbito apresentaram tempo de doença inferior ao dos que sobreviveram.

Conflito de interesses

Não existe conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids-DST. Brasília: 2010. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/vers_o_final_15923.pdf (Acessado em: nov 2011.)
2. Narciso AMS, Paulilo MAS. Adesão e Aids: alguns fatores intervenientes. *Serv Soc Rev.* 2001;4(1):27-43.
3. Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD. Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(5):634-41.
4. Brito AM, Szwarcwald CL, Castilho EA. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com Aids. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52(2):86-92.
5. Uip DE, Strabelli TMV. Adesão ao tratamento antirretroviral. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(2):63-77.
6. Carpenter CCJ, Cooper DA, Fischl MA, Gatell JM, Gazzard BG, Hammer SM et al. Antiviral therapy in adults. Update Recommendations of the International AIDS Society – USA Panel. *JAMA.* 2000;283:381-90.
7. Araújo VLB, Brito DMS, Gimeniz MT, Queiroz TA, Tavares CM. Característica da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(4):544-54.
8. Villela W, Sanematsu M. Dossiê mulheres com HIV/Aids: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2003. Disponível em: www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hiv_aids.pdf. (Acessado em: jan 2012.)
9. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Gerência de DST/Aids/Sangue e Hemoderivados. Informe Epidemiológico de DST/Aids. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/fesp-2008/lista-de-convocacao-fesp-2008/cat_view/155-vigilancia/158-epidemiologica-e-ambiental/404-dst-aids (Acessado em: jan 2012.)
10. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Acúrcio FA, Comini CC. Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(2):183-90.
11. Soares VYR, Lúcio Filho CEP, Carvalho LIM, Silva AMMM, Eulálio KD. Clinical and epidemiological analysis of patients with HIV/AIDS admitted to a reference hospital in the northeast region of Brazil. *Rev Inst Med trop S Paulo.* 2008;50(6):327-332.
12. Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo EC, Carneiro RM. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(3):338-51.
13. Rocha GM, Machado CJ, Acúrcio FA, Guimarães MDC. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(1):67-78.
14. Farzadegan H, Hoover DR, Astemborski J, Lyles CM, Vlahov D. Sex differences in HIV-1 viral load and progression to Aids. *Lancet.* 1998;352: 1510-14.
15. Katzenstein DA, Hammer SM, Hughes MD, Gundacker H, Jackson JB, Fiscus S et al. The relation of virologic and immunologic markers to clinical outcomes after nucleoside therapy in HIV-infected adults with 200 to 500 CD4 cells per cubic millimeter: AIDS Clinical Trials Group Study 175 Virology Study Team. *N Engl J Med.* 1996;335(15):1091-8.
16. Bush CE, Donovan RM, Markowitz N, Baxa D, Kvale P, Saravolatz LD. Gender is not a factor in serum human immunodeficiency virus type 1 RNA levels in patients with viremia. *J Clin Microbiol.* 1996;34(4):970-2.
17. Cunha VS, Souza Filho JJ, Miranda AFB, Luiz MC. Manifestações dermatológicas em pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana. *Arq Cat Med.* 2004;33(2):17-24.
18. Cardoso F, Ramos H, Lobo M. Perfil epidemiológico de infectados pelo vírus HIV com dermatose em Natal/RN. *An Bras Dermatol.* 2003;78(1):35-47.
19. Silva FH, Dalberto TP, Nardi NB. Beyond retrovirus infection: HIV meets gene therapy. *Genet Mol Biol.* 2006;29(2):367-79.
20. Feitosa AR, Souza AR, Araújo AFA. A Magnitude de infecção pelo HIV-Aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2004;16(4):32-7.
21. Laurentino NRS, Barboza D, Chaves G, Besutti J, Bervian SA, Portella MR. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum* 2006;3(1):51-63.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de controle doenças sexualmente transmissíveis DST. Brasília: 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf (Acessado em: dez 2011.)
23. Goodroad BK. HIV and AIDS in people older than 50. A continuing concern. *J Gerontol Nurs*. 2003;29(4):18-24.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/Aids/HIV. Brasília: 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_assistencia_farmacautica_aids.pdf (Acessado em: dez 2011.)
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf (Acessado em: dez 2011.)
26. Schilkowsky LB, Portela MC, Sá MC. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/Aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(2):187-97.
27. Pereira, CCA, Machado CJ, Rodrigues RN. Perfil de causas múltiplas de morte relacionadas ao HIV/AIDS no município de São Paulo e Santos, Brasil, 2001. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):645-55.
28. Santo, AH, Pinheiro CE, Jordani MS. Causas básicas e associadas de morte por Aids, Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(6):581-8.
29. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas de adesão. *Epidemiol Serv Saúde* 2007;16(4):261-78.
30. Khoury Z, Assis DB, Lopes MEBR, Takahashi S, Abbate MC, Ramos SRTS et al. Reflexões acerca da mortalidade em portadores de HIV/AIDS no município de São Paulo. *Prática Hospitalar*. 2009;62:87-8.
31. Lignani Júnior L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos antirretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(6):495-501.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV. Brasília: 2008. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/491.pdf> (Acessado em: dez 2011.)
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids-DST. Versão Preliminar. Brasília: 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_preliminar3_pdf_20265.pdf (Acessado em: jan 2012.)

Endereço para correspondência:**ZÁFIA RANGEL GONÇALVES**

Rua Heitor de Moura Estevão, 102/202

Várzea – Teresópolis, RJ

Tel.: (21) 8242-2325

E-mail: zafiarg@gmail.com

Recebido em: 27.04.2012

Aprovado em: 06.06.2012