

ESTUDO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA EM AÍDS – VITÓRIA, ES – BRASIL

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS ATTENDED AT HOME CARE ASSISTANCE IN AIDS – VITÓRIA, ES – BRAZIL

MENÇÃO HONROSA – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: ASSISTÊNCIA

Janaina AS Casotti¹, Luciana N Passos², Angela MCS Silva³,
Simone SF Tosti⁴, Tânia QR Motta⁵

RESUMO

Introdução: é extremamente importante estudar o perfil da clientela exposta à infecção pelo HIV para detectar possíveis falhas e traçar estratégias preventivas e terapêuticas. **Objetivo:** estudar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos pela Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT/Aids). **Método:** estudo descritivo retrospectivo de prontuários de pacientes da região metropolitana de Vitória, atendidos no ADT/Aids. **Resultado:** o tempo médio de diagnóstico da infecção pelo HIV à admissão foi 2,5 anos e os fatores de exposição predominantes foram sexual/heterossexual (32,4%) e uso de drogas injetáveis (28,7%). Dificuldade de locomoção foi motivo de encaminhamento em 80% dos casos, relacionado a neurotoxoplasmose e caquexia em 46,6% das vezes. Durante a assistência, 66,7% dos pacientes não necessitaram de hospitalização. Anteriormente à admissão, 47% dos pacientes tinham recebido um esquema anti-retroviral, necessitando mais de duas trocas em 43,5% dos casos. Após admissão, 21% dos pacientes trocaram o esquema, necessitando mais de duas trocas em 27,3% das vezes. A mediana do tempo de permanência no ADT/Aids foi 64 dias, sendo a alta por melhora clínica em 41,4% e por óbito em 49,4% dos casos. **Conclusão:** o perfil encontrado neste estudo reflete a epidemia de aids com respeito a heterossexualização, pauperização e baixo nível de escolaridade. Embora a avaliação tenha ocorrido na era pós-HAART, os pacientes admitidos tinham pouco tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, mas já com doença avançada. Assim, o ADT/Aids continua sendo uma alternativa eficaz de assistência em países em desenvolvimento, reduzindo a necessidade de hospitalização e constituindo uma importante ferramenta na adesão ao HAART.

Palavras-chave: Perfil, HIV, aids, cuidado domiciliar, epidemiologia

ABSTRACT

Introduction: it's extremely important the profile study of patients with HIV/AIDS for improvement of assistance, prevention and detection of faults. **Objective:** knowing clinical and epidemiological profile of HIV/AIDS patients attended in home care program of AIDS (ADT/AIDS). **Method:** retrospective analyses of charts of patients attended in ADT/AIDS in Vitória metropolitan region. **Result:** the mean time from diagnostic of HIV until admission was 2.5 years, predominant exposition factors were: heterosexual (32.4%) and injecting drug users (28.7%). Locomotion difficulty was reason to ADT/AIDS' assistance in 80% of cases, related with neurotoxoplasmosis and wasting syndrom in 46.6% of times. During the assistance, 66.7% of patients didn't need hospitalization. Before the admission, 47% of patients have been prescribed at least one antiretroviral therapy (HAART), and had changed this more than two times in 43.5%. After admission, 21% of patients changed HAART more than two times in 27.3% of cases. The median time of staying in ADT/AIDS was 64 days, and discharge from the program was for clinical improvement in 41.1% and deads in 49.4% of cases. **Conclusion:** this study found similar profile with the current epidemiology of AIDS that related with heterosexualization, impoverishment and bad level of schooling. Despite the avaluation happened after of HAART era, patients in ADT/AIDS had few time of diagnostic of HIV infection, but they had advanced disease. Therefore, ADT/AIDS have been good alternative of assistance in development countries, leading a reduction of hospitalization and it's an important mean for compliance/adhesion to HAART.

Keywords: profile, HIV, aids, home care, epidemiology

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 59-66, 2004

INTRODUÇÃO

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) () no final de 2003 havia 40 milhões de pessoas vivendo com infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e síndrome de imu-

nodeficiência adquirida (aids) no mundo, com uma incidência de cinco milhões de novas infecções pelo HIV em 2003. Neste período, a América Latina contribuiu com 1,3 a 1,9 milhões de pessoas infectadas e com 130.000 a 180.000 casos novos. Ainda, segundo a OMS, a epidemia global matou mais de três milhões de pessoas em 2003. No Brasil, dados referentes ao último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (), até o final de setembro de 2003 tinham sido notificados 277.154 casos de aids, sendo que no ano de 2003 ocorreram 5.722 casos novos. Segundo dados do último boletim epidemiológico da Secretaria de Saúde do estado do Espírito Santo, até agosto de 2003 somavam-se 3.411 casos de aids notificados neste estado, sendo 71,7% sexo masculino e 28,3% no sexo feminino; a média anual de casos notificados neste Estado vem se mantendo

¹Residência médica em doenças infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo.

²Doutora em doenças infecciosas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

³Mestranda em educação pela Universidade Federal do Espírito Santo

⁴Residência médica em clínica médica pela Universidade Federal do Espírito Santo.

⁵Mestre em doenças infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo.

ADT/Aids – Instituto Estadual de Saúde Pública do Estado do Espírito Santo (IESP/ES) e Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM/UFES).

do estável com 332 casos/ano, o que representa uma incidência anual de 10,3 casos de aids por 100.000 habitantes.

Existem poucos estudos clínico-epidemiológicos sobre HIV-aids na literatura, principalmente da população brasileira, onde os dados são adquiridos predominantemente das notificações de aids realizadas. Sabe-se que a epidemia da infecção pelo HIV-aids é um fenômeno dinâmico, e que vem sofrendo mudanças epidemiológicas significativas¹.

No Brasil, ocorreram nos últimos anos alterações no perfil desta epidemia, que vem sofrendo uma constante interiorização, bem como um aumento da transmissão por via heterossexual, com um crescente número de mulheres infectadas³, e apresentando manutenção dos casos entre usuários de drogas injetáveis. Sabe-se que no início da epidemia ocorria um predomínio na população de homo/bissexuais, mas que atualmente este perfil tem mudado, ocorrendo uma predominância em heterossexuais, o que indiretamente levou ao aumento de casos nas mulheres^{4,5}. Desde o começo da epidemia, o grupo etário mais atingido tem sido de 20 a 39 anos em ambos os sexos¹.

Inquérito realizado nos Estados Unidos da América, utilizando correspondência enviada a vários centros que tratavam pacientes adolescentes HIV positivos, encontrou que metade desta população era do sexo feminino. Os modos de transmissão mais frequentes foram vertical, sanguíneo e também sexual, demonstrando que muitas crianças estão sobrevivendo até a adolescência, e que a atividade sexual se torna importante como forma de transmissão nesta faixa etária. Por outro lado, a notificação de pacientes na terceira idade vem crescendo, sendo evidenciado também nesta faixa etária um aumento do número de casos entre mulheres, principalmente aquelas casadas, tendo a via sexual como a principal fonte de exposição.

O conhecimento da dinâmica da infecção pelo HIV é importante em vários aspectos, pois permite que sejam traçados objetivos tanto para a redução na transmissão deste vírus, como no decréscimo da prevalência de pessoas com aids. Estudos comportamentais têm sido realizados para se traçar estes perfis na população brasileira, e foi observado que a grande maioria das pessoas já se sentiu exposta ao HIV em algum momento das suas vidas. Observou-se também que quanto menor o grau de escolaridade menor a frequência no uso de preservativos pela população, e que o aumento da escolaridade leva a uma diminuição no consumo de drogas^{5,6}. Estes dados são compatíveis com os de outros países, onde baixo nível socioeconômico e de instrução levam a uma maior susceptibilidade a doenças sexualmente transmissíveis^{8,9}.

É notável também o expressivo aumento na sobrevivência dos pacientes com HIV-aids, fato este devido aos constantes avanços tecnológicos e melhora do conhecimento da etiopatogenia da doença, permitindo o surgimento de novas propostas de intervenções diagnósticas, profiláticas e terapêuticas. Com o surgimento da terapia anti-retroviral de alta eficácia (HAART) em 1996 – adição dos inibidores da protease ao arsenal terapêutico desta doença – houve uma modificação na história natural da infecção pelo HIV e consequente declínio da mortalidade por aids⁸⁻¹⁰. Entretanto, o sucesso do tratamento nem sempre se mostra de forma linear, e devemos considerar, como possíveis causas de falência, potência e farmacocinética do esquema em uso, presença de cepas resistentes, ocorrên-

cia de interações medicamentosas, além de problemas na adesão às drogas escolhidas¹¹.

OBJETIVO

É de extrema importância o estudo do perfil da clientela exposta à infecção pelo HIV com o objetivo de detectar possíveis falhas e traçar estratégias preventivas e terapêuticas para o futuro. Raras são as publicações referentes aos pacientes acompanhados em programa de Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT/Aids) e nós conduzimos um estudo nesta população.

MÉTODO

O ADT/Aids

No Estado do Espírito Santo, o ADT/Aids funciona no município de Vitória desde novembro de 1997, com sede no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), atendendo aos pacientes encaminhados dos serviços de referência em aids de cinco municípios da região metropolitana: Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Viana. A equipe do ADT é composta por dois médicos, um fisioterapeuta, um auxiliar de enfermagem e uma assistente social, mas já contou com nutricionista, psicólogo, odontólogo e enfermeira. A média mensal de pacientes inscritos tem variado de 12 a 20 pacientes, que recebem visitas semanais de pelo menos um dos profissionais da equipe.

Para serem admitidos no ADT/Aids de Vitória, os pacientes devem ser encaminhados pelo médico assistente do serviço no qual se encontra matriculado, e preencher os seguintes critérios:

- Apresentar condição clínica que justifique dificuldade de seguir acompanhamento ambulatorial.
- Não apresentar condições clínicas que indiquem condutas de urgência/emergência.
- Caso esteja fora de condições terapêuticas, estas devem estar claras para os familiares/cuidadores.
- Preenchimento do formulário de encaminhamento para o ADT/Aids pelo médico assistente, constando todos os dados clínicos, epidemiológicos e sociais solicitados, motivo do encaminhamento, drogas em uso, últimos exames clínicos e laboratoriais, além de endereço com ponto de referência.
- Desejo manifesto pelo paciente, ou de seu familiar caso não tenha condições de lucidez, de ser atendido pela equipe ADT/Aids.
- Disponibilidade do cuidador – familiar ou acompanhante (amigos, vizinhos, outros) – em dar ao paciente os cuidados e atenções necessárias.
- Interesse do cuidador em participar do programa, mantendo o paciente em casa, seguindo a orientação médica e observando seu estado de saúde.

O estudo

Com o objetivo de conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com HIV-aids em assistência domiciliar, no período de março a maio de 2004 foi realizado estudo descritivo retrospectivo baseado em levantamento dos prontuários de pacientes matriculados no ADT/Aids em Vitória – ES, desde sua implantação, em novembro de 1997, até maio de 2004. Cento e quatorze (114) pacientes foram matriculados no programa e tiveram seus prontuários avaliados, por meio de preenchimento de formulários estruturados e previamente testados em estudo piloto. Foram avaliadas características demográficas, sociais, epidemiológicas e clínicas. Pesquisa em prontuário do serviço do qual o paciente havia sido encaminhado também foi realizada, quando necessária, e se havia disponibilidade por parte das instituições. Participaram do preenchimento dos formulários a equipe médica e do serviço social, após discussão e estabelecimento de padronização de coleta de informações.

Avaliação de qualidade e critérios de inclusão e exclusão de prontuários

Critérios de inclusão:

- Ter sido admitido pela equipe para acompanhamento no ADT/Aids.
- Ter recebido pelo menos duas visitas dos profissionais da equipe.

Critério de exclusão:

- Má qualidade de informações no prontuário traduzida por impossibilidade no preenchimento mínimo de 80% das informações solicitadas em nosso formulário de pesquisa.

Análise estatística

Os resultados foram analisados pelas frequências e gráficos. A significância das diferenças entre proporções foi determinada pelo método do qui-quadrado (χ^2). O intervalo de confiança (IC) de valores foi estimado para um nível de 95%. Foram consideradas indicativas de significância estatística as probabilidades entre as médias ou frequências menores do que 0,05 ($p < 0,05$). Os dados coletados foram incluídos em banco de dados e analisados com auxílio do programa estatístico SPSS (*Social Package Sciences Social*).

RESULTADO

Centos e quatorze prontuários foram avaliados, mas nove foram excluídos pelos critérios de inclusão/exclusão. Foram revisados então 105 prontuários. Dos 105 pacientes, 61% eram do sexo masculino, enquanto 39% do sexo feminino. A idade média à admissão foi de 39,8 anos. Quanto à raça, 45,7% eram brancos, 37,2% pardos e 17,1% negros. Dentre a categorização por profissão houve predo-

mínio de serviços domésticos (22,9%), construção civil (11,4%), serviços gerais (9,5%) e comerciante/comerciário (8,6%). A renda familiar mensal ficou entre 1 a 2 salários mínimos (69,2%) e o grau de escolaridade mais freqüente foi ensino fundamental incompleto (41,9%). Dados demográficos podem ser visualizados no **Quadro 1**.

O tempo médio de diagnóstico da infecção pelo HIV à admissão foi de 2,5 anos. Fator de exposição predominante foi sexual/heterossexual (32,4%), seguido por uso de drogas injetáveis (28,6%) (**Figura 1**).

Dificuldade de locomoção foi o motivo de encaminhamento para o ADT em 80% dos casos (**Figura 2**), relacionada com a neurotoxoplasmose e a síndrome consuptiva em 46,6% das vezes (**Tabela 1**). Baixa adesão aos anti-retrovirais utilizados foi motivo de encaminhamento para o ADT em 7,6%.

As doenças intercorrentes durante o acompanhamento no ADT/Aids foram sinusite, pneumonia e monilíase oral e esofagiana. Nos cinco anos e meio de funcionamento do ADT/Aids 66,7% dos pacientes nunca necessitaram hospitalização (**Tabela 2**).

A maioria dos pacientes (47%) tinha recebido um esquema anti-retroviral anteriormente à admissão, com trocas de esquemas ocorrendo em 43,5% dos casos. Durante a assistência pelo ADT/Aids, 79% (83 de 105) não precisaram trocar anti-retrovirais (**Tabela 3**). Dentre aqueles que trocaram, 18,2% estavam usando zidovudina/lamivudina/nelfinavir, 13,6% zidovudina/didanosina, 9,1% estavudina/lamivudina/saquinavir/ritonavir e 9,1% zidovudina/lamivudina/saquinavir/ritonavir. A causa da primeira troca do esquema anti-retroviral foi intolerância no trato gastrointestinal em 36,4% das vezes e falência laboratorial em 31,8% (**Tabela 4**).

Os principais cuidadores dos pacientes (**Tabela 5**) foram a mãe (24,8%), a filha (14,3%) e a esposa (11,4%); sendo que 75,5% dos cuidadores eram do sexo feminino. Durante o ADT/Aids, 22,9% dos pacientes ficaram em casa de apoio pelo menos uma vez, com tempo mediano de permanência de 24 dias.

O tempo de permanência no ADT/Aids foi em média 139 dias com mediana de 64 dias, tendo como motivos de alta, melhora clínica em 41,4% e óbito em 49,4% (**Tabela 6**).

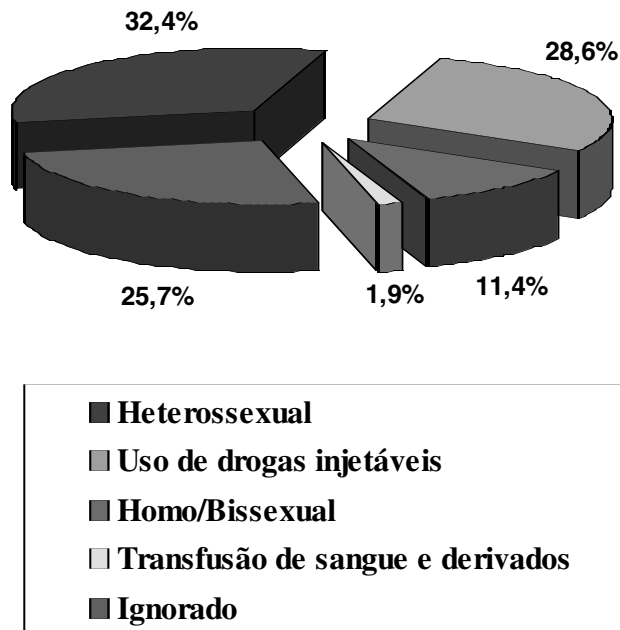
DISCUSSÃO

Em concordância com publicações regionais^{1,4} e mundiais^{7,8,9}, nosso estudo observou que a clientela ADT/Aids em Vitória-ES foi predominantemente do sexo masculino, com idade média de 39,8 anos^{1,4}. Heterossexualização da transmissão da infecção pelo HIV – 32,4% no ADT/Aids e 40% nos dados da Secretaria Estadual de Saúde¹ – também pode ser notada, refletindo o principal fator de exposição a esta infecção em nosso estado¹, fato que tem sido relacionado com o aumento do número de casos entre mulheres e crianças, e visualizado em dados de notificação nacional⁴. A pauperização da infecção pode ser identificada tanto na observação de que 69,2% dos pacientes viviam com renda familiar menor ou igual a dois³ salários mínimos sendo 9% sem qualquer fonte de renda, quanto no achado de baixo nível de escolaridade, com 14,3% de analfabetos e 41,9% de ensino fundamental incompleto. Embora nosso serviço seja ligado à rede pública, este achado tem sido reportado em fontes gerais de notificação nacional^{1,4} e literatura internacional⁷⁻⁹.

Quadro 1 – Dados demográficos dos pacientes admitidos no ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004.

Sexo		Idade média à admissão	39,8 anos
Masculino	64 (61%)		
feminino	41 (39%)		
Raça		Grau de escolaridade	
Branca	48 (45,7%)	Analfabeto	15 (14,3%)
Parda	39 (37,1%)	Fundamental incompleto	44 (41,9%)
Negra	18 (17,1%)	Fundamental completo	4 (3,8%)
		Médio completo	8 (7,6%)
		Superior incompleto	1 (1%)
		Superior completo	3 (2,9%)
		Ignorado	30 (28,6%)
Município de residência	Renda média familiar		
	Zero	7 (6,6%)	
Vitória	30 (28,6%)	1 salário mínimo	27 (25,7%)
Vila Velha	27 (25,7%)	2 salários mínimos	27 (25,7%)
Cariacica	23 (21,9%)	3 salários mínimos	11 (10,1%)
Serra	20 (19%)	4 salários mínimos	3 (2,9%)
Viana	2 (1,9%)	> de 4 salários mínimos	3 (2,9%)
Outros	3 (2,9%)	Ignorado	27 (25,7%)
Profissão		Serviço encaminhador	
Serviços domésticos	24 (22,9%)	HUCAM	71 (67,6%)
Construção civil	12 (11,4%)	Santa Casa Misericórdia	16 (15,2%)
Serviços gerais	10 (9,5%)	CRT-AIDS Vitória	7 (6,7%)
Comerciante/comerciário	9 (8,6%)	Hospital Dório Silva	5 (4,8%)
Autônomo	6 (5,7%)	Hospital São Lucas	2 (1,9%)
Cabelereiro/manicure	4 (3,8%)	Hospital Polícia Militar	2 (1,9%)
Outros	26 (25%)	Hospital Santa Rita	1 (1%)
Ignorado	14 (13,3%)	Casa de apoio	1 (1%)

HUCAM: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes; CRT-AIDS: Centro de referência e tratamento em DST/Aids de Vitória.

**Figura 1**- Fatores de exposição à infecção por HIV dos pacientes admitidos no ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil.

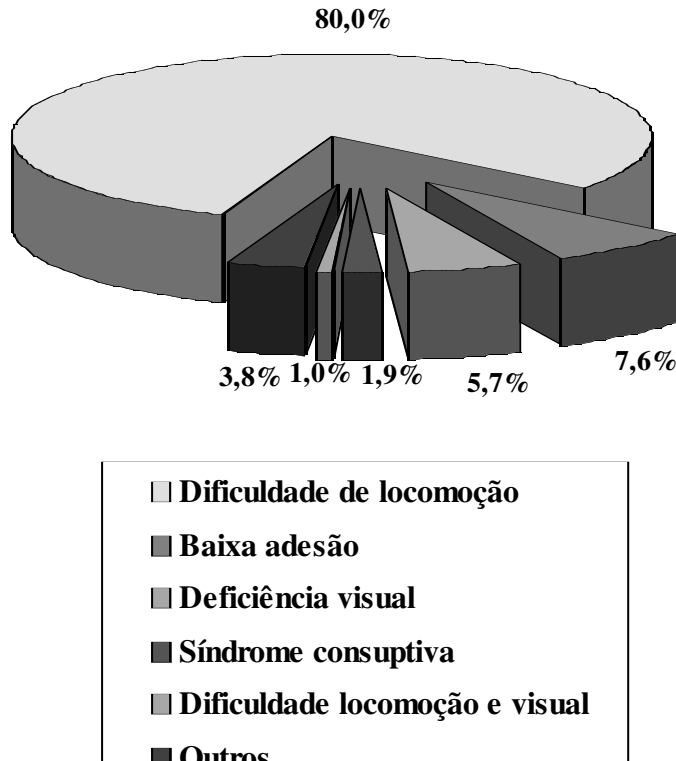


Figura 2 – Motivos de encaminhamento para o ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil.

Tabela 1 – Situações clínicas que ocasionaram o motivo de admissão no ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil

Situações clínicas	Frequência de pacientes N (%)
Neurotoxoplasmose	33 (31,4%)
Caquexia	16 (15,2%)
Baixa adesão	7 (6,7%)
Retinite por citomegalovírus	6 (5,7%)
Sarcoma Kaposi	4 (3,8%)
Fratura fêmur	4 (3,8%)
Paraparesia	4 (3,8%)
Acidente vascular cerebral	3 (2,9%)
Polineuropatia periférica	3 (2,9%)
Outros	25 (23,8%)
Total	105 (100%)

Tabela 2 – Frequência de internações hospitalares durante a permanência no ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil

Número de internações	Frequência de pacientes N/(%)
Nenhuma	70 (66,6%)
Uma	24 (22,9%)
Duas	8 (7,6%)
Três	3 (2,9%)
Total	105 (100%)

Tabela 3 – Frequência de trocas de esquemas anti-retrovirais utilizados pelos pacientes antes e durante o permanência no ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil

Número de trocas de ARV	Frequência de pacientes que trocaram ARV		
	Antes da ADT/Aids N (%)	Durante ADT/Aids N (%)	Valor de p
Nenhuma	12 (11,4%)	83 (79%)	< 0,001
Uma	48 (45,7%)	16 (15,2%)	< 0,001
Mais de uma	30 (28,6%)	6 (5,7%)	< 0,001
Ignorado	8 (7,6%)	0	–
Total	105 (100%)	105 (100%)	

ADT: Assistência Domiciliar Terapêutica; ARV: Anti-retroviral.

Tabela 4 – Causas de troca dos esquemas anti-retrovirais durante a permanência na ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil

Condições associadas à troca de ARV	Frequência de trocas N (%)
Intolerância gastrointestinal	8 (36,5%)
Falência laboratorial	7 (31,8%)
Leucopenia	2 (9,1%)
Intolerância gastrointestinal e leucopenia	1 (4,5%)
Dislipidemia	1 (4,5%)
Falta de comodidade posológica	1 (4,5%)
Outros	2 (9,1%)
Total	22 (100%)

ARV: Anti-retroviral.

Tabela 5 - Grau de ligação do cuidador com o paciente durante a permanência na ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil

Grau de ligação do cuidador	Frequência de pacientes n (%)
Mãe	26 (24,8%)
Filha	15 (14,3%)
Esposa	12 (11,4%)
Irmã	7 (6,7%)
Esposo	6 (5,7%)
Amiga	5 (4,8%)
Outros	34 (32,3%)
Total	105 (100%)

Tabela 6 – Motivos de alta de pacientes matriculados na ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 - Vitória/ES, Brasil

Motivos de alta do ADT/Aids	Frequência de pacientes N (%)
Óbito	43 (49,4%)
Melhora clínica	36 (41,4%)
A pedido	2 (2,3%)
Falta suporte familiar	3 (3,4%)
Falta de condições de segurança para equipe	1 (1,2%)
Internação hospitalar	1 (1,2%)
Outras	1 (1,1%)
Total	87* (100%)

* Dos 105 pacientes avaliados, 18 ainda se mantinham em acompanhamento na ADT, logo, total de 87 pacientes que tiveram alta.

Interessantemente, encontramos que em 75,5% das vezes os cuidadores dos pacientes admitidos eram do sexo feminino, sendo a mãe em 24,8%, a filha em 14,3% e a esposa em 11,4%. O fato de as mulheres assumirem a responsabilidade de cuidar efetivamente de seus filhos, pais ou parceiros com aids, é um dado bastante comentado em serviços de saúde, porém com pouca evidência em análises socioepidemiológicas. Em nosso estudo, conseguimos demonstrar percentualmente a significância desta peculiaridade sociocultural na dinâmica das inter-relações da aids da nossa sociedade.

Quanto aos dados clínicos, o tempo de conhecimento da infecção pelo HIV à admissão no ADT/Aids foi de 2,5 anos. Entretanto, a grande maioria dos pacientes foi encaminhada com quadro clínico denotando doença já avançada, como neurotoxoplasmose e síndrome consuptiva (46,6%), com uma mortalidade de 49,4%. Isto fala a favor de que, apesar de todos os avanços científicos do ponto de vista propedêutico e terapêutico, ainda existem pacientes que têm tido o diagnóstico da infecção pelo HIV tardiamente, alguns submetidos à investigação sorológica por já apresentarem doenças definidoras de aids. Este fato indica que esforços devem ser feitos no intuito de melhorar ainda mais as campanhas educativas no sentido de estimular testagens anônimas e voluntárias da população geral, disponibilização gratuita de exames em locais de fácil acesso, assim como maior conscientização do público médico da necessidade de diagnóstico precoce desta infecção no sucesso da condução e evolução da doença.

Embora seja fato que a introdução do HAART tenha reduzido a mortalidade e a morbidade dos pacientes com aids⁴, muitas vezes os pacientes têm necessitado hospitalização relacionada direta ou indiretamente com problemas ligados aos esquemas de tratamento. No primeiro caso, quando apresentam eventos adversos mais sérios como farmacodermia grave e desidratação por distúrbios gastrintestinais; e no segundo por ocorrência de infecções oportunistas, ocasionadas muitas vezes por falhas na adesão ao HAART, com uso inadequado de doses e horários dos anti-retrovirais, ocasionando falhas imunológicas e virológicas, além de emergência de cepas multirresistentes. Concomitantemente, embora no Brasil o acesso à HAART seja gratuito, dificuldades ligadas aos aspectos socioculturais contribuem para diagnóstico tardio da doença e incidência de doenças oportunistas ainda na era HAART.

Sabe-se da real indisponibilidade de leitos hospitalares na rede pública de saúde, e que, com a criação do programa ADT/Aids em 1995 pelo Ministério da Saúde do Brasil, muitos dos pacientes que ficariam internados para cuidados em regime de hospitalização, agora podem ser tratados em seus domicílios. O ADT/Aids consiste em uma abordagem multidisciplinar do paciente com aids em seu domicílio, oferecendo visitas médicas, suporte nutricional, tratamentos de feridas e escaras e cuidados gerais de enfermagem, fisioterapia, além de orientações gerais do serviço social e apoio psicoterápico.

Em nosso estudo encontramos diferença estatisticamente significativa entre necessidade de troca de anti-retrovirais entre pacientes antes e após admissão no ADT/Aids. Anteriormente à admissão, 47% dos pacientes tinham recebido um esquema anti-retroviral, necessitando mais que duas trocas no esquema anti-retroviral em 43,5% dos casos. Já após admissão, apenas 21% dos pacientes trocaram o esquema, necessitando mais que duas trocas em 27,3% das

vezes. Estas trocas ocorreram geralmente durante os primeiros meses de acompanhamento, sendo geralmente ocasionadas por intolerância gastrointestinal (36,4%) e falência laboratorial (31,8%). Uma vez que este programa de atendimento nos permite conhecer de fato as características socioeconômicas e culturais de cada paciente, assim como características individuais ligadas aos pacientes e cuidadores, a equipe de atendimento encontra-se em situação privilegiada no que diz respeito à tentativa de adequação a tipos de associações de medicamentos anti-retrovirais e outros do arsenal terapêutico, horários de tomadas dos comprimidos e cápsulas, assim como pronta disponibilidade na resolução ou atenuação de possíveis eventos adversos. Estudo prospectivo realizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), Vitória-ES, utilizando entrevistas com pacientes matriculados no ambulatório de atendimento a pacientes com HIV-aids e no ADT/Aids (dados ainda não-publicados) comparou os níveis de adesão da população atendida nos dois serviços. Este estudo demonstrou que houve um maior sucesso na terapêutica (medido por diminuição nos níveis de carga viral do HIV) na população assistida pelo ADT/Aids com relação aos pacientes atendidos somente a nível ambulatorial. Talvez como reflexo da divulgação de relatório preliminar do referido estudo, além da grande preocupação com este tema nos serviços de aids, o segundo motivo de indicação de ADT/Aids encontrado em nossos dados foi a baixa adesão ao esquema HAART (7,6% dos encaminhamentos), no qual os médicos assistentes referiram algum grau de dificuldade em conseguir que seus pacientes tomassem corretamente os medicamentos prescritos.

Estes fatos corroboram a importância dos programas de assistência domiciliar terapêutica em aids no sentido de trabalhar as condições para melhorar a adesão aos anti-retrovirais. Assim, projetos devem ser implementados num futuro próximo visando à disponibilização de programas como o ADT/Aids como ferramenta revolucionária capaz de modificar a evolução da história clínica da aids, através da intervenção no sucesso da resposta aos esquemas anti-retrovirais.

Estudos prospectivos deverão ser conduzidos com o objetivo de melhorar o conhecimento da história natural da infecção pelo HIV-aids em nossa população, atenuando nuances próprias aos estudos retrospectivos, como dificuldades relacionadas com as limitações na recuperação de dados referentes aos pacientes e sua doença, por falhas no registro de fatos e condições nos prontuários clínicos. Impõe-se uma abordagem para conscientização dos profissionais de saúde quanto à importância de registros mais fidedignos, transformando os prontuários em fontes mais reais de pesquisas clínico-epidemiológicas importantes, que poderiam subsidiar transformações na história natural de doenças.

CONCLUSÃO

O perfil encontrado neste estudo reflete a epidemia de aids em nossa população com respeito a heterossexualização, pauperização e baixo nível de escolaridade. Embora a avaliação tenha ocorrido na era pós-HAART, os pacientes admitidos tinham pouco tempo de

diagnóstico da infecção pelo HIV, mas já apresentando doença avançada.

Assim, o ADT/Aids continua sendo uma alternativa eficaz de assistência para estes pacientes, reduzindo a necessidade de hospitalização e promovendo a humanização do tratamento desta doença através do reforço do vínculo do paciente com seus familiares e/ou amigos, assim como com os profissionais de saúde que o assistem. Futuros estudos deverão avaliar o papel da abordagem deste programa como possível ferramenta na melhora da adesão ao HAART.

AGRADECIMENTOS

Somente foi possível conduzir este estudo com a preciosa colaboração de Raimundo Elias Mota Sousa, Edna Maria Ribeiro Matias e Fernanda Rufino Oliveira dos Santos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MOREIRA-SILVA, S. F. – Situação Epidemiológica da AIDS no Estado do Espírito Santo até agosto de 2003. - *Boletim epidemiológico DST/AIDS* Espírito Santo, 10:12-25, 2003.
- ROGERS, A. S.; FUTTERMAN, D.; LEVIN, L.; D'ANGELO, L. - A profile of Human Immunodeficiency Virus-infected Adolescents Receiving Health Care Services at Selected Sites in the United States. - *J. Adolescent Health*, 19:401-408, 1996.
- GOMEZ, M. A.; FERNÁNDEZ, D.M.; OTERO, J.F.; MIRANDA, S.; HUNTER, S. - The shape of the HIV/AIDS epidemic in Puerto Rico. - *Pan. Am. J. Public Health*, 7(6):377-383, 2000.
- BRITO, A. M.; CASTILHO, F.A.; SZWARCOWALD, C.L. - AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. - *Rev. Soc. Bras. Méd. Trop.*, 34(2):207-217, 2000.
- VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R.H.S.; NOGUEIRA, S.A. - Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. - *Cad. Saúde Pub.* Rio de Janeiro, 15(3):369-379, 1999.
- VASCONCELOS, E. M. R.; ALVES, F.A.P.; MOURA, L.M.L. - Perfil epidemiológico dos clientes HIV/AIDS na terceira idade. - *R. Bras. Enferm.*, 54(3):435-445, 2001.
- SPINDOLA, T.; ALVES, C.F. - Perfil de mulheres portadoras do HIV de uma maternidade no Rio de Janeiro. - *Rev. Esc. Enferm. USP*, 33(1):66-80, 1999.
- KRAL, A.H.; LORVICK, J.; BLUTHENTHAL, R.N.; WATTERS, J.K. - HIV risk profile of drug using women who have sex with women in 19 United States Cities. - *J AIDS*, 16(3):211-217, 1997.
- LOW-BEER, S. et al. - A demographic and health profile of gay and bisexual men in a large Canadian setting. - *AIDS care*, 14(1):111-115, 2002.
- HOGG, R. S. et al. - Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. - *JAMA*, 279(6):450-454, 1998.
- MAX, B.; SHERER, R. - Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence. - *Clin. Inf. Dis.*, 30(S2):96-116, 2000.
- PALELLA JR, F. J. et al. - Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. - *N. Engl. J. Med.*, 338(13):853-860, 1998.
- HIRSCH, M. S. et al. - Antiretroviral drug resistance testing in adults with HIV infection: implications for clinical management. - *JAMA*, 294(24):1984-1991, 1998.
- BAQI, S.; KAYANI, N. KHAN, J. A. - Epidemiology and clinical profile of HIV/AIDS in Pakistan. - *Trop. Doctor*, 29:144-148, 1999.
- WELCH, K. et al. - The clinical profile of end-stage AIDS. - *AIDS Patient Care and STDs*, 12(2):125-129, 1998.

Endereço para correspondência:

JANAINA AS CASOTTI

Rua Tupinambás, nº 121, aptº 401,

Jardim da Penha, Vitória, ES - CEP: 29060-810

E-mail: janaina_sch@hotmail.com

Recebido em: 20/06/04

Aprovado em: 19/09/04