

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

.

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 relacionado a múltiplos fatores clínicos e epidemiológicos, este estudo teve o objetivo 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, a aderência aos antirretrovirais. Trata-se de um estudo transversal, realizado no Hospital das Clínicas Unidade de Emergências 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 ($p > 0,05$), a forma de contágio predominante foi 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, observando que quem faz uso regular da terapia apresenta menor cópias do vírus no organismo. Concluindo que faz necessário melhorar as políticas de saúde direcionadas informação, educação e prevenção das DST/AIDS, e adotar práticas de combater 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, describe the sociodemographic profile, assess the causes of hospitalizations, clinical evolution of these patients, adherence to antiretrovirals. This is a cross-sectional study carried out at the “Hospital das Clinicas Unidade de Emergências” from March to December 2016, to verify the association between variables as a measure of association between the Prevalence Ratio (PR) and its Confidence Interval a 95% (95% CI), 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 ($P > 0.05$), 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 (<0.05), 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. Concluding that 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

6

70

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. Mas o aparecimento dos mesmos sintomas em hemofílicos, usuários de droga endovenosas e pacientes que recebiam transfusão sanguínea, levou os pesquisadores a aprofundarem os estudos e descobrirem um Retrovírus chamado LAV, e posteriormente HTLV-III e depois denominado HIV (vírus imunodeficiência humana), chamando então a doença de SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida).⁽¹⁾ A Epidemia de HIV/AIDS foi e é considerada a mais importante ocorrida no final do século XX. Hoje 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, 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 varias 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 sobrevivida dos pacientes, era uma grande esperança aos portadores do HIV, porem tem que se frisar 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 a cara da epidemia mundial. ⁽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.

Então foram sendo descobertas novas drogas, e hoje são mais de vinte medicamentos para combater a replicação do HIV, no mercado farmacêutico, sendo utilizado pelos médicos em combinação, por isso o nome utilizado por muitas pessoas “coquetel”. ⁽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 sobre HIV/AIDS) que tem a função de ajudar as nações no combate ao HIV, prestar tratamento e assistência aos infectados pela doença e reduzir o impacto socioeconómico da epidemia.⁽⁴⁾

No inicio do século XXI a ONU (Organização das Nações Unidas) declarou que a AIDS estava tornou se prioridade em seus temas, e estaria entre os oito objetivos do milênio. ⁽⁴⁾

Porem a historia 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 AIDS, ajuda financeira para pesquisas, descobertas de tratamentos para diminuir o preconceito e outros. ⁽⁴⁾

A UNAIDS forma grupos dentro dos países 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⁾

O Brasil possui grupo da UNAIDS, que tem o objetivo de apoiar o acesso universal à prevenção e ao tratamento do HIV/AIDS e atenção aos portadores do vírus. ⁽⁵⁾

No Brasil o primeiro caso confirmado de AIDS ocorreu em meados do ano 1983, na cidade de São Paulo, e o paciente tinha o perfil homossexual. No início dos anos 80, pouco havia se comentado 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 estamos diante de um fato tão somente biológico, mas também social, e esses dois fatos são responsáveis 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 Linfotrófico das Células T Humana 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⁾ Existe dois tipos de HIV, o tipo 1 e o tipo 2, porém vamos falar neste estudo somente do tipo 1, chamado apenas de HIV. O HIV é um membro da família dos Lentivírus, pertencentes ao retrovírus humano, todos esses vírus codificam uma enzima, DNA Polimerase, RNA-Dependente-Transcriptase Reversa- que permite a transcrição do RNA viral numa cópia de DNA, nesta 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 na célula, o vírus se liga a membrana através do complexo antigênico CD4, essa proteína foi identificada como marcador de superfície das células T helper, também esse marcador foi 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, estima-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, devido a essa variabilidade um indivíduo infectado pode apresentar vários genótipos de vírus no organismo.⁽⁶⁾ Por ter grande variabilidade o vírus HIV, pode dizer que dois

indivíduos infectados possuem patogenicidades diferentes, ou seja, a patogênese da infecção vai ser determinada em cada caso pelas propriedades biológicas e infecciosas dos vírus. ⁽⁶⁾

Conforme estudo realizado ficou comprovado que os modos de transmissão do HIV são via a sexual (heterossexual e homossexual), através do sêmem, sangue e secreção vaginal, por via sanguínea, através de agulha e seringas contaminadas com o vírus HIV, pela transfusão de sangue contaminado ou seus derivados, 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 epidemia de HIV/AIDS está se estabilizando no mundo, conforme dados da UNAIDS em 2010. As mortes em decorrência da AIDS caíram, e o número de pessoas que foram contaminadas diminuíram, porém os números de pessoas infectadas com o vírus HIV são altos. ⁽⁷⁾

Os países desenvolvidos apresentam números decrescentes da doença, mas o mesmo não acontece na maioria dos países em desenvolvimento, 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. Os africanos sofrem o descaso do poder público local e internacional ao não receber o tratamento de saúde que outros países, como o Brasil, por exemplo, oferecem aos seus doentes, as mulheres grávidas não têm acesso aos medicamentos

antirretrovirais que poderiam evitar que seus filhos sejam também portadores do vírus HIV. A Síndrome no continente africano é um caso de abandono, onde a pobreza e a falta de informação estão levando milhares de pessoas à morte, segundo dados da ONU, em 2012. 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 estão infectados. Em 2005 a expectativa de vida no Zimbábue era de 41 anos, e na Botsuana era ainda mais alarmante, sendo de 37 anos, na 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 casos notificados e 3600 mil mortes, 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 (Organização Mundial da Saúde) em 2010, 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, os usuários de drogas endovenosas são a populações que apresentam maiores números de casos notificados, esses usuários são estigmatizados e não recebem informações sobre prevenção e o acesso ao tratamento da AIDS é limitado; em 2010 oitenta mil casos novos foram notificados. Já na Europa Ocidental a epidemia da AIDS permanece esta 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 são um total 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 varias 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 havia 682.668 pessoas vivendo com o diagnostico de infecção pelo HIV nos 40 estados e 5 áreas do território norte americano. Em 2005 houve aproximadamente 42.989 novos casos diagnosticados de infecção pelo HIV, homens adultos ou adolescentes apresentam 84% dos novos casos diagnosticados, a principal via de transmissão é de homens que praticam sexo com homens (74%), seguido das relações heterossexuais (14%), e uso de drogas endovenosas (8%), a transmissão vertical (de mãe para filho) apresenta taxas muito pequenas, apenas 35 casos notificados em 2009. O numero de pessoas convivendo com a AIDS no país aumentou, mas o numero de mortes diminuiu, devido os avanços da ciência e medicamentos antirretrovirais, ou seja, nos Estados Unidos a epidemia está sob controle, os novos casos não refletem um aumento

em comparação aos dos anos anteriores. 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 da 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 sócio-demográficas 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 de sexo no Brasil diminuiu 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: desigualdade 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 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 usuários de drogas endovenosas (19%). Nas mulheres, a segunda forma de transmissão é entre usuários 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, e pelo 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 pública para DST/AIDS são: reduzir a incidência do HIV/AIDS e outras DSTs; 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, e com renda econômica muito pequena, vê a 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, e a principal via de transmissão é por relações heterossexuais. ⁽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 acontecimento muito importante para a historia da epidemia, 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 em um sistema imune rebaixado, 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 estão com carga viral menor que 50 cópias /ml, após um ano de medicação contínua, seguindo para supressão da carga viral ao longo da vida. ⁽¹²⁾

A TARV tem com objetivo reduzir a morbidade e a mortalidade relacionada ao vírus HIV no organismo, proporcionar melhor qualidade de vida, manter o sistema imunológico estável e diminuir a replicação do vírus. ⁽¹³⁾

É importante definir o momento para iniciar o tratamento com os ARV, e o melhor é começar o mais precoce possível, porém 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⁾

Quanto antes descobrir que as combinações dos medicamentos antirretrovirais não estão tendo o efeito desejado melhor será, pois irá evitar o aumento da carga viral, a diminuição da imunidade no organismo, a progressão da doença, e a resistência a futuras opções terapêuticas. ⁽¹⁴⁾

Para avaliação da terapia medicamentosa é utilizado dois exames principais, chamado CD4 e exame de verificação da carga viral. ⁽¹⁵⁾

O CD4 é a contagem das células de defesa do organismo linfócitos T CD4 no sangue. O CD4 tem uma função de proteger o organismo de corpos estranhos, como vírus, bactérias, fungos e outros microrganismos que podem afetar nossa saúde. ⁽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 significa que a imunidade esta preservada naquele individuo. ⁽¹⁵⁾

As células CD4 são escolhidas pelo vírus 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 em bom estado de saúde deve estar entre 500 células/mm³ a 1200 células/mm³. ⁽¹⁵⁾

Caso o numero de CD4 se apresente em baixos níveis, por exemplo, menores de 200 células/mm³, o risco de adquirir doenças oportunistas aumentam, e também significa que a quantidade de vírus circulando na corrente sanguínea encontra-se elevado. ⁽¹⁶⁾

O exame de detecção da carga viral no sangue é importante para realizar a quantificação de copias do vírus no organismo do paciente. ⁽¹⁶⁾

Ele verifica a molécula RNA do vírus por mm³ de sangue, com isso a possibilidade de verificar a replicação do HIV no organismo, um numero elevado na carga viral é preocupante, devido o sistema imunológico estar comprometido, levando ao aparecimento de varias doenças oportunista, e também para mostrar que o tratamento com ARV não está funcionando como deveria. ⁽¹⁶⁾

Por tanto esses dois exames são essências para o acompanhamento da terapia antirretroviral. ⁽¹⁶⁾

Atualmente vários estudos relatam que não há um momento específico para o inicio da terapia antirretroviral, independente da carga viral e da contagem de CD4, o medico deve utilizar parâmetros individuais de cada paciente para decidir o inicio 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 individuo 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 clinica 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 historia 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 dispneia 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 meios, relacionadas às causas e perfil de admissões de pacientes com HIV/AIDS em unidade de emergência de alta complexidade. ⁽¹⁸⁾

1.6-Estigmas e Preconceito

O vírus HIV surgiu de forma muito imediata, repleto de mitos, inverdades, causando nas pessoas sentimentos arrebatadores, como medo, pânico, intolerância e discriminação às pessoas contaminadas com o vírus. ⁽¹⁹⁾

A informação correta da forma de contágio não suficientemente claras no início da epidemia foram surgindo, e informação muitas vezes sem fundo de veracidade, foram fatores para que contribuíssem para o aparecimento do preconceito e estigma em torno do HIV/AIDS.⁽¹⁹⁾

Mesmo depois dos avanços no tratamento, e na qualidade de vida do portador HIV, nas tecnologias de informação a respeito da doença, é possível constatar que quem convive com o vírus ainda sofre muito devido o estigma que o acompanha por ser um portador do vírus HIV.⁽¹⁹⁾

Essas questões trazem aos portadores HIV um isolamento das pessoas, eles permanecem isolados, solitários e silenciosos, com medo de revelar sua condição aos outros, e tendo limitado seus direitos ao acesso a tratamentos de saúde, e aos programas sociais, tentando esconder sua sorologia positiva, até mesmo de seus familiares e amigos.⁽¹⁹⁾

Quando a AIDS surgiu no mundo, nos anos 80 ela chegou primeira em determinados grupos da sociedade, primeiro surgiu em pessoas homossexuais masculinos, e depois foi detectado em outro grupo que foram as mulheres profissionais do sexo, e os usuários de drogas injetáveis, e um pouco depois o grupo dos hemofílicos, pessoas que necessitavam de transfusão sanguínea rotineiramente, confirmando então o que os pesquisadores americanos já relatavam que o vírus era transmitido através de sangue e derivados, e agulhas contaminadas.⁽²⁰⁾

Isso trouxe a discriminação e o preconceito para a doença, e mesmo depois de trinta anos isso permanece, continua ligando a AIDS a doença de “drogado”, “homossexual”, ou “prostituta”, primeiro rotula, depois tomam conhecimento da vida desses portadores, ou

seja, ainda a contaminação está associada a comportamentos não aceitos pela sociedade, como a promiscuidade, o homossexualismo e o uso de drogas. ⁽²⁰⁾

Este estigma causa aos pacientes muito sofrimentos, em muitos portadores o medo das pessoas descobrirem seu diagnóstico é maior que o impacto do resultado positivo da sorologia. ⁽²⁰⁾

Atualmente com a TARV os pacientes conseguem conviver muito bem com o HIV, desempenham vida ativa, trabalham, passeiam, casam, praticam esportes, com desempenho satisfatório, mas falta ainda combater os estigmas e os preconceitos. ⁽²⁰⁾

1.7-Unidade de Emergência

A Unidade de Emergência caracteriza-se pelo atendimento de Urgência e Emergência em nível terciário (alta complexidade), atendendo pacientes encaminhados pela Central Única de Regulação Médica (CURM).

Cabe a CURM receber e avaliar as solicitações de internação ou transferência hospitalar, estabelecendo as prioridades e o fluxo de pacientes nos hospitais conveniados ao SUS. ⁽²¹⁾

A Unidade de Emergência 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. ⁽²¹⁾

A Sala de Urgência é a porta de entrada do HCUEFMRP-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. ⁽²¹⁾

O HCFMRP-UE é composto 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. ⁽²¹⁾

Também é composta pela sala de urgências, 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, CCP, e psiquiatria.

A UE- contam 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 o HCFMRP-UE 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 2016 foram 125 pacientes, conforme dados fornecidos pelo Serviço de Arquivos Médicos do HCFMRP

2015		2016(janeiro até julho)	
Especialidades	Numero atendimentos	Especialidades	Numero atendimentos
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	Oftalmo	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	Otorrino	921

1-Quadro de atendimentos na Unidade de Emergências-fonte HCFMRP

2-JUSTIFICATIVA

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 sócio demográfico desses pacientes

- ✓ Avaliar as causas das internações;
- ✓ Avaliar a evolução clínica desses pacientes;
- ✓ Avaliar a aderência aos antirretrovirais entre esses pacientes.

4-METODOLOGIA

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 e que concordaram diretamente, ou através de autorização de familiares ou responsáveis em participar da pesquisa, sob leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2-Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes 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 HIV/AIDS, internações anteriores (histórico-causa), origem, serviço de saúde referenciador, causa do encaminhamento, diagnóstico de admissão, estado clínico geral á

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-Analise 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 análise.

4.4-Aspectos éticos

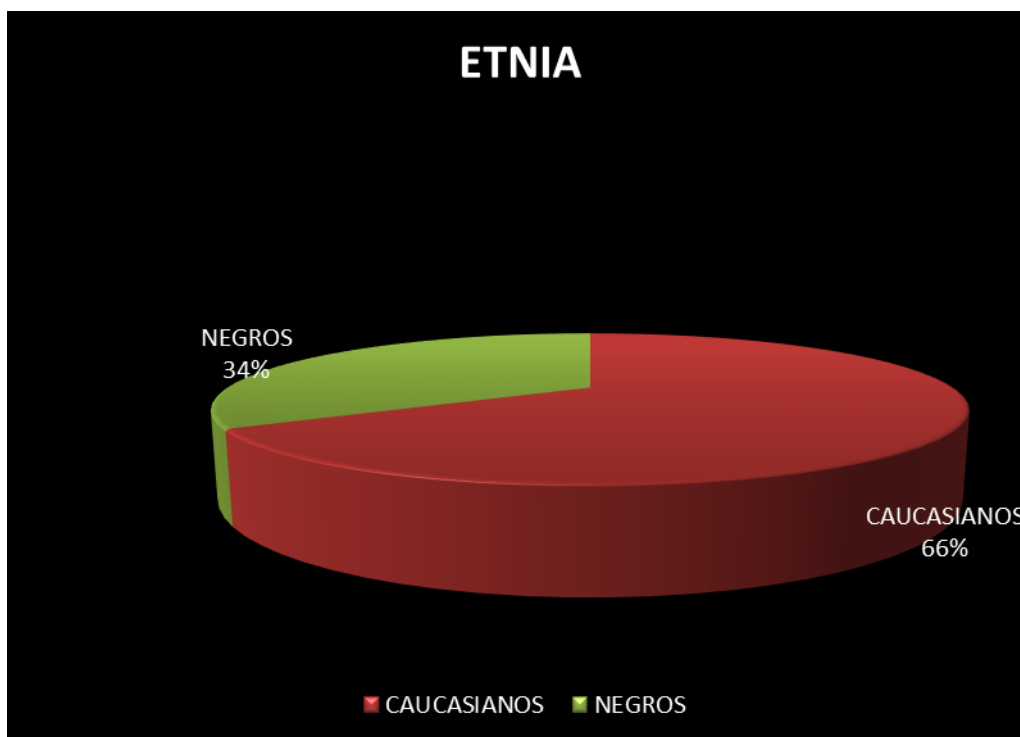
O projeto de foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade d Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo. A coleta de dados, somente teve início após a aprovação do CEP e os pacientes só foram selecionados e incluídos na pesquisa após a leitura e assinatura 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%), com significância estatística ($p < 0,05$), 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.

Gráfico 1-Distribuição dos resultados da Etnia



A distribuição dos pacientes por sexo e origem de residência pode ser observada a tabela seguinte.

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 Unidade de Emergência, 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 1).

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 2, 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 (41,3%)	101 (58,7%)	172 (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, 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)
Arial	71 (41,3%)	101 (58,7%)	172 (100)

Para as variáveis quantitativas, 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				
	Feminino	IC95%	Masculino	IC95%	P
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.

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.

Quanto à contagem de células de CD4, vimos que na comparação entre os sexos não houve significância, mantendo a homogeneidade dos resultados na comparação entre ambos. Para realizar a comparação entre homens e mulheres da carga viral foi utilizado a mediana, 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 a 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 entre o uso da TARV e a carga viral (Tabela 7), conforme os resultados verificou-se que os pacientes aderentes à Terapia Antirretroviral apresentam a carga viral menor em relação aos não usuários.

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

Variável	Razão de Prevalência	IC95%	Valor 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, o uso de bebidas alcólicas e o tabagismo, os homens apresentaram maior prevalência em relação às mulheres, e isto foi significativo ($p < 0,05$).

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

Na avaliação sobre a atividade laboral, houve diferença nos resultados, os homens apresentaram maior índice ao trabalho 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.

Na avaliação entre a relação da carga viral e a contagem células CD4, verificou-se que não houve correlação significativa. ($p > 0,05$)

Gráfico 2- Correlação Carga Viral x CD4

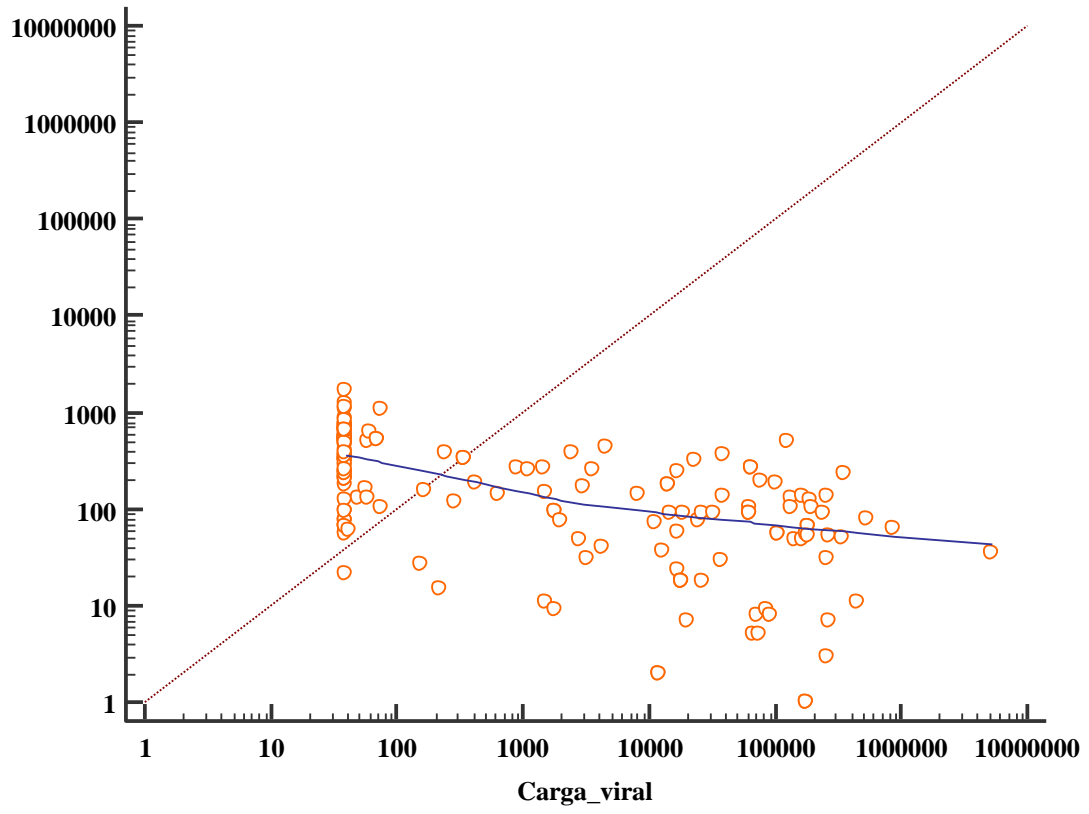


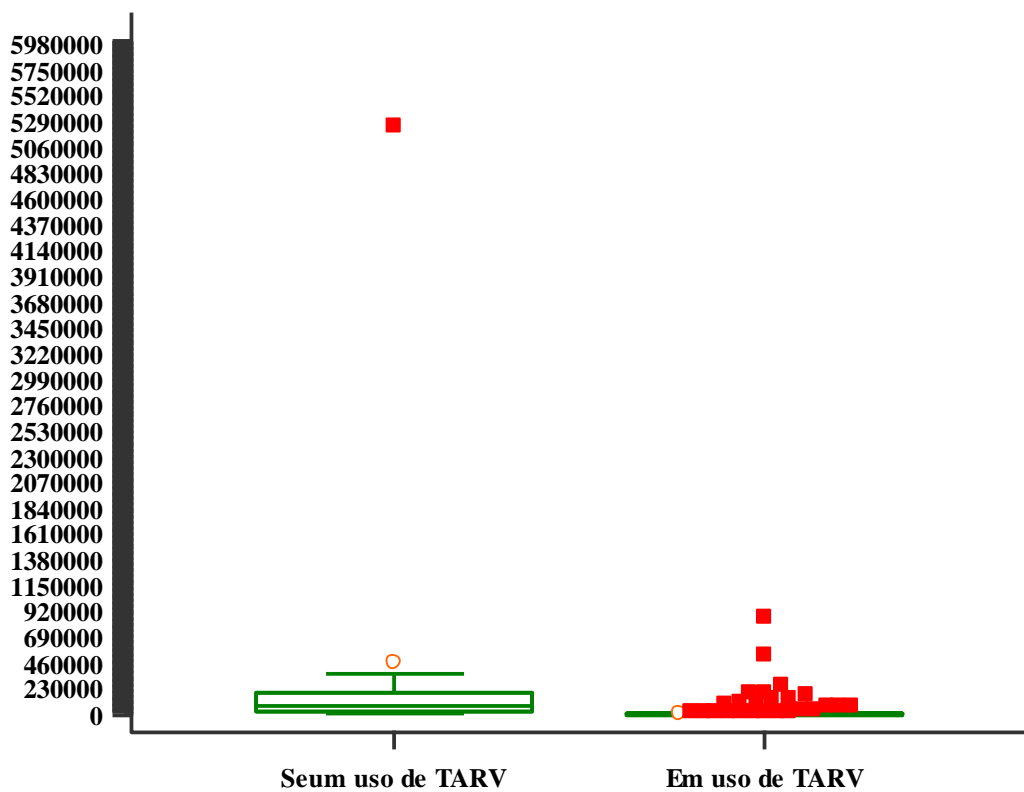
Gráfico 3 - Comparação carga viral e uso TARV

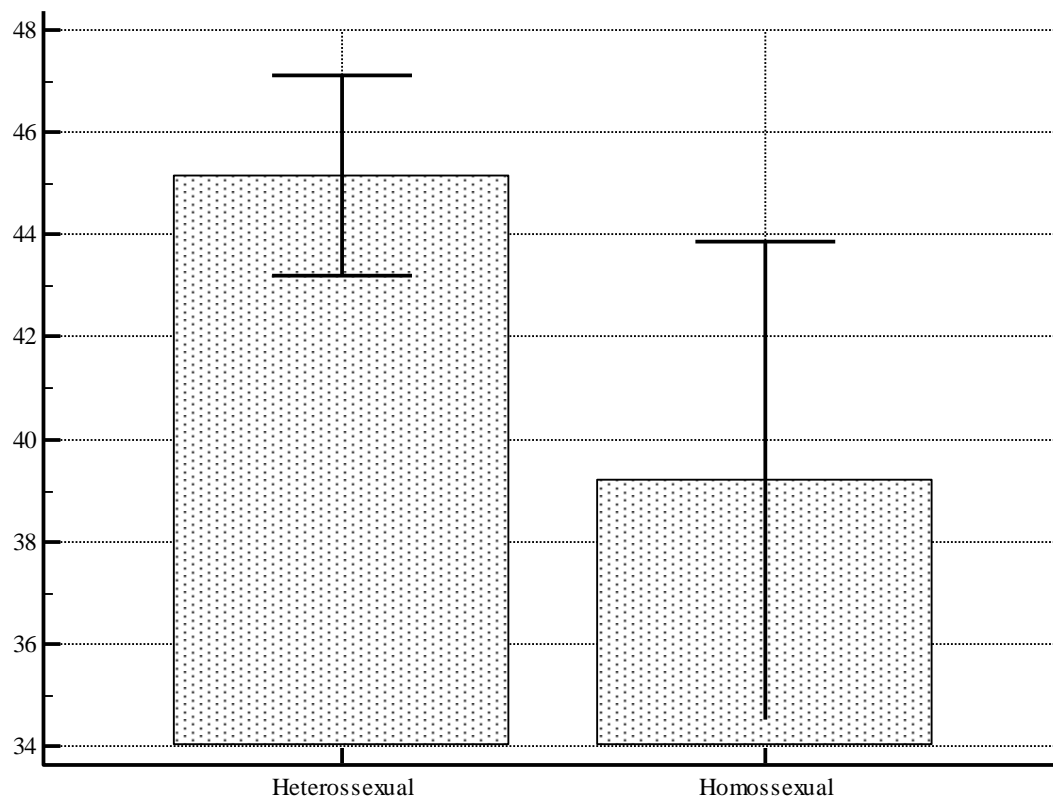
Gráfico 4- Comportamento sexual relacionado com a idade

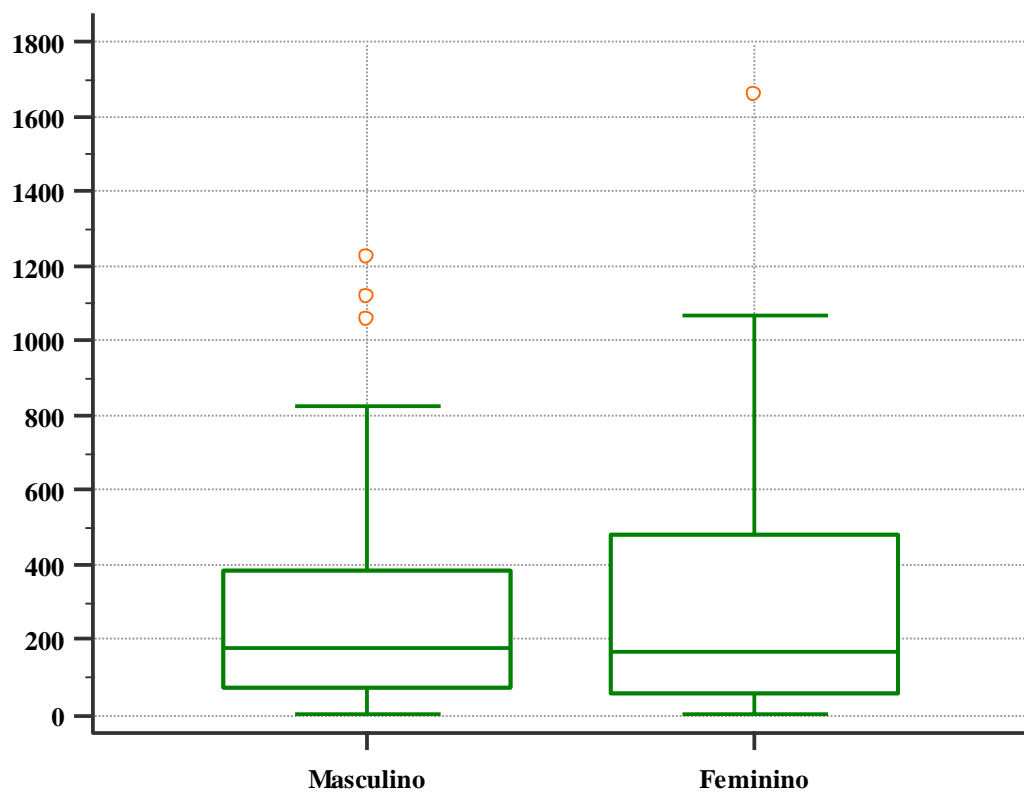
Gráfico 5- Contagem Células CD4 entre Homens e Mulheres

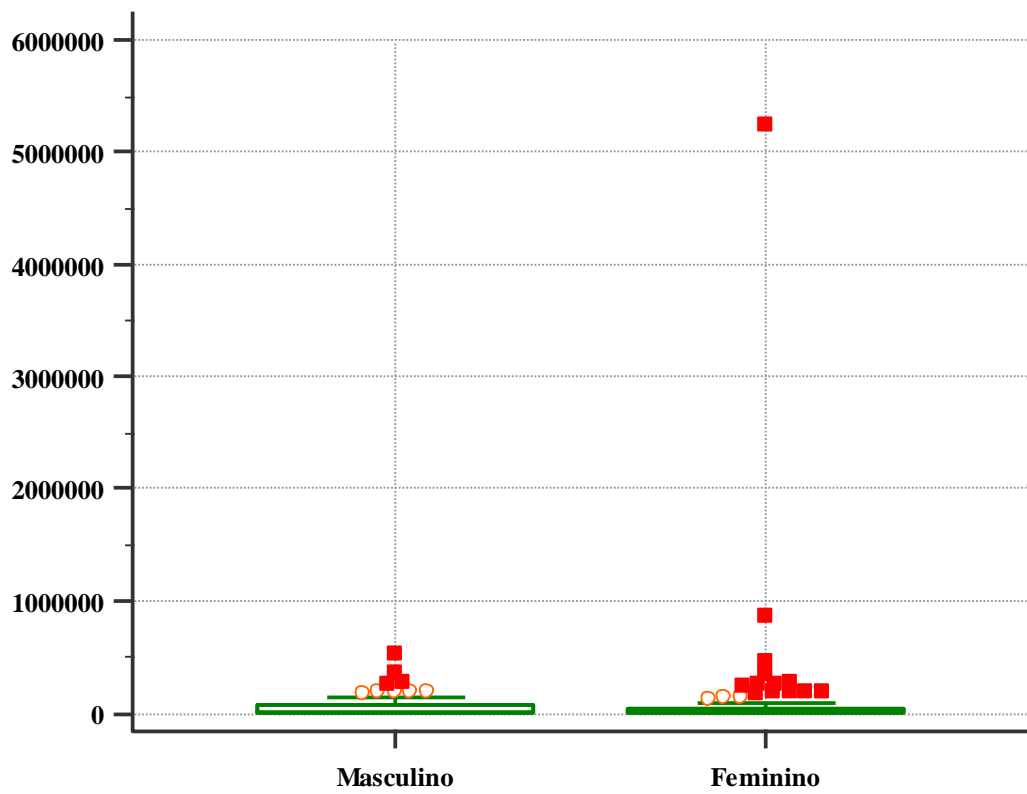
Gráfico 6-Relação carga viral entre os sexos feminino e masculino

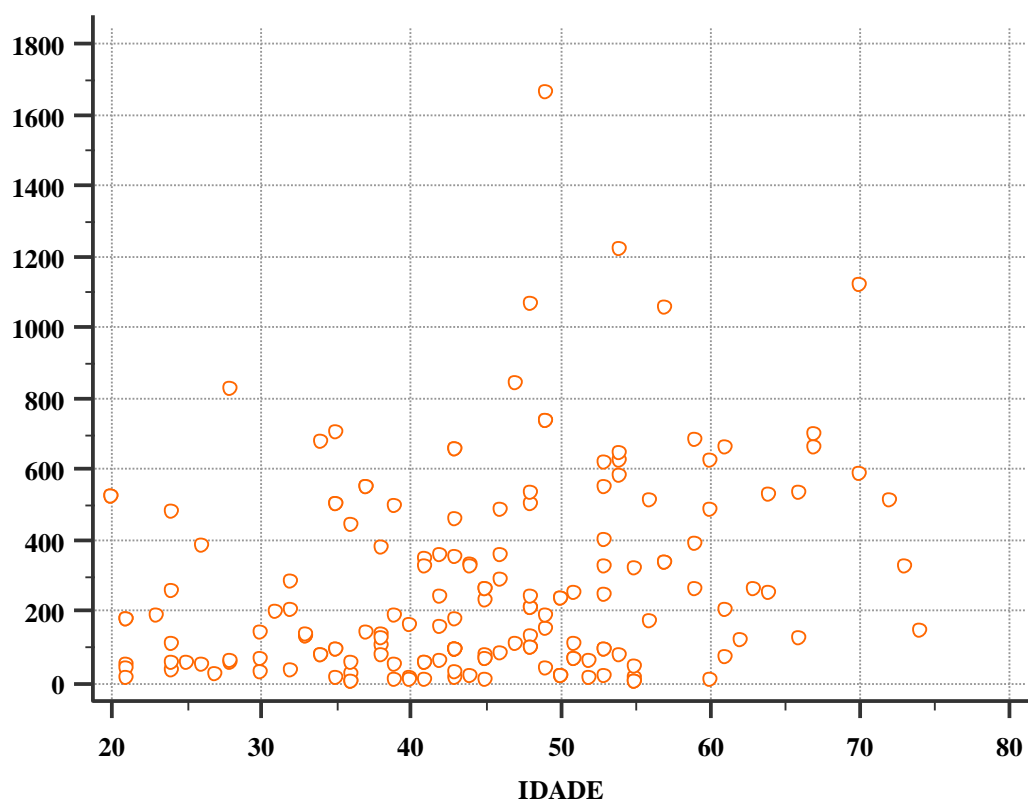
Gráfico 7- Correlação da contagem de Células CD4 com a Idade dos pacientes

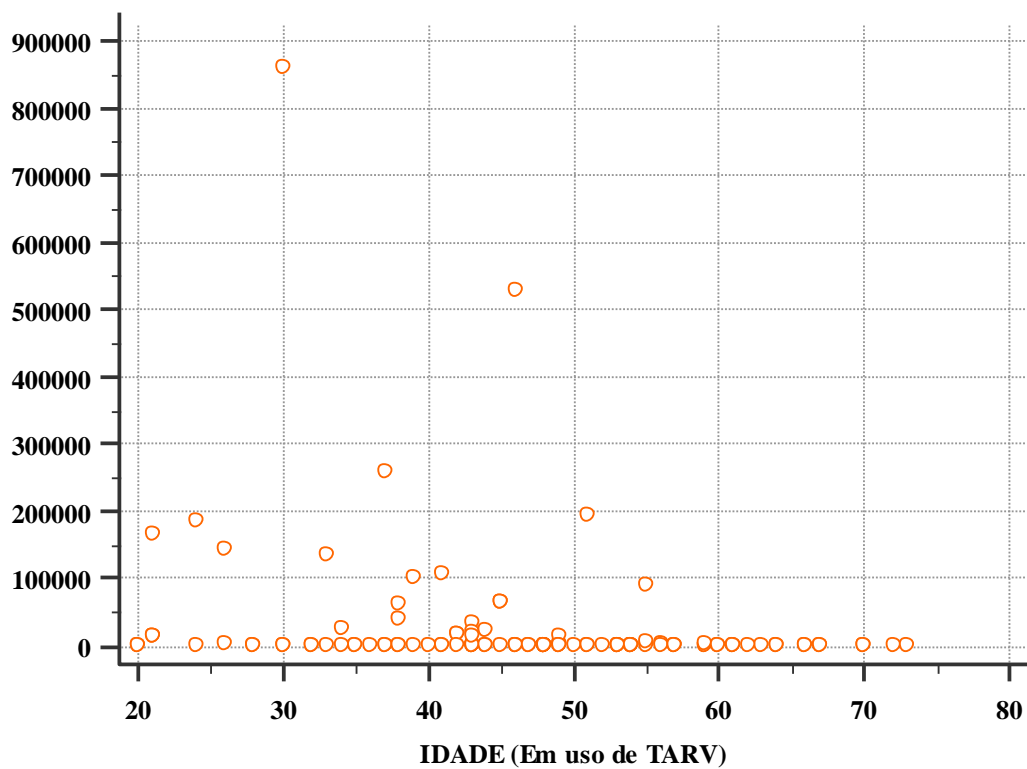
Gráfico 8- Correlação entre a Carga Viral dos usuários de TARV e a Idade

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

Variável	Homens	Mulheres	%
Doenças na admissão			
PNM + Pneumocistose + Derrame Pleural+ IRpa	23	7	17,4%
Afecções SNC (meningite, neurotoxo, 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 HCFMRP Unidade Emergências, apresentaram diagnósticos que foram distribuídos na tabela 9, separados entre masculinos e femininos, vemos que as infecções 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 predominou 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, mas com o tempo o número aumentou visivelmente, as mulheres representam um grande número de portadoras do vírus atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde em 2015 a razão de sexos foi de 4 homens para cada 2 mulheres.^(20,21,22) Nesta pesquisa também as mulheres representam um número menor em relação aos homens, vemos que eles 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, as quais mantinham relacionamento estáveis e duradouros e não sabiam que eles estavam contaminados, mas se expuseram a fatores de riscos, e elas foram contaminadas, também 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.⁽²³⁾

A idade dos pesquisados teve variação entre 20 a 74 anos, conforme resultados a média de idade permaneceu 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, hoje o mercado apresenta medicações que possibilitam a vida sexual ativa, existe também o fato 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. ^(20,24)

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 no HCFMRP-UE durante a internação, esses pacientes chegaram com suspeitas diagnósticas sem terem nenhuma correlação com o vírus aparentemente, e 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, a idade média desses pacientes ficou em 39,2 anos apresentando média menor em relação aos heterossexuais onde a média ficou em 45,2 anos, mostrando que houve diferença nesta comparação ($>0,05$), e 76% declararam serem heterossexuais e 7% declararam serem bissexuais, ou seja, manter um relacionamento com ambos os sexos, vemos que o comportamento heterossexual também prevaleceu entre homens, concluindo que o perfil do comportamento sexual dos portadores do HIV/AIDS se modificou; no início da epidemia as pessoas homossexuais 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 HIV/AIDS. ^(1,21,25) A forma de contágio do vírus que prevaleceu entre os pesquisados foi a relação sexual sem proteção, sendo 80,3% dos casos, 10,5% dos pacientes referiram não saberem como contraíram o vírus, esses paciente informaram

que não se lembravam de ficarem vulneráveis a nenhum fator de risco, por isso não tinham conhecimento da forma de contágio, apenas 01 paciente se recusou a informar a forma de contágio, e para 5,8 % a contaminação foi por meio de drogas injetáveis, ou seja compartilharam a mesma seringa na utilização do entorpecente, para 2,9% dos entrevistados a forma de contágio foi através da transmissão vertical, quando uma mãe gestante portadora do HIV passa para o filho o vírus. À transmissão por via sexual vem aparecendo no cenário nacional com destaque, tanto em homens com nas mulheres. ⁽²⁵⁾ 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 vírus HIV que prevalece nas pesquisas publicadas. ^(25,26,27)

Avaliando o nível de escolaridade dos pesquisados vemos que ele 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 houve diferença na comparação apenas com ensino superior, foi 7 homens e 1 mulher com ensino superior completo, alguns autores levam em consideração o fator escolaridade como forma de avaliar também o nível econômico dos pacientes portadores do HIV, vemos que o perfil do HIV/AIDS está se alterando ao longo dos anos, se transformando em uma doença para a classe mais pobre da população.^(26,27) Em relação a atividade de trabalho remunerado, os homens apresentaram maior prevalência (IC95%1,47-4,5), em relação às mulheres ($p < 0,05$), e 49,4% dos pacientes relataram receberem o benefício auxílio doença pago pelo INSS, esses valor em dinheiro não ultrapassa o valor do salario mínimo estipulado para cada estado brasileiro, reforçando o estigma de pauperização da doença, analisado

entre os homens e as mulheres a comparação no recebimento do benefício, não houve significância estatística ($p > 0,05$).

Os pacientes internados tiveram destinos diferentes, 35,5% foram transferidos para UETDI (Unidade Especial Tratamento Doenças Infectocontagiosas), localizado no HCFMRP-Campus referencia no atendimento de pacientes portadores do HIV em Ribeirão Preto e região, 44,2% foram de 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, 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 aqui na Unidade Emergência/Urgências.

Analisando o tempo de convivência com o vírus dos pesquisados encontramos variação de um dia a 25 anos, houve pacientes que descobriram o vírus durante a internação e pacientes que descobriram serem portadores do HIV há anos, a media encontrada foi de 11 anos pelas mulheres e 7 anos pelos 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 inicio da epidemia.

A carga viral media foi menor nos pacientes do sexo feminino 286.000 copias/ml, em relação ao sexo masculino que apresentou a media 342.000 copias/m apresentando diferença estatista entre eles ($p < 0,05$), em um estudo realizado no município de Teresópolis em 2012 o resultado foi diferente desta pesquisa, neste estudo as mulheres

apresentaram maior carga viral no organismo em relação aos homens, mas 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. ^(20,23) Em relação ao exame de CD4 os pacientes deste estudo apresentou equivalência estatística entre ambos os sexos, com media de 273 cel/mm³ para as mulheres e 265 cel/mm³ ($p>0,05$), analisando o uso da TARV com a carga viral dos pacientes desta pesquisa encontramos grande diferença entre os que usam a terapia e os que não fazem uso da terapia ($p<0,05$), a media para os pacientes usuários da terapia foi valores <39 copias/ml, e para os não aderentes á TARV foi 419 copia/ml, isso significa que a TARV tem destaque importante no tratamento da AIDS, verificamos com esses resultado 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 confirma essa relação, a TARV diminui a replicação do vírus no organismo, impedindo que ele se reproduza e provoque danos no sistema imunológico do individuo, trazendo benefícios para o tratamento da pessoa infectada. ^(25,28,29,30) Na análise entre o CD4 e carga viral dos pacientes desta pesquisa não encontramos 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. ⁽³¹⁾

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 ás 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, trabalhos publicados demonstraram que essa combinação é prejudicial em vários aspectos, pois o uso do álcool e drogas deixam 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. (32,33,34)

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 sendo moradores da cidade de Ribeirão Preto, prevaleceu 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 da 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.

