**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM AIDS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RECIFE-PE**

Severina Etelvina da Silva1; Leidiane Maria Santos Silva2; Adriana Vitorino Arruda Prado3; Conceição Maria de Oliveira4.

1 – Enfermeira. Apresentadora. Recife, Pernambuco. Brasil. 2- Enfermeira. Pós graduanda em Saúde Pública e da família com ênfase em sanitarismo pelo grupo ALPHA. Recife, Pernambuco. Brasil. 3 – Mestre em Enfermagem em Promoção da Saúde, Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Co-orientadora. Recife, Pernambuco. Brasil. 4 – Doutora em Saúde Pública, Docente do Centro Universitário Maurício de Nassau. Orientadora. Recife, Pernambuco. Brasil.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Sua transmissão acontece através do contato com sangue contaminado, secreção vaginal, esperma ou leite materno. O agente infeccioso ao ingressar na corrente sanguínea acomete em quase sua totalidade os linfócitos de grupamento de diferenciação quatro (CD4), os quais fazem parte da proteção do organismo (ARAÚJO et al., 2015; SILVA et al., 2013).

Estes são importantes na identificação, ataque e na destruição das bactérias, fungos e vírus que invadem o corpo. O número de linfócitos CD4 na circulação sanguínea diminui com o aumento da infecção, de forma progressiva pode perdurar por anos até o aparecimento dos sintomas associados à Aids. A eclosão de patologias oportunistas, como tuberculose disseminada; neurotoxoplasmose; pneumonia por *Pneumocystis Carini;* câncer, como sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e outros linfomas, e câncer cervical invasivo; e contagem de linfócitos CD4 menor que 350 cel/mm3 são indicadores da Aids (MELO et al., 2017).

O diagnóstico do HIV é realizado por meio de testes rápidos, exames de sangue com contagem dos linfócitos CD4 e CD8, teste de resistência genotípica e fenotípica do HIV. Esses exames são usados combinados à carga viral do HIV para avaliar o progresso do prognóstico da doença e a eficácia do tratamento (SILVA et al., 2016).

A introdução da terapia antirretroviral (TARV) com a combinação de três medicamentos em um só é o principal fator de diminuição de morbimortalidade em pacientes soropositivos, pois colabora com o restabelecimento funcional do sistema imunológico (GUIMARÃES et al., 2017; SILVA et al., 2016).

O HIV acomete principalmente adultos jovens e costuma trazer impacto socioeconômico em âmbito mundial. Transcorrido mais de 30 anos desde o início da epidemia, foi possível observar mudanças no processo de contagio da doença. Antes a infecção era específica de uma população de risco (hemofílicos, homossexuais, bissexuais masculinos e profissionais do sexo) e característica dos grandes centros urbanos. Contudo, tem passado por um processo de heterossexualização, feminização, envelhecimento, pauperização e propagação nas cidades com menos habitantes; sucedendo assim um novo perfil epidemiológico (CASTRO et al., 2013; QUADROS et al., 2016; SILVA et al., 2013; VILELA et al., 2017).

No ano de 2012 a epidemia da Aids apontou cerca de 35,3 milhões de indivíduos convivendo com o vírus e 2,3 milhões de novos casos no mundo. Segundo a *The Joint United Nations Programmeon HIV/Aids* (UNAIDS). Em 2016 o número mundial de indivíduos convivendo com o HIV era de 36,7 milhões, sendo que, deste total 34,5 milhões eram adultos; 17,8 milhões mulheres de 15 anos ou mais e; 2,1 milhões crianças menores de 15 anos (UNAIDS, 2016).

No mundo o total de mortos associados à Aids em 2016 foi de um milhão, todavia 890.000 mil são de adultos e 120.000 mil entre crianças <15 anos. A epidemia da Aids demostra-se bastante complexa e caracteriza-se por aglomerado de subepidemias regionais. No Brasil, no período de 2007 a junho de 2016, foram notificados 136.945 casos de infecção pelo HIV/Aids. A Aids está entre as patologias infecciosas de maior importância devido à sua alta prevalência, morbidade e mortalidade (BRASIL, 2016).

Nesta perspectiva, existe a necessidade de estudos atualizados acerca desta problemática para conhecer a realidade do HIV/Aids nos territórios, produzindo assim subsídios para ampliar as discussões em relação ao assunto, e que os resultados da mesma possam auxiliar na melhoria das ações voltadas para essa infecção sexualmente transmissível (IST)**.** Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/Aids em um hospital universitário no Recife-PE, do período de 2013 a 2017.

Realizou-se um estudo epidemiológico do tipo seccional, no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Huoc), pertencente à Universidade de Pernambuco (UPE), situado no Recife-PE. Está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), com 400 leitos inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em diversas especialidades médicas, sendo uma delas a infectologia.

Foram incluídos na pesquisa todos os casos de Aids notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atendidos no Huoc no período de 2013 a 2017. Os casos de Aids foram identificados pelos critérios: Caracas/Rio de Janeiro, onde se encaixaram pacientes que tinham evidência laboratorial de infecção pelo HIV mais somatório de, pelo menos, dez pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas; *Center for Disease Control* (CDC) Modificado, clientes que apresentaram evidências laboratoriais da infecção pelo HIV mais diagnóstico de determinadas doenças indicativas de Aids ou evidência laboratorial de imunodeficiência, linfócitos CD4 abaixo de 350 cel/mm3; óbito por Aids, menção de Aids em algum campo da Declaração de Óbito (BRASIL, 2017).

Foram excluídas do presente estudo as fichas de notificação de pacientes caracterizados com HIV, tendo em vista que a partir do ano de 2014 é utilizada a mesma ficha para notificar os casos de Aids e HIV.

O estudo utilizou dados secundários obtidos no Sinan, tendo sido analisado as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, ocupação, raça/cor, modo de transmissão, município de residência, doenças associadas (sarcoma de Kaposi, histoplasmose disseminada, toxoplasmose cerebral, pneumonia por *PneumocystisCarinii,* tuberculose disseminada/extrapulmonar/não cavitária, linfoma não Hodgkin e outros linfomas, *Criptococose* extrapulmonar, disfunção do sistema nervoso central e herpes-zoster) e percentagem de linfócitos CD4 abaixo de 350 cel/mm3.

Os dados foram tabulados no TabWin e posteriormente analisados no programa Microsoft Excel®, por meio de estatística descritiva, frequência, proporção, média e coeficiente de prevalência que retrata o número de casos presentes (novos + antigos) em determinada comunidade e tempo x 10n dividido pela população da área no mesmo tempo.

A referida pesquisa obteve anuência do Huoc e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital (CAEE: 84850218.3.3001.5192).

No Hospital Universitário Oswaldo Cruz, no período estudado, foram notificados 894 casos de Aids, variando de 145 casos, em 2013, para 249 em 2017, com coeficiente de prevalência (CP) médio de 1,3 por 100 atendimentos (Tabela 1). A maioria dos casos foram no sexo masculino (561, 62,8%), em adultos jovem que possui entre 20 e 39 anos de idade (476, 53,2%) e adultos de 40 a 59 anos (348, 38,9%) e da raça/cor parda (674, 75,4%). Quanto ao município de residência, Recife assume a liderança com 322 (36,0%) notificações de Aids, seguido de Olinda (114, 12,8%) e Jaboatão dos Guararapes (111, 12,5%) (Tabela 2). As variáveis escolaridade e ocupação não foram possíveis de serem analisadas pelo alto índice de ignorabilidade ou não preenchimento, 31,6% e 21,5%, respectivamente.

Segundo o modo de contaminação a transmissão por relação sexual obtém a quase totalidade dos casos (846, 94,6%), contudo, 44(4,9%) foram por transmissão vertical. No que se refere ao critério de confirmação a maioria foi pelo CDC modificado (436, 48,8%), seguida do Caracas/Rio de Janeiro (276, 30,9%). Quanto a evolução dos casos 613 (68,6%) dos pacientes estão vivos e 182 (20,4%) foram a óbitos por Aids (Tabela 3).

Das doenças associadas à toxoplasmose cerebral (92,10,3%) era a que mais acometia os pacientes, posteriormente a tuberculose disseminada (65, 7,3%), Sarcoma de Kaposi (47, 5,3%) e Herpes Zoster (34, 3,8%) (Tabela 4).

**Tabela 1 -** Distribuição dos casos de Aids notificados no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife-PE, no período de 2013 a 2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ano** | **Casos** | **Atendidos** | **CP\*** |
| 2013 | 145 | 10860 | 1,3 |
| 2014 | 150 | 10611 | 1,4 |
| 2015 | 194 | 10702 | 1,8 |
| 2016 | 156 | 13810 | 1,1 |
| 2017 | 249 | 19133 | 1,3 |
| **Total** | **894** | **65116** | **1,3** |

**\*CP=** coeficiente de prevalência (por 100 atendimentos)

**Tabela 2**- Distribuição dos casos de Aids por características biológicas. Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife-PE, 2013 a 2017

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variáveis** | **Nº** | **%** |
| **Sexo** | | |
| Masculino | 561 | 62,8 |
| Feminino | 333 | 37,2 |
| **Faixa etária** | | |
| 10-19 | 22 | 2,5 |
| 20-39 | 476 | 53,2 |
| 40-59 | 348 | 38,9 |
| 60 e + | 48 | 5,4 |
| **Raça/cor** | | |
| Branca | 88 | 9,8 |
| Preta | 59 | 6,6 |
| Amarela | 2 | 0,2 |
| Parda | 674 | 75,4 |
| Ign/Branco | 71 | 7,9 |
| **Município de residência** | | |
| Recife | 322 | 36,0 |
| Olinda | 114 | 12,8 |
| Jaboatão dos Guararapes | 111 | 12,4 |
| Paulista | 55 | 6,2 |
| Camaragibe | 29 | 3,2 |
| Cabo de Santo Agostinho | 28 | 3,1 |
| São Lourenço da Mata | 16 | 1,8 |
| Vitória de Santo Antão | 13 | 1,5 |
| Abreu e Lima | 12 | 1,3 |
| Outros municípios | 190 | 21,3 |
| Municípios de outros estados | 4 | 0,4 |

**Tabela 3 -** Distribuição dos casos de Aids por características clínicas. Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife-PE, 2013 a 2017

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variáveis** | **Nº** | **%** |
| **Modo de transmissão** | | |
| Sexual | 846 | 94,6 |
| Vertical | 44 | 4,9 |
| Sanguínea | 4 | 0,4 |
| **Critério de confirmação do caso** | | |
| CDC | 436 | 48,8 |
| RJ/Caracas | 276 | 30,9 |
| Óbito | 182 | 20,4 |
| **Evolução do caso** | | |
| Vivo | 613 | |  | | --- | | 68,6 | |
| Óbito por Aids | 182 | 20,4 |
| Óbito por outras causas | 6 | 0,7 |
| Ign/Branco | 93 | 10,4 |

**Tabela 4 -** Distribuição dos casos de Aids por doenças associadas. Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife-PE, 2013 a 2017

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Doenças associadas** | **Nº** | **%** |
| **Criptococose** | | |
| Sim | 7 | 0,8 |
| Não | 855 | 95,6 |
| Ignorado | 32 | 3,6 |
| **Tuberculose disseminada** | | |
| Sim | 65 | 7,3 |
| Não | 813 | 90,9 |
| Ignorado | 16 | 1,8 |
| **Herpes Zoster** | | |
| Sim | 34 | 3,8 |
| Não | 836 | 93,5 |
| Ignorado | 24 | 2,7 |
| **Contagem linf.<350** |  |  |
| Sim | 351 | 39,3 |
| Não | 514 | 57,5 |
| Ignorado | 29 | 3,2 |
| **Toxoplasmose cerebral** | | |
| Sim | 92 | 10,3 |
| Não | 772 | 86,4 |
| Ignorado | 30 | 3,4 |
| **Histoplasmose** | | |
| Sim | 12 | 1,3 |
| Não | 848 | 94,9 |
| Ignorado | 34 | 3,8 |
| **Sarcoma de Kaposi** | | |
| Sim | 47 | 5,3 |
| Não | 841 | 94,1 |
| Ignorado | 6 | 0,7 |
| **Linfoma** | | |
| Sim | 7 | 0,8 |
| Não | 857 | 95,9 |
| Ignorado | 30 | 3,4 |
| **Pneumonia por *Pneumocystiscarinii*** | | |
| Sim | 10 | 1,1 |
| Não | 852 | 95,3 |
| Ignorado | 32 | 3,6 |

No Hospital Universitário Oswaldo Cruz, no período estudado, observou-se aumento nos atendimentos dos pacientes com Aids. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada no Nordeste do Brasil. Esse fato pode ser explicado por vários fatores, um deles é o aumento no número de novas infecções pelo HIV/Aids no país ( JESUS et al., 2017, SILVA et al., 2014).

Constatou-se predomínio dos casos notificados no sexo masculino, corroborando com achados no pais. A hegemonia no sexo masculino ocorre desde a descoberta da Aids, isso acontece pelo início precoce da vida sexual e a multiparceirias sexual (BRASIL, 2017; TAQUETTE et al., 2015).

A faixa etária mais acometida, de pessoas infectadas com Aids, variou de 20 a 39 anos. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Norte no ano de 2014. Nos indivíduos jovens adultos esta IST está interligada ao exercício da sexualidade, o não acesso a serviços de saúde e a prática de sexo desprotegido.

A maioria dos casos era da raça/cor parda, conforme encontrado em Sergipe e no resto do Brasil (BRASIL, 2017). Pressupõe-se que esse avanço aconteça pelas condições socioeconômicas desfavorável de pessoas com essa raça/cor (LOPES, et. al, 2015). Estudos confirmam interligação da pobreza com à contaminação pelo HIV/Aids ( LOPES et. al., 2016; SILVA et.al., 2013; STEPHAN et.al., 2010).

Constatou-se concentração dos casos de Aids atendidos no referido hospital, com residência em grandes municípios da Região Metropolitana do Recife. Estudo realizado em Recife, no ano de 2014, demonstrou que essa região é o território mais acometida pela Aids no estado de Pernambuco (SILVA; VIEIRA, 2014). Isso ocorre pela concentração de operações econômica, desproporções socioeconômicas, alterações nas relações sociais e maior velocidade de disseminação da Aids, quando comparada a municípios menos povoados (HOLANDA et al., 2015; SEGURADO et al., 2016; VIEIRA et al., 2014;).

As variáveis escolaridade e ocupação não foram possíveis de serem analisadas pelo alto índice de ignorabilidade ou não preenchimento. Estas variáveis são importantes, pois estão diretamente relacionadas com o processo de pauperização e abandono do tratamento. Além disso, o preenchimento desses campos possibilita uma maior compreensão do perfil dos casos de Aids, contribuindo para o direcionamento das ações de controle (BRAZ et al., 2016; ROSAS et al., 2014)

O modo de contaminação por relação sexual foi identificado na quase totalidade dos casos. Estudos realizados em Santa Catarina (2008 a 2012) e no Rio Grande do Sul (2012), demonstram que a contaminação se dá principalmente por via sexual. Essa propagação é influenciada pela probabilidade de lesão da mucosa retal ou vaginal, colaborando com uma maior viabilidade do acesso do vírus à corrente sanguínea (GABRIEL et al., 2005; SCHOSSLERET al., 2016; TREVISOLET al., 2013;)

No presente estudo no que se refere ao critério de confirmação à predominância foi pelo CDC modificado e contagem de linfócitos CD4 < 350 cel/mm³, conforme identificado em outros estudos. Esse critério é o mais constatado por ser mais sensível que os outros (CABRAL et al., 2015, KILSZTAJN, 2001).

Das doenças associadas a Aids à toxoplasmose cerebral e a tuberculose disseminada foram as que mais acometiam os pacientes. Sabe-se que estas são as doenças oportunistas que se destacam em pacientes portadores de Aids (SILVA et.al., 2017). Esses achados reiteram a importância do controle dos agravos em pacientes afetados pela doença.

Quanto a evolução dos casos verificou-se que um quinto dos pacientes evoluíram para óbito por Aids, demonstrando assim a alta letalidade dessa afecção. O uso da terapia antirretroviral (TARV) modifica o curso da doença pelo HIV e prolonga a permanência da vida. A função da TARV é aliviar os sintomas de início da manifestação, proteger a função imune, reduzir os reservatórios virais e de transmissão do HIV desde o princípio da infecção (SMITH et al., 2013)

A importância do tratamento com os antirretrovirais não é debelar o vírus do HIV, mas, inibir a progressão do agente que causa a Aids. Ao retardar a progressão o organismo recupera a imunidade garantindo a sobrevida para o paciente (ONU, 2015).

Verificou-se aumento nas notificações dos casos de Aids atendidos no Huoc, no período estudado. Estes caracterizam-se por serem do sexo masculino, com idade entre 20 a 39 e 40 a 59 anos, de raça/cor parda e residentes em grandes municípios da Região Metropolitana do Recife. Na quase totalidade dos registros a transmissão se deu por relação sexual.

No que se refere ao critério de confirmação à maioria foi pelo CDC modificado, seguida do Caracas/Rio de Janeiro. As doenças que mais acometia os pacientes com Aids era a toxoplasmose cerebral, seguida da tuberculose disseminada, Sarcoma de Kaposi e Herpes Zoster. A maioria dos pacientes estão vivos, contudo um quinto evoluiu para óbito por Aids.

As variáveis escolaridade e ocupação apresentaram um alto índice de ignorabilidade. Neste sentido, faz-se necessário treinamento dos profissionais de saúde para que possam compreender a importância do preenchimento de todas as variáveis da ficha de notificação de HIV/Aids, de forma correta e coesa

Descritores: Aids; Hiv; Epidemiologia.