

Perfil clínico-epidemiológico de adultos hiv-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN

Clinical-epidemiological profile of hiv-positive adults attended in a hospital from Natal/RN

Perfil clínico-epidemiológico de adultos vih-positivos tratados em un hospital de Natal/RN

Richardson Augusto Rosendo da Silva¹, Rafael Tavares Silveira Silva², Ellany Gurgel Cosme do Nascimento³, Olga Priscilla Gonçalves⁴, Maiara Menezes Reis⁵, Bárbara Coeli Oliveira da Silva⁶.

Como citar este artigo:

da Silva RAR; Silva RTS; do Nascimento EGC; et al. Perfil clínico-epidemiológico de adultos hiv-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. Rev Fund Care Online. 2016 jul/set; 8(3):4689-4696. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4689-4696>

ABSTRACT

Objective: to characterize the clinical-epidemiological profile and habits of life of HIV-positive adults. **Methods:** this is a descriptive, cross-sectional and quantitative study with a sample of 331 HIV-positive people with outpatient scheduling between February and August 2014 in a reference hospital from Natal/RN. Data collection was conducted through a semi-structured interview. **Results:** the results showed a predominance of men (52%), young people (42%) natural from the capital (58%), brown color (53%), single (56%), heterosexual (79%), poor (68 %). Most of them held the first anti-HIV test for less than five years (60%), had signs and symptoms of AIDS before the test (90%), were hospitalized (90%), started HAART for less than five years (60 %), suppose they have good knowledge of the disease (75%), and believe that their health has improved (92%). Most of them do not consume alcohol (71%), are non-smokers (88%), do not use illicit drugs (92%) and had never used preservatives before diagnosis (62%). **Conclusion:** the identified profile follow the national trends.

Descriptors: health profile; acquired immunodeficiency syndrome; HIV; nursing.

¹ Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Adjunto IV do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN, Brasil. E-mail: rirosendo@hotmail.com.

² Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor provisório de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte/Campus Maria Elisa de Albuquerque Maia. Pau dos Ferros/RN, Brasil. E-mail: rtssrafa@yahoo.com.br.

³ Enfermeira. Doutora em Ciência da Saúde. Professora Assistente I do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/Campus Maria Elisa de Albuquerque Maia. Pau dos Ferros/RN, Brasil. E-mail: ellanygurgel@hotmail.com.

⁴ Médica da Estratégia de Saúde da Família de Japi/RN. E-mail: olga_priscilla@hotmail.com.

⁵ Médica da Estratégia de Saúde da Família de Pedro Velho/RN. E-mail: maiamreis@yahoo.com.br.

⁶ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. E-mail: barbara.coeli@hotmail.com.

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil epidemiológico-clínico e de hábitos de vida de adultos HIV-positivo. **Métodos:** estudo descritivo, transversal e quantitativo, com uma amostra de 331 pessoas soropositivas com agendamento ambulatorial entre fevereiro e agosto de 2014 em um hospital de referência de Natal/RN. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada. **Resultados:** os resultados mostraram predominância de homens (52%), jovens (42%), procedentes da capital (58%), cor parda (53%), solteiros (56%), heterossexuais (79%), pobres (68%). A maioria realizou o primeiro exame anti-HIV há menos de cinco anos (60%), teve sinais e sintomas da AIDS antes do exame (90%), foi internada (90%), iniciou o TARV há menos de cinco anos (60%), julga ter bom conhecimento sobre a doença (75%) e acredita que sua saúde melhorou (92%). Os pacientes não consomem álcool (71%), não fumam (88%) e não usam drogas ilícitas (92%), nunca usaram preservativos antes do diagnóstico (62%). **Conclusão:** o perfil identificado segue as tendências nacionais.

Descritores: perfil de saúde; síndrome de imunodeficiência adquirida; HIV; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil epidemiológico-clínico y de hábitos de vida de los adultos VIH-positivos. **Métodos:** estudio descriptivo, transversal y cuantitativo con una muestra de 331 personas VIH-positivas con programación ambulatoria entre febrero y agosto de 2014 de un hospital de referencia en Natal/RN. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas. **Resultados:** los resultados mostraron un predominio de hombres (52%), jóvenes (42%), procedentes de la capital (58%), mulatos (53%), solteros (56%), heterossexuales (79%), pobres (68%). La mayoría había realizado el primer examen contra el VIH hacía menos de cinco años (60%), tenían señales y síntomas del SIDA antes del examen (90%), fueron internados (90%), habían iniciado el TAR hacía menos de cinco años (60%), juzgan tener un buen conocimiento acerca de la enfermedad (75%) y creen que su salud ha mejorado (92%). No consumen alcohol (71%), no fuman (88%). no usan drogas ilícitas (92%) y nunca usaron preservativos antes del diagnóstico (62%). **Conclusión:** el perfil identificado sigue las tendencias nacionales. **Descriptores:** perfil de salud; síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH; enfermería.

INTRODUÇÃO

A AIDS é considerada um grave problema de saúde pública pois desde a década de 1980 vem acometendo um grande número de pessoas pelo mundo. Estima-se que até 2012, em todo o mundo, havia 35,3 milhões de pessoas com HIV, 1,6 milhões de mortes relacionadas à AIDS e uma taxa de 2,3 milhões de novas infecções.¹

No Brasil, quando a epidemia da HIV/AIDS surgiu, a mesma era basicamente restrita às regiões metropolitanas do sudeste e sul do país, sendo sua transmissão mais prevalente entre homens que fazem sexo com homens, através de transfusão sanguínea e uso de drogas injetáveis.²

Atualmente, o perfil da HIV/AIDS tem se modificado, uma vez que estudos têm mostrado um crescimento do número de casos entre mulheres³, heterossexuais⁴, pessoas

entre 15 e 24 anos, adultos acima de 50 anos, indivíduos com baixo grau de instrução - ou seja, pauperização, tendo como indicador socioeconômico a educação⁵ - e entre populações das regiões menos urbanizadas.⁶

Hoje, o Tratamento Antirretroviral (TARV) é uma realidade, e até 2013 11,7 milhões de pessoas o receberam em países de média e baixa renda. De acordo com as tendências atuais, o número aumentará para 15 milhões em 2015⁷. Dos aproximadamente 718 mil brasileiros que vivem com HIV/AIDS até 2012, estão em TARV 313 mil (44%), mais que o dobro desse número em 2002, que era 125 mil.⁵

A adesão crescente ao TARV tem trazido resultados positivos no combate à doença, como a melhoria da qualidade de vida³ e aumento da sobrevivência de soropositivos⁸, e como o fato de estar associada à redução das taxas de mortalidade relacionadas à AIDS. Em 2009, 2 milhões de pessoas morreram no mundo com causas ligadas à AIDS; em 2013, esse número caiu para 1,5 milhões.⁷

Coerente com os números mundiais, o Brasil apresentou uma redução no coeficiente de mortalidade por AIDS nos últimos 10 anos; em 2003, o coeficiente era algo entre 6 e 7 por 100 mil habitantes; e, em 2012, essa taxa reduziu para 5,5 por mil habitantes.⁵

Sem dúvida, o tratamento da AIDS trouxe uma nova perspectiva de vida para as pessoas soropositivas. Entretanto, muitas barreiras ainda precisam ser ultrapassadas quanto à adesão ao tratamento, como, por exemplo, as mudanças na rotina diária, as dificuldades financeiras e de adaptação ao mercado de trabalho, a complexidade do tratamento, os efeitos colaterais e a quantidade de pílulas ingeridas.⁹

O primeiro passo para a superação de tais obstáculos é conhecer o contexto da população atingida. Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico, clínico e rotineiro da vida de pessoas com AIDS.

Traçar o perfil da população soropositiva que usa os serviços de saúde é importante porque possibilita a visualização das reais necessidades desse grupo, viabilizando estratégias de intervenção mais efetivas e uma atenção à saúde integral e resolutiva.

MÉTODOS

O presente estudo tem caráter descritivo, transversal e com abordagem quantitativa, e foi realizado no Hospital Giselda Trigueiro (HGT), onde funciona o Departamento De Infectologia - e disciplinas de diversos cursos da área da saúde - da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O HGT é uma instituição pública de referência para o estado do Rio Grande do Norte em doenças infecciosas, informação toxicológica e imunobiológicos especiais, e um importante campo para as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico no Rio Grande do Norte.

A população do estudo foi constituída por usuários soropositivos cadastrados no ambulatório do HGT, com

idade superior a 19 anos, orientado no tempo e espaço, com condições de responder à entrevista semiestruturada. A amostra foi composta por aqueles que aceitaram participar da pesquisa e deram este consentimento por escrito, totalizando 331 pessoas. A coleta dos dados iniciou-se após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, em 19/06/2013, sob o protocolo de número 16578613.0.0000.5537.

Os dados foram coletados através de entrevistas individuais com cada um dos usuários que tinham consulta médica ambulatorial agendada no HGT entre fevereiro e agosto de 2014. Durante a entrevista, utilizou-se um roteiro semiestruturado elaborado para este estudo, contendo dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida - como procedência, escolaridade, cor da pele, estado civil, orientação sexual, renda, religião, ocupação, realização de exames anti-HIV, coinfeções, contagem de células tipo CD4 e carga viral - aspectos relacionados ao tratamento - tais como início, mudanças, abandono, dificuldades, frequência nas consultas e na retirada de medicamentos, dúvidas, como julgam o conhecimento sobre a própria doença e estado de saúde, uso de preservativos, consumo de fumo, bebidas alcoólicas e outras drogas ilícitas - para caracterizar a população.

Para a análise dos dados obtidos a partir do roteiro para caracterização sociodemográfica, clínica e dos hábitos de vida da população estudada, foi elaborada uma planilha no programa Excel for Windows 2010. A planilha foi validada, conferida e transportada para o programa estatístico Statistical Package of Social Sciences (SPSS, 2012) versão 20.0.

A análise fundou-se na estatística descritiva dos dados por se acreditar que seja a melhor forma de analisar e interpretar os resultados referentes às variáveis e modos de enfrentamento das pessoas em tratamento da AIDS.

RESULTADOS

Realizada a aplicação do roteiro com os usuários soropositivos, obteve-se uma amostra de 331 pessoas com AIDS em seguimento de tratamento no HGT. Delas, 52% (172) eram do sexo masculino e 48% (159) do sexo feminino e, quanto à idade, a maioria (42%) encontrou-se na faixa etária entre 20 e 30 anos, com uma variação entre 20 e 63 anos.

De modo geral, o perfil social com as variáveis procedência, escolaridade, cor da pele, estado civil, orientação sexual, renda, religião e ocupação está apresentado pela Tabela 01.

Tabela 1: perfil sociodemográfico das pessoas soropositivas atendidas no HGT entre fevereiro e agosto de 2014 (N=331). Natal/RN, 2014.

Perfil sociodemográfico	N	%
Procedência		
Capital	192	58
Interior	139	42

Perfil sociodemográfico	N	%
Escolaridade		
Nunca frequentou ambiente escolar	03	01
Ensino fundamental incompleto	162	49
Ensino fundamental completo	30	09
Ensino médio incompleto	20	06
Ensino médio completo	83	25
Superior incompleto	10	03
Superior completo	23	07
Cor		
Pardos	175	53
Branços	106	32
Negros	50	15
Estado civil		
Solteiros sem companheiros	186	56
Solteiros com companheiros	66	20
Casados	66	20
Viúvos	13	04
Orientação sexual		
Heterossexuais	261	79
Homossexuais	70	21
Renda		
Sem renda salarial	50	15
Renda de um salário-mínimo*	225	68
Acima de um salário-mínimo*	56	17
Religião		
Católica	212	64
Evangélica	99	30
Outras	20	06
Ocupação		
Empregado de empresa privada	166	50
Empregado de empresa pública	33	10
Profissional liberal ou autônomo	66	20
Não possui ocupação	50	15
Aposentado	16	05

Fonte: dados da pesquisa.

* O salário-mínimo no período da pesquisa (2014) era de R\$ 724,00.

A Tabela 02 apresenta dados do acompanhamento clínico relacionados ao histórico da infecção e da doença entre os usuários em tratamento no HGT, entre fevereiro e agosto de 2014, e a Tabela 03 mostra hábitos de vida dessa população.

Tabela 02: histórico do acompanhamento clínico das pessoas soropositivas atendidas no HGT entre fevereiro e agosto de 2014 (N=331). Natal/RN, 2014.

Aspectos clínicos	N	%
Realização do 1º exame anti-HIV		
Menos de 5 anos	199	60
Mais de 5 anos	132	40

Aspectos clínicos	N	%
Motivos para realização do teste anti-HIV		
Indicação médica	33	10
Apresentação de sinais e sintomas da AIDS	298	90
Presença de coinfeções no momento do diagnóstico		
Sim	298	90
Não	33	10
Internação no momento do diagnóstico		
Sim	298	90
Não	33	10
Coinfeções já apresentadas		
Tuberculose	166	50
Hepatite B	16	05
Hepatite C	10	03
Toxoplasmose	89	27
Citomegalovírus	50	15
CD4 no momento do diagnóstico		
Abaixo de 200	282	85
Entre 200 e 500	33	10
Acima de 500	16	05
CD4 no momento da coleta		
Abaixo de 200	16	05
Entre 200 e 500	282	85
Acima de 500	33	10
Carga viral no momento do diagnóstico		
Abaixo de 10000	66	20
Acima de 10000	265	80
Carga viral momento da coleta		
Detectável	10	03
Não detectável	321	97
Início do tratamento com antirretrovirais		
Há menos de 5 anos	199	60
Há mais de 5 anos	132	40
Apresentou reações adversas ao iniciar o tratamento		
Sim	265	80
Não	66	20
Mudança do esquema inicial de tratamento		
Sim	50	15
Não	281	85
Abandono do tratamento		
Sim	66	20
Não	265	80
Motivos para abandono do tratamento		
Reações adversas	248	75
Dificuldade de acesso ao serviço	50	15
Depressão	33	10

Aspectos clínicos	N	%
Dificuldades impostas pelo tratamento		
Quantidade de comprimidos	159	48
Horário das consultas	73	22
Distância ao serviço de saúde	66	20
Dificuldade para marcar consultas	33	10
Frequência de comparecimento às consultas		
Uma vez ao mês	53	16
A cada três meses	245	74
A cada seis meses	33	10
Frequência da retirada do medicamento (autorrelato)		
Menos de 29 dias de atraso	232	70
Entre 29 - 74 dias de atraso	83	25
Mais de 74 dias de atraso	16	05
Frequência da retirada do medicamento (farmácia)		
Menos de 29 dias de atraso	99	30
Entre 29 - 74 dias de atraso	166	50
Mais de 74 dias de atraso	66	20
Dúvidas sobre o tratamento		
Sim	149	45
Não	182	55
Conhecimento sobre a doença		
Ótimo	16	05
Bom	148	75
Ruim	66	20
Autocompreensão do estado de saúde		
Melhora	305	92
Piora	26	08

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3: hábitos de vida das pessoas soropositivas atendidas no HGT entre fevereiro e agosto de 2014 (N=331). Natal/RN, 2014.

Hábitos de vida	N	%
Uso de preservativo em todas as relações sexuais (antes do diagnóstico)		
Nunca	205	62
Às vezes	126	38
Uso de preservativo em todas as relações sexuais (atualmente)		
Sim	192	58
Não	139	42
Tabagista		
Sim	40	12
Não	291	88

Hábitos de vida	N	%
Quantidade de uso do cigarro		
Um por dia	26	08
Mais de um por dia	305	92
Uso de álcool		
Sim	96	29
Não	235	71
Frequência do uso de álcool		
Fim de semana	315	95
Mais de uma vez por semana	16	05
Uso de drogas ilícitas		
Sim	26	08
Não	305	92
Frequência do uso das drogas ilícitas		
Uma vez por semana	315	95
Mais de uma vez por semana	16	05

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Aspectos sociodemográficos

A quantidade superior de homens identificada na amostra utilizada está em conformidade com outros estudos brasileiros,^{9,10} e também com alguns realizados fora do país,¹¹⁻²⁻³⁻⁴ mostrando que os homens ainda permanecem como os principais atingidos pelo HIV. Entretanto, é importante considerar a quantidade de mulheres identificada na amostra, 48%, portanto muito próxima à quantidade do sexo masculino, o que sugere a tendência nacional de crescimento do número de casos da doença entre mulheres. Algumas pesquisas brasileiras já mostram mais mulheres que homens em suas amostras,¹⁵⁻⁶⁻⁷ conferindo a ideia de feminilização da doença.

A faixa etária identificada na amostra foi de 20 a 63 anos, logo a idade média da população em questão é de 41,5 anos, semelhante ao que foi observado em estudos realizados em Minas Gerais¹⁷ e Santa Catarina¹⁰, por exemplo, seguindo a tendência mundial observada em trabalhos internacionais.¹¹⁻²⁻³⁻⁴ Vale salientar que embora a idade média pressuponha maioria de indivíduos com idade média - entre 30 e 50 anos - nesta pesquisa a maioria foi de pessoas mais jovens, entre 20 e 30 anos. Contudo também apareceram pessoas com idades mais elevadas - acima de 60 anos - o que pode estar relacionado com a tendência nacional de crescimento nas taxas de detecção entre jovens e adultos com mais de 50 anos.⁵

Quanto às variáveis do perfil social, procedência, escolaridade, cor da pele, orientação sexual, renda e ocupação, pôde-se observar que o presente estudo também retrata as tendências nacionais.

A maioria procede de zonas urbanizadas, como também foi observado em estudo realizado em Salvador.¹⁸ No entanto,

deve-se levar em consideração a quantidade significativa de pessoas soropositivas procedentes de municípios do interior do estado, 42%, sugerindo a interiorização da doença, o que aparece em estudos realizados em Montes Claros/MG,^{15,17} Diamantina/MG¹⁶, Londrina/PR⁹ e Tubarão/SC.¹⁰

Os baixos índices identificados de grau de instrução e renda são comuns a outros estudos brasileiros,^{6,9,19,15} o que também foi identificado em um estudo estadunidense.¹⁴ Tais resultados são preocupantes porque podem ser considerados como fatores que dificultam a adesão ao tratamento da AIDS, pois a instrução é importante para a realização adequada do uso dos medicamentos, respeitando as quantidades e os horários prescritos.

Outras tendências constatadas nos resultados da presente pesquisa foram observadas também em outros estudos: a maioria de cor parda (53%),¹⁵⁻⁶ maior número de heterossexuais^{9,15,16,18} e menores índices de desocupados (15%) em relação aos empregados (60%).^{6,9,15,18}

Ao contrário da maior frequência de pessoas em união estável observada em estudos realizados no Paraná,⁹ Ceará¹⁹ e Minas Gerais,^{6,15-6} a pesquisa realizada no Rio Grande do Norte observou um maior número de pessoas solteiras (56%), conforme também foi identificado na Bahia.¹⁸

Por fim, a religião pode ser utilizada por pessoas soropositivas como uma forma de busca por conforto e alívio das tensões que surgem após o diagnóstico da doença,¹⁹ talvez por isso que todos referiram alguma crença religiosa, sendo a grande maioria (64%) católica, como também foi observado por Rodrigues Neto e colaboradores¹⁵ em estudo em MG e por Paschoal e colaboradores²⁰ no RJ.

Aspectos clínicos

Mais da metade dos participantes (60%) teve conhecimento do diagnóstico positivo para o HIV nos últimos cinco anos e quase todos fizeram o teste somente após o surgimento de sinais e sintomas da AIDS (90%), o que sugere que o medo do diagnóstico positivo faz com que as pessoas não procurem esse tipo de exame. Assim, somente com as complicações clínicas as pessoas buscam fazê-lo.

Em estudo realizado em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS, foi observado medo por parte do paciente da possibilidade de um resultado positivo para o HIV e medo em ser discriminado por estar fazendo esse tipo de exame. Por isso, quando o fazem, não revelam ou não voltam para buscar o resultado.²¹

A identificação de coinfeções e interação no momento do diagnóstico foi observada em 90% dos casos. Dentre elas, a tuberculose foi a que apresentou maior frequência, o que também foi observado em estudo no PR,⁹ na faixa de fronteira brasileira,²³ e em Havana/Cuba.²³ Embora outros estudos^{18,10,24} mostrem outras doenças oportunistas sendo mais frequentes, a tuberculose ainda configura-se como a principal causa de morte associada à AIDS no mundo¹ e, por isso,

deve receber atenção especial por parte dos órgãos governamentais para o seu controle.

Na contagem das células tipo CD4 e da carga viral realizada no momento do diagnóstico foi observado que, respectivamente, estava abaixo de 200 células/mm³ em 85% dos casos, e acima de 10.000 cópias/mL em 80%. Já no momento da coleta dos dados da pesquisa esses números modificaram-se, sendo que a porcentagem caiu para 5% dos casos com CD4 abaixo de 200 células/mm³, e a carga viral passou a ser não detectável em 97% dos casos. Essa modificação pode ser explicada pelo fato de os participantes da pesquisa estarem em TARV, pois o tratamento eleva a quantidade das células atingidas pelo HIV e reduz a carga viral já nos primeiros três meses.²⁵ Resultados semelhantes também foram observados em estudo realizado no Rio de Janeiro.²⁶

A melhoria das condições clínicas e imunológicas, além da redução da carga viral, provocada pela TARV já nos seus primeiros três meses é esperada, entretanto, nesse mesmo período problemas como coinfeções, Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIR) e reações adversas às medicações podem surgir, dificultando a adesão ao esquema terapêutico.²⁵

Com relação às reações adversas, na presente pesquisa foi observado que 80% dos participantes apresentaram algum tipo de reação ao iniciar o tratamento, sendo que 20% deles o abandonaram - os efeitos colaterais são os causadores da interrupção do tratamento em 75 % dos casos. Outros estudos também mostram os efeitos adversos como uma causa que dificulta a adesão ao TARV.^{10,20,27}

Além das reações adversas outras dificuldades são impostas ao soropositivo durante o tratamento, como a grande quantidade de comprimidos ingeridos por dia, referida por 48% dos participantes, também observada em um estudo realizado no Serviço de Ambulatório Especializado (SAE) em AIDS, em uma cidade do interior do estado do Paraná entre 2006 e 2007.²⁸

Quanto à periodicidade das consultas médicas, o Ministério da Saúde recomenda que as pessoas no início da TARV ou na troca do esquema retornem de sete a quinze dias; em seguida, retornos mensais são indicados até a adaptação por completo. Alcançando um quadro clínico estável, o intervalo das consultas passa para seis meses.²⁵

Nos resultados encontrados, no que se refere à frequência de comparecimento às consultas médicas, semelhantemente ao resultado observado em estudo realizado em MG,²⁹ menos de 20% dos participantes retornam ao médico de seis em seis meses, apesar de 40% terem dado início ao TARV há mais de cinco anos. Isso sugere problemas de adaptação ao tratamento ou instabilidade no quadro clínico, pois se espera que a contagem de células CD4 e a recuperação imune aconteçam no primeiro ano de TARV, e a estabilidade no segundo ano.²⁵

Tal hipótese se fortalece no fato de que a contagem de células CD4 da maioria (85%) estava entre 200 e 500 células/mm³, e apenas 10% superou 500 células/mm³. Entretanto,

apenas 15% realizaram modificação do esquema inicial do tratamento e, por isso, pressupõe-se que a maioria ainda está no processo de adaptação ao tratamento - afinal 60% deles começaram o tratamento há menos de cinco anos.

Além de avaliar a adaptação ao tratamento através da contagem de células CD4 e da carga viral, também é importante considerar a adesão, a qual envolve a tomada correta dos medicamentos prescritos em suas doses e frequências.²⁵ Caso o uso dos medicamentos não esteja respeitando essas determinações médicas, não ocorrerá a adaptação que se espera. Portanto, a adesão também precisa ser avaliada.

Um dos fatores relacionados à adesão é a retirada das medicações na farmácia na data prevista, sendo importante que não haja atraso de forma que o tratamento não seja interrompido em momento algum. Entretanto, observa-se que o atraso na retirada acontece.

Neste estudo, 70% dos participantes afirmaram atrasar a retirada da medicação em até vinte e nove dias. Quando esse dado foi checado na farmácia, a porcentagem diminuiu para 30% e o atraso na retirada da medicação subiu para valores entre vinte e nove e setenta e quatro dias (50%), logo uma irregularidade maior que a autorrelatada.

A frequência das retiradas de medicação utilizada contra a AIDS também foi investigada em um estudo realizado em Belo Horizonte entre 2001 e 2002, que também observou um alto índice (57,9%) de retiradas irregulares ou atrasadas.²⁹

O atraso da retirada das medicações coloca em risco a continuidade do tratamento e, portanto, sua efetividade. Assim sendo, a atenção à saúde para as pessoas que estão em uso de TARV não pode ser restrita às ações médicas especializadas, mas é importante a continuidade do cuidado em outros níveis da assistência, principalmente da atenção básica. Sugere-se que a equipe de saúde da família possa auxiliar no tratamento contra a AIDS, monitorando os indivíduos e cobrando dos mesmos atitudes de comprometimento com a terapêutica - além de auxiliá-los no planejamento do tratamento.

Outras informações relevantes para a adesão ao tratamento envolvem a presença de dúvidas sobre o tratamento, os conhecimentos que o soropositivo tem sobre a doença e a autocompreensão do estado de saúde, pois ambos podem afetar a continuidade do tratamento.

Apesar de a maioria dos participantes (75%) considerar que tem bons conhecimentos sobre a doença, como também foi observado em outros estudos,^{16,31} 92% visualizam melhora no seu estado de saúde após o tratamento. Foi observado em outras pesquisas^{16,32} que 45% dos pacientes ainda possuem alguma dúvida com relação à AIDS. Portanto, sugere-se que o diálogo deve ser incessante para dirimir questionamentos. Além disso, é importante que as pessoas soropositivas tenham acesso a outros espaços sociais para que também possam conversar sobre sua doença, pois nem sempre há tempo suficiente nas consultas médicas.³²

Hábitos de vida

A adesão ao TARV também envolve a aquisição de hábitos de vida saudáveis²⁵. Portanto, práticas como o uso de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas devem ser evitadas, pois aumentam o risco para vários problemas de saúde. A bebida alcoólica aumenta o risco para hepatotoxicidade associada ao TARV; o tabaco para o risco de acidente cardiovascular, infarto, pneumonia, câncer de pulmão, depressão; e as drogas ilícitas podem interagir com o TARV elevando o risco de toxicidade e acelerando a evolução da doença.

Entre os participantes da pesquisa, parece que as orientações para uma vida mais saudável estão sendo seguidas pela maioria, visto que 71% afirmaram não consumir bebidas alcoólicas, 88% não fumam e 92% não usam drogas ilícitas.

Resultados semelhantes, mesmo sendo em menor proporção, foram observados por Castro e colaboradores¹⁸ em estudo realizado em Salvador, entre 2011 e 2012, para o álcool (52%) e para o cigarro (54%). Ao contrário, Murure e colaboradores,³⁰ em estudo realizado em Belo Horizonte entre 2007 e 2009, perceberam uma maior frequência no uso do álcool (62,6%), mas já em relação às drogas ilícitas, também observou-se que a maioria (66,9%) referiu não as usar pelo menos no últimos seis meses.

Outro fator importante relacionado aos hábitos de vida saudáveis envolve a prática sexual. O uso do preservativo é a melhor forma de evitar a disseminação do vírus, como também para evitar a troca de vírus entre pessoas soropositivas.

Quando perguntadas sobre o uso de preservativos nas relações sexuais, 62% dos entrevistados afirmaram que nunca haviam utilizado antes do diagnóstico, semelhante ao que foi observado no estudo realizado no Vale do Jequitinhonha, entre 1995 e 2008, no qual 66,2% também não utilizavam. Isso mostra que as pessoas continuam achando, erroneamente, que esse tipo de doença não acontece com todas as pessoas. Já após o diagnóstico, 58% afirmaram que estão realizando a prevenção enquanto que no estudo realizado por Campos e Ribeiro, 75% não mencionaram a utilização do preservativo.¹⁶

O não uso dos métodos de prevenção durante o ato sexual é fator que aumenta o risco de transmissão do HIV, principalmente quando o indivíduo tem conhecimento de sua soropositividade. A conscientização da população do uso dos códons, portanto, é fundamental independentemente da sorologia positiva ou negativa para o vírus, uma vez que o uso contínuo reduz o risco para o HIV e também DSTs.

CONCLUSÃO

Os homens continuam sendo os mais afetados pelo HIV/AIDS, embora o número de mulheres tenha sido significativo, demonstrando a tendência de feminilização da enfermidade. Os casos também foram numerosos entre jovens de 20 a 30 anos, mas também surgiram entre idosos acima dos 60. Quanto ao perfil social, a procedência de zonas menos

urbanizadas - embora não tenha sido identificada como maioria - foi significativa, sugerindo interiorização da doença no RN. Houve predomínio de baixos índices de escolaridade e renda, como também da orientação homossexual, portanto pauperização e homossexualização, respectivamente. Além disso, maior frequência da cor parda, maior número de solteiros e de católicos.

Em relação aos aspectos clínicos, a maioria teve conhecimento do diagnóstico nos últimos cinco anos, após o surgimento dos primeiros sinais e sintomas da AIDS. A Tuberculose foi a coinfeção mais frequente; houve aumento de células CD4 e redução de carga viral; os efeitos colaterais no início do tratamento foram apresentados por quase todos os entrevistados e referidos como o principal causador do abandono do TARV. Outra dificuldade imposta pelo tratamento que foi destacada é a grande quantidade de comprimidos ingeridos por dia.

Ainda, sugere-se que os entrevistados estão no processo de adaptação ao TARV, pois poucos mantêm um intervalo de seis meses para as consultas médicas, quase todos possuem uma contagem de células tipo CD4 abaixo de 500 células/mm³ e um pouco mais da metade começou o tratamento há menos de cinco anos. Além disso, o atraso na retirada das medicações foi frequente, o que pode comprometer a efetividade do tratamento. Apesar de a maioria dos participantes considerar que tem bons conhecimentos sobre a doença e visualizar melhoria no seu estado de saúde, após o tratamento, alguns ainda possuem alguma dúvida sobre ele.

Sobre os hábitos de vida, foi possível observar que entre os entrevistados a prática de hábitos saudáveis é comum, afinal a maioria afirmou não consumir bebidas alcoólicas, não fumar e não usar drogas ilícitas. Já quanto às práticas sexuais, mantêm-se os riscos de transmissibilidade, embora que menores, porque mais da metade afirmou nunca ter usado preservativos antes do diagnóstico positivo para o HIV e atualmente apenas um pouco mais da metade aderiu aos códons.

Por fim, fica claro que o perfil sociodemográfico, clínico e de hábitos de vida da população estudada está consoante ao contexto e às tendências nacionais. E, desse modo, tal achado apresenta-se como subsídio para equipes e gestores de saúde locais na realização de ações de intervenção mais resolutivas na população soropositiva do Rio Grande do Norte.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: WHO; 2013 [citado 30 out 2014]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª ed. Brasília (DF); 2009. [citado 30 ago 2014] Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf
3. Felix G, Ceolim MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2012; [citado 11 out 2014]; 46(4):884-91. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/15.pdf>
4. Barbosa Júnior A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Júnior PB. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. Cad. Saúde Pública [Internet] 2009 abr; [citado 11 out 2014]; 25(4):727-37. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/03.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Aids. Boletim Epidemiológico. Brasília (DF); 2013. [citado 30 ago 2014] Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf
6. Santos WJ, Drumond EF, Gomes AS, Corrêa CM, Freitas MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. Rev Bras Enferm [Internet] 2011 nov; [citado 30 out 2014]; 64(6):1028-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600007
7. Organização Mundial da Saúde. Executive Summary of the Global Update on the Health Sector Response to HIV, 2014. Geneva: WHO; 2014 [citado 30 out 2014]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128196/1/WHO_HIV_2014.15_eng.pdf
8. Fernandes JRM, Acurcio FA, Campos LN, Guimarães MDC. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet] 2009 jun; [citado 30 out 2014]; 25(6):1369-80. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n6/19.pdf>
9. Pieri FM, Laurenti R. HIV/AIDS: perfil epidemiológico de adultos internados em hospital universitário. Cienc Cuid Saude [Internet] 2012; [citado 30 out 2014]; 11(sup):144-52. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17069/pdf>
10. Schuelter-Trevisol F, PucciII P, JustinoII AZ, PucciIII N, Silva ACB. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet] 2013 jan; [citado 30 out 2014]; 22(1):87-94. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100009&script=sci_arttext&tlng=pt
11. O'Brien KK, Davis AM, Gardner S, Bayoumi AM, Rueda S, Hart TA, Cooper C, Solomon P, Rourke SB, Hanna S. Relationships between dimensions of disability experienced by adults living with HIV: a structural equation model analysis. AIDS Behav [Internet] 2014 feb; [citado 30 out 2014]; 18(2):357-67. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/225/art%253A10.1007%252Fs10461-012-0363-2>.

Recebido em: 01/12/2014

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 08/01/2016

Publicado em: 15/07/2016

Autor correspondente:

Richardson Augusto Rosendo da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Campus Central . Departamento de Enfermagem
Rua Lagoa Nova, S/N . Natal (RN), Brasil.
CEP: 59078-970