

**Perfil dos usuários e características dos óbitos num Serviço de Referência para HIV-aids
em Feira de Santana, Bahia, Brasil**

**Profile of users and characteristics of deaths in a Reference Service for HIV-AIDS in
Feira de Santana, Bahia, Brazil**

**Perfil de usuarios y características de las defunciones en un Servicio de Referencia de
VIH-SIDA en Feira de Santana, Bahia, Brasil**

Recebido: 03/11/2020 | Revisado: 10/11/2020 | Aceito: 23/12/2020 | Publicado: 27/12/2020

Carlos Alberto Lima da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3221-265X>

Centro Universitário Estácio da Bahia, Brasil

E-mail: carlosls.compos@gmail.com

Frida Cavalcante de Oliveira Puridade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3835-1490>

Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil

E-mail: frida_puridade29@hotmail.com

Laila Selis Santos Porto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1924-6644>

Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil

E-mail: laila_selis@hotmail.com

Bruna Matos Santos Dantas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2829-8422>

Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil

E-mail: brunamatos.dantas@gmail.com

Resumo

Introdução: Mesmo depois de quase quatro décadas da sua descoberta, o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) ainda apresenta um elevado potencial de morbimortalidade, permanecendo entre os principais problemas de saúde pública. Além do perfil das pessoas que são infectadas, as causas de óbitos nessa população têm mostrado uma tendência para além de doenças oportunistas e câncer, a exemplo de doenças crônicas não-transmissíveis. Objetivo: Descrever o perfil dos usuários e as principais características dos óbitos num Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Centro de Referência Municipal

(CRM) para DST/HIV/Aids em Feira de Santana, Bahia, Brasil. Materiais e método: Trata-se de um estudo seccional, conduzido a partir de dados de uma coorte histórica. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, de estilo de vida, complicações clínicas, tratamento e mortalidade obtidas dos prontuários clínicos desses indivíduos. Resultados: A amostra estudada contou com 199 indivíduos que iniciaram o uso de antirretrovirais entre os anos de 2003-2017. Houve predomínio do sexo masculino (63,8%), autodeclarados negros (82,9%), mediana de idade 34 anos (18-72 anos), sem companheiro (61,9%), heterossexuais (69,5%) e 45,7% estudaram até 9 anos (ensino fundamental). A letalidade relacionada ao HIV foi de 7%. Conclusão: O diagnóstico tardio e a elevada ocorrência de casos com evolução para aids também chamaram a atenção, principalmente para uma possível falha da gestão do cuidado em saúde. Além disso, foram identificadas infecções oportunistas, coinfeções e comorbidades que parecem comprometer a qualidade de vida e aumentar a chance de óbito.

Palavras-chave: Mortalidade; HIV; Síndrome da imunodeficiência adquirida; Agentes antirretrovirais.

Abstract

Introduction: Even after almost four decades of its discovery, the Acquired Immunodeficiency Virus (HIV) still has a high potential for morbidity and mortality, remaining among the main public health problems. In addition to the profile of people who are infected, the causes of death in this population have shown a trend beyond opportunistic diseases and cancer, such as chronic non-communicable diseases. Objective: To describe the profile of users and the main characteristics of deaths in a Specialized Assistance Service (SAE) of the Municipal Reference Center (CRM) for STD / HIV / AIDS in Feira de Santana, Bahia, Brazil. Materials and method: This is a sectional study, conducted based on data from a historical cohort. Sociodemographic, lifestyle, clinical complications, treatment and mortality variables obtained from these individuals' medical records were analyzed. Results: The sample studied consisted of 199 individuals who started using antiretrovirals between 2003-2017. There was a predominance of males (63.8%), self-declared blacks (82.9%), median age 34 years (18-72 years), without a partner (61.9%), heterosexuals (69.5%) and 45.7% studied up to 9 years old (elementary school). HIV-related lethality was 7%. Conclusion: The late diagnosis and the high occurrence of cases with AIDS progression also called attention, mainly to a possible failure in the management of health care. In addition, opportunistic infections, co-infections and comorbidities have been identified that appear to compromise quality of life and increase the chance of death.

Keywords: Mortality; HIV; Acquired immunodeficiency syndrome; Antiretroviral agents.

Resumen

Introducción: Incluso después de casi cuatro décadas de su descubrimiento, el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) todavía tiene un alto potencial de morbilidad y mortalidad, permaneciendo entre los principales problemas de salud pública. Además del perfil de las personas infectadas, las causas de muerte en esta población han mostrado una tendencia más allá de las enfermedades oportunistas y el cáncer, como las enfermedades crónicas no transmisibles. Objetivo: Describir el perfil de los usuarios y las principales características de las defunciones en un Servicio de Atención Especializada (SAE) del Centro Municipal de Referencia (CRM) para ETS / VIH / SIDA en Feira de Santana, Bahía, Brasil. Materiales y método: este es un estudio seccional, realizado con base en datos de una cohorte histórica. Se analizaron variables sociodemográficas, estilo de vida, complicaciones clínicas, tratamiento y mortalidad obtenidas de la historia clínica de estos individuos. Resultados: La muestra estudiada estuvo constituida por 199 individuos que comenzaron a utilizar antirretrovirales entre 2003-2017. Predominó el sexo masculino (63,8%), negros autodeclarados (82,9%), mediana de edad 34 años (18-72 años), sin pareja (61,9%), heterosexuales (69,5%) y el 45,7% estudió hasta 9 años (primaria). La letalidad relacionada con el VIH fue del 7%. Conclusión: El diagnóstico tardío y la alta ocurrencia de casos con progresión del sida también llamaron la atención, principalmente por una posible falla en la gestión de la atención de salud. Además, se han identificado infecciones oportunistas, coinfecciones y comorbilidades que parecen comprometer la calidad de vida y aumentar la probabilidad de muerte.

Palabras clave: Mortalidad; VIH; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Agentes antirretrovirales.

1. Introdução

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), foram relatados na década de 1980 e, desde o início da epidemia, o número de pessoas que foram infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) já ultrapassou 77 milhões, tornando-se uma pandemia que já provocou mais de 35 milhões de mortes em todo o mundo. Após a introdução da Terapia Antirretroviral de Alta Potência (TARV), na década de 1990, a mortalidade sofreu uma queda significativa, entretanto, essas taxas ainda se mantêm elevadas.

Somente em 2017, cerca de 940 mil pessoas morreram por causas relacionadas a aids¹, o que demonstra ser este um relevante problema de saúde pública (Guimarães, Carneiro, Abreu & França, 2017; Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/Aids [UNAIDS], 2017).

No Brasil, de 1980 a 2018 foram notificados 338.905 óbitos tendo HIV/Aids como causa básica (Brasil, 2019). As taxas de mortalidade apresentaram fases distintas de evolução ao longo desse período. Entre 1982 e 1995 houve um crescimento acelerado da mortalidade, especialmente entre 1987 e 1995, onde a taxa de mortalidade alcançou 9,7 óbitos por 100.00 habitantes. A partir de 1996, ano em que ocorreu a aprovação da política de distribuição de medicamentos do Programa Nacional de DST/Aids, houve uma redução significativa (33%) no risco de morrer por aids. A disponibilidade da TARV universal e gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS) causou um impacto importante na morbimortalidade desses pacientes, refletindo no aumento da sobrevida, redução da incidência de infecções oportunistas e de internações hospitalares (Reis, Santos & Cruz, 2007). Desde o ano 2000 o coeficiente de mortalidade continua caindo, porém em uma velocidade bem menor e apresentando diferenças importantes entre as regiões do país (Brasil, 2018a). Entre 2007 e 2017 houve uma redução de 14,8% no coeficiente de mortalidade relacionada a infecção, porém essa redução ocorreu de forma heterogênea entre as diferentes regiões brasileiras. O Sul e o Sudeste, que historicamente foram responsáveis pela maior proporção dos casos, tiveram redução em todos os estados, assim como a região centro-oeste. Já as regiões Norte e Nordeste, na contramão da tendência nacional, apresentaram um aumento do coeficiente de mortalidade em todos os estados, com exceção de Roraima e Bahia, onde houve redução. Essa situação chama a atenção, pois em um país onde existe uma rede pública de serviços de saúde que oferece acesso gratuito e universal ao atendimento e com ampla distribuição da TARV, o esperado são menores taxas de mortalidade e uma redução equivalente em todo o território (Brasil, 2018a). Mesmo se tratando de um sistema universal, diferenças socioeconômicas e demográficas e acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento podem ser citados como exemplos de fatores que ampliem essas desigualdades regionais.

Em relação às características sociodemográficas, no Brasil nas décadas de 1980 e 1990, a mortalidade por aids apresentou-se predominantemente masculina. A partir desse momento houve um processo de “feminização” da epidemia, com um aumento da proporção de óbitos femininos, razão dos sexos passou de 7,5:1 em 1980 para 3,4:1 na década seguinte, e desde 2005 se mantém em 1,9-2:1. (Reis *et al.*, 2007; Brasil, 2018a). Entre os anos de 1990 e 2005, 85% dos óbitos eram de adultos jovens entre 20-49 anos, enquanto os indivíduos entre 50 e 60 anos ou mais representavam apenas 11%. Já em 2017 o percentual de adultos jovens

caiu para 67% e da população acima de 50 anos subiu para 32%, fato que pode ser relacionado a maior expectativa de vida da população em geral, assim como das pessoas vivendo com HIV/Aids. Quanto a raça-cor, verificou-se nos últimos 10 anos uma queda de 23,8% na proporção de óbitos de pessoas brancas e um aumento de 25,3% na proporção de pessoas negras (Brasil, 2018a).

Esses dados demonstram que mesmo depois de quase quatro décadas da sua descoberta, a aids ainda apresenta um elevado potencial de morbimortalidade, sendo uma constante preocupação na área da saúde. Além disso, demonstram que houve importantes mudanças nas características dos pacientes que vão a óbito ao longo dos anos. Diante deste contexto, é imprescindível conhecer o perfil dos indivíduos que morrem por causas relacionadas ao HIV/Aids. Portanto, o objetivo desse estudo foi descrever o perfil dos usuários e as principais características dos óbitos num Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Centro de Referência Municipal (CRM) para DST/HIV/Aids em Feira de Santana, Bahia, Brasil.

2. Material e Métodos

Trata-se de um estudo seccional (transversal) (Klein & Bloch, 2002) conduzido a partir de dados de uma coorte histórica intitulada “Análise dos fatores de risco para óbito em uma coorte de pessoas infectadas pelo HIV/Aids em uso de antirretrovirais”. Fizeram parte deste recorte os indivíduos vivendo com HIV/Aids acompanhados pelo estudo matriz, matriculados no SAE do CRM para DST/HIV/Aids da cidade de Feira de Santana, Bahia, localizada na região Nordeste do Brasil, e em uso de TARV, entre os anos de 2003-2017 (período de seguimento da coorte). Os critérios de inclusão dos sujeitos nesta pesquisa foram: ter idade igual ou superior a 18 anos quando foram acolhidos no SAE e terem iniciado TARV neste serviço. Cabe ressaltar que a amostra usada nesta análise se tratou de um *baseline* de estudo de coorte citado anteriormente.

A coleta de dados do estudo matriz foi realizada entre janeiro e novembro de 2018. Através do formulário utilizado na coleta para organização dos dados extraídos dos prontuários clínicos foi possível obter as variáveis referentes à identificação, características sociodemográficas, estilo de vida, complicações clínicas, tratamento e mortalidade. As variáveis sociodemográficas, de estilo de vida, dados clínicos e do tratamento inicial usadas neste estudo foram obtidas da admissão destes pacientes no serviço; já a variável mortalidade

e informações sobre esse desfecho foram apuradas da evolução clínica; e toda pesquisa foi realizada pelo seguimento nos prontuários clínicos destes indivíduos.

O banco de dados foi construído com o auxílio do *software EpiData Entry 3.1* (CDC, Atlanta, GA) e processado no programa *Statistical Package for Social Science 22.0* (SPSS). O *Statistics/Data Analysis* (STATA) versão 14.0 também foi usado na análise dos dados, ambos os programas licenciados pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde da UEFS (NUDES/UEFS). No que se refere à análise dos dados, por se tratar de um estudo descritivo, foram estimadas frequências simples e relativas de todas as variáveis qualitativas categóricas de interesse para o estudo. Enquanto que para as variáveis quantitativas foram obtidas médias com desvios padrões e mediana com intervalo interquartil.

Quanto aos aspectos éticos, é importante ressaltar que o presente estudo buscou responder a objetivos específicos do projeto matriz, que encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 50990915.8.0000.0053 e parecer nº 1.942.323.

3. Resultados e Discussão

O estudo analisou 199 indivíduos, acompanhados no SAE entre os anos de 2003 e 2017, que iniciaram o uso de TARV nesse período. Quanto às características sociodemográficas da amostra, houve predomínio do sexo masculino (63,8%), autodeclarados negros (82,9%), mediana de idade 34 anos (18-72 anos), sem companheiro (61,9%), heterossexuais (69,5%), moradores de Feira de Santana (74,4%), em zona urbana (85,4%). Quanto a escolaridade, 45,7% estudaram até 9 anos (ensino fundamental). Outros dados sobre o estilo de vida e aspectos clínicos também estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e clínicas segundo os óbitos de adultos com HIV/Aids em uso de antirretrovirais em Feira de Santana-BA entre os anos de 2003-2017. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2019.

| Características | Óbitos | | Total n (%) |
|----------------------------------------|---------------------|----------------------|----------------|
| | Sim (n=14) n (%) | Não (n=185) n (%) | |
| Idade no início da TARV (n=199) | | | |
| Mediana 34 anos (18 – 72) | | | |
| 18-34 anos | 4 (28,6) | 96 (51,9) | 100 (50,2) |
| Mais de 34 anos | 10 (71,4) | 89 (48,1) | 99 (49,8) |
| Sexo (n=199) | | | |
| Masculino | 10 (71,4) | 117 (63,2) | 127 (63,8) |
| Feminino | 4 (28,6) | 68 (36,8) | 72 (36,2) |
| Educação (n=197) | | | |
| Até 9 anos estudados | 8 (57,1) | 82 (44,3) | 90 (45,7) |
| Mais de 9 anos estudados | 6 (42,9) | 101 (54,6) | 107 (54,3) |
| Estado civil (n= 197) | | | |
| Sem companheiro | 8 (51,1) | 114 (62,3) | 122 (61,9) |
| Com companheiro | 6 (42,9) | 69 (37,7) | 75 (38,1) |
| Raça/cor da pele (n=188) | | | |
| Negros | 9 (75,0) | 147 (83,5) | 156 (82,9) |
| Não negros | 3 (25,0) | 29 (16,5) | 32 (17,1) |
| Orientação sexual (n=187) | | | |
| LGBT* | 4 (30,8) | 53 (30,5) | 57 (30,5) |
| Heterossexual | 9 (69,2) | 121 (69,5) | 130 (69,5) |
| Cidade de moradia (n=199) | | | |
| Outras cidades | 3 (21,4) | 48 (25,9) | 51 (25,6) |
| Feira de Santana | 11 (78,6) | 137 (74,1) | 148 (74,4) |
| Local de residência (n=199) | | | |
| Zona urbana | 12 (85,7) | 158 (85,4) | 170 (85,4) |
| Zona rural | 2 (14,3) | 27 (14,6) | 29 (14,6) |
| Etilismo (n=169) | | | |
| Sim | 2 (18,2) | 87 (55,1) | 89 (52,7) |
| Não | 9 (81,8) | 71 (44,9) | 80 (47,3) |
| Tabagismo (n=170) | | | |
| Sim | 3 (25,0) | 39 (24,7) | 42 (24,7) |
| Não | 9 (75,0) | 119 (75,3) | 128 (75,3) |
| Uso de preservativo (n=191) | | | |
| Não usa/usa eventualmente | 13 (92,9) | 147 (83,1) | 160 (83,8) |

| | | | |
|----------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| Habitual | 1 (7,1) | 30 (16,9) | 31 (16,2) |
| Tipo de exposição (n=199) | | | |
| Sexual | 14 (100) | 181 (97,8) | 195 (98) |
| Outras | 0 (0) | 4 (2,2) | 4 (2) |
| Motivo da descoberta (n=199) | | | |
| Pessoa sintomática | 8 (57,1) | 49 (26,5) | 57 (28,6) |
| Outros | 6 (42,9) | 136 (73,7) | 142 (71,4) |
| Carga viral (n=173) | | | |
| Alta | 10 (90,9) | 105 (64,8) | 115 (66,5) |
| Média | 1 (9,1) | 43 (26,5) | 44 (25,4) |
| Baixa | 0 (0) | 14 (8,6) | 14 (8,1) |
| CD4+ (n=180) | | | |
| Baixa | 11 (91,7) | 95 (56,5) | 106 (58,9) |
| Média | 1 (8,3) | 44 (26,2) | 45 (25) |
| Alta | 0 (0) | 29 (17,3) | 29 (16,1) |
| Comorbidades (n=199) | | | |
| Sim | 6 (42,9) | 53 (28,6) | 59 (29,6) |
| Não | 8 (57,1) | 132 (71,4) | 140 (70,4) |
| Queixas de toxicidade aos ARV (n=179) | | | |
| Sim | 3 (23,1) | 37 (22,3) | 40 (22,3) |
| Não | 10 (76,9) | 129 (77,7) | 139 (77,7) |
| Internamentos durante a TARV (n=168) | | | |
| Sim | 10 (71,4) | 37 (24,0) | 47 (28) |
| Não | 4 (28,6) | 117 (76,0) | 121 (72) |
| Já abandonou TARV (n=193) | | | |
| Sim | 5 (38,5) | 48 (26,7) | 53 (27,5) |
| Não | 8 (61,5) | 132 (73,3) | 140 (72,5) |
| Caso de aids (n=199) | | | |
| Sim | 13 (92,9) | 94 (50,8) | 107 (53,8) |
| Não | 1 (7,1) | 89 (48,1) | 90 (45,2) |
| Ignorado | 0 (0) | 2 (1,1) | 2 (1) |
| Queixas no diagnóstico (n=181) | | | |
| Sim | 10 (83,3) | 71 (41,8) | 81 (44,7) |
| Não | 1 (8,3) | 99 (58,2) | 100 (55,3) |
| Coinfecções (n=199) | | | |
| Sim | 8 (57,1) | 62 (33,5) | 70 (35,2) |
| Não | 6 (42,9) | 123 (66,5) | 129 (64,8) |
| Infecções oportunistas (n=199) | | | |
| Sim | 8 (57,1) | 27 (14,6) | 35 (17,6) |
| Não | 6 (42,9) | 158 (85,4) | 164 (82,4) |

* Sigla LGBT- lésbicas, gays, bissexuais e transexuais.
Fonte: Pesquisa de Campo (2019).

A prática de relação sexual desprotegida chama à atenção (83,8%), e quando associada às formas de contágio pelo vírus (sexual, transfusão sanguínea, acidente com material biológico, uso de drogas injetáveis), esse comportamento ganha ainda mais destaque, pois os dados demonstram que a maioria dos indivíduos (98%) foi infectada pela via sexual.

A prevalência de aids (classificação obtida nos prontuários através de diagnóstico de médico infectologista) foi elevada na amostra (53,8%), com frequência de coinfeções e IO de 35,2% e 17,6%, respectivamente, e 29,6% dos indivíduos estudados relataram outras comorbidades. Entre as coinfeções, os casos mais frequentes foram sífilis (14,1%), tuberculose (7%) e herpes (6,5%); já as infecções oportunistas candidíase (6,5%), monilíase (5,5%) e neurotoxoplasmose (2,5%) apresentaram maior frequência. A taxa de letalidade foi de 7,0% na população estudada.

Sobre as principais características dos indivíduos que foram a óbito encontrou-se os seguintes resultados: maioria do sexo masculino (71,4%), autodeclarados negros (75%), mais de 48 anos no momento do óbito (69,2%), sem companheiro (51,1%), heterossexuais (69,2%), até nove anos de estudo (57,1%), moradores de Feira de Santana (78,6%), em zona urbana (85,7%). Além disso, não eram fumantes (75,0%) e nem consumiam álcool (81,9%).

Santos, Leite Neto, Cunha, Bezzera e Valente (2015) investigaram o perfil dos pacientes com HIV que evoluíram para óbito num hospital de referência em Belém do Pará e descreveram características semelhantes a esta pesquisa, seus resultados apontaram como maioria o sexo masculino (71,1%), solteiros (67,6%), faixa etária entre 30 e 49 anos (61,2%) e a soma entre pardos (79,6%) e pretos (8,5%) compuseram 88,1 % dos óbitos. Estudo similar em Fortaleza-Ceará descreveu o perfil de óbitos por aids como sendo mais incidente no sexo masculino (80,2%), na faixa etária de 18-39 anos, cor parda (81,6%) e solteiros (60,4%) (Franco *et al*, 2017). Esses dados demonstram que mesmo em diferentes regiões do país, a mortalidade associada ao HIV e aids atinge um público com características semelhantes.

Neste estudo, a via de exposição sexual ao vírus foi exclusiva nas pessoas que foram a óbito (100,0%), a maioria dos pacientes não utilizava preservativo em todas as relações sexuais (92,9%). A relação sexual foi a principal forma de contágio, seja ela anal, vaginal ou oral. Fatores diversos podem ser associados ao reduzido uso de preservativos nas relações, dentre elas o início precoce da atividade sexual, uso de drogas, dificuldade em manter o uso

em relações consideradas estáveis, a associação do preservativo apenas à ação contraceptiva, tornando-o dispensável na relação anal e oral, além da baixa percepção do risco inerente à essa exposição.

Nesse sentido, estratégias de incentivo ao uso do preservativo, que reconhecem tais condicionantes sociais, promovendo a reflexão e a mudança de comportamento, associada a outras formas de prevenção como Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Profilaxia Pós Exposição (PEP), têm se mostrado efetivas na redução das taxas de contaminação. Ainda que o ideal para fins de prevenção, não só do HIV, bem como de outras infecções sexualmente transmissíveis, seja a ampliação da proporção de pessoas que usam o preservativo de forma regular, é importante atentar que para algumas pessoas e alguns contextos relacionais, outras estratégias de prevenção podem ser mais adequadas e, conseqüentemente, mais efetivas (Dourado, MacCarthy, Reddy, Calazans, & Gruskin, 2015).

O motivo mais frequente para a testagem foi a apresentação de sintomas (57,1 % entre os óbitos e 28,6% na população estudada). Esse dado chama à atenção para um fator importante, a baixa testagem para o HIV na população, que leva ao desconhecimento da positividade e a ausência de busca por tratamento. A baixa percepção de risco, baixa disponibilidade dos testes, empecilhos ao cuidado à saúde, medo, estigma e preconceito, são possíveis explicações para essa situação (Guimarães *et al.*, 2017). Um outro aspecto a destacar é de que a maioria dos indivíduos estudados registrou contar apenas com o apoio de alguns familiares e amigos, remetendo aos pontos supracitados que trazem preconceito e estigma como questões que podem relacionar-se a desfechos negativos nessa população. A maioria dos pacientes não relataram queixa de toxicidade quanto ao uso dos antirretrovirais.

Esses pacientes apresentavam carga viral alta (66,5% no geral, chegando a 90,9% entre os óbitos) e baixa contagem de linfócitos CD4+ (58,9% geral e 91,7% entre os óbitos). A carga viral é preditora de progressão da doença e as taxas elevadas estão relacionadas ao desenvolvimento da aids. A contagem de células CD4+ foi o primeiro marcador usado no acompanhamento da infecção pelo HIV e permite avaliar o impacto da ação do vírus sobre o sistema imunológico, estando diretamente relacionada à incidência de infecções oportunistas (Veronesi, 2015). Cerca de 60,0% dos indivíduos deste estudo apresentaram infecção oportunista. Além disso, todos os indivíduos que evoluíram para óbito necessitaram de internação hospitalar durante a TARV. Em um estudo transversal realizado por Nunes, Caliani, Nunes, Silva e Mello (2015) numa coorte de pacientes vivendo com HIV/aids, em Ribeirão Preto- SP, observou-se que as cinco principais causas de hospitalização foram

doenças infecciosas, com destaque para as infecções oportunistas, seguidas das pneumonias comunitárias.

A ocorrência de coinfeções representou 57,1% entre os indivíduos que foram a óbito, com destaque para tuberculose (37,5%). A tuberculose é a infecção de maior impacto na mortalidade das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e aids, sua presença está relacionada a maiores índices de internações, complicações clínicas e abandono da TARV (Magnabosco, Andrade, Arakawa, Monroe & Villa, 2019; Parrechi & Ribeiro, 2011). Assim, devido à sua elevada prevalência, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que ela seja investigada em todas as oportunidades de atendimento a esses pacientes. Além disso, o MS orienta que em todos os pacientes com tuberculose seja realizada testagem para o HIV (Brasil, 2018b).

O surgimento de infecções oportunistas e neoplasias em pacientes soropositivos são consideradas condições definidoras de aids (Brasil, 2018b). De 1980 a junho de 2018, foram identificados 926.742 casos no Brasil, que tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos. O número anual de casos vem diminuindo desde 2013, quando atingiu 43.269 casos (Brasil, 2018a). Nesse mesmo ano foram registrados 12.700 casos de óbito pela doença, quantitativo semelhante ao da época de implantação da política de acesso aos antirretrovirais. Após anos seguidos de redução a taxa de mortalidade apresentou um aumento 5,9% por cem mil habitantes em 2006 para 6,2% por cem mil habitantes, em 2013, o que chamou à atenção para a reemergência da doença no país. Nas regiões Norte, Nordeste e Sul as taxas chegaram a ser até duas vezes maiores do que no período anterior à distribuição da TARV (Grangeiro, Castanheira & Nemes, 2015).

4. Conclusão

Os dados obtidos neste estudo revelam um cenário preocupante de elevada mortalidade dentre PVHIV em acompanhamento no Centro de Referência em Feira de Santana-Bahia, Brasil. O diagnóstico tardio e a elevada ocorrência de casos com evolução para aids também chamam a atenção, principalmente para uma possível falha da gestão do cuidado em saúde. Além disso, foram identificadas infecções oportunistas, coinfeções e comorbidades que parecem comprometer a qualidade de vida e aumentar a chance de óbito. Os objetivos propostos inicialmente foram alcançados, pois que foi possível conhecer as características mais predominantes na população estudada e traçar o perfil epidemiológico desses indivíduos.

Referências

Brasil. (2018a). Boletim Epidemiológico – HIV Aids. Ministério da Saúde.

Brasil. (2018b). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Ministério da Saúde.

Brasil. (2019). Boletim Epidemiológico – HIV Aids. Ministério da Saúde.

Dourado, I., MacCarthy, S., Reddy, M., Calazans, G., & Gruskin, S. (2015). Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 63-88.

Franco, K. B., Cunha, G. H. D., Lima, M. A., Peres, D. A., Galvão, T. G., & Lima, R. C. (2017). Análise de óbitos por síndrome da imunodeficiência adquirida. *Rev Rene*, 18(4), 536-42.

Guimarães, M. D. C., Carneiro, M., Abreu, D. M. X. D., & França, E. B. (2017). Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20, 182-190.

Grangeiro, A., Castanheira, E. R., & Nemes, M. I. B. (2015). A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52), 5-8. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>.

Klein, C. H. & Bloch, K. V. (2002). Estudos seccionais. In: Medronho, K. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Magnabosco, G. T., Andrade, R. L. P., Arakawa, T., Monroe, A. A. & Villa, T. C. S. (2019). Desfecho dos casos de tuberculose em pessoas com HIV: subsídios para intervenção. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(5), 554-563. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900077>

Nunes, A. A., Caliani, L. S., Nunes, M. S., Silva, A. S. D., & Mello, L. M. D. (2015). Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART). *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3191-3198.

Perrechi, M. C., & Ribeiro, S. A. (2011). Outcomes of tuberculosis treatment among inpatients and outpatients in the city of São Paulo, Brazil. *J Bras Pneumol*, 37(6), 783-90.

Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/Aids (UNAIDS). (2017). *Direito à saúde*. Recuperado de <https://unaid.org.br/2017/11/cerca-de-21-milhoes-de-pessoas-vivendo-com-hiv-estao-em-tratamento-diz-novo-relatorio-global-do-unaid/>.

Reis, A. C., Santos, E. M. D., & Cruz, M. M. D. (2007). A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16(3), 195-205.

Santos, E. R. F., Leite Neto, G. P. L., Cunha, R. A., Bezerra, M. P. C. & Valente, R. F. B. (2015). Perfil de pacientes HIV-Aids que evoluíram ao óbito em um hospital de referência em Belém–Pa¹. *Pará Medical Journal*, 53.

Veronesi, F. (2015). *Tratado de Infectologia*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Carlos Alberto Lima da Silva 30%

Frida Cavalcante de Oliveira Puridade 30%

Laila Selis Santos Porto 20%

Bruna Matos Santos Dantas 20%