

**Cecilia Gómez Ravetti**

**CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ATENÇÃO MÉDICA EM PRONTO  
ATENDIMENTO AOS PACIENTES PORTADORES DO VÍRUS DA  
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, PRONTO SOCORRO CLÍNICO  
REFERENCIAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE.**

BELO HORIZONTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
2008

**Cecilia Gómez Ravetti**

**CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ATENÇÃO MÉDICA EM PRONTO  
ATENDIMENTO AOS PACIENTES PORTADORES DO VÍRUS DA  
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, PRONTO SOCORRO CLÍNICO  
REFERENCIAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Medicina.

Área de Concentração: Infectologia e Medicina Tropical

Orientador: Professor Ênio Roberto Pietra Pedroso

BELO HORIZONTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
2008

Ravetti, Cecilia Gómez.  
R252c Contribuição ao estudo da atenção médica em Pronto Atendimento aos pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Pronto Socorro clínico referencial da região metropolitana de Belo Horizonte. [manuscrito]. /

Cecilia Gómez Ravetti. - - Belo Horizonte: 2008.

70f.: il.

Orientador: Ênio Roberto Pietra Pedroso.

Área de concentração: Infectologia e Medicina Tropical

Linha de pesquisa: HIV/AIDS

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. HIV 2. Serviços Médicos de Emergência. 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida 4. Dissertações acadêmicas. I. Pedroso, Ênio Roberto Pietra. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Reitor:** Professor Ronaldo Tadêu Pena

**Vice-Reitora:** Professora Heloisa Maria Murgel Starling

### **Pró-Reitoria de Pós-Graduação**

**Pró-Reitor:** Professor Jaime Arturo Ramirez

### **Faculdade de Medicina**

**Diretor:** Professor Francisco José Penna

**Vice-Diretor:** Professor Tarcizo Afonso Nunes

### **Centro de Pós-Graduação**

**Coordenador:** Professor Carlos Faria Santos Amaral

**Sub-Coordenador:** João Lúcio dos Santos Jr.

### **Departamento Clínica Médica**

**Chefe:** Professor Dirceu Bartolomeu Greco

### **Curso de Pós-graduação em Infectologia e Medicina Tropical**

**Colegiado:** Professor Manoel Otávio da Costa Rocha (coordenador)

Professor Antônio Lúcio Teixeira Jr. (subcoordenador)

Professor Antônio Luiz Pinho Ribeiro

Professor Carlos Maurício Figueiredo Antunes

Professor José Roberto Lambertucci

Fátima Lúcia Guedes Silva (representante discente)

*Ao Diego, pelo apoio incondicional, companheirismo e amor imenso.*

## **Agradecimentos**

Ao professor Ênio Roberto Pietra Pedroso, por ter me acolhido e incentivado no mundo acadêmico e pelos seus ensinamentos constantes, que permitiram alcançar os meus objetivos.

Ao Professor Manoel Otávio da Costa Rocha, por ter aberto as portas da pós-graduação.

Aos meus pais, Graciela e Ricardo, por serem responsáveis diretos desta conquista.

Aos meus irmãos, Martín e Julián, e suas famílias pela alegria e apoio.

Aos meus colegas de pós-graduação pelo convívio nestes dois anos.

Aos médicos e funcionários do Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, que permitiram a realização do trabalho.

Aos funcionários do SAME, pela colaboração na busca de prontuários.

Aos pacientes que participaram do estudo.

## RESUMO

**Introdução:** O Brasil possui um sistema específico de atenção à saúde para pacientes portadores de VIH/SIDA. A introdução da terapia anti-retroviral altamente eficaz proporcionou aumento da sobrevivência desses pacientes, tornando a imunodeficiência entidade de convivência crônica. Este trabalho objetiva a análise prospectiva das causas que levam os pacientes com VIH/SIDA a procurarem atendimento clínico de urgência em Pronto Atendimento referencial da região metropolitana de Belo Horizonte.

**Métodos:** Foram estudados no período compreendido entre 01/06/2006 até 31/05/2007, todos os pacientes adultos infectados pelo VIH, admitidos consecutivamente no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG.

**Resultados:** Foram estudados 99 pacientes que perfizeram 118 internações. A idade foi em média 39,4 anos (DP= ± 9,1). A relação entre homem e mulher foi de 1,35:1. Em relação à cor e estado civil, 27,3% eram negros, e 50% eram solteiros. A forma de transmissão mais freqüente foi a heterossexual (18,2%). O tempo transcorrido desde o diagnóstico e a admissão mais comum situou-se entre 0-5 anos em 40,4% dos casos. A maioria dos pacientes foi internada uma única vez. Em 55,1% dos casos estavam sob seguimento clínico em algum centro de referência de atendimento ao paciente portador do VIH/SIDA. A terapêutica anti-retroviral e a quimioprofilaxia era adequada em 56,8% e 29,7% dos pacientes, respectivamente, à admissão no Pronto Atendimento. A contagem de linfócitos T CD4 foi inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> em 45,7% dos pacientes. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa, quanto ao valor da contagem de linfócitos T CD4 e o uso de quimioprofilaxia para infecções oportunistas em função do desfecho óbito (p=0,2 e p=1, respectivamente). As queixas mais freqüentes foram aumento da temperatura corpórea (46,6%), diarreia (30,5%), tosse (28,8%), dispnéia (21,2%), cefaléia (10,6%), náuseas (10,6%), e vômitos (10,6%). O aparelho respiratório foi o mais acometido, seguido pelo gastrointestinal e neurológico. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o sistema acometido e o desfecho óbito. As doenças oportunistas mais freqüentemente diagnosticadas foram: pneumocistose (17,8%), pneumonia comunitária (16,9%), síndrome diarreica (16,1%), e candidíase oral (10,2%). A demanda de internações representou 2,8% das admissões, com tempo médio de 4,6 dias de permanência no Pronto Atendimento.

**Conclusões:** Os pacientes que procuram atendimento clínico de urgência possuíam, em sua maioria, contagem de linfócitos TCD4 baixa, quase a metade não usava a HAART. Houve tendência a feminização da VIH/SIDA. As doenças relacionadas à SIDA continuam sendo as mais freqüentes no nosso meio, apesar do Brasil possuir serviço médico específico para os pacientes com VIH/SIDA de alta qualidade.

Palavras chaves: VIH, SIDA, urgências, emergências, doenças oportunistas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Brazil has a specific system of primary health care to patients with HIV / AIDS. The introduction of highly active antiretroviral therapy allowed an increase in survival of these patients, making immunodeficiency entity of chronic coexistence. This study aims to prospective analysis of the causes that lead the patients with HIV / AIDS to seek emergency care in the Emergency Room of the *Hospital das Clínicas da UFMG*, referential hospital in the metropolitan region of Belo Horizonte.

**Methods:** We studied in the period from 01/06/2006 to 31/05/2007, all adult patients with HIV, admitted consecutively in the Emergency Room of *Hospital das Clínicas da UFMG*.

**Results:** We studied 99 patients who perform 118 admissions. The average age was 39.4 years (SD =  $\pm$  9.1). The relation between man and woman was 1,35:1. Regarding color and marital status, 27.3% were black, and 50% were singles. The most common form of transmission was heterosexual (18.2%). The time elapsed since the diagnosis and admission was between 0-5 years in 40.4% of cases. Most patients were admitted once. 55.1% of cases were under clinical follow up at some reference centre of care for patients of HIV / AIDS. The antiretroviral therapy and chemoprophylaxis was adequate in 56.8% and 29.7% of patients, respectively, in the admission of Emergency Room. The count of CD4 T lymphocytes were below of 200 cel/mm<sup>3</sup> in 45.7% of patients. There was no statistically significant difference, as the value of the count of lymphocytes T CD4 and the use of chemoprophylaxis for opportunistic infections depending on the outcome death ( $p = 0.2$  and  $p = 1$ , respectively). The most frequents symptoms were increased body temperature (46.6%), diarrhea (30.5%), cough (28.8%), dyspnea (21.2%), headache (10.6%), nausea (10.6%) and vomiting (10.6%). The respiratory tract was the most affected, followed by gastrointestinal and neurological. There was no statistically significant difference between the affected system and outcome death. The opportunistic diseases most frequently diagnosed were: pneumocystosis (17.8%), Community acquired pneumonia (16.9%), diarrheal syndrome (16.1%) and oral candidiasis (10.2%). The demand for admissions represented 2.8% of admissions, with an average time of 4.6 days of stay in the Emergency Room.

**Conclusions:** The patients seeking emergency care clinician had, in its majority, lymphocyte count of TCD4 low, almost half not used to HAART. There was a trend of the feminization of HIV / AIDS. The diseases related to AIDS continue to be the most frequent in our environment, despite Brazil have specific high quality medical service for patients with HIV / AIDS.



## LISTA DE TABELAS

- TABELA 1:** Média, desvio padrão, percentil de 25 e 75%, e mediana dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do HC/UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007. ....25
- TABELA 2:** Distribuição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do HC/UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007 em função do sexo. ....26
- TABELA 3:** Distribuição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007 em função da cor da pele descrita pelo médico plantonista da triagem em sua admissão hospitalar. ....27
- TABELA 4:** Distribuição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007 em função do seu estado civil .....27
- TABELA 5:** Descrição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG que procuraram o Pronto Atendimento do HC/UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da forma de transmissão mais provável do VIH. ....28
- TABELA 6:** Descrição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função do tempo provável entre a infecção e a procura de atendimento médico. ....28
- TABELA 7:** Descrição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função do número de internações hospitalares em pacientes portadores do VIH.....29
- TABELA 8:** Distribuição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da adequação de seu controle ambulatorial. ....30
- TABELA 9:** Distribuição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007 em função do uso de terapia antiretroviral de alta potência.....30
- TABELA 10:** Distribuição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre

01/06/2006 à 31/05/2007 em função do uso de quimioprofilaxia contra as infecções oportunistas.....	30
<b>TABELA 11:</b> Distribuição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007 em função do contagem numérica dos linfócitos TCD4.....	31
<b>TABELA 12:</b> Distribuição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da relação entre a contagem numérica dos linfócitos TCD4 e o óbito. ....	31
<b>TABELA 13:</b> Distribuição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da relação entre o uso de quimioprofilaxia e o óbito.....	32
<b>TABELA 14:</b> Distribuição decrescente em freqüência da sintomatologia geral no momento da admissão dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007. ....	32
<b>TABELA 15:</b> Distribuição decrescente em freqüência da sintomatologia respiratória dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.....	33
<b>TABELA 16:</b> Distribuição decrescente em freqüência da sintomatologia neurológica dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.....	33
<b>TABELA 17:</b> Distribuição decrescente em freqüência da sintomatologia gastroenterológica dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.....	34
<b>TABELA 19:</b> Distribuição dos sistemas acometidos em função do desfecho em pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.....	35
<b>TABELA 20:</b> Distribuição por ordem decrescente de mais freqüência dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da freqüência do diagnóstico nosológico. ....	37

<b>TABELA 21:</b> Descrição de outros diagnósticos nosológicos menos freqüentes dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.....	38
<b>TABELA 22:</b> Distribuição dos pacientes portadores de VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da admissão hospital. ....	39
<b>TABELA 23:</b> Distribuição dos pacientes portadores de VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da necessidade de ventilação pulmonar mecânica. ....	40
<b>TABELA 24:</b> Distribuição dos pacientes portadores de VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função do desfecho inicial.....	40
<b>TABELA 25:</b> Distribuição dos pacientes portadores de VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função do desfecho após internação na enfermaria. ....	40
<b>TABELA 26:</b> Distribuição da idade e do tempo de internação no Pronto Atendimento em função do desfecho óbito. ....	42
<b>TABELA 27:</b> Distribuição do desfecho em função do sexo, cor, modo de transmissão, controle ambulatorial, terapia anti-retroviral e tempo de diagnóstico.....	43

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Número de casos de AIDS por ano de diagnóstico.....	7
<b>Figura 2:</b> Proporção de hospitalizações por Aids no SUS. Brasil, 1998-2003.....	14
<b>Figura 3:</b> Distribuição dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, internados no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da sua procedência. ....	26
<b>Figura 4:</b> Distribuição do acometimento dos principais sistemas orgânicos dos pacientes portadores do VIH ou SIDA, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.....	35
<b>Figura 5:</b> Inferência do número de internações de pacientes adultos portadores de VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.....	41
<b>Figura 6:</b> Porcentagem de internações de pacientes portadores de VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007. ....	41

## **ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS**

ADT = Assistência Domiciliar Terapêutica

CD4 = Linfócitos T CD4+

CMV = Citomegalovírus

CTI = Centro de Tratamento Intensivo

HAART = Terapia anti-retroviral altamente eficaz

HC = Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

HD = Hospital Dia

ITU = Infecção do Trato Urinário

LEMP = Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva

LET = Limitação de Esforço Terapêutico

MAC = Complexo Mycobacterium Avium

PA = Pronto Atendimento

PACS = Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF = Programa de Saúde Familiar

SAE = Serviços de Assistência Especializada

SAME = Serviço de Arquivo Médico

SIDA = Síndrome de imunodeficiência adquirida

SISCEL = Sistema Informatizado de Controle de Exames Laboratoriais

SUS = Sistema Único de Saúde

TBC = Tuberculose

TVP = Trombose Venosa Profunda

UFMG = Universidade Federal de Minas Gerais

VIH = Vírus da imunodeficiência adquirida

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
1.1	Revisão Histórica.....	3
1.2	Epidemiologia do Vírus da Imunodeficiência Humana e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.....	5
1.2.1	No mundo.....	5
1.2.2	No Brasil.....	6
1.2.3	Em Minas Gerais.....	7
1.3	Assistência Médica.....	8
1.4	Internações de pacientes portadores do VIH ou SIDA.....	10
1.4.1	Situação das internações de pacientes VIH/SIDA no mundo.....	10
1.4.2	Situação das internações de pacientes com VIH-SIDA no Brasil.....	14
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>CASUÍSTICA E METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
4.1	População estudada.....	19
4.2	Critérios de Inclusão.....	20
4.3	Critérios de exclusão.....	20
4.4	Comitê de Ética.....	20
<b>5</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>21</b>
5.1	Coleta de dados e Fontes de Informação.....	21
5.2	Análise dos dados.....	22
5.3	Atendimentos e internações no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG.....	23
5.4	Limitações do Estudo.....	24
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
6.1	Características da amostra.....	25
6.1.1	Variáveis Sócio-demográficas.....	25
6.1.2	Variáveis sobre a internação hospitalar.....	28
6.1.3	Sintomatologia dos pacientes portadores do VIH ou SIDA no momento de seu exame clínico inicial no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG....	32

6.1.4	Principais sistemas acometidos em pacientes portadores do VIH ou SIDA no momento de seu exame clínico inicial no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG.....	34
6.1.5	Principais diagnósticos nosológicos realizados em pacientes portadores de VIH ou SIDA no momento de seu exame clínico inicial, no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG. ....	37
6.1.6	Internações no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG .....	39
6.1.7	Resultado da associação do desfecho óbito com idade e tempo de internação no Pronto Atendimento .....	42
6.1.8	Resultado da associação do desfecho óbito em função do gênero, etnia, modo de transmissão, controle ambulatorial, terapia anti-retroviral e tempo de diagnóstico.	42
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>44</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>48</b>
<b>9</b>	<b>PERSPECTIVAS .....</b>	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
	<b>ANEXO I: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG – COEP .....</b>	<b>54</b>
	<b>ANEXO II: PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO .....</b>	<b>55</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Revisão Histórica

A sociedade contemporânea recebeu estarrecida, no último quarto do século passado, a notícia da descrição de uma síndrome clínica de prognóstico reservado, caracterizada inicialmente, pela presença da associação em homossexuais masculinos passivos de imunodeficiência grave, sarcoma de Kaposi e de pneumonia pelo até então identificado como *Pneumocystis carinii*, nomeada como Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Esta descrição feita, inicialmente, nos Estados Unidos da América, foi logo também identificada na Europa, na África, e a seguir em todas as regiões do planeta. Foi caracterizada como uma pandemia de rápida distribuição e fatal, daí o pânico que desencadeou. O impacto inicial que determinou foi representado pelo lema de que até o ano 2000 pelo menos uma pessoa de cada família seria portadora da SIDA. Alguns grupos populacionais foram, especialmente, identificados como de risco, como os de homossexuais passivos. A SIDA apresentou-se como doença sexualmente transmissível, e por transmissão por intermédio de sangue e de seus derivados.

A pandemia fatal tornou-se, nos últimos quinze anos, uma entidade nosológica de convivência, crônica, desde que abordada de forma adequada [1]. Em sua evolução passou a acometer predominantemente as populações de países em desenvolvimento, e os grupos sociais menos favorecidos nos países industrializados, independentemente da sua opção sexual [2].

A SIDA foi reconhecida em 1983 como decorrente da ação do Vírus da Imunodeficiência Humana (1, 2 e 3) sobre o sistema imunológico humano, um retrovírus, inicialmente nomeado como Vírus Linfocitotrópico de Células T Humanas III [3]. A forma mais freqüente de transmissão do VIH é a sexual, de forma homo ou heterossexual, seguida pela exposição ao sangue ou seus derivados contaminados, por intermédio de transplante de órgãos, e pela via vertical, transplacentária, perinatal, e pelo aleitamento [4]. O VIH penetra no organismo e alcança as células linfóides, especialmente, os linfócitos T CD4 e os macrófagos, podendo também afetar os linfócitos B e outras células. O VIH no interior do organismo multiplica-se de forma contínua, provocando a depleção gradual dos linfócitos T CD4 [4, 5].



As alterações provocadas pelo VIH evoluem em três fases: inicial, precoce ou aguda; intermediária ou crônica; e, final, de crise, ou de SIDA. A infecção aguda pode ser identificada, retrospectivamente, em 40 a 90% dos casos, pela presença principalmente de síndrome febril, cefaléia, erupção cutânea máculo-papular, fadiga, faringite, linfadenopatia, e meningite asséptica. Essa primeira fase é, geralmente, auto-limitada e mediada por imunocomplexos produzidos pela resposta precoce à entrada do vírus. A maioria dos portadores iniciais do VIH evolui de forma assintomática. À medida que a imunossupressão conseqüente e a disfunção da imunidade humoral concomitante tornam-se mais intensas, ocorre a diminuição progressiva dos linfócitos T CD4, momento em que surgem, especialmente, infecções oportunistas e as neoplasias que caracterizam a SIDA. A incidência das infecções que aproveitam a oportunidade de se desenvolverem com o estabelecimento da imunossupressão (infecções oportunistas) diminuiu desde quando foi introduzida a terapia anti-retroviral altamente eficaz (HAART) contra o VIH, que recupera parcialmente a função imunológica, e com a profilaxia primária e secundária destas infecções. Esta estratégia terapêutica levou a uma redução nas taxas de morbidade e mortalidade associadas à infecção pelo VIH [1, 6].

Poucas doenças sofreram na história humana tão rápida mudança no prognóstico e tratamento como a SIDA. A sua abordagem terapêutica ensaiada desde o final da década de 80 a tornou uma entidade de convivência crônica, como a hipertensão arterial sistêmica ou a asma brônquica, com melhora do seu prognóstico, redução da letalidade, e naturalmente, novas necessidades quanto à internação hospitalar, às urgências ou emergências. O seu tempo de evolução prolongado permitiu o aparecimento de diversas formas de expressão da relação agente-hospedeiro, incluindo auto-inflamação, auto-imunidade e neoplasia. A utilização dos serviços de saúde passou a ser variada, incluindo a utilização de serviços de urgência, de técnicas especiais, de terapia intensiva [7, 52]. Na era pós-HAART a internação hospitalar decorre, principalmente, devido às doenças relacionadas com infecções oportunistas, complicações relacionadas à medicação, e doenças não relacionadas ao VIH [8, 9, 10, 11]. Na década passada observou-se uma rápida queda no número de internações relacionadas diretamente ao VIH e aumento no número de internações não relacionadas ao VIH.

## **1.2 Epidemiologia do Vírus da Imunodeficiência Humana e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida**

### **1.2.1 No mundo**

O VIH possui distribuição mundial. A curva de prevalência da infectividade anual parece ter atingido o seu ápice ao final dos anos 90, com cerca de 3 milhões de novos casos a cada ano. Em 2007 a prevalência mundial de portadores do VIH era de 33,2 milhões de pessoas. Neste período foram infectadas e faleceram 2,5 e 2,1 milhões de pessoas, respectivamente, com a média diária de 6800 infecções e 5700 mortes, em decorrência principalmente da falta de acesso ao tratamento [12].

Na África subsaariana vivem mais de dois terços das pessoas infectadas pelo VIH no planeta. A SIDA representa nessa população a causa mais freqüente de morte, sendo responsável por mais de três quartos dos óbitos ocorridos em 2007. As mulheres representam a maioria das pessoas infectadas.

Na Ásia existem 4,9 milhões de pessoas infectadas, com variações significativas entre os diferentes países, com uma redução da incidência em Camboja, Mianmar e Tailândia, e aumento no Vietnã e Indonésia [12].

No Leste Europeu e na Ásia Central, houve um aumento desde 2001 de 150% na prevalência da doença, sendo acometidas, atualmente, cerca de 1,6 milhões de pessoas. O maior número de casos novos em 2006 ocorreu na Rússia e na Ucrânia. A forma de infecção nestes casos foi o uso de drogas injetáveis (66%), e pela via heterossexual (33%) [12].

Estima-se que existam, atualmente, 3,13 milhões de pessoas vivendo com o VIH na América. Observam-se, entretanto, em todo o continente, diferenças nítidas nos níveis da epidemia e nas tendências da transmissão do VIH. No Caribe, a prevalência estimada é de 1%, sendo que dois terços dos pacientes encontram-se na República Dominicana e no Haiti. A principal forma de transmissão é a sexual entre trabalhadores do sexo [12]. Na América Latina calcula-se em 1,6 milhões de pessoas portadoras do VIH e com a SIDA em 2007, com a incidência anual de 100.000 novos casos. O aumento relativo no número de novas infecções pelo VIH é maior no Caribe, seguido pela América Latina e América do Norte.

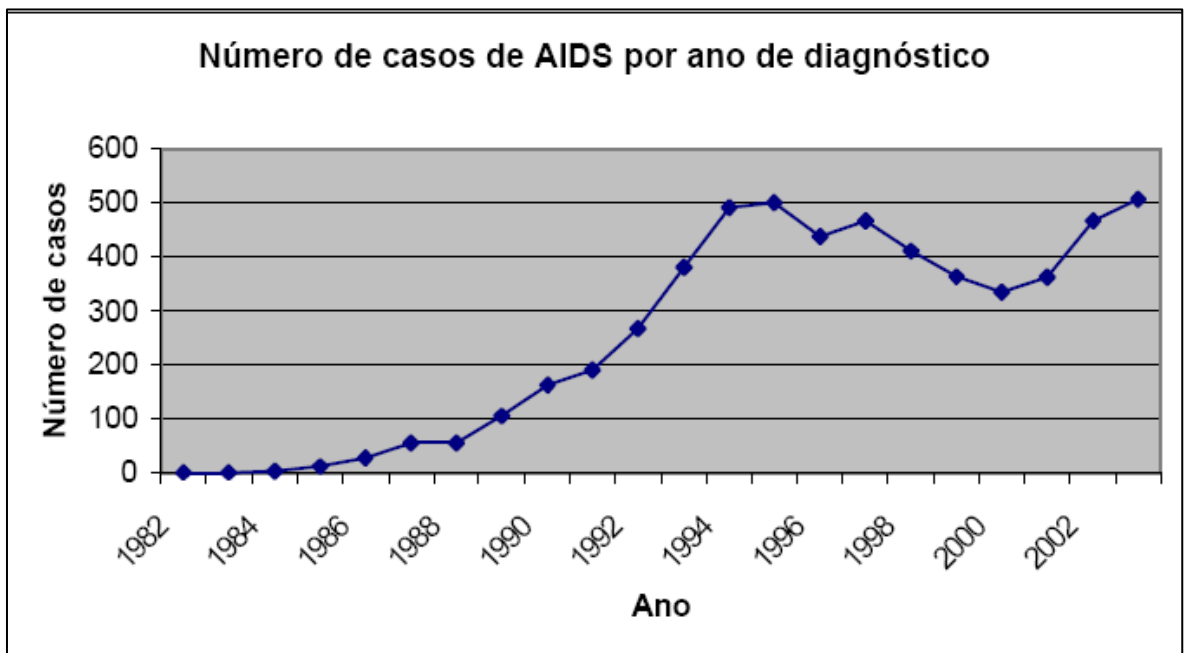
### 1.2.2 No Brasil

O Brasil possui um terço das pessoas portadoras do VIH ou com a SIDA de toda a América Latina. O último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde informa a existência de 433067 casos de SIDA, distribuídos, respectivamente, em 62,3, 17,9, 11, 5,6, e 3,2%, nas regiões sudeste, sul, nordeste, centro-oeste e norte.

A prevalência da infecção é de 0,61% na população de 15 a 49 anos, sendo de 0,42% entre as mulheres e 0,80% entre os homens [13]. A sua distribuição segundo o sexo é de 67,2% no masculino e 32,8% no feminino. A taxa de incidência em 2003 era de 25,4 e 16,1% por 100000 habitantes, entre os homens e mulheres, respectivamente. Esta taxa determinou importante redução na razão de casos entre homens e mulheres afetados, de 15,1 para 1,5. Braga *et al* observaram, em estudo epidemiológico realizado em São Paulo em 1072 pacientes portadores de VIH ou de SIDA, no momento da realização do diagnóstico, diferenças significativas entre os sexos. Este estudo revelou que as mulheres eram mais jovens, casadas ou amasiadas, “do lar”, heterossexuais e com baixa escolaridade; enquanto os homens eram, em geral, solteiros, homo ou bissexuais, com oito ou mais anos de escolaridade [14]. Fonseca e Bastos destacam o aumento da morbi-mortalidade por SIDA nas populações economicamente menos favorecidas e entre as mulheres [15]. Os dados do último Boletim do Ministério da Saúde informam ainda que o maior número de casos se encontra na faixa etária compreendida entre os 20 a 49 anos, com o aumento na sua incidência em mulheres entre 40 a 49 anos, passando de 17,9 para 27,9 casos por 100000 habitantes. A taxa de mortalidade situa-se em 6 por 100000 habitantes, variável segundo a região geográfica, sendo de 7,6 no sudeste e com tendência decrescente, e com a cor da pele, em diminuição em brancos e aumento em pardos. A mediana da contagem de linfócitos T CD4 no momento do diagnóstico é de 408 células/mm<sup>3</sup> [13]. A estimativa em 2006 era de que 171.409 pessoas encontravam-se em tratamento anti-retroviral altamente eficaz.

### 1.2.3 Em Minas Gerais.

São atualmente notificados 31488 casos de SIDA em Minas Gerais. Em Belo Horizonte encontram-se 5757 casos (18%). A sua distribuição segundo o sexo masculino e o feminino é de 76 e 24%, respectivamente, com relação homem/mulher, de 2:1 [16, 17] [gráfico 1]. Em Belo Horizonte observa-se, desde 1996, tendência de redução na taxa de mortalidade. O obituário por SIDA registrado foi de 332 e 173 casos em 1996 e 2002, respectivamente.



**Figura 1:** Número de casos de AIDS por ano de diagnóstico em Belo Horizonte, Minas Gerais

Fonte: Disponível em: [http://portal2.pbh.gov.br/pbh/srvConteudoArq/aidsbh2004.pdf?id\\_conteudo=8364&id\\_nivel1=-1](http://portal2.pbh.gov.br/pbh/srvConteudoArq/aidsbh2004.pdf?id_conteudo=8364&id_nivel1=-1). Acesso em: 30 out. 2007.

### 1.3 Assistência Médica

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento que implementou um programa para o atendimento dos pacientes com VIH ou SIDA, oferecendo gratuitamente a terapia anti-retroviral em larga escala, inteiramente subsidiada pelo Ministério da Saúde, conquista que teve a participação ativa da sociedade, por intermédio da ação de organizações não-governamentais e de diversos grupos de pessoas portadoras do VIH ou SIDA [18].

Este programa disponibilizou em 1988 o tratamento gratuito para infecções oportunistas, em 1991 a distribuição gratuita de zidovudina, e em 1996 a terapia anti-retroviral altamente eficaz para todos os pacientes portadores de SIDA [18]. Ao mesmo tempo foi organizado um programa de Laboratórios para Diagnóstico e Acompanhamento da Terapêutica Anti-retroviral. A política pública deste programa teve também como objetivo outras ações assistenciais visando a redução do número de internações hospitalares, como a Assistência Ambulatorial Especializada, o Hospital-dia e a Assistência Domiciliar Terapêutica [19].

A introdução da terapia anti-retroviral em 1996 promoveu uma queda abrupta na mortalidade destes pacientes, apesar da incidência continuar aumentando, em ambos os sexos, e em todas as regiões geográficas do país. Houve também redução no número de hospitalizações e do custo associado ao tratamento de infecções oportunistas [20].

A redução dos gastos, após a introdução de todas estas medidas, foi estimada em 1,1 bilhões de dólares desde 1997 até 2001 [18]. Em 2003 existiam 115000 pessoas sob tratamento com anti-retrovirais.

Foi realizado entre 1995 e 1996 estudo de âmbito nacional para avaliar as mudanças na taxa de mortalidade de pacientes com SIDA após a introdução da HAART. Observou-se aumento significativo de três vezes na sobrevida dos pacientes com o diagnóstico de SIDA feito em 1996 [21].

O número de pacientes com SIDA sob tratamento alcançou 170000 em 2004, fato possibilitado pelas políticas públicas de garantia ao acesso universal aos anti-retrovirais, como a produção nacional de medicamentos não patenteados, e a negociação de preços com a indústria farmacêutica.

Estas medidas representaram o gasto anual de 450 milhões de reais, e a redução de 4,6 vezes no preço médio do tratamento (US\$ 6200 para US\$ 1300). Esta tendência de queda no preço, entretanto, não se manteve em 2005 devido ao aumento no número de pacientes que necessitaram de drogas pertencentes aos esquemas de segunda linha, que são importadas e patenteadas [22].

Outro benefício de extrema relevância conseguido pela distribuição gratuita de medicamentos foi a melhora na qualidade de vida dos pacientes, já que passaram a ter melhor aceitação social, em decorrência de programas de defesa de direitos patrocinados pelo estado.

A aderência ao tratamento anti-retroviral é assunto de extrema relevância quando se avalia a eficácia e eficiência do sistema adotado. Em trabalho realizado no Brasil, com o objetivo de avaliar este dado, foram analisados 322 serviços ambulatoriais distribuídos pelo país, responsáveis pela cobertura a 87000 pacientes portadores do VIH ou SIDA. Observou-se a taxa de aderência ao tratamento de 75% (95% intervalo de confiança 73.08–76.95). Os fatores relacionados com a não aderência foram o grande número de comprimidos, e a baixa escolaridade [23]. Foram encontrados resultados semelhantes em trabalho realizado em Belo Horizonte, ao serem analisados 120 pacientes, com a detecção de aderência em 74% [24]. Em outro estudo também realizado em Belo Horizonte [25], a não aderência foi observada em 36,9%.

O Brasil possui um programa nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e SIDA que objetiva reduzir a incidência e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com o VIH [26]. Foram definidas, neste programa, as diretrizes para a obtenção de melhoria da qualidade dos serviços públicos; redução da transmissão vertical; aumento da cobertura do diagnóstico e tratamento; aumento das medidas de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade; redução do estigma e da discriminação; melhoria da gestão e sustentabilidade.

Em Belo Horizonte a assistência aos portadores de VIH ou SIDA é feita por intermédio de atendimentos realizados nos Centros de Saúde e nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) que realizam cerca de 25000 atendimentos anuais. As necessidades de urgência e emergência destes pacientes é atendida na rede municipal, especialmente, por intermédio dos Pronto Atendimentos distribuídos pela cidade, em vários Hospitais, como os dos Hospital das Clínicas (Pronto Atendimento e Orestes Diniz), Odilon Beherens, Júlia Kubitschek, Eduardo de Menezes, João XXIII, Risoleta Tolentino Neves. A avaliação de riscos feita em cada um destes atendimentos determina o destino que cada paciente segue, o que inclui observação, ou a internação em setores de atenção médica de complexidade variada e progressiva.

#### **1.4 Internações de pacientes portadores do VIH ou SIDA**

##### **1.4.1 Situação das internações de pacientes VIH/SIDA no mundo**

As admissões hospitalares dos pacientes com VIH ou SIDA têm sofrido variações desde a introdução da terapia anti-retroviral altamente eficaz (HAART), e também com a melhora no tratamento das infecções oportunistas. A terapia HAART representa marco especial na luta terapêutica contra a SIDA [27, 28]. A partir de sua introdução observou-se, em estudo realizado em 12 estados dos Estados Unidos da América, durante os anos de 1996, 1998 e 2002, redução no número de internações hospitalares dos pacientes com SIDA, e por infecções oportunistas [44]. Observou-se, em estudo similar feito em Nova York, nos anos de 1995 e 1997, aumento significativo na contagem dos linfócitos TCD4 à admissão hospitalar, independentemente do paciente apresentar ou não alguma infecção oportunista, e redução de 60,4 para 28,8% da necessidade destas internações [29].

A redução da internação hospitalar foi também observada em pacientes com contagem de linfócitos TCD4 inferior a  $100 \text{ cel/mm}^3$  [30]. Betz *et al* analisaram, retrospectivamente, nos Estados Unidos da América, os dados obtidos da HIV Research Network de 2001, com o objetivo de avaliar se estava sendo mantido o declínio das internações hospitalares. Foram acompanhados 8376 pacientes VIH-positivos internados em 14 cidades. Destes pacientes, 21,3% foram internados pelo menos uma vez, totalizando 3345 admissões hospitalares. As suas causas mais freqüentes que levaram à admissão hospitalar decorreram das doenças relacionadas à SIDA, seguidas pelas do trato gastrointestinal, mentais e circulatórias. Foi também observada relação entre o número do linfócitos TCD4 e a causa da internação, sendo que os pacientes com doença mais avançada e com idade entre 30 e 49 anos, foram internados com mais freqüência por doenças relacionadas à SIDA, especialmente, por pneumonia comunitária ou por *Pneumocystis jiroveci* (60% dos casos), e os restantes devido à candidíase esofágica e criptococose. Dentre as doenças gastrointestinais, a pancreatite foi a causa mais comum, sendo que 82% dos pacientes estavam em uso de anti-retrovirais. Em análise multivariada, não foi observada diferença, estatisticamente significativa, no número de internações por doenças relacionadas à SIDA entre os pacientes em uso ou não de terapia anti-retroviral [7].

A admissão em Centros de Terapia Intensiva (CTI) de pacientes com SIDA foi analisada, retrospectivamente, por Morris em São Francisco, Califórnia, durante o período compreendido entre 1996 a 1999. Compreenderam a análise de 354 admissões em 295 pacientes. A sobrevida à alta hospitalar foi de 71%. A maioria dos pacientes era constituída por homens (80,5%), negros (44,6%), usuários de drogas venosas (49,7%), sob tratamento anti-retroviral (25%). A necessidade de cuidados intensivos deveu-se, em 63,3% das vezes, a doenças não relacionadas ao VIH [31]. Os pacientes sobreviventes e não-sobreviventes não apresentaram diferenças quanto ao sexo, cor, idade e fatores de risco para a infecção pelo VIH. Em análise univariada encontrou-se maior sobrevida nos pacientes em uso de HAART à admissão hospitalar em relação aos que não a usavam (*odds ratio* de 1,8; 95% intervalo de confiança entre 1,02-3,2;  $p = 0,04$ ). A carga viral e a contagem de linfócitos TCD4 não tiveram relação com a mortalidade. O prognóstico foi mais grave entre os pacientes admitidos devido à pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* e com desidrogenase láctica elevada.



Narashiman comparou a evolução de dois grupos de pacientes com VIH ou SIDA, internados em CTI de Nova York, antes e após a introdução da terapia HAART, com o intuito de determinar as características epidemiológicas e o impacto da introdução desta terapia e o motivo das internações. A comparação da evolução dos pacientes nas eras pré e pós-HAART, durante novembro de 1991 até outubro de 1992 e janeiro a junho de 2001, foi de forma retrospectiva e prospectiva, respectivamente [32]. Na era pos-HAART foram realizadas 63 admissões de 53 pacientes com VIH, o que representou 14% das admissões totais. Os pacientes tinham, em média, 42 anos; e, 62% eram masculinos. A maioria dos pacientes tinha adquirido o VIH por injeção de drogas ilícitas (75%), e 3% deles pela via homossexual. A comparação com a era pré-HAART revelou aumento significativo no número de pacientes com transmissão por injeção de drogas venosas e redução no número de transmissões por via homossexual. À admissão no CTI 52 e 22% dos pacientes fazia uso de terapia anti-retroviral após e antes da era HAART, respectivamente. O motivo mais freqüente da necessidade de internação em ambos os períodos foi a insuficiência respiratória, com freqüência relativamente menor no segundo período, 22 *versus* 54%, respectivamente ( $p < 0,001$ ). Nestes pacientes a incidência de pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* foi também menor na era pós-HAART, e houve aumento das internações devidas a doenças não relacionadas ao VIH (66.6%). Houve aumento da sobrevida quando comparadas ambas as épocas, de 71 *versus* 49%, respectivamente ( $p < 0.01$ ). A mortalidade não sofreu influência da etnia, do modo de transmissão, do sexo, da carga viral ou da contagem de linfócitos TCD4. A única variável com significância estatística foi o valor da albumina sérica que apresentou correlação inversa com a mortalidade ( $p < 0,01$ ).

Neusch *et al*, na Suíça, em 2002, observaram o impacto da terapia HAART sobre as internações de pacientes com VIH ou SIDA, no período entre 1994 a 1999. Foram analisadas 578 admissões em 262 pacientes, sendo observada redução na mortalidade (13,2 para 6,5%); na permanência hospitalar (16 para 11 dias); e no número de internações por doenças relacionadas à SIDA (54,5 para 47,6% [33]).

Outro estudo prospectivo foi realizado em 72 centros médicos em vários países da Europa, também com o intuito de conhecer a proporção, a permanência e os fatores relacionados com as internações hospitalares. Foram comparados os anos de 1995 e 2003 tendo sido observada diminuição, estatisticamente significativa, na porcentagem da necessidade de internação (7,4 para 2,6%); na permanência hospitalar (12 para cinco dias), respectivamente. O risco de morrer foi menor em pacientes em uso comparados com aqueles sem uso de HAART, mesmo com o mesmo número de linfócitos TCD4 [34].

Bekele *et al* observaram uma taxa ainda muito elevada de mortalidade intra-hospitalar (29,6%), em relação às internações ocorridas em CTI na Flórida, Estados Unidos da América, tendo na insuficiência respiratória aguda a sua principal causa, especialmente, devida à pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* [35].

Em estudo prospectivo observacional realizado em Paris, foram analisadas 426 admissões hospitalares em CTI, antes e após a introdução de HAART. Em ambos os períodos, metade dos pacientes não estava em tratamento com anti-retrovirais, e observou-se aumento no número de internações por sepse [36]. Neste mesmo país, em trabalho dirigido por Vincent *et al.* não foi observado aumento no número de internações no período pós-HAART, nem diferença na mortalidade quando comparados ambos os períodos [37]. Dickson S.J *et al.*, em Londres, em estudo retrospectivo, observou que os pacientes portadores do VIH ou SIDA admitidos em centro de terapia intensiva tinham o mesmo prognóstico quando comparados com pacientes não portadores do vírus [38].

Dore *et al.*, em estudo realizado na Austrália com 4351 pacientes, observaram redução na incidência da micobacteriose atípica (*Mycobacterium avium complex*) e citomegalovirose, e aumento no número de internações devidas a pneumocistose e tuberculose quando comparadas as épocas antes e após HAART [39, 40].

Pulvirenti *et al.* em Chicago, observaram no período compreendido entre 1999 e 2002, que a minoria dos pacientes fazia uso de medicação anti-retroviral, grupo que em sua maioria era usuários de drogas ilícitas [41].

Em estudo retrospectivo realizado na Índia, durante 14 anos de epidemia, foram analisados 2050 pacientes internados. A mortalidade registrada foi de 8,15%, sendo maior na era pós-HAART. Destes pacientes, cinco faziam uso de medicação anti-retroviral, e 11,7% conheciam seu estado de infecção pelo VIH antes da admissão hospitalar. As causas do óbito foram doenças relacionadas com o VIH na maioria dos pacientes [42].

Em estudo realizado na Espanha em CTI, não foram encontradas diferenças nos motivos de internação, ao serem comparadas ambas as épocas, evidenciando incidência elevada de pneumopatias, e somente 32% faziam uso de medicação anti-retroviral [27].

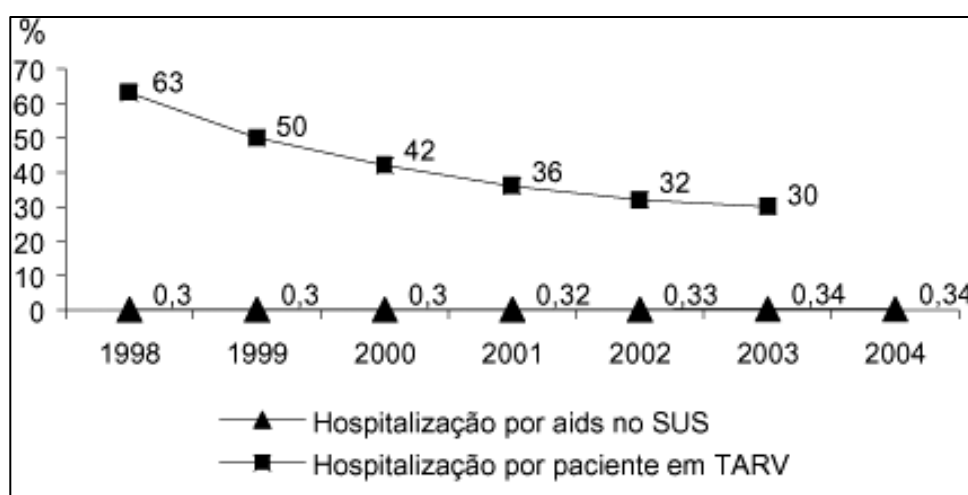
Na Argentina, em estudo retrospectivo, foram também comparados ambos os períodos, antes e após a introdução de terapia HAART, com o objetivo de avaliar os motivos das admissões em Hospital Referencial de Urgências em Buenos Aires. Não foi observada diferença estatisticamente significativa, entre as causas de necessidade de internação hospitalar em ambos os períodos estudados. As principais causas permaneceram como doenças relacionadas à SIDA [43].

A evolução da terapêutica para o VIH ou SIDA, entretanto, tem revelado aumento no número de hospitalizações devidas a doenças cardio e cerebrovasculares, *diabetes mellitus*, provavelmente, relacionadas com o maior tempo de sobrevivência dos pacientes e prolongamento da infecção pelo VIH, e aos efeitos adversos da própria terapia HAART [44, 9, 45].

#### 1.4.2 Situação das internações de pacientes com VIH-SIDA no Brasil

O programa nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde revelou para pacientes com SIDA internados pelo Sistema Único de Saúde nos anos de 2000 e 2006 que o número de internações hospitalares, o custo estimado de cada internação e o tempo médio de permanência hospitalar variou de, 37147 para 37581, de R\$ 512,27 para R\$ 699,95, e de 5,8 para 17,5 dias, respectivamente [46].

O impacto da introdução do uso de anti-retrovirais sobre a epidemia da SIDA foi avaliado por intermédio de indicadores como o número de internações hospitalares, de atendimentos ambulatoriais, de serviços de urgência, e de hospital-dia, não tendo sido observada redução no percentual de internações no Sistema Único de Saúde. Constatou-se, entretanto, menor número de internações entre pacientes em uso de HAART [19] (Graf. 2).



**Figura 2:** Proporção de hospitalizações por SIDA no SUS. Brasil, 1998-2003.

Fonte: AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. Rev Saúde Pública 2006; 40 (Supl): 9-17.

No Brasil, as suas dimensões continentais e a heterogeneidade econômico-sócio-cultural de sua população, permitem inferir que deve ser variável a distribuição do VIH ou SIDA, seja em todo o país ou em uma única região, o que propicia o encontro de várias sub-epidemias regionais, sem configurar um único perfil nacional [47, 48].

Gruner *et all* observaram em pacientes com SIDA que procuraram espontaneamente em Santa Catarina, nos anos de 1997 e 2001, a atenção médica referencial, a tendência de feminização, pauperização e diminuição das internações hospitalares devido a afecções pulmonares [49].

A frequência relativa das infecções oportunistas pode variar em diferentes países e mesmo em diferentes áreas de um mesmo país. Nobre, *et alii*, em 2003 compararam a prevalência das infecções oportunistas e de neoplasias em pacientes internados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais antes e após a era HAART. Analisaram 245 e 95 internações hospitalares na era pré e pós-HAART, respectivamente [50].

A candidíase foi o principal diagnóstico em ambos os períodos, seguido por tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, infecção por Herpes Simplex, neurotoxoplasmose, septicemia e criptococose [50]. Os grupos não apresentaram diferença significativa quanto a sua faixa etária, e à contagem de linfócitos TCD4 com valor inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>. Observaram nestes dois períodos, respectivamente, a redução na relação homem/mulher de 5:1 a 2:1; média de dias de internação hospitalar de 19,2 para 32,7 dias. Os sinais e sintomas que levaram os pacientes a procurarem assistência médica foram invariáveis, sendo os mais afetados os aparelhos respiratório, neurológico, digestivo e hematológico. As infecções oportunistas mais frequentes também foram as mesmas, com redução no segundo grupo no número de pacientes com sarcoma de Kaposi, meningite criptocócica, histoplasmose; e aumento no número de casos de tuberculose e toxoplasmose [50]. Houve redução significativa na mortalidade intra-hospitalar, de 42 para 16,9%, quando comparados ambos os grupos, respectivamente ( $p = 0,00002$ ) [50].

## 2 JUSTIFICATIVA

O Brasil constitui-se em um dos países com maior prevalência do VIH ou SIDA, possui um sistema específico de atenção à saúde para estes pacientes, mundialmente dos mais efetivos, com gasto financeiro superior ao disponível para muitas das entidades da sua nosologia prevalente. A introdução da terapia anti-retroviral altamente eficaz proporcionou mudanças fundamentais na evolução da SIDA com aumento da sobrevida, tornando a imunodeficiência entidade de convivência crônica, aumentando a incidência de infecções oportunistas, propiciando maior número de internações por doenças não-relacionadas ao VIH ou SIDA, inclusive proporcionada por agressões da propeidética, das drogas utilizadas em seu tratamento, e pelo aumento natural da sobrevida.

É necessário entender o que resulta da disponibilidade da eficiência (melhores resultados sem os recursos adequados) ou eficácia (melhores resultados com os melhores recursos disponíveis) do sistema de saúde público para o paciente com VIH ou SIDA, para que sirva, inclusive, de modelo para outros países e para outras entidades nosológicas. À medida que a SIDA evolui por longo tempo, mais poderá ser conhecido sobre os problemas que desencadeia o que permitirá também a adoção de medidas mais específicas em vários níveis da atenção à saúde, desde a aplicação de medidas de profilaxia; o entendimento das necessidades de cuidados ambulatoriais, domiciliares, básicos, intermediários, de medicina de urgência e de terapia intensiva; a otimização do tratamento; a recuperação e o apoio social; a reabilitação; o preparo de recursos humanos; para que o cuidado com o paciente seja cada vez mais adequado; e a disponibilidade adequada e justa de recursos. Este entendimento poderá contribuir para que as políticas públicas sejam redirecionadas caso assim seja determinado, com o estabelecimento de propostas mais adequadas para a eficiência dos recursos disponíveis.

Todo processo de desenvolvimento do sistema de saúde depende do conhecimento sobre as suas condições atuais, em qual epidemiologia ele se aplica, como se adequa em relação à evolução dos conhecimentos do diagnóstico, terapêutica e reabilitação; e, no caso específico dos portadores do VIH ou SIDA, como tornar as políticas públicas competentes em seu objetivo de proporcionar equanimemente bem estar biopsicosocialculturalespiritual para todos.

Este trabalho objetiva a análise prospectiva das causas que levam os pacientes com VIH ou SIDA a procurarem atendimento de Pronto Atendimento Clínico de Referência na Região Metropolitana de Belo Horizonte, constituída por cerca de cinco milhões de pessoas. Pretende entender uma pequena parcela das necessidades de atenção médica para os pacientes com VIH ou SIDA e a ajudar ao sistema de urgência público brasileiro, que possui graves problemas estruturais e de processo de trabalho, para que possa organizar e normatizar a sua avaliação de riscos, a adotar condutas baseadas em suas reais necessidades, direcionar a observação em busca de conhecimentos que permitam atualização e reciclagem de seus profissionais de saúde, estabelecer condutas e linguagem de entendimento geral por todos os profissionais da área da saúde, adequar recursos e percentual de leitos para a internação hospitalar (inclusive em CTI), prever gastos e propor educação para a saúde em área de impacto, especialmente importante para adolescentes e adultos jovens.

### 3 OBJETIVOS

**Geral:** identificar as causas que levam o paciente com VIH/SIDA procurar atendimento em Serviço de Pronto Atendimento Clínico Público de Urgência Referencial em Belo Horizonte, Minas Gerais;

**Específico:** identificar na busca de atendimento de urgência público de referência o papel dos seguintes fatores:

- idade, sexo, etnia, estado civil, naturalidade, procedência;
- forma mais provável de infecção pelo VIH;
- adequabilidade, adesividade, disponibilidade de controle ambulatorial referencial para o VIH ou SIDA;
- tempo de infecção pelo VIH e de SIDA;
- órgão(s) e sistema(s) predominantemente acometidos;
- nosologia principal estabelecida como causa de atenção médica na urgência;
- contagem de linfócitos TCD4 na última ou na atual avaliação do paciente;
- uso de terapia antiretroviral;
- uso de quimioprofilaxia;
- causa de internação hospitalar;
- tempo de internação hospitalar;

## 4 CASUÍSTICA E METODOLOGIA

### 4.1 População estudada

O Programa de Integração Assistencial aos portadores de DST/VIH/SIDA está constituído por diversas modalidades de assistência, dependendo do estágio da doença. É constituído em seu nível primário de atendimento, pelas Unidades Básicas de Saúde (USB), pelo Programa de Saúde de Família (PSF) e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que atendem pacientes assintomáticos. Em seu nível secundário atende os pacientes sintomáticos que requerem atenção de mais complexidade. Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) constituem unidades ambulatoriais multidisciplinares, onde os pacientes com requerimento de mais complexidade são acompanhados durante toda a doença. Os Hospitais-Dia (HD) também constituídos por equipe multidisciplinar permitem a realização de procedimentos para diagnóstico e tratamento em ambiente hospitalar, durante um período curto de tempo, entre duas a quatro horas. A Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) permite o acompanhamento dos pacientes no domicílio por equipe integrada à sua família, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e a integração (envolvimento) da família ao tratamento. O nível terciário de atendimento inclui os hospitais, de complexidade para o atendimento super-especializado, o que inclui os hospitais das Clínicas da UFMG, Odilon Beherens, Júlia Kubitschek, Eduardo de Menezes, João XXIII, e Risoleta Tolentino Neves.

O Hospital das Clínicas é o hospital universitário da UFMG, hoje a maior Universidade Federal do Brasil, instituição pública e de atuação em todos os níveis da atenção à saúde (básica a intensiva, primária a ações quaternárias), referência no sistema municipal, estadual, e em algumas circunstâncias nacional de saúde, no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade.

Foram estudados no período compreendido entre 01/06/2006 até 31/05/2007, todos os pacientes infectados pelo VIH e portadores da SIDA, admitidos consecutivamente no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG.



## **4.2 Critérios de Inclusão**

Foram incluídos no presente estudo os pacientes que apresentavam as seguintes características:

- idade de pelo menos 18 anos e diagnóstico estabelecido de infecção pelo VIH por critérios laboratoriais e sob informação médica;
- idade de pelo menos 18 anos e diagnóstico estabelecido de infecção pelo VIH durante a internação no Pronto Atendimento;
- permanência no Pronto Atendimento por mais de 24 horas.

## **4.3 Critérios de exclusão**

Os seguintes critérios excluíram os pacientes deste estudo:

- Idade inferior a 18 anos
- permanência no Pronto Atendimento por tempo inferior a 24 horas, motivo pelo qual não geraram ficha de internação no Sistema de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

## **4.4 Comitê de Ética**

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em pesquisa da UFMG – COEP, mediante o Parecer número 292/06 (Anexo I).

## 5 MÉTODO

Este trabalho resultou de um estudo prospectivo de pacientes portadores do VIH que foram atendidos no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG. Os dados coletados tiveram componente retrospectivo utilizando-se de consulta em prontuários médicos.

Baseou-se na análise descritiva univariada das características epidemiológicas dos pacientes e de variáveis clínicas da sua internação em Pronto Atendimento Clínico Referencial da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais.

### 5.1 Coleta de dados e Fontes de Informação

Os dados coletados foram obtidos por intermédio da análise dos prontuários dos pacientes admitidos no Pronto Atendimento e realizada no SAME. A maioria dos dados foi coletada prospectivamente durante a internação do paciente no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG. A necessidade de complementação de informações, entretanto, exigiu a busca retrospectiva de informações ou de sua confirmação adicional no SAME.

Os dados usados neste trabalho foram coletados em protocolo específico (Anexo II). A sua metodologia incluiu o acompanhamento diário do local da pesquisa, pelo orientador e pela pesquisadora.

As variáveis sócio-demográficas utilizadas foram obtidas pela análise de prontuário à admissão no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG quando disponíveis e, retrospectivamente, por intermédio da consulta de papeletas no SAME.

As variáveis analisadas foram:

- Idade: em anos.
- Sexo: masculino e feminino
- Estado civil: casado, separado ou viúvo.
- Procedência: Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, demais Estados brasileiros.

- Etnia: dividida em branco, parda ou negra, de acordo com o registro do médico que examinou inicialmente o paciente;
- Mecanismo de transmissão: sexual, sanguínea, vertical.
- Contagem de linfócitos T CD4: no momento da admissão quando referida pelo paciente; ou, na ausência desta informação, em consulta retrospectiva a partir do prontuário médico, por intermédio do SAME. Foi adotado o valor de linfócitos TCD4 mais próximo ao momento da admissão;
- Uso de terapia anti-retroviral de alta potência no momento da admissão: refere-se ao uso de pelo menos 3 drogas anti-retrovirais no momento da admissão do paciente no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG;
- Uso de profilaxia de infecções oportunistas no momento da admissão;
- Diagnóstico realizado: segundo definição do médico plantonista. Os diagnósticos de pneumocistose e tuberculose, dentre vários, foram considerados quando houve suspeita clínica elevada pelo médico plantonista e boa resposta terapêutica específica instituída;
- Dias de internação: número de dias de internação no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG.
- Desfecho: alta hospitalar, internação em enfermaria, óbito. Dentro da variável internação na enfermaria dividimos o desfecho em “alta hospitalar” e “óbito”.

## 5.2 Análise dos dados

Os dados foram coletados e tabulados para análise. Foi construído um banco de dados para a análise dos protocolos. Foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk na verificação da normalidade das variáveis contínuas: idade (em anos), e tempo de internação no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG (em dias) em função do óbito. O Teste t de Student foi utilizado para amostras independentes na comparação da média de idade em função do óbito.

A comparação do tempo de internação, devido à violação da normalidade, foi feito pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney que comparou as medianas. A comparação de proporções foi realizada o teste Exato de Fisher, devido ao desbalanceamento das tabelas.

O nível de significância considerado foi 0,05. O pacote estatístico utilizado nas análises foi o SPSS 12.0 for Windows, por intermédio do qual foram também realizados os testes estatísticos.

### **5.3 atendimentos e internações no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG**

O registro de atendimentos e internações no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG foi realizado por intermédio de informações obtidas da ficha específica gerada no sistema do próprio Pronto Atendimento.

De acordo com a análise da ficha, foram excluídos os atendimentos referentes à Clínica Pediátrica, e então, calculada a porcentagem referente aos adultos.

Devido ao fato de que as internações não eram divididas em adultos e crianças, foi tomada como referência, em um ano de seguimento, a relação entre os mesmos, e assim foi inferido o número de admissões para cada grupo. Desta forma, por exemplo, no mês de junho, primeiro mês de seguimento, foram atendidas 3218 pessoas, das quais 2101 adultas, perfazendo 65% do total. O número total de internações foi de 493, das quais, foi inferido que 320 (65%) corresponderiam aos adultos. Esta mesma análise foi repetida nos meses seguintes.

#### **5.4 Limitações do Estudo**

A vulnerabilidade do trabalho decorreu de várias condições de funcionamento que é próprio de todos os serviços de urgência brasileiros e que não exclui o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG a começar pela elevada e incontrolável demanda de pacientes; a rotatividade da equipe médica durante o período da pesquisa; a dificuldade de realização de métodos propedêuticos invasivos de algumas das mais frequentes doenças encontradas, incluindo a pneumocistose e a tuberculose, o que levou à frequência elevada de terapêutica de prova baseada em suspeição clínica; ao controle de qualidade dos métodos de propedêutica; a ausência de regularidade na rapidez das interconsultas com especialistas e a tomada de decisões clínicas baseadas em situações críticas que acabaram sendo empíricas; a dificuldade na coleta de dados através de prontuários médicos, dada a perda de informação.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Características da amostra

Foram analisados 99 pacientes portadores do VIH ou SIDA que foram internados pelo menos uma vez no Hospital das Clínicas da UFMG no período de doze meses desde 01/06/2006 a 31/05/2007.

Estes pacientes tiveram 118 internações no período de observação.

#### 6.1.1 Variáveis Sócio-demográficas

Foi realizada uma análise descritiva dos 99 pacientes do ponto de vista sócio-demográfico e de variáveis que descreveram o tempo de diagnóstico, o modo mais provável de transmissão, o uso de terapia anti-retroviral e de quimioprofilaxia.

Os pacientes possuíam em média 39,4 anos (DP=9,1), mínimo de 18 e máximo de 63 anos (Tabela 1). A distribuição quanto ao gênero mostrou que 57,6% (57) e 42,4% (42) eram, respectivamente, masculinos e femininos (Tabela 2). Os pacientes procederam em 63,6% (63), 29,3% (29), 3% (3), e 4% (4), de Belo Horizonte, do interior de Minas Gerais, de outro estado, e de localidade não informada, respectivamente (Gráfico 3).

-

**TABELA 1:**

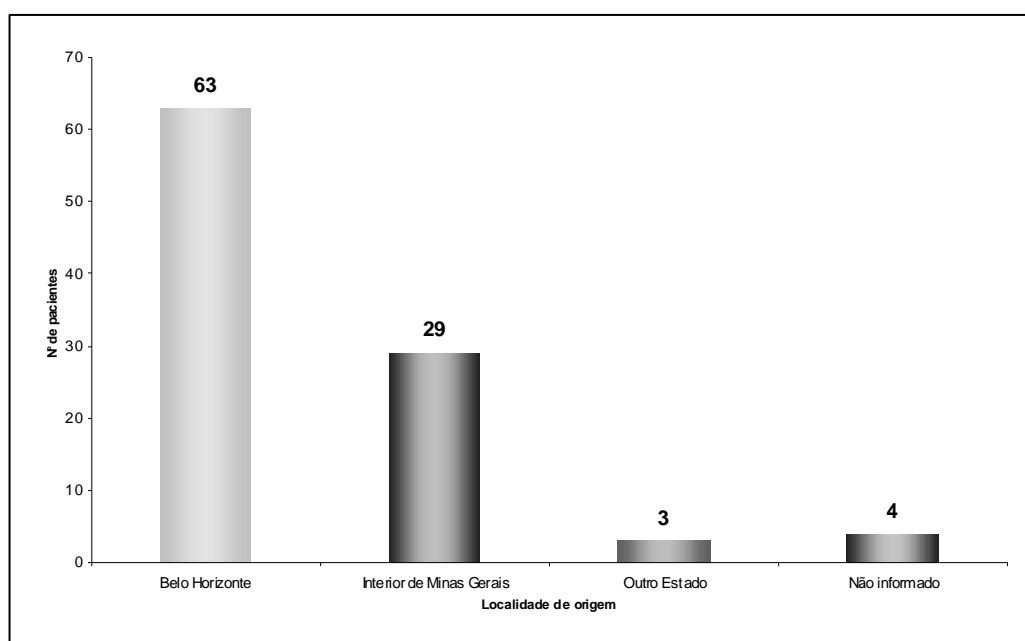
Média, desvio padrão, percentil de 25 e 75%, e mediana dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do HC/UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.

Idade	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25%	Mediana	Percentil 75%
Anos	96	39,4	9,1	18	63	33	38	46

**TABELA 2:**

Distribuição dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do HC/UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007 em função do sexo.

Sexo	N	%
Feminino	42	42,4
Masculino	57	57,6
TOTAL	99	100,0



**Figura 3:** Distribuição dos pacientes portadores do VIH, internados no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da sua procedência.

A distribuição dos pacientes em relação à sua etnia evidenciou que 27,3% (27), 23,2% (23), 17,2% (17), eram, respectivamente, negros, brancos e pardos. Em 32,3% não obtivemos essa informação (Tabela 3). A distribuição dos pacientes em função do estado civil mostrou que 50,5% (50), 22,2% (22), 5,1% (5) eram, respectivamente, solteiros, casados e viúvos, sendo que não obtivemos informação em 22,2% (Tabela 4).

**TABELA 3:**

Distribuição dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007 em função da cor da pele descrita pelo médico plantonista da triagem em sua admissão hospitalar.

<b>Cor da Pele</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Branca	23	23,2
Negra	27	27,3
Parda	17	17,2
Não informada	32	32,3
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 4:**

Distribuição dos pacientes portadores do VIH que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007 em função do seu estado civil

<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solteiro	50	50,5
Casado	22	22,2
Viúvo	5	5,1
Não informado	22	22,2
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

O modo de transmissão mais provável do VIH não foi informado por 74,7% dos pacientes. A distribuição dos pacientes que informaram sobre a forma de transmissão foi em 18,2% (18) a heterossexual, 2% (2) a homossexual, 4% (4) a via sangüínea e em 1% (1) a vertical (Tabela 5). O tempo de diagnóstico de infecção pelo VIH foi entre 0 a 5, de 5 a 10 anos, mais de 10 anos, e não informado em 40,4 (40), 22,2 (22), 19,2 (19), e 18,2% (18), dos casos, respectivamente (Tabela 6).



**TABELA 5:**

Descrição dos pacientes portadores do VIH que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG que procuraram o Pronto Atendimento do HC/UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da forma de transmissão mais provável do VIH.

<b>Transmissão mais Provável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Heterossexual	18	18,2
Homossexual	2	2,0
Sanguínea	4	4,0
Vertical	1	1,0
Não informado	74	74,7
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 6:**

Descrição dos pacientes portadores do VIH que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função do tempo provável entre a infecção e a procura de atendimento médico.

<b>Tempo de Diagnóstico (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0 – 5	40	40,4
5 – 10	22	22,2
Mais de 10	19	19,2
Não informado	18	18,2
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

### **6.1.2 Variáveis sobre a internação hospitalar**

A internação hospitalar ocorreu uma, duas, três, e, quatro vezes, em 85,9, 10,1 (10), 3,0% (3), e, em 1, dos pacientes, respectivamente (Tabela 7).

**TABELA 7:**

Descrição dos pacientes portadores do VIH que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função do número de internações hospitalares.

<b>Internações Hospitalares</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Uma	85	85,9
Duas	10	10,1
Três	3	3,0
Quatro	1	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

As 118 admissões hospitalares procedentes do Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, realizadas no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, foram constituídas por 65 (55,1%) pacientes acompanhados em algum Centro de Referência, ou que possuíam pelo menos dois atendimentos clínicos anuais de rotina durante o ano. A ausência de acompanhamento clínico especializado estava presente em 35 (29,7%) pacientes, mas cinco deles faziam uso regular de anti-retrovirais. Não houve informação sobre o acompanhamento médico ambulatorial em 18 (15,3%) pacientes (Tabela 8).

A terapia anti-retroviral era usada regularmente ou não usada por 67 (56,8%) e 41 (34,7%) admissões, respectivamente. Esta informação não foi obtida em 10 admissões (8,5%) (Tabela 9).

A quimioprofilaxia para doenças oportunistas era administrada ou não-administrada por 35 (29,7%) e 57 (48,3%) internações, respectivamente e ausência desta informação não foi anotada em 26 (22%) casos (Tabela 10).

A contagem dos linfócitos TCD4 no momento ou na época mais próxima da sua admissão no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG distribuía-se em valores inferiores a 100, entre 101 e 200, entre 201 e 350, entre 351 e 500, e, acima de 500 em, 34 (28,8%), 20 (16,9%), 10 (8,5%), 15 (12,7%), e 1 (0,8%), respectivamente. Esta informação não foi obtida em 31 (26,3%) admissões (Tabela 11).

**TABELA 8:**

Distribuição dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da adequação de seu controle ambulatorial.

<b>Controle Ambulatorial</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Adequado	65	55,1
Não adequado	35	29,7
Não informado	18	15,3
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 9:**

Distribuição dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007 em função do uso de terapia antiretroviral de alta potência.

<b>Terapia Anti-retroviral (3 drogas)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	41	34,7
Sim	67	56,8
Não informado	10	8,5
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 10:**

Distribuição dos pacientes portadores do VIH que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007 em função do uso de quimioprofilaxia contra as infecções oportunistas.

<b>Profilaxia das Infecções Oportunistas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	57	48,3
Sim	35	29,7
Não informado	26	22,0
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 11:**

Distribuição dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007 em função do contagem numérica dos linfócitos TCD4

<b>Contagem dos Linfócitos TCD4</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 100	34	28,8
101-200	20	16,9
201-350	10	8,5
351-500	15	12,7
Igual ou acima de 500	1	0,8
Não informado	31	26,3
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>

Não foi detectada associação significativa do valor da contagem dos linfócitos T CD4 e o uso de profilaxia para infecções oportunistas em função do desfecho óbito (Tabela 12), apesar de ser observada uma concentração do óbito nos pacientes com contagem de linfócitos T CD4 inferior a 100 células/mm<sup>3</sup>.

**TABELA 12:**

Distribuição dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da relação entre a contagem numérica dos linfócitos TCD4 e o óbito.

<b>Contagem dos Linfócitos TCD4</b>	<b>Óbito</b>				<b>Valor de P</b>
	<b>Sim</b>		<b>TOTAL</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Menos de 100	5	14,7	34	100,0	0,294
100-200	0	0,0	20	100,0	
200-350	0	0,0	10	100,0	
350-500	1	6,7	15	100,0	
Mais de 500	0	0,0	8	100,0	

**TABELA 13:**

Distribuição dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da relação entre o uso de quimioprofilaxia e o óbito.

Profilaxia das Infecções Oportunistas	Óbito				Valor de p
	Sim		TOTAL		
	N	%	N	%	
Não	4	7,0	57	100,0	
Sim	2	5,7	35	100,0	1,000
TOTAL	6	6,5	92	100,0	

### 6.1.3 Sintomatologia dos pacientes portadores do VIH ou SIDA no momento de seu exame clínico inicial no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG

A principal queixa que levou os pacientes a procurarem o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas foi o aumento da temperatura corpórea, caracterizada por febre. Foi anotada em 55 (46,6%) dos pacientes admitidos (Tabela 14).

**TABELA 14:**

Distribuição decrescente em frequência da sintomatologia geral no momento da admissão dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.

Sintomatologia Principal	Sim		Total	
	N	N	%	N
Febre	55	46,6	118	100,0
Astenia	16	13,6	118	100,0
Emagrecimento	14	11,9	118	100,0
Hiporexia	4	3,4	118	100,0
Fadiga	1	0,8	118	100,0
Sudorese noturna	1	0,8	118	100,0

As principais alterações respiratórias foram tosse e dispnéia, encontradas em 34 (28,8%) e 25 (21,2%) das admissões, respectivamente. Outras alterações respiratórias foram de menor importância (Tabela 15).

**TABELA 15:**

Distribuição decrescente em frequência da sintomatologia respiratória dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.

<b>Sintomatologia Respiratória</b>	<b>Sim</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Tosse	34	28,8	118	100,0
Dispnéia	25	21,2	118	100,0
Escarro purulento	9	7,6	118	100,0
Dor torácica	7	5,9	118	100,0
Escarro sangüíneo	2	1,7	118	100,0
Sibilos	1	0,8	118	100,0

A cefaléia foi encontrada como a queixa principal em 16 pacientes (13,6%), constituindo-se na sintomatologia neurológica mais prevalente (Tabela 16).

**TABELA 16:**

Distribuição decrescente em frequência da sintomatologia neurológica dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.

<b>Sintomatologia Neurológica</b>	<b>Sim</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Cefaléia	16	13,6	118	100,0
Hemiparesia/Plegia	8	6,8	118	100,0
Convulsões	6	5,1	118	100,0
Confusão Mental	5	4,2	118	100,0
Outros	10	8,5	118	100,0

A diarreia, a náusea/vômitos constituíram-se na sintomatologia gastrintestinal mais frequente, acometendo 36 (30,5%) e (13,6%) dos casos, respectivamente (Tabela 17).

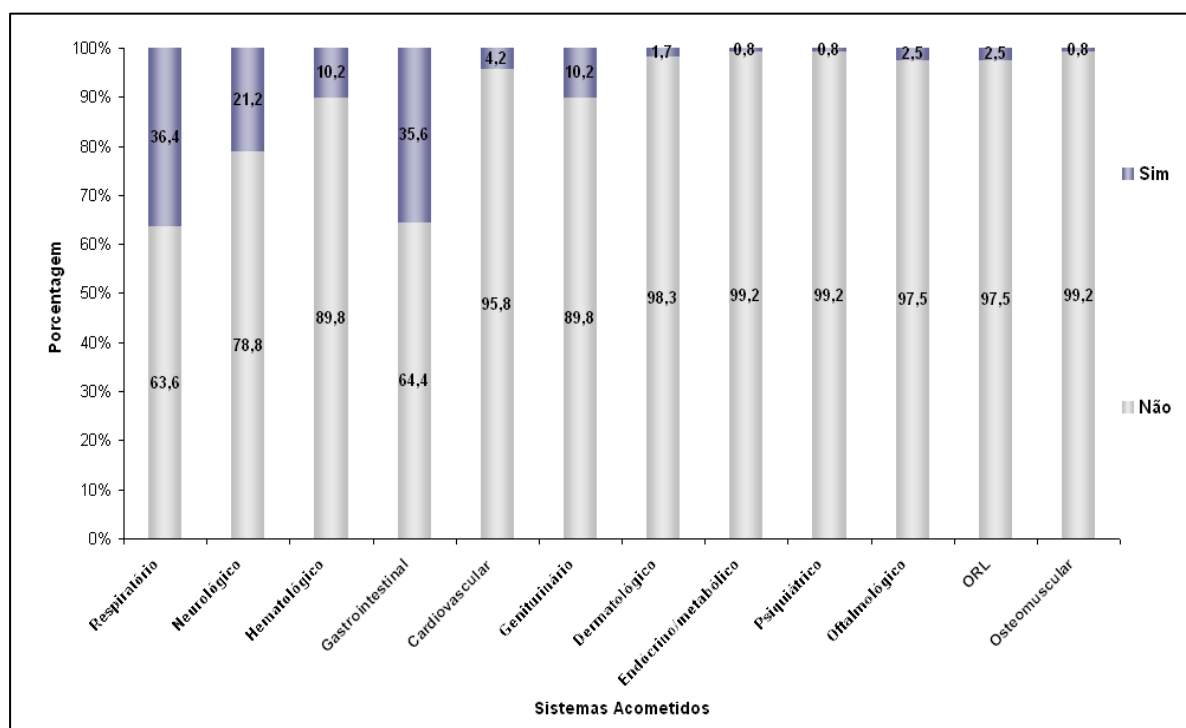
**TABELA 17:**

Distribuição decrescente em frequência da sintomatologia gastroenterológica dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.

<b>Sintomatologia Gastroenterológica</b>	<b>Sim</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Diarréia	36	30,5	118	100,0
Náuseas/Vômitos	16	13,6	118	100,0
Dor abdominal	13	11,0	118	100,0
Outros	13	11,0	118	100,0

#### **6.1.4 Principais sistemas acometidos em pacientes portadores do VIH no momento de seu exame clínico inicial no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG**

Os principais sistemas acometidos, em ordem decrescente de frequência, foram o respiratório, o gastrintestinal, o neurológico, o hematológico e o genitourinário, em 43 (36,4%), 42 (35,6%), 25 (21,2%), 12 (10,2%), e 12 (10,2%) dos pacientes, respectivamente (Figura 4).



**Figura 4:** Distribuição do acometimento dos principais sistemas orgânicos dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.

Não foi detectada associação significativa entre os sistemas acometidos em função do desfecho óbito. (Tabela 18)

**TABELA 18:**

Distribuição dos sistemas acometidos em função do desfecho em pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.

Sistemas Acometidos	Categoria	Óbito				Valor de p
		Sim		Total		
		N	%	N	%	
Respiratório	Não	4	5,3%	75	100,0%	0,283
	Sim	5	11,6%	43	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	
Neurológico	Não	8	8,6%	93	100,0%	0,682
	Sim	1	4,0%	25	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	
Hematológico	Não	9	8,5%	106	100,0%	0,595
	Sim	0	0,0%	12	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	



Gastrointestinal	Não	4	5,3%	76	100,0%	0,277
	Sim	5	11,9%	42	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	
Cardiovascular	Não	9	8,0%	113	100,0%	1,000
	Sim	0	0,0%	5	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	
Geniturinário	Não	7	6,6%	106	100,0%	0,228
	Sim	2	16,7%	12	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	
Dermatológico	Não	9	7,8%	116	100,0%	1,000
	Sim	0	0,0%	2	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	
Endócrino-metabólico	Não	9	7,7%	117	100,0%	1,000
	Sim	0	0,0%	1	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	
Psiquiátrico	Não	9	7,7%	117	100,0%	1,000
	Sim	0	0,0%	1	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	

**TABELA 19:**

Distribuição dos sistemas acometidos em função do desfecho em pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.

Sistemas Acometidos	Categoria	Óbito				Valor de p
		Sim		Total		
		N	%	N	%	
Oftalmológico	Não	9	7,8%	115	100,0%	1,000
	Sim	0	0,0%	3	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	
ORL	Não	9	7,8%	115	100,0%	1,000
	Sim	0	0,0%	3	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	
Osteomuscular	Não	9	7,7%	117	100,0%	1,000
	Sim	0	0,0%	1	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	

### 6.1.5 Principais diagnósticos nosológicos realizados em pacientes portadores de VIH no momento de seu exame clínico inicial, no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG.

Os diagnósticos nosológicos mais frequentes foram pneumocistose (17,8%), pneumonia comunitária (16,9%), diarreia (16,1%), candidíase oral (10,2%), neurotoxoplasmose (9,3%), e neutropenia febril (8,4%). Os diagnósticos encontram-se descritos nas Tabelas 20 e 21.

**TABELA 19:**

Distribuição por ordem decrescente de mais frequência dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da frequência do diagnóstico nosológico.

<b>Diagnóstico Realizado</b>	<b>Sim</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pneumocistose	21	17,8	118	100,0
Pneumonia comunitária	20	16,9	118	100,0
Diarreia	19	16,1	118	100,0
Candidíase oral	12	10,2	118	100,0
Neurotoxoplasmose	11	9,3	118	100,0
Neutropenia Febril	10	8,4	118	100,0
Sinusite	8	6,8	118	100,0
Infecção do Trato Urinário	6	5,1	118	100,0
Insuficiência Cardíaca Congestiva	4	3,3	118	100,0
Tuberculose Pulmonar	3	2,6	118	100,0
Candidíase esofágica	3	2,5	118	100,0
Insuficiência Renal aguda	3	2,5	118	100,0
Neurocriptococose	3	2,5	118	100,0
Trombose Venosa Profunda	3	2,5	118	100,0
Insuficiência Respiratória aguda	2	1,7	118	100,0
LEMP	2	1,7	118	100,0
Outros	36	30,5	118	100,0

**TABELA 20:**

Descrição de outros diagnósticos nosológicos menos frequentes dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.

Outros diagnósticos realizados	N	%
Abscesso cervical	1	2,7
Amebíase	1	2,7
Anemia megaloblástica	1	2,7
Calazar	1	2,7
Cetoacidose Diabética	1	2,7
Choque hipovolêmico	1	2,7
Cirrose Hepatite C	1	2,7
Condiloma anal	1	2,7
Crise asmática	1	2,7
Crise hipertensiva	1	2,7
Desidratação	1	2,7
Desnutrição	1	2,7
Esofagite pelo vírus citomegálico	1	2,7
Estomatite herpética	1	2,7
Farmacodermia	1	2,7
Hemorragia digestiva alta	1	2,7
Hemorróidas, úlcera córnea fúngica	1	2,7
Herpes genital, vírus citomegálico, complexo micobactéria atípica	1	2,7
Herpes genital, neurocriptococose	1	2,7
Herpes Zoster	1	2,7
Hipomagnesemia	1	2,7
Hiponatremia	1	2,7
Histoplasmose pulmonar	1	2,7
Intoxicação alcoólica	1	2,7
Isosporíase	1	2,7
Lesão mucocutânea pelo vírus citomegálico	1	2,7
LET	1	2,7
Linfoma cerebral	1	2,7
Mal de Pott	1	2,7
Mastoidectomia, mastoidite crônica reagudizada	1	2,7
Otite média aguda, mastoidite crônica	1	2,7

**TABELA 21:**

Descrição de outros diagnósticos nosológicos menos frequentes dos pacientes portadores do VIH, que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.

Pólipo endometrial	1	2,7
Síndrome de Wernick Korsakoff, neoplasia linfoide difusa de alto grau	1	2,7
Tromboembolismo pulmonar	1	2,7
Uveíte-retinite pelo vírus citomegálico	1	2,7
Câncer colo uterino	1	2,7
Total	36	100

### 6.1.6 Internações no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG

Dentre os pacientes hospitalizados após a chegada ao Pronto Atendimento, 102 (86,4%) foram admitidos na Sala de Observação, e 13 (11%) na Sala de Emergência (Tabela 22). A informação sobre o destino do paciente após sua chegada ao Pronto Atendimento não foi obtida para três pacientes. A intubação orotraqueal foi necessária em 3 pacientes internados na Sala de Emergência (Tabela 23).

**TABELA 22:**

Distribuição dos pacientes portadores de VIH que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da admissão hospitalar.

<b>Admissão Hospitalar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sala Observação	102	86,4
Sala de Emergência	13	11,0
Não informado	3	2,5
TOTAL	118	100,0

**TABELA 23:**

Distribuição dos pacientes portadores de VIH que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função da necessidade de ventilação mecânica.

<b>Uso de Ventilação Mecânica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	112	94,9
Sim	3	2,5
Não informado	3	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>

A alta hospitalar direta da Sala de Observação do Pronto Atendimento ocorreu em 59 pacientes (50%). A internação hospitalar em enfermaria ocorreu em 39 (33,1%) pacientes. A alta hospitalar ocorreu em 26 (66,7%) destes pacientes. O óbito foi constatado durante a observação no Pronto Atendimento e na enfermaria em quatro (3,4%) e em cinco (4,2%) pacientes, respectivamente, representando uma mortalidade de 7,6%. (Tabelas 24 e 25, Figuras 5 e 6).

**TABELA 24:**

Distribuição dos pacientes portadores de VIH que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função do desfecho inicial.

<b>Desfecho Inicial</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alta Hospitalar	59	50,0
Internação enfermaria	39	33,1
Óbito	4	3,4
Transferência outro hospital	3	2,5
Não informado	13	11,0
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>

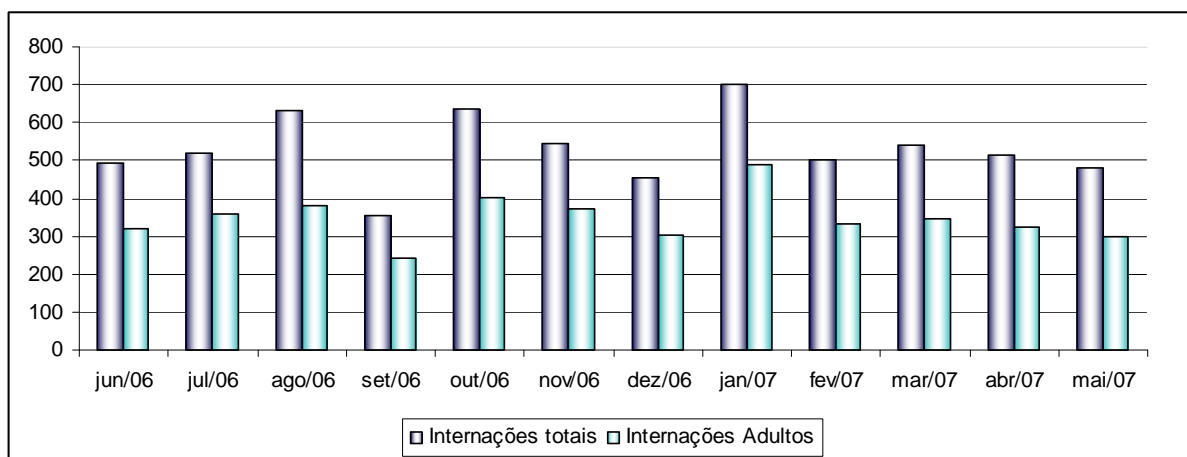
**TABELA 25:**

Distribuição dos pacientes portadores de VIH que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007, em função do desfecho após internação na enfermaria.

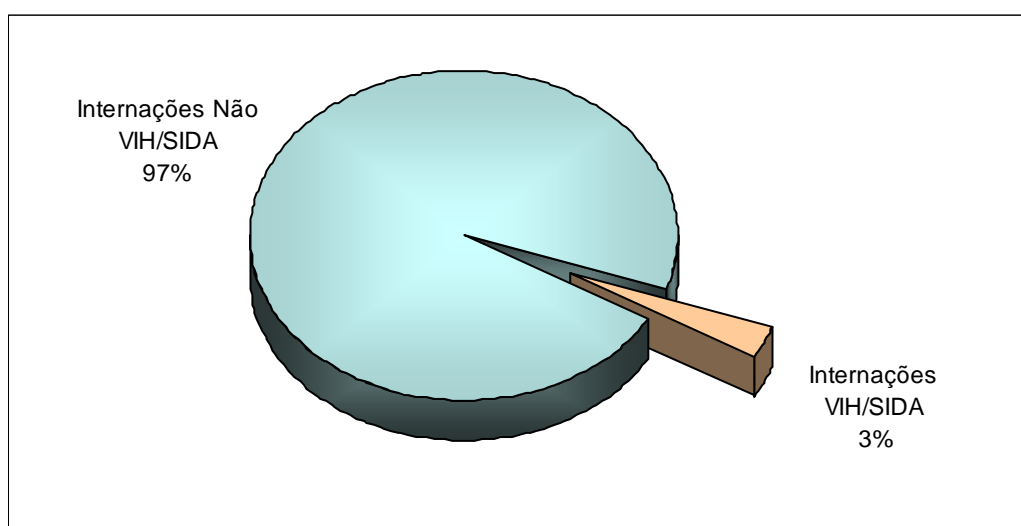
<b>Desfecho Após Internação na Enfermaria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alta Hospitalar	26	66,7
Óbito	5	12,8
Transferência outro Hospital	1	2,6
Não informado	7	17,9
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

As 118 admissões de pacientes com VIH ou SIDA representaram 2,83% do total de internações realizadas no Hospital das Clínicas da UFMG no período estudado.

O tempo de permanência na Sala de Observação no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG foi, em média, de 4,6 dias, sendo que 33,1% destes pacientes internaram-se posteriormente em enfermaria, 2,6% foram transferiram-se para outro hospital e não foi possível obter informações em 17,9% dos casos.



**Figura 5:** Inferência do número de internações de pacientes adultos portadores de VIH que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.



**Figura 6:** Porcentagem de internações de pacientes portadores de VIH que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no período compreendido entre 01/06/2006 à 31/05/2007.

### 6.1.7 Resultado da associação do desfecho óbito com idade e tempo de internação no Pronto Atendimento

Não foi encontrada diferença significativa das médias e medianas de idade em anos e tempo de permanência em pacientes portadores de VIH ou SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG em dias, respectivamente, em função do desfecho. (Tabela 26)

**TABELA 26:**

Distribuição da idade e do tempo de internação no Pronto Atendimento em função do desfecho óbito.

Variável	Óbito	N	Média	Desvio Padrão	Percentil 25%	Mediana	Percentil 75%	Estatística de teste	Valor p
Idade (em anos) *	Não	107	39,5	8,8	33,0	38,0	47,0	-1,049	0,296
	Sim	8	42,9	9,7	34,0	43,5	51,5		
Tempo de internação (em dias) **	Não	88	5,9	4,6	3,0	4,5	8,0	-0,180	0,865
	Sim	5	5,0	3,4	2,0	5,0	8,0		

\*: Utilizado o Teste t de Student para amostras independentes.

\*\*: Foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

### 6.1.8 Resultado da associação do desfecho óbito em função do gênero, etnia, modo de transmissão, controle ambulatorial, terapia anti-retroviral e tempo de diagnóstico.

Não foi detectada associação significativa do desfecho óbito em função do gênero, etnia, modo de transmissão, controle ambulatorial, terapia anti-retroviral e tempo de diagnóstico. (Tabela 27)

**TABELA 27:**

Distribuição do desfecho em função do sexo, cor, modo de transmissão, controle ambulatorial, terapia anti-retroviral e tempo de diagnóstico.

Variável	Categoria	Óbito				Valor p
		Sim		Total		
		N	%	N	%	
Gênero	Feminino	2	4,2%	48	100,0%	0,307
	Masculino	7	10,0%	70	100,0%	
	Total	9	7,6%	118	100,0%	
Etnia	Branca	1	3,4%	29	100,0%	0,721
	Negra	2	5,6%	36	100,0%	
	Parda	2	9,5%	21	100,0%	
	Total	5	5,8%	86	100,0%	
Modo de transmissão	Heterossexual	1	4,5%	22	100,0%	0,588
	Homossexual	0	0,0%	2	100,0%	
	Sanguínea	1	12,5%	8	100,0%	
	Vertical	0	0,0%	2	100,0%	
	Total	2	5,9%	34	100,0%	
Controle Ambulatorial	Adequado	3	4,6%	65	100,0%	0,236
	Não Adequado	4	11,4%	35	100,0%	
	Total	7	7,0%	100	100,0%	
Terapia Anti-retroviral	Não	3	7,3%	41	100,0%	1,000
	Sim	4	6,0%	67	100,0%	
	Total	7	6,5%	108	100,0%	
Tempo de diagnóstico	0 - 5 anos	3	5,9%	51	100,0%	0,507
	5 - 10 anos	3	13,0%	23	100,0%	
	> 10 anos	1	4,2%	24	100,0%	
	Total	7	7,1%	98	100,0%	



## 7 DISCUSSÃO

O motivo que leva o paciente portador do VIH ou SIDA à internação hospitalar tem mudado desde a introdução da HAART, de forma dinâmica [4, 31, 32, 33]. Esta variação relaciona-se diretamente com o sistema de saúde adotado em cada localidade brasileira, o que torna cada região um sítio único, com suas particularidades e necessidades específicas.

Este trabalho evidenciou que no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, Centro de Referência para emergências clínicas da região metropolitana de Belo Horizonte, a relação masculino:feminino entre os pacientes admitidos foi de 1,35:1, revelando tendência de equivalência entre os dois gêneros, desde a prevalência inicial expressiva do sexo masculino, revelando o seu caráter de feminização [19, 50]. A idade média dos pacientes admitidos no Pronto Atendimento foi de 39,4 anos, coincidentes com os dados apresentados pelo último boletim epidemiológico, que revelou maior prevalência na faixa etária da SIDA entre 20 e 49 anos. Os negros com 27,3% constituíram-se na etnia mais prevalente.

A forma de transmissão do VIH não foi determinada na maioria dos pacientes (74,7%), entretanto, entre os que relataram como se infectaram, prevaleceu a transmissão sexual (80%), especialmente, a heterossexual (71%). A transmissão homossexual e a vertical ocorreram como causa provável de contágio em dois e em um paciente, respectivamente. Estes dados podem ajudar a entender a tendência de redução da participação na epidemia pelo VIH no Brasil da transmissão pelas vias homossexual e vertical, desde a introdução de controles estritos de doadores, de medidas de profilaxia em pessoas de risco, e seguimento rigoroso em grávidas com a administração, quando necessária, de profilaxia anti-retroviral [13].

O tempo de diagnóstico de portador de VIH ou SIDA, antes da admissão hospitalar, nos pacientes que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG foi entre zero e cinco, entre cinco a 10, e mais de 10 anos, em, 40, 22,2, e em 19,2% dos pacientes, respectivamente. Estes dados apontam para um número elevado de pacientes (42%) com maior tempo de diagnóstico, caracterizando a cronicidade da evolução da doença, que parece relacionado, especialmente, ao papel da terapia anti-retroviral, da profilaxia de infecções oportunistas, da redução da mortalidade e aumento da sobrevida [6, 7, 8, 20, 21]. Não foi encontrada, entretanto, diferença estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico da doença e a evolução ao óbito.

É provável que a relação hospedeiro-agente-terapêutica decorra de variáveis interpenetrantes, múltiplas, que ultrapassem resistência natural, cepas, drogas. O papel dos antiretrovirais, provavelmente, é determinante de alguma homogeneidade destas relações que resultam em sobrevivência média comum a todos os pacientes, fato observado após a introdução da HAART [30, 31].

A maioria dos pacientes foi internada uma única vez no período estudado (85,9%), entretanto, 10, três, e um paciente, foram internados, duas, três, e quatro vezes, respectivamente. O diagnóstico recente da doença, entre 0 e 5 anos, foi anotado em sete dos 14 pacientes que tiveram mais de uma internação hospitalar. O único paciente internado quatro vezes no período do estudo tinha diagnóstico de portador de VIH há mais de 10 anos com acometimento renal (glomeruloesclerose segmentar e focal), cujo motivo de internação foi a descompensação de insuficiência cardíaca.

O objetivo do Pronto Atendimento é a recepção do paciente com necessidade urgente de identificação de alguma alteração fisiopatológica súbita, grave, com risco de provocar limitação funcional principal ou morte. O seu alcance inclui a tomada imediata de decisão clínico-terapêutica que impeça ou paralise a evolução de algum evento que coloque a vida em risco, incluindo o impedimento de seqüelas. O Pronto Atendimento encaminha o paciente para vários níveis de atenção à saúde, desde a própria casa, para a atenção ambulatorial ou internação hospitalar, incluindo a necessidade de técnicas especiais, como Centro Cirúrgico e CTI. O tempo médio de permanência no Pronto Atendimento foi de 4,6 dias. Esta média ultrapassa o tempo usualmente esperado para a observação em Sala de Emergência, que é de 24 ao máximo de 48 horas. Esta média evidencia a situação falimentar do sistema de urgência do SUS que não consegue resolver os vários níveis da atenção médica, transfere para a urgência a demanda por atenção à saúde como um todo e, não consegue providenciar, em tempo adequado, o atendimento correto e necessário. Em 36% dos casos aqui estudados a observação inicial no Pronto Atendimento foi seguida da necessidade de outro nível de atenção médica, representado por enfermaria de nível secundário ou terciário (CTI), ou para outra instituição de internação hospitalar em decorrência de ausência de disponibilidade de leitos hospitalares no Hospital das Clínicas. Estes dados apontam para a necessidade de redimensionamento da atenção hospitalar para os pacientes com SIDA, com expansão de leitos e adequação de condições de trabalho adequadas.

A atenção terciária à saúde caracterizada pela necessidade de assistência médica na Sala de Emergência do Pronto Atendimento foi necessária em 11% dos casos, dentre as 118 admissões. Em 3% dos casos foi necessária a ventilação mecânica.

A contagem de linfócitos TCD4, nas vezes em que foi identificada, revelou que 28,8, 16,9, 8,5% dos pacientes apresentava abaixo de 100, entre 101 e 200, e, entre 201 e 350 células/mm<sup>3</sup>, respectivamente. O estágio mais avançado da SIDA estava presente em 54,2% dos pacientes. A quimioprofilaxia regular foi anotada em 43% dos pacientes com linfócitos TCD4 inferiores a 200, e que perfaziam 48% dentre todos os pacientes. Estes dados revelam que, apesar do Brasil possuir um sistema altamente qualificado em todos os níveis da atenção à saúde para o paciente com SIDA, os pacientes possuem baixa aderência terapêutica, o que coloca em risco toda a estratégia de controle da disseminação do VIH. Estes dados indicam a necessidade de conscientização sobre a relação entre saúde-doença, reforça a importância e o valor da educação para a saúde. O papel do esclarecimento e o entendimento pleno sobre todos os aspectos que envolvem o VIH e a SIDA requer o envolvimento de médicos, educadores, equipe multiprofissional de saúde e da comunidade. Em trabalho realizado em Belo Horizonte em 2005, observou-se uma taxa de não-aderência de 36,9% o que revela semelhança com a população aqui estudada. A principal causa de falência terapêutica associa-se com a não-aderência ao tratamento, e aos vários fatores, como complexidade dos esquemas, uso de drogas injetáveis, efeitos adversos da medicação [25]. Em estudo recentemente realizado, observou-se aumento na taxa de interrupção da terapia anti-retroviral quando os pacientes eram submetidos exclusivamente a acompanhamento ambulatorial, em comparação ao acompanhamento domiciliar, porém sem diferença estatisticamente significativa [51].

O óbito foi constatado em nove pacientes durante a internação, quatro no Pronto Atendimento e cinco após a internação hospitalar, o que representa mortalidade de 7,6%. A contagem de linfócitos era inferior a 100, e entre 350 e 500 células/mm<sup>3</sup> em cinco e em um paciente, respectivamente, perfazendo relação de 5:1, entretanto, sem diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,294$ ). Não foi possível obter estas informações em três pacientes. É provável que em casuística maior a tendência de óbito se relacionar com linfócitos TCD4 abaixo de 100 se torne mais explícita.

A demanda de internação no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG para os portadores do VIH ou SIDA situou em 2,8% de todas as admissões. A maioria dos pacientes admitidos apresentava contagem de linfócitos T CD4 inferior a 350 células/mm<sup>3</sup>, sinalizando que a internação hospitalar é necessidade predominantemente relacionada com a doença mais avançada.

A queixa principal que levou os pacientes a procurarem o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas foi o aumento da temperatura corpórea (46,6%), seguida pela diarreia (30,5%), tosse (28,8%) e dispnéia (21,2%), cefaléia (10,6%), náuseas (10,6%), e vômitos (10,6%). O aparelho respiratório foi o mais acometido, seguido pelo gastrintestinal e neurológico. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o sistema acometido e o desfecho óbito. Estes dados são coincidentes com trabalhos realizados previamente em Belo Horizonte e em outras cidades brasileiras, tendo as infecções oportunistas como as principais responsáveis pela necessidade de internação hospitalar [19, 50].

Os diagnósticos mais frequentemente realizados das doenças oportunistas foram de pneumocistose (17,8%), pneumonia comunitária (16,9%), síndrome diarreica (16,1%), e candidíase oral (10,2%). Dados apresentados por estudo conduzido no Hospital das Clínicas da UFMG em 2000 revelaram que a candidíase era o diagnóstico mais freqüente, seguido por tuberculose, e pneumocistose [50]. Os dados aqui apresentados revelam que entre 2007 e 2000 houve importância crescente da pneumonia comunitária e redução da tuberculose como responsáveis pela necessidade de tratamento hospitalar da SIDA.

## 8 CONCLUSÕES

Os pacientes portadores do VIH ou da SIDA que procuraram o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, que é referência para cerca de cinco milhões de pessoas, apresentaram idade média de 39,4 anos ( $DP \pm 9,1$  anos) com valor mínimo de 18 e máximo de 63 anos; eram em 57,6% do sexo masculino; 50% solteiros; 27% de etnia negra, e procedência em sua maioria de Belo Horizonte.

A forma de infecção mais freqüente foi a sexual, sendo a forma mais prevalente a contaminação heterossexual correspondendo a 18,2% dos casos.

O tempo entre o diagnóstico de infecção pelo VIH ou SIDA e a internação no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG mais freqüentemente encontrado foi entre 0 e 5 anos em 40,4% dos casos.

A sintomatologia encontrada em ordem decrescente de freqüência foi o aumento da temperatura corpórea (46%), diarreia (30,5%), tosse (28,8%), dispnéia (21,2%) e cefaléia (13,6%). Os principais sistemas acometidos foram o respiratório, o gastrointestinal, e o neurológico, entretanto, sem diferença estatisticamente significativa em relação ao óbito. Os diagnósticos mais freqüentemente realizados foram: pneumocistose, pneumonia comunitária e síndrome diarreica.

A demanda de internações no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG para os pacientes portadores do VIH ou da SIDA representou 2,8% do total das admissões. O tempo médio de internação no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas foi de 4,6 dias. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o tempo de internação e o óbito.

O uso de medicação anti-retroviral foi anotada em 56,8% dos pacientes.

A contagem de linfócitos T CD4 inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> estava presente em cerca de 55% dos pacientes. A quimioprofilaxia estava sendo realizada em 27,9% dos pacientes, sendo que em 45,7% deles apresentavam contagem de linfócitos T CD4 inferior a 200. Não foi observada diferença significativa entre o número de linfócitos T CD4 e o uso de quimioprofilaxia em relação ao desfecho óbito.

A mortalidade foi de 7,6% durante a internação no Hospital das Clínicas, sem diferença entre o tempo de internação e o óbito.

## 9 PERSPECTIVAS

Este estudo apresenta várias possibilidades de continuidade. A importância da transmissão sexual aponta para o valor que a educação para a saúde pode esclarecer, impedir que a ignorância impulse para os riscos de contaminação, em especial, quanto aos adolescentes e adultos jovens. Reforça a necessidade de entender as questões antropológicas sobre a relação entre a sexualidade e doença sexualmente transmissível.

Outro fato significativo observado foi o marcante aumento da frequência de acometimento da SIDA em mulheres. Este fato determina interesse em ações específicas para o entendimento deste fenômeno neste grupo de pacientes.

A adesão à terapia anti-retroviral é fundamental para aumentar a sobrevivência e reduzir o número de internações hospitalares pelas doenças relacionadas ao VIH ou SIDA. O entendimento do comportamento humano em relação à terapêutica e à profilaxia adequadas contra infecções oportunistas, provavelmente, permitirá reduzir os gastos com as internações hospitalares em pacientes com SIDA.

## REFERÊNCIAS

1. MORRIS, Alison; HUANG, Laurence - Intensive Care of Patients With HIV Infection. HAART Warming Improvement but Beware of Future HAART (and Heart) Attacks. *Chest* 2004, 125:1602-1604.)
2. MERSON, Michael H. Global Perspectives on Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome, in Mandell, Bennett, & Dolin: Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th ed, capítulo 113.
3. HIV Medicine 2005. Disponível em HIVMedicine2005.com. Acesso em 21 de março de 2007.
4. PHILLIPS Peter. AIDS in the Intensive Care Unit in Principles of Critical Care, third edition, capítulo 48, pág 771-799.
5. ABERG, Judith A; et al. Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus: Recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Primary Care Guidelines for HIV. *CID* 2004;39 (1 September).
6. KAPLAN JE; et al. Epidemiology of human immunodeficiency virus-associated opportunistic infections in the United States in the Era of highly active antiretroviral. Therapy. *Clin Infect Dis.* 2000 Apr; 30 Suppl 1: S5-14.
7. BETZ ME; et al. HIV Research Network. Patterns of diagnoses in hospital admissions in a multistate cohort of HIV- positive adults in 2001. *Med Care* 2005 Sep; 43 (9 Suppl): III3-I4.
8. DAVARO, Raul; THIRUMALAI Annetha. Life-Threatening Complications of HIV infections. *Journal of Intensive Care Medicine* 2007 Mar-Apr;22(2):73-81.
9. HUANG, Laurence; et al. Intensive Care of Patients with HIV Infection. *New Engl J Med* 355;2, July 13, 2006.
10. ROSEN, Mark J.; NARASIMHAN, M. Critical care of immunocompromised patients: Human immunodeficiency virus. *Crit Care Med* 2006 Vol. 34, No. 9 (Suppl.).
11. ARIAS MIRANDA, IM, et.al. Morbilidad hospitalaria en pacientes con infección por VIH. *An. Med. Interna (Madrid)* Vol. 23, N.º 11, pp. 519-524, 2006.
12. Global Summary of HIV/AIDS Epidemic – December 2007. Disponível em: [www.unaids.org](http://www.unaids.org). Acesso em 22 de janeiro de 2008.
13. Ministério da Saúde, Brasil. Boletim epidemiológico AIDS. 2006. Disponível em <[http://www.aids.gov.br/final/dados/bo\\_l\\_aids1.htm](http://www.aids.gov.br/final/dados/bo_l_aids1.htm)>. Acesso em: 30 out. 2007.
14. BRAGA, Patrícia Emilia; ALVES, Maria Regina; SEGURADO, Cardoso Aluisio Cotrim. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço

- universitário de referência de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11):2653-2662, nov, 2007.
15. FONSECA, Maria Goretti P.; BASTOS, Francisco I. Vinte e cinco anos da epidemia de AIDS no Brasil: principais achados epidemiológicos, 1980-2005. *Cad. Saúde Pública*, 2007, vol.23 supl.3, p.S333-S343. ISSN 0102-311X.
  16. Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/index.jsp>. Acesso em 21 de março 2006.
  17. Secretaria Municipal de Belo Horizonte. Disponível em: <[http://portal2.pbh.gov.br/pbh/srv\\_ConteudoArq/aidsbh2004.pdf?id\\_conteudo=8364&id\\_nivel1=-1](http://portal2.pbh.gov.br/pbh/srv_ConteudoArq/aidsbh2004.pdf?id_conteudo=8364&id_nivel1=-1)>. Acesso em: 30 out. 2007.
  18. GALVÃO, Jane. Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet*, 2002, 360: 1862-65.
  19. DOURADO, Inês et al. AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(Supl):9-17.
  20. TEIXEIRA, Paulo R.; VITÓRIA, Marco Antônio; BARCAROLO, Jhoney. Antiretroviral treatment in resource-poor settings: the Brazilian experience. *AIDS* 2004, 18 (suppl 3): S5-S7.
  21. MARINS, Jose Ricardo P.; et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS* 2003, 17:1675-1682.
  22. PORTELA, Margareth Crisóstomo; LOTROWSKA, Michel. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(Supl):70-9.
  23. NEMES, Maria I.B, CARVALHO, H.B, SOUZA, F.M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS* 2004, 18 (suppl 3):S15-S20.
  24. LIGNANI, Luiz Júnior; GRECO, Dirceu Bartolomeu; CARNEIRO, Mariangela. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Rev Saúde Pública* 2001;35(6):495-501.
  25. BONOLO, P.F et al. Non-adherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. *AIDS* 2005, 19 (suppl 4):S5-S13.
  26. Programa Brasileiro de AIDS. Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Acesso em 30 de outubro de 2007.
  27. PALACIOS, R. et al. Effect of antiretroviral therapy on admissions of HIV-infected patients to an intensive care unit. *HIV Medicine* (2006), 7, 193-196.
  28. HACKER Mariana A. et.al. Highly active antiretroviral therapy in Brazil: The challenge of universal Access in a context of social inequality. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 16(2), 2004.



29. PAUL, Simon; et al. The impact of potent antiretroviral therapy on the characteristics of hospitalized patients with HIV infection. *AIDS* 1999, 13:415–418.
30. PALELLA, FJ Jr; DELANEY, KM; MOORMAN, AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med.* 1998;338: 853–860.
31. MORRIS, Alison; CREASMAN, Jennifer; TURNER, Joan, et al. Intensive Care of Human Immunodeficiency Virus- infected Patients during the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* Vol 166.pp. 262-267, (2002).
32. NARASIMHAN, Mangala; et al. Intensive Care in Patients With HIV Infection in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Chest* 2004; 125:1800-1804).
33. NUESCH, R; GEIGY, N; SCHAEGLER, E; et al. Effect of highly active antiretroviral therapy on hospitalization characteristics of HIV-infected patients. *Eur J Clin Microbiol Infected Dis* 2002;21,684-687.
34. MOCROFT, A.; et al. Changes in hospital admissions across Europe: 1995–2003. Results from the EuroSIDA study. *HIV Medicine* (2004), 5, 437–447.
35. AFESSA, Bekele; GREEN, Bethany. Clinical Course, Prognostic Factors, and Outcome Prediction for HIV Patients in the ICU. The PIP (Pulmonary Complications, ICU Support, and Prognostic Factors in the Hospitalized Patients With HIV) Study. *Chest* 2000; 118: 138-145.
36. CASALINO, Enrique et al. Impact of HAART advent on admission patterns and survival in HIV-infected patients admitted to an intensive care unit. *AIDS* 2004, 18:1429–1433.
37. VINCENT B; et al. Characteristics and outcomes of HIV-infected patients in the ICU: impact of the highly active antiretroviral treatment era. *Intensive Care Med* (2004) 30:859–866.DOI 10.1007/s00134-004-2158-z.
38. DICKSON, S.J. et al. Survival of HIV-infected patients in the intensive care unit in the era of highly active antiretroviral therapy. *Thorax* 2007;62;964-968.
39. DORE, Gregory J; et al. Impact of Highly Active Antiretroviral Therapy on Individual AIDS-Defining Illness Incidence and Survival in Australia. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2002,29:388–395.
40. TORRE, D; SPERANZA, F; MARTEGANI, R. Impact of highly active antiretroviral therapy on organ-specific manifestations of HIV-1 infection. *HIV Medicine* (2005), 6, 66–78.
41. PULVIRENTI, J. et al. Hospitalized HIV-Infected Patients in the HAART Era: A View from the Inner City. *AIDS PATIENT CARE and STDs*. Volume 17, Number 11, 2003.

42. VIJAY Dharma Teja; TALASILA, Sudha; VEMU, Lakshmi. Causes and pattern of mortality in HIV-infected hospitalized patients in a tertiary care hospital: A fourteen year study. *Indian J. Med. Sci.* Vol 61, no 10, October 2007.
43. PEREZ, E; TOIBARO, JJ; LOSSO, MH. Motivos de internación vinculados a la infección por HIV en la era pre y post-tratamiento antirretroviral de alta eficacia. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2005; 65: 482-488.
44. GEBO, Kelly A.; et al. Hospitalizations for Metabolic Conditions, Opportunistic Infections, and Injection Drug Use Among HIV Patients. Trends Between 1996 and 2000 in 12 States. *J Acquir Immune Defic Syndr* \_ Volume 40, Number 5, December 15 2005.
45. KRENTZ, H.B; DEAN S.; GILL, M.J. Longitudinal assessment (1995–2003) of hospitalizations of HIV-infected patients within a geographical population in Canada. *HIV Medicine* (2006), 7, 457–466.
46. Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST/Aids. Disponível em <http://sistemas.aids.gov.br/monitoraids2/>. Acesso em 22 de janeiro de 2008.
47. RODRIGUES-Junior AL; CASTILHO, EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991 – 2000: descrição espaço-temporal. *Rev.da Soc. Bras.de Med.Trop* 2004; 37: 312-7.
48. DE BRITO, A.M; DE CASTILHO, E.A; SZWARCOWALD, C.L. Regional Patterns of the Temporal Evolution of the AIDS Epidemic in Brazil Following the Introduction of Antiretroviral Therapy. *BJID* 2005; 9 (February).
49. GRUNER, Mônica Ferreira; SILVA, Rosemeri Maurici. Perfil Epidemiológico de pacientes com HIV/AIDS em um hospital de referência: análise comparativa entre os anos de 1997 e 2001. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2005, 34 (3): 63-67, jul-set.
50. NOBRE, Vandack; BRAGA, Emanuella; RAYES, Abdunnabi et al. Infecções oportunistas em pacientes com aids internados em um hospital universitário do sudeste do Brasil. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, mar./abr. 2003, vol.45, no.2, p.69-74. ISSN 0036-4665.
51. PLÁ BENTO, Carlos Alessandro. Estudo do papel da intervenção de Serviço de Assistência Domiciliar para pacientes co-infectados por Vírus da Imunodeficiência Humana e Tuberculose recém desospitalizados de hospital referência em Belo Horizonte – MG sobre a interrupção das terapias anti-retroviral e Tuberculostática. UFMG. Dissertação de Mestrado. 2006.
52. MURPHY EL, COLLIER AC, KALISCH LA, et al. Highly active antiretroviral therapy decreases mortality morbidity in patients with advanced HIV disease. *Ann Intern Med* 2001; 135:17–26.

**ANEXO I: Parecer do Comitê de Ética da UFMG – COEP**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


**Parecer nº. ETIC 292/06**

**Interessado: Prof. Ênio Roberto Pietra Pedroso**  
**Departamento de Clínica Médica**  
**Faculdade de Medicina-UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 27 de setembro de 2006 o projeto de pesquisa intitulado "**Estudo da prevalência dos problemas e das entidades nosológicas clínicas de urgência de pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana em Pronto Atendimento Clínico referencial em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia**  
**Presidente do COEP/UFMG**

## ANEXO II: PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DO VIH/SIDA ADMITIDOS NO PRONTO ATENDIMENTO DO HC-UFMG.

0) Registro:	
1) Nome:	
2) Idade:	
3) Cidade:	
4) Naturalidade:	
5) Sexo: ( ) 0-Feminino ( ) 1-Masculino ( ) 9-SI	
6) Cor: ( ) 0- Branca ( ) 1- Parda ( ) 2- Negra ( ) 3- Outra ( ) 9-SI	
7) Modo mais provável de transmissão: ( ) 0- Sanguínea ( ) 1- Heterossexual ( ) 2- Homossexual ( ) 3-Vertical ( ) 9- SI	
8) Tempo de diagnóstico: ( ) 0- 0-5 anos ( ) 1- 5-10 anos ( ) 2- >10 anos	
9) Controle ambulatorial: ( ) 0- Adequado ( ) 1- Não Adequado.	
10) Terapia Anti-retroviral (uso de 3 drogas): ( ) 0- Sim ( ) 1- Não	
11) Profilaxia infecções oportunistas: ( ) 0- Sim ( ) 1- Não	
12) Valor CD4: ( ) 0- >500 ( ) 1- 350-500 ( ) 2- 200-350 ( ) 3- 100-200 ( ) 4- <100	
13) Co-morbidades:	
13.1) HTA: ( ) 0- Sim ( ) 1- Não	
13.2) DBT: ( ) 0- Sim ( ) 1- Não	
13.3) Cardiopatia Isquêmica: ( ) 0- Sim ( ) 1- Não	
13.4) Tabagista: ( ) 0- Sim ( ) 1- Não	
13.5) Dislipidemia: ( ) 0- Sim ( ) 1- Não	
14) Queixa Principal:	
14.1) Sintomas constitucionais: ( ) 0 -Febre ( ) 1-Astenia ( ) 2 -Perda de peso>10% ( ) 3 -Outros	
14.2) Sintomas respiratórios: ( ) 0 -Tosse ( ) 1 -Escarro purulento ( ) 2 -Dispnéia ( ) 3 - Ortopnéia ( ) 4 - Sibilos ( ) 5 -Outros	
14.3) Sintomas SNC:( ) 0-Cefaléia ( ) 1-diminuição nível consciência ( ) 2-Hemiparesia/plegia ( ) 3-convulsões ( ) 4-disfasia/afasia ( ) 5-rigidez nugal ( ) 6-anisocoria ( ) 7-Outros	
14.4) Sintomas gastrointestinais: ( ) 0-Diarréia ( ) 1-Náuseas/Vômitos ( ) 2-Melena ( ) 3-Hematêmese ( ) 4-Hematoquezia ( ) 5-Dor abdominal ( ) 6-Icterícia ( ) 7-Outros	
14.5) Sintomas cardiovasculares: ( ) 0-Dor precordial ( ) 1-Palpitações	

	<input type="checkbox"/> <b>2</b> -Sincope <input type="checkbox"/> <b>4</b> -DPN	<input type="checkbox"/> <b>3</b> -Dispnéia <input type="checkbox"/> <b>5</b> -Ortopnéia	
14.6) Sintomas Renais:	<input type="checkbox"/> <b>0</b> -Oligúria <input type="checkbox"/> <b>3</b> -Polaciúria	<input type="checkbox"/> <b>1</b> -Disúria <input type="checkbox"/> <b>4</b> -Outros	<input type="checkbox"/> <b>2</b> -Hematúria
14.7) Sintomas Hematológicos:	<input type="checkbox"/> <b>0</b> -Palidez cutâneo mucosa <input type="checkbox"/> <b>2</b> -Petequias	<input type="checkbox"/> <b>1</b> -Sangramento <input type="checkbox"/> <b>3</b> -Outros	
14.8) Outros sintomas			
15) Sistema(s) acometido(s):			
	<input type="checkbox"/> <b>0</b> -Respiratório <input type="checkbox"/> <b>3</b> -Gastrointestinal <input type="checkbox"/> <b>6</b> - Hematológico	<input type="checkbox"/> <b>1</b> -Cardiovascular <input type="checkbox"/> <b>4</b> -Renal <input type="checkbox"/> <b>7</b> -Osteoarticular	<input type="checkbox"/> <b>2</b> -SNC <input type="checkbox"/> <b>5</b> -Endócrino- Metabólico <input type="checkbox"/> <b>8</b> -Imunológico
16) Propedêutica:			
16.1) Rx Tórax:	<input type="checkbox"/> <b>0</b> -Normal <input type="checkbox"/> <b>2</b> -Consolidação pulmonar <input type="checkbox"/> <b>4</b> - Derrame pleural <input type="checkbox"/> <b>6</b> - Outras	<input type="checkbox"/> <b>1</b> - Infiltrados pulmonares bilaterais <input type="checkbox"/> <b>3</b> -Infiltrado intersticial <input type="checkbox"/> <b>5</b> - Pneumotórax	
16.2) Rx Abdômen:	<input type="checkbox"/> <b>0</b> - Normal <input type="checkbox"/> <b>2</b> - Pneumoperitônio <input type="checkbox"/> <b>4</b> - Outras	<input type="checkbox"/> <b>1</b> - Níveis Hidroaéreos <input type="checkbox"/> <b>3</b> - Distensão alças	
16.3) Culturas:	<input type="checkbox"/> <b>0</b> -Urina <input type="checkbox"/> <b>3</b> -LCR	<input type="checkbox"/> <b>1</b> -Sangue <input type="checkbox"/> <b>4</b> -Líquido ascítico	<input type="checkbox"/> <b>2</b> -Escarro <input type="checkbox"/> <b>5</b> -Outras
16.4) Tomografia:	<input type="checkbox"/> <b>0</b> -Crânio <input type="checkbox"/> <b>2</b> -Abdômen e pelve	<input type="checkbox"/> <b>1</b> -Tórax <input type="checkbox"/> <b>3</b> -Outra	
16.5) Laboratório:	<b>GB</b> (      ) <b>Neutrófilos</b> (      ) <b>Linfócitos</b> (      ) <b>HTO</b> (      ) <b>Hb</b> (      ) <b>Plaq</b> (      ) <b>UR</b> (      ) <b>CR</b> (      ) <b>PCR</b> (      ) <b>LDH</b> (      ) <b>PaO2</b> (      ) <b>PH</b> (      ) <b>Bil T</b> (      ) <b>D</b> (      ) <b>I</b> (      ) <b>TGO</b> (      ) <b>TGP</b> (      )		
17) Ventilação Mecânica <input type="checkbox"/> <b>0</b> -Sim <input type="checkbox"/> <b>1</b> -Não			
18) Internação: <input type="checkbox"/> <b>0</b> -Enfermaria <input type="checkbox"/> <b>1</b> -CTI <input type="checkbox"/> <b>2</b> -Pronto Atendimento			
19) Diagnóstico realizado:			
20) Tratamento instituído:			
21) Dias de internação:			
22) Resultado: <input type="checkbox"/> <b>0</b> -Alta hospitalar <input type="checkbox"/> <b>1</b> -Óbito.			