

A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA A PACIENTES COM HIV EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE ALAGOAS

Integrity in care to HIV patients in a specialized outpatient clinic of Alagoas

Erika Thaynara Pereira Martins¹, Maria Carolina Santos Malafaia Ferreira², Jose Ayrton Macedo Guimarães de Oliveira³, Vitorino Modesto dos Santos⁴, André Falcão Pedrosa Costa⁵

Resumo

Objetivo: Na complexidade da relação entre saúde e doença é incontestável o valor da integralidade na assistência. Portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) podem apresentar alterações renais que influenciam no prognóstico. O objetivo é avaliar a busca do diagnóstico de acometimento renal, pelos profissionais que acompanham pacientes com HIV, como aspecto do cuidado integral. **Métodos:** análise retrospectiva de prontuários e coleta de exames de forma prospectiva incluindo 99 pacientes infectados pelo HIV, atendidos no ambulatório de HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida de um hospital de moléstias infectocontagiosas. Trinta e um pacientes foram entrevistados e submetidos a coletas de amostras de urina para avaliação de microalbuminúria. A filtração glomerular foi estimada com a fórmula de *modified diet in renal disease* (MDRD) simplificada. **Resultados:** do total, 58 (58,58%) eram homens e 41 (41,41%) mulheres; 84 (84,84%) pardos, 10 (10,10%) negros e cinco (5,05%) brancos; com média etária de $41,02 \pm 11,05$ anos. Quanto à terapêutica, lamivudina (3TC) foi o fármaco mais utilizado (84,21%); e 26 pacientes (21,37%) faziam uso da associação de 3TC, zidovudina e efavirenz. Percebeu-se que a busca do diagnóstico de acometimento renal não foi significativa. De um total de 95 pacientes, apenas 17 (17,89%) tinham no prontuário resultado de exame simples de urina. Desses, dois (11,76%) apresentaram alteração na coloração, onze (64,70%) apresentaram alteração no aspecto, três (17,64%) apresentaram pH menor que 5,5, um apresentou pH maior que 7,0 (5,88%) e três (17,64%) apresentaram proteinúria de 1+. Sete (7,36%) tinham hipertensão arterial, cinco (5,2%) relataram queixas urinárias e três (3,15%) apresentaram edema. A média de microalbuminúria em amostra isolada foi de $2,12 \pm 3,32$ mg/dL e 12 pacientes (38,71%)

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió-AL.

² Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió-AL.

³ Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió-AL. Bolsa de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas – FAPEAL.

⁴ Professor Adjunto I da Universidade Católica de Brasília e Preceptor do Departamento de Medicina Interna do Hospital das Forças Armadas, Brasília-DF.

⁵ Professor Adjunto do Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e Políticas, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió-AL.

apresentaram valores acima de 1,7 mg/dL. **Conclusão:** na população estudada não houve a aplicação de cuidado integral na prática, mesmo em se tratando de pessoas sob o risco de nefropatia.

Palavras-chave: Integralidade; Nefropatia; HIV; Epidemiologia

Abstract

Objective: In the complex relationship between health and disease, is undeniable the value of the integral care. Patients with the human immunodeficiency virus (HIV) may have renal disorders influencing the prognosis. The objective is to analyze the search for evidence of renal impairment, by professionals following patients with HIV, as an aspect of integral care. **Patients and Methods:** retrospective analysis of medical records and prospective collection of samples, including 99 infected patients from an outpatient service for HIV/Acquired immune deficiency syndrome, in a hospital of infectious diseases. Thirty-one patients were interviewed and had collection of urine samples for evaluation of microalbuminuria. Glomerular filtration rate was estimated by the simplified formula of modified diet in renal disease (MDRD). **Results:** of the 99 patients, 58 (58.58%) were men and 41 (41.41%) women; 84 (84.84%) mulattos, 10 (10.10%) black and five (5.05%) white; with a mean age of 41.02 ± 11.05 years. As to the treatment, lamivudine (3TC) was the most used drug (84.21%); and 26 patients (21.37%) used the 3TC association, zidovudine and efavirenz. It was clearly realized that the search for the diagnosis of renal involvement was not significant. Among 95 patients, only 17 (17.89%) had result of simple urine test in the chart. Of these, two (11.76%) had change in color, eleven (64.70%) had change in the appearance, and three (17.64%) had pH less than 5.5; one had pH higher than 7.0 (5.88%) and three (17.64%) had proteinuria of 1+. Seven (7.36%) had hypertension, five (5.2%) reported urinary complaints and three (3.15%) showed edema. The average of microalbuminuria in the isolated sample was 2.12 ± 3.32 mg/ dL and 12 patients (38.71%) showed values above 1.7 mg/ dL. **Conclusion:** in the studied population there was no application of integral care in practice, even dealing with people at risk of nephropathy.

Key words: Integrality; Nephropathy; HIV; Epidemiology

Introdução

A atenção à saúde exige abordagem ampla diante da complexidade das relações dinâmicas entre saúde e doença. Tal fato assume particular importância na SIDA/AIDS, expressão clínica de um

espectro de desordens associadas com disfunção da imunidade celular e às vezes humoral, resultante da infecção crônica pelo HIV.¹

Além dos desfechos clínicos, essa doença causou profundas transformações

sociais, políticas, econômicas e médicas. De fato, existe uma preocupação crescente com a SIDA em todos os níveis do conhecimento humano.² Mudanças decorrentes da vivência de consequências da infecção do HIV desencadearam novas exigências de cuidados e necessidades, que devem ser observadas sob a perspectiva da integralidade.³ O termo integralidade tem representado um desafio nas práticas de saúde desde os anos 80, quando foi usado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), representando uma das principais bandeiras do movimento sanitário. Apesar de adotado como princípio do SUS, ele ainda não se concretizou plenamente.⁴

Desde o início da década de 1980, quando se relataram os primeiros casos, uma série de mudanças ocorreu na epidemiologia dessa doença, em função do surgimento de diversas drogas antivirais com o consequente aumento significativo na sobrevivência dos pacientes. Além disso, paralelamente à ocorrência das doenças oportunistas, outras manifestações patológicas passaram a ocorrer na população de pacientes com HIV, como os distúrbios metabólicos, as doenças cardiovasculares e o acometimento renal.⁵ A associação de doença renal com infecção por HIV foi primeiro descrita em 1984, em Miami e Nova York, em uma série de casos de pacientes HIV-positivos que apresentaram proteinúria e perda de função renal. Inicialmente designada como

glomerulonefrite associada com infecção por HIV (GNHIV),⁶ representava a glomerulosclerose segmentar e focal (GESF) com lesões tubulointersticiais peculiares. Caracterizada por proteinúria frequentemente nefrótica e curso rápido para insuficiência renal (IR), na maioria dos casos, evoluía para o estágio terminal em semanas ou meses.⁷

Em HIV-positivos, infecções (criptococose, histoplasmose, micobacteriose, citomegalovirose, candidose, aspergilose) e drogas nefrotóxicas acometem o túbulo e o interstício renais, geralmente causando necrose tubular aguda ou nefrite intersticial.⁶ A nefrotoxicidade por antirretrovirais constitui fator importante de morbidade e mortalidade em pacientes com HIV, porém a nefrolitíase é o principal efeito secundário da terapêutica, relacionado principalmente ao uso de indinavir.⁵⁻⁷ Vários estudos indicam ocorrência cumulativa de nefrolitíase sintomática com o indinavir superior a 10%.¹

O objetivo deste trabalho foi analisar a presença do diagnóstico de acometimento renal, como um aspecto do cuidado integral, considerando o risco deste agravo em particular pela população ser atendida em um ambulatório especializado.

Metodologia

Foi realizado estudo retrospectivo com análise de prontuários e coleta de exames de forma prospectiva em 99 pacientes infectados pelo HIV, atendidos em ambulatório de

HIV/AIDS de um hospital referência em moléstias infectocontagiosas de Alagoas. Para análise objetiva dos dados disponíveis nos prontuários, a taxa de filtração glomerular foi estimada através da fórmula MDRD simplificada.⁵ Além dessa análise, sumário de urina, microalbuminúria e sinais e sintomas clínicos indicativos de possível nefropatia foram catalogados. Os dados foram armazenados, tabulados e analisados pelo programa CDC-Epi Info™ versão 6.0, plataforma DOS, Atlanta 1996 e realizada análise estatística descritiva e o cálculo de porcentagens. O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

Resultados

Entre os 99 pacientes incluídos no estudo, 58,58% eram do sexo masculino e 41,41% do sexo feminino, 84/99 (84,84%) pardos, 10/99 (10,10%) negros e 5/99 (5,05%) brancos, com média de idade $41,02 \pm 11,05$ anos. O tempo médio de tratamento da infecção pelo HIV foi de $4,08 \pm 4,18$ anos. A média estimada de filtração glomerular foi de $121,95 \pm 80,19$ ml/min/1,73m² utilizando a fórmula MDRD simplificada. Quatro (4,70%) pacientes tinham filtração glomerular igual ou inferior a 60 ml/min/1,73m², dez (10,52%) pacientes tinham filtração glomerular entre 60 e 80 ml/min/1,73m²; indicando a prevalência de doença renal crônica (DRC) em aproximadamente 15% dos indivíduos. Dos

95 pacientes, apenas 17 (17,89%) apresentavam no prontuário exame simples de urina, dentre os quais, dois (11,76%) apresentaram alteração na coloração; 11 (64,70%) alteração no aspecto; três (17,64%) pH menor que 5,5; um apresentou pH maior que 7,0 (5,88%); e três (17,64%) proteinúria de 1+. Nenhum paciente tinha no prontuário avaliação do nível de microalbuminúria. A dosagem da creatinina sérica estava presente em 100% dos prontuários, mas somente se referiam à data de início do tratamento, mostrando não haver acompanhamento adequado com significante pesquisa de eventual diagnóstico de acometimento renal.

A contagem média de linfócitos TCD4 foi de $537,75 \pm 304,89$ células/ml; e 52,63% dos indivíduos estavam com PCR quantitativo do HIV-1 abaixo de 50 cópias/ml pelo método bDNA.

Dos 95 pacientes, 7/95 (7,36%) tinham hipertensão arterial sistêmica, 5/95 (5,2%) relataram queixas urinárias e 3/95 (3,15%) apresentaram edema.

Oitenta e quatro (87,5%) pacientes estavam em uso de terapia antiretroviral. A lamivudina (3TC) foi o fármaco mais utilizado pelos pacientes (84,21%). Outros ITRNs utilizados foram zidovudina (AZT) (52,63%), tenofovir (TDF) (27,36%) e didanosina (ddI) (6,31%). Efavirenz (EFZ) foi o único inibidor da transcriptase reversa utilizado, e fez parte do esquema terapêutico de 49/95 (51,57) pacientes. Na classe dos

inibidores de protease, o mais utilizado foi o ritonavir (RTV) (31,58%), seguido por lopinavir (LPV) (30,51%), atazanavir (ATV) (2,10%), darunavir (1,05%) e indinavir (1,05%). O raltegravir, um inibidor da integrase, foi utilizado por apenas um paciente (1,05%). Quanto ao esquema terapêutico utilizado, o estudo mostrou que 26 (21,37%) pacientes faziam uso da associação de 3TC, AZT e EFZ. O segundo esquema, utilizado por 15 (15,78%) pacientes, foi a associação de 3TC, AZT, LPV e RTV. A associação de 3TC, TDF, EFZ estava presente no esquema de 12 (12,63%) pacientes e a associação entre LPV, RTV, 3TC e TDF foi utilizada por nove (9,47%) pacientes. Associação de AZT e 3TC foi utilizada em três (3,15%) pacientes, e o esquema AZT, 3TC e LPV em dois (2,10%) pacientes. Outros esquemas foram encontrados na proporção, cada um, de 1,05% dos pacientes; dez (10,52%) não haviam iniciado o tratamento com antirretrovirais; cinco (5,26%) não informaram quais antirretrovirais estavam usando e um (1,05%) havia interrompido o tratamento.

A avaliação prospectiva da dosagem da microalbuminúria em amostra isolada de 31 pacientes mostrou que a média foi de $2,12 \pm 3,32$ mg/dL (Valor de referência: 0 a 1,7 mg/dL); 12 (38,71%) pacientes tinham resultados acima de 1,7 mg/dL.

Discussão

A população deste estudo era relativamente jovem, com média etária de $41,02 \pm 11,05$ anos e tempo médio de tratamento da infecção por HIV não muito elevado, de $4,08 \pm 4,18$ anos. Esse fato merece ser avaliado, já que o amplo acesso aos antirretrovirais por um lado reduziu a mortalidade por doenças oportunistas, em razão do melhor controle viral e melhora dos níveis de linfócitos TCD4; por outro lado, o aumento na expectativa de vida propiciou a ocorrência de morbidades que afetam a população infectada e também podem causar óbitos, como exemplo por doenças renais ou outras condições crônico-degenerativas.⁵

Devido a essa mudança no perfil de pacientes portadores de HIV, é possível que também tenham ocorrido modificações na variedade de acometimentos renais. Associado ao envelhecimento da população infectada pelo HIV, o caráter assintomático da doença renal crônica reforça a importância de seu rastreamento na rotina de serviços de referência, com atenção aos tradicionais fatores de risco para perda de função renal.

Pessoas imunodeprimidas têm necessidades e características especiais que demandam maior qualidade e quantidade de assistência a elas prestada.² A exemplo disto, a importância de rastrear a alteração precoce da função renal se destaca em razão dos estudos que têm mostrado o impacto da doença renal crônica em pacientes infectados pelo HIV-1, quando se relata que pacientes

com filtração glomerular menor que 15ml/min/1,73m^2 tem até seis vezes maior risco de morte, comparados com pacientes com filtração glomerular acima de 60ml/min/1,73m^2 . É possível que esta diferença importante se explique em parte pela dificuldade de adequação correta de doses de antirretrovirais em pacientes com queda de função renal, pela necessidade da utilização de doses reduzidas das drogas.⁵

Em nosso estudo, quatro (4,70%) pacientes apresentaram filtração glomerular, calculada pela fórmula MDRD simplificada, que tem se mostrado de maior precisão em pacientes com algum déficit de função renal,⁸ igual ou abaixo de 60 ml/min/1.73m^2 ; dez (10,52%) pacientes tinham filtração glomerular entre 60 e 80 ml/min/1,73m^2 , mostrando grande prevalência de lesão renal, fato não levado em conta para o significado das representações do processo saúde *versus* doença em usuários do serviço.

O estudo também mostrou que a utilização de exames laboratoriais para identificar perda de função renal foi escassa. Isso demonstra uma relativa fragmentação no atendimento, que representa entrave à prática da integralidade.

Diversos protocolos clínicos e consensos foram adotados para o cuidado do paciente portador de HIV. Porém, em sua maioria não existe a recomendação de rotineiramente verificar a presença de desordens renais. Este viés pode explicar a

baixa prevalência de exames solicitados para o correto diagnóstico de acometimento renal.

O estudo visou reforçar a importância de se utilizar o rastreamento da função renal na prática clínica em serviço especializado no atendimento a HIV/AIDS em nosso meio, pois não há avaliação renal rotineira nesses pacientes sob risco para nefropatia.

A nefrotoxicidade dos antirretrovirais constitui atualmente fator importante na morbidade e mortalidade de pacientes com HIV. O tenofovir (TDF), que foi o ITRN de escolha em 27,36% dos pacientes, se enquadra como um dos antirretrovirais mais lesivos ao rim. Conhecer seus mecanismos de nefrotoxicidade e planejar medidas protetoras pode aperfeiçoar seu uso clínico e propiciar benefícios aos pacientes.⁹

A utilização clínica de microalbuminúria como marcador inicial de lesão renal iniciou na década de 80, após o desenvolvimento de metodologias com melhor sensibilidade analítica para a dosagem de albumina.¹⁰ A determinação de albuminúria em amostra isolada é a mais fácil de ser realizada na prática clínica e fornece informação bastante confiável. Tem sido demonstrado que este método tem uma sensibilidade de 90% na determinação da microalbuminúria comparada ao método de avaliação que utiliza a urina de 24 horas, mesmo após ajustes para a idade e o sexo.¹¹ Nosso estudo mostrou que uma parcela significativa (38,71%) da amostra de

pacientes analisados de forma prospectiva apresentou níveis de microalbuminúria acima dos valores de referência. A média obtida foi de $2,12 \pm 3,32$ mg/dL, em uma faixa de referência de 0 a 1,7 mg/dL, um consistente indicativo da presença de lesão renal.

Portanto, alterações renais são frequentes e podem contribuir para piores prognósticos de pacientes portadores de HIV. Esse fenômeno torna de grande relevância o monitoramento da função renal em pacientes infectados pelo HIV, com particular atenção aos tradicionais fatores de risco para a perda de função renal. Além disso, reforça o conceito de que as ações de saúde devem envolver o indivíduo de forma integral, não com enfoque fragmentado. O atendimento deve priorizar a saúde e não apenas a doença, mediante ações permanentes de um sistema de assistência integral.¹² De fato, o acesso aos serviços de saúde não garante a integralidade no atendimento. Existem vários fatores condicionantes, entre os quais as diferentes concepções dos profissionais de saúde com relação ao papel da assistência inter e multidisciplinar. Esta envolve a participação solidária de habilidades e conhecimentos de diversos profissionais de saúde que contribuem para solucionar os problemas de cada paciente.¹

Essa visão holística do paciente, que é muito importante nos indivíduos com SIDA em virtude da possibilidade de desfechos desfavoráveis, não foi observada na análise

desse estudo. Importante salientar a qualidade da assistência prestada como importante fator para o êxito do tratamento de doenças crônicas como a infecção por HIV/SIDA. Para Castanheira,¹³ essa qualidade relaciona-se com a adesão ao tratamento ambulatorial, mais que as próprias características dos usuários ou do tratamento e é determinante de resultados favoráveis das ações dirigidas a indivíduos com infecção por HIV/SIDA. Essa percepção é corroborada por Melchior et al.¹⁴ ao afirmarem que uma assistência bem conduzida proporciona um impacto positivo na redução da mortalidade e na qualidade de vida dos pacientes, além de contribuir para o controle da epidemia.

No presente estudo, constatou-se a importância de uma atuação integral. Para que isso aconteça, o profissional de saúde precisa ter clareza de seu papel na equipe de sua área de atuação e identificar as possibilidades de articulação com outros profissionais, de modo a viabilizar o bom desenvolvimento de ações conjuntas.¹⁵ Diversa de trabalhos isolados, a integralidade pressupõe a realização de ações coletivas.¹⁶ A equipe de saúde deve manter e desenvolver um grau de compreensão que permita responder às necessidades, mesmo não expressas, daqueles por cujo cuidado são responsáveis, sem rígidos moldes de manuseio, mas com abordagem sob princípios norteadores de assistência total, interdisciplinaridade, adaptação e qualidade.²

Existem dificuldades nas equipes para se articularem em diversos níveis de atenção à saúde, a exemplo do aqui descrito, e isso pode contribuir para fragmentar a assistência e a tornar insuficiente para superar a complexidade da SIDA.¹² Modificação específica nos protocolos de assistência, com a recomendação explícita do diagnóstico de acometimento renal nos pacientes HIV positivos, poderia contribuir para a mudança de paradigma.

Conclusão

Observou-se a busca pelo diagnóstico de nefropatia, em pacientes sob risco inquestionável deste agravo, que não se configura em um padrão de assistência integral.

Referências

1. Eira M. Alterações na função renal em pacientes HIV/Aids tratados com esquemas terapêuticos incluindo indinavir. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias, São Paulo-SP, 2004.
2. Leite JL, Erdmann AL, Carvalho SM, Pezzi MCS, Dantas CC. O caminhar para a concepção de um modelo de cuidado ao cliente HIV positivo. *Cienc Cuid Saude*. 2007;6(2):187-96.
3. Palacio MB, Figueiredo MAC, Souza LB. O cuidado em HIV/Aids e a atenção primária em saúde: possibilidades de integração da assistência. *PSICO*. 2012;43(3):350-67.
4. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica*. 2001;20(5):1411-6.
5. Pinto Neto LFS, Braga AC, Rocha JA, Vieira NFR, Miranda AEL. Fatores de risco associados a alterações renais em pacientes infectados por HIV-1. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011;44(1):30-4.
6. Siqueira-Batista R, Bertocchi APF, Gomes AP, Ramos Jr AN, Costa VC, Cuzzi-Maya T. Nefropatia associada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. 2001;81:56-63.
7. Santos OR, Lopes GS. Glomerulonefrite associada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (GNVIH). *J Bras Nefrol*. 1995;17(3):142-7.
8. Sodré FL, Costa JCB, Lima JCC. Avaliação da função e da lesão renal: um desafio laboratorial. *J Bras Patol Med Lab*. 2007;43(5):329-37.
9. Libório AB. Rosiglitazona, agonista do PPAR-γ "Peroxisome Proliferator-Activated Receptor-γ", reverte a nefrotoxicidade induzida pelo tenofovir-DF. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008.
10. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol*. 2011;33(1):93-108.
11. Cruz NS, Sartori MS, Santos ML, Aragon FF, Padovani CR, Pimenta WP. Avaliação quanto à presença de microalbuminúria e hiperfiltração glomerular no estágio de tolerância à glicose diminuída. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2006;47(2):158-65.
12. Borges MJL. Integralidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids: uma avaliação de serviços de assistência especializada. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife-PE, 2010.
13. Castanheira ERL. Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/Aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2002.
14. Melchior R, Nemes MIB, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTSB, Buchalla CM, et al. Avaliação da estrutura

organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. Rev Saude Publica. 2006;40(1):143-51.

15. Weinstein AL. Obstáculos e desafios da interdisciplinaridade: as integrações. In Raxach JC (Org.). Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 32-3.

16. Lousada AF, Bonaldi C, Barros MEB. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA (Org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro-RJ, CEPESC, 2007. p. 37-52.