

# UTILIZAÇÃO DE TESTES SEROLÓGICOS PARA DETECÇÃO DE INFECCÃO PELO VIH EM CONSULTAS DE CLÍNICA GERAL E EM CONSULTAS HOSPITALARES\*

VASCO A. J. MARIA, M. VIOLETA PIMPÃO, M. LUISA CARVALHO, ANA E. SOUSA,  
M. MARGARIDA LUCAS, RUI M. M. VICTORINO

Centro de Saúde do Cacém – ARS de Lisboa e Vale do Tejo.  
Serviço de Medicina 2. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

## RESUMO

**Objectivos:** Determinar o número e o tipo de testes serológicos para o VIH solicitados em consultas de clínica geral e em consultas hospitalares, identificar os principais comportamentos de risco, determinar a percentagem de seropositividade para o VIH e identificar possíveis factores associados ao pedido dos testes. **Métodos:** Estudo de observação, transversal e analítico, com a participação de 80 clínicos gerais e 45 especialistas hospitalares. Foram analisados todos os pedidos de testes serológicos para o VIH feitos durante 1 ano. **Resultados:** Foram pedidos 936 testes para o VIH, sendo a média por médico de 12,47 na clínica geral e 0,69 no hospital. Os comportamentos de risco mais vezes observados foram os contactos heterossexuais de risco e a toxicod dependência. Os principais motivos de pedido foram a gravidez e a existência de comportamentos de risco na clínica geral e a suspeita de infecção VIH no hospital. A iniciativa do pedido partiu do médico em mais de 70% dos casos. Numa percentagem significativa de casos os testes foram pedidos numa fase em que poderia não ter ocorrido ainda a seropositivação. A percentagem de seropositivos para o VIH (ELISA + Westernblot) foi de 4,2% nas consultas de clínica geral e 32% no hospital. A percentagem de seropositividade foi de 33% nos homo/bissexuais, 13% nos toxicod dependentes, 7% nos heterossexuais com comportamento sexual de risco e 0,2% nos indivíduos sem factores de risco. **Conclusões:** Os padrões de pedido dos testes serológicos para o VIH são significativamente diferentes a nível da clínica geral e do hospital. Parecem verificar-se algumas atitudes menos adequadas por parte dos médicos, nomeadamente a ausência de consentimento esclarecido dos doentes antes da realização dos testes, numa percentagem significativa de casos. Estudos deste tipo podem constituir indicadores importantes da percepção do risco de infecção pelo VIH por parte da população em geral e dos próprios profissionais de saúde, permitindo avaliar a necessidade de determinados programas de intervenção, nomeadamente campanhas de informação e formação.

## SUMMARY

### Use of Serologic HIV Tests in General Practice and in Hospital Outpatient Clinics

**Aims:** To determine the number and type of HIV tests requested in general practice (GP) and in hospital outpatient clinics, to identify principle risk behaviors, to determine the percentage of HIV positive tests and to identify possible factors associated with the request of HIV tests. **Methods:** Cross-sectional, analytical and observational study, involving 80 GPs and 45 hospital

\* Trabalho subsidiado pelo Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde, Ministério da Saúde, Projecto n.º 81/92.

specialists in the region of Lisbon. All requests for HIV tests were analysed during a 12 month period. Results: 936 HIV tests were requested, with a mean of 12.47 in GP and 0.69 in the hospital. Risk behaviors observed were mainly heterosexual contacts and intravenous drug abuse (IVDA). The motives of the requests mainly were pregnancy, risk behaviors in GP and the presence of symptoms suggesting HIV infection in the hospital. The initiative of the request came from doctors in 70% of the cases. The percentage of HIV positive tests (ELISA + Westernblot) was 4.2% in GP and 32% in the hospital. According to risk behaviors, the percentage of seropositivity was 33% in homo/bisexuals, 13% in IVDA, 7% in heterosexuals with risk behaviors and 0.2% in individuals with unidentified risk behaviors. Conclusions: The patterns of request of HIV tests differ in hospital and in GP. In a significant percentage of cases, no informed consent was obtained prior to HIV testing, both in hospital and GP. This study may serve as an indicator of the need for information and education programs concerning HIV testing directed to health professionals and the general population.

## INTRODUÇÃO

Desde a identificação dos primeiros casos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), no início da década de 80, tem-se assistido a um aumento marcado do número de casos a nível mundial, atingindo actualmente a epidemia todas as regiões do globo<sup>1</sup>. Apesar dos enormes avanços verificados relativamente ao conhecimento da doença, incluindo a identificação do agente causal, a descrição dos seus efeitos no sistema imunológico, o uso generalizado de testes diagnósticos e o desenvolvimento e aperfeiçoamento de terapêuticas dirigidas contra o próprio vírus e as infecções oportunistas, a SIDA permanece uma doença incurável e a epidemia continua a difundir-se a nível mundial.

Na ausência de uma vacina e de terapêutica eficaz e duradoura, a prevenção da infecção pelo VIH adquire uma importância considerável. Os cuidados de saúde primários, constituindo a primeira linha de cuidados de saúde e estando especialmente vocacionados para a prevenção, têm sido chamados a intervir na prevenção e controlo da epidemia<sup>2-4</sup>.

Um estudo realizado por nós na área de Lisboa<sup>5</sup> mostra que os Clínicos Gerais expressam em geral atitudes muito positivas relativamente ao seu envolvimento na prevenção e controlo da infecção pelo VIH, se bem que o nível de conhecimentos demonstrados seja considerado baixo.

A capacidade de Internistas e Clínicos Gerais reconhecerem síndromes clínicas como potencialmente relacionados com a infecção pelo VIH e a identificação de factores de risco para o VIH nos seus doentes/utentes em estádios precoces da infecção, revela-se de importância primordial<sup>6</sup>.

Nesse sentido, a utilização de testes serológicos para detecção de infecção pelo VIH constitui uma componente indispensável na rotina do estudo destes doentes, constituindo um aspecto fundamental das estratégias de combate à epidemia em muitos países<sup>7-11</sup>.

Várias ordens de factores ressaltam a importância da detecção precoce da infecção pelo VIH:

- Numerosos estudos documentam a eficácia da terapêutica anti-viral precoce com AZT no retardar da evolução para SIDA<sup>12,13</sup> e mesmo no prolongamento da sobrevida destes doentes<sup>14</sup>. Também a profilaxia primária das infecções associadas ao VIH teria um efeito benéfico idêntico<sup>15</sup>.

- Alguns estudos têm mostrado que em indivíduos com comportamento de risco, o conhecimento da sua situação serológica parece facilitar a adopção de medidas preventivas, como sejam o uso de preservativo<sup>16-18</sup>.
- Assiste-se também em muitos países<sup>19-21</sup> a uma mudança de atitude, por parte das autoridades sanitárias, relativamente à possibilidade de identificação e notificação dos contactos sexuais de seropositivos, no sentido da sua legitimidade e eficácia no controlo da epidemia de infecção pelo VIH.
- Por outro lado, a avaliação serológica em estádios da doença tão precoces quanto possível e efectuada a intervalos regulares em determinados grupos populacionais, permitiria reconhecer com mais precisão e maior precocidade novas tendências epidemiológicas e assim, delinear em tempo oportuno as estratégias consideradas mais adequadas.
- Finalmente, a participação de Clínicos Gerais bem como de Internistas em programas de detecção precoce da infecção, iria permitir-lhes a familiarização com procedimentos e problemas relacionados com a utilização dos testes serológicos para o VIH, como sejam os meios de obtenção dos testes e aspectos da sua sensibilidade e especificidade, os aspectos éticos e legais e os problemas relacionados com a confidencialidade e o aconselhamento.

Há, contudo, evidência de que poucos Médicos de Família procedem com regularidade à detecção do risco de infecção pelo VIH nos seus utentes<sup>22</sup>, o mesmo acontecendo em relação aos Internistas<sup>23,24</sup>.

Em Portugal e particularmente no distrito de Lisboa, onde residem mais de 60% dos casos de SIDA notificados<sup>25</sup>, existe uma grande carência de informação relativamente aos aspectos quantitativos e qualitativos relacionados com o pedido de testes serológicos para o VIH.

### Os objectivos deste estudo foram:

1. Determinar o número e o tipo dos testes serológicos para o VIH pedidos durante um ano em consultas de Clínica Geral na área do distrito de Lisboa e em consultas externas do Hospital de Santa Maria.
2. Identificar os comportamentos de risco para o VIH mais frequentes e caracterizar, do ponto de vista demográfico, os indivíduos testados.
3. Determinar a percentagem de seropositividade para o VIH nos diferentes grupos de utentes/doentes testados.

4. Identificar factores associados ao pedido de testes serológicos para detecção de infecção pelo VIH por parte dos médicos e dos utentes/doentes.

## MÉTODOS

### 1 - Caracterização do estudo

Realizou-se um estudo de observação, transversal e analítico, com a duração de 12 meses (de 01 de Março de 1993 a 28 de Fevereiro de 1994) nas consultas de Clínica Geral dos 44 centros de saúde da ex-Administração Regional de Saúde de Lisboa e de consultas externas do Hospital de Santa Maria.

Foi seleccionada uma amostra de 80 Clínicos Gerais dos referidos centros de saúde e de 45 especialistas ou internos da especialidade nas consultas externas de Medicina Interna, Gastrenterologia, Hepatologia e Dermatologia.

### 2 - Variáveis estudadas

Foram estudadas as seguintes variáveis:

**Nos médicos:** idade, sexo, anos de licenciatura, dimensão da lista de utentes/doentes da consulta, local da consulta (urbano, suburbano ou rural), nível de formação e respectiva especialidade.

**Nos utentes/doentes:** idade, sexo, raça, comportamento de risco (homossexual/bissexual, toxicodependente, heterossexual, outro, desconhecido), iniciativa da realização do teste (utente/doente, médico, outro), tempo decorrido entre o presumível contágio e a data da realização do teste, motivo do pedido do teste (comportamentos de risco, manifestações suspeitas de infecção VIH, gravidez, receio da doença sem factores de risco, outros), existência/ausência de consentimento esclarecido, tipo e número de testes serológicos realizados, resultado dos testes, vírus identificado e local onde foi executado o teste (hospital, Instituto Nacional de Saúde, laboratório privado, outro).

Nos casos de testes positivos estudou-se ainda: tipo de investigação adicional realizada, médico responsável pela investigação, local de seguimento após o diagnóstico de seropositividade e classificação da situação clínica (assintomático, complexo relacionado com SIDA, SIDA).

Nos casos em que quer o utente/doente quer o médico solicitaram o teste, considerou-se que este foi da iniciativa do utente/doente.

Nos casos em que havia mais do que um comportamento de risco, considerou-se o comportamento de acordo com a seguinte hierarquia: homo/bissexual, toxicodependente, heterossexual com comportamento sexual de risco, outros.

Consideraram-se como sintomas sugestivos de infecção pelo VIH aqueles não explicados por outra etiologia (p. ex.: febre persistente, perda de peso superior a 10% do peso corporal, diarreia crónica e adenopatias persistentes generalizadas).

Consideraram-se positivos para o VIH apenas os casos que foram confirmados por Westernblot.

### 3 - Colheita e registo de dados.

Foram estudados todos os utentes/doentes que foram submetidos a avaliação serológica para o VIH durante o período do estudo.

Os dados foram registados em fichas individuais de colheita de dados, enviadas no início do estudo e acompanhadas por uma folha de instruções.

A identificação do utente fez-se pela indicação das primeiras consoantes do nome e apelido e pela data de nascimento, para evitar duplicação no caso de o mesmo indivíduo ser testado mais de uma vez durante o período do estudo.

Os dados foram analisados, codificados e registados em base de dados com suporte informático, utilizando um computador pessoal (IBM PS 2-70) e um programa de base de dados (d-BASE IV).

Para a análise estatística dos resultados utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)<sup>(26)</sup>, tendo-se utilizado o teste t de Student para a análise da significância estatística das diferenças registadas e o teste de independência de  $X^2$  e o teste exacto de Fisher para análise das associações entre variáveis.

## RESULTADOS

### 1 - População de médicos participantes no estudo.

A caracterização dos médicos participantes no estudo encontra-se referida no *quadro 1*.

*Quadro 1* – Caracterização da população de Médicos participantes no estudo

|   |             |
|---|-------------|
| · Clínicos Gerais:                              |             |
| N.º de Médicos seleccionados                    | 80          |
| Anos de licenciatura (Média ± DPM)              | 13,9 ± 0,4  |
| Idade (Média ± DPM)                             | 38,7 ± 3,7  |
| Sexo M/F  | 32/48       |
| Local de trabalho:                              |             |
| Urbano  | 34          |
| Suburbano                                       | 40          |
| Rural   | 6           |
| N.º de utentes inscritos na lista (Média ± EPM) | 1713 ± 47,5 |
| · Especialistas hospitalares:                   |             |
| N.º de Médicos seleccionados                    | 45          |
| Anos de licenciatura (Média ± DPM)              | 12,9 ± 1,2  |
| Idade (Média ± DPM)                             | 39,8 ± 7,4  |
| Sexo M/F  | 19/26       |
| Local de trabalho:                              |             |
| Medicina Interna                                | 28          |
| Gastrenterologia/Hepatologia                    | 15          |
| Dermatologia                                    | 2           |
| N.º de consultas/mês (Média ± EPM)              | 30,9 ± 3,3  |
| Nível de formação:                              |             |
| Especialistas                                   | 29          |
| Internos da especialidade                       | 16          |

Durante os 12 meses em que decorreu o estudo, 64% dos clínicos gerais e 27% dos médicos hospitalares pediram um ou mais testes serológicos para detecção de infecção pelo VIH (*quadro 2*). A média de pedidos por médico foi de 12,47 nos clínicos gerais e apenas 0,69 nos especialistas hospitalares, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$  - teste t de Student).

### 2 - População de doentes estudados, comportamentos de risco e motivos do pedido dos testes.

Do total de 936 testes serológicos requisitados durante o período do estudo, 911 foram solicitados a utentes das

Quadro 2 – Requisições de testes serológicos para o VIH

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| · Clínicos Gerais (n = 80)            |             |
| Pediram 1 ou mais testes              | 51 (64%)    |
| Não pediram testes                    | 22 (27%)    |
| Desconhecem-se                        | 7 (9%)      |
| Média de pedidos / médico             | 12,47 ± 1,7 |
| · Especialistas hospitalares (n = 45) |             |
| Pediram 1 ou mais testes              | 12 (27%)    |
| Não pediram testes                    | 24 (53%)    |
| Desconhecem-se                        | 9 (20%)     |
| Média de pedidos / médico             | 0,69 ± 0,2  |

consultas de clínica geral e 25 a doentes das consultas externas hospitalares (quadro 3). Pode verificar-se que a média de idades dos doentes avaliados a nível do hospital é significativamente superior à dos utentes das consultas de clínica geral (p < 0,01 - teste t de Student). De igual modo, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa (p < 0,05 -teste exacto de Fisher) na distribuição por sexos, sendo a proporção M:F de 1,2:1 no hospital e de 1:2 na clínica geral.

Quadro 3 – Caracterização geral da população de utentes/doentes estudados

|                                 |  |             |
|---------------------------------|--|-------------|
| · Total de indivíduos estudados |  | 936         |
| Cl. Geral                       |  | 911         |
| Hospital                        |  | 25          |
| · Idade (Média ± DPM)           |  |             |
| Cl. Geral                       |  | 30,5 ± 10,7 |
| Hospital                        |  | 35,6 ± 9,8  |
| · Sexo (M/F)                    |  |             |
| Cl. Geral                       |  | 309 / 602   |
| Hospital                        |  | 14 / 11     |
| · Raça: Branca                  |  | 792         |
| Negra                           |  | 81          |
| Outra                           |  | 10          |
| Não indicada                    |  | 53          |

Na figura 1 estão indicados os comportamentos de risco identificados na população de utentes/doentes estudados, podendo verificar-se que numa percentagem muito significativa de casos (48% na clínica geral e 60% no hospital) não foi identificado qualquer comportamento de risco. Nos casos em que foi possível essa identificação, os heterossexuais ocupam o primeiro lugar, quer nas consultas de clínica geral, quer nas consultas hospitalares.

Quanto à iniciativa do pedido dos testes serológicos para o VIH (figura 2), ela partiu do médico em 72% dos casos na consulta de clínica geral e em 76% na consulta hospitalar. Nestes casos em que o pedido do teste foi da responsabilidade do médico, 9% dos utentes observados na clínica geral e 30% dos observados no hospital não foram previamente informados do pedido.

Os motivos principais para o pedido de testes serológicos para detecção de infecção pelo VIH (quadro 4) foram, nas consultas de clínica geral, a gravidez e a exis-

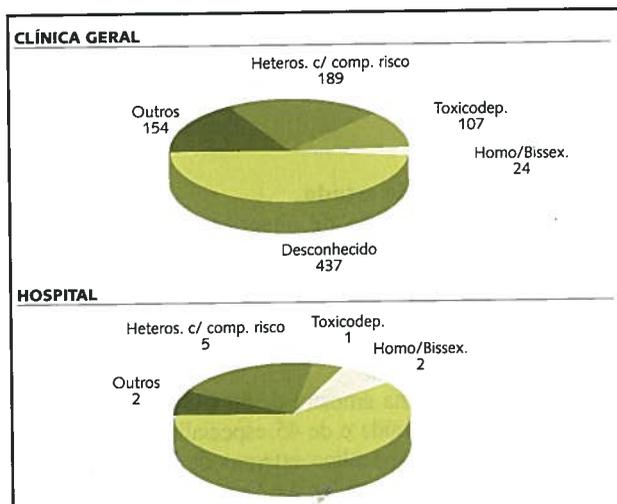


Fig. 1 – Comportamentos de risco identificados nos utentes/doentes estudados

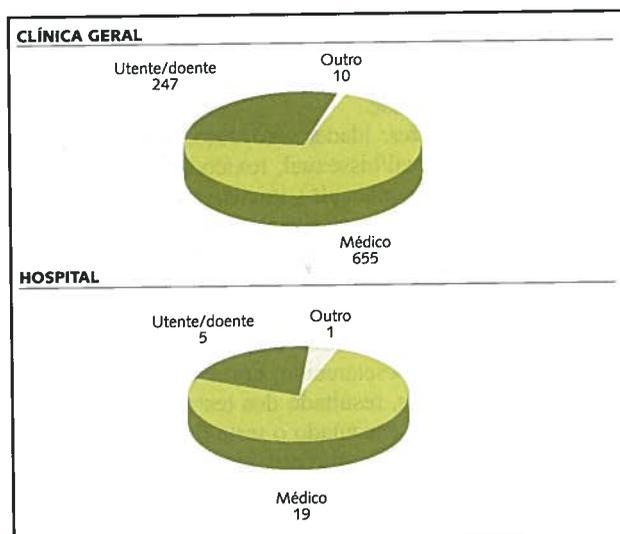


Fig. 2 – Iniciativa dos pedidos de testes serológicos para o VIH

Quadro 4 – Motivos dos pedidos de testes serológicos para detecção de infecção pelo VIH:

| Motivos                                    | Clínica Geral | Hospital |
|--|---------------|----------|
| Comportamento de risco                     | 328           | 8        |
| Manifestações suspeitas                    | 27            | 14       |
| Gravidez                                   | 428           | 0        |
| Receio de Doença s/ comp. de risco         | 27            | 0        |
| Planeamento familiar                       | 18            | 0        |
| Diagnóstico diferencial outras doenças     | 15            | 3        |
| Familiares infectados (s/ contacto sexual) | 11            | 0        |
| Rotina pré-operatória                      | 20            | 0        |
| Transfusões anteriores                     | 5             | 0        |
| Picada acidental/contacto c/ sangue        | 6             | 0        |
| Processo de emprego ou emigração           | 7             | 0        |
| Proveniência de zona endémica              | 14            | 0        |
| Rotina laboratorial                        | 8             | 1        |
| Outros                                     | 26            | 1        |

tência de comportamentos de risco, enquanto que nas consultas hospitalares a suspeita de infecção pelo VIH constituiu o principal motivo, seguindo-se a existência de comportamentos de risco.

**3 - Testes serológicos requisitados e resultados.**

No quadro 5 aparecem especificados os tipos de testes serológicos efectuados e os respectivos resultados. O teste ELISA foi realizado em 907 casos na clínica geral e foi positivo em 49 (5,4%), enquanto que no hospital foi positivo em 10 dos 25 casos estudados (40%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$  -teste exacto de Fisher). Dos 49 casos positivos pelo teste ELISA na clínica geral, foram confirmados por Westernblot 39 (80%), sendo a percentagem idêntica a nível do hospital. Dos 39 casos positivos na clínica geral, 8% estavam associados a infecção pelo VIH-2, enquanto que a nível do hospital, estavam todos associados ao VIH-1.

Quadro 5 – Resultados dos testes serológicos requisitados

| Tipo de teste e resultado  | Ci. Geral | Hospital |
|----------------------------|-----------|----------|
| ELISA: Positivo            | 49        | 10       |
| ELISA: Negativo            | 858       | 15       |
| WESTERNBLOT: Positivo      | 39        | 8        |
| WESTERNBLOT: Negativo      | 11        | 1        |
| WESTERNBLOT: Indeterminado | 0         | 1        |
| OUTROS: Positivo           | 0         | 1        |
| OUTROS: Negativo           | 6         | 0        |
| Serologias Positivas       | Ci. Geral | Hospital |
| VIH - 1                    | 35        | 8        |
| VIH - 2                    | 3         | -        |
| VIH - 1+2                  | 1         | -        |

Quanto ao tempo decorrido entre o presumível contágio e a data de solicitação do teste (figura 3), na grande maioria dos casos esse tempo era desconhecido, quer na clínica geral quer no hospital. Nos restantes casos, havia uma percentagem muito significativa de casos em que o tempo decorrido era inferior a 1 mês ou oscilava entre 1 e 3 meses.

O local de realização dos testes (figura 4) foi predominantemente o hospital nos casos avaliados em consultas hospitalares, enquanto que na clínica geral predominaram os laboratórios privados.

**4 - Situação clínica dos seropositivos e seguimento após o diagnóstico.**

Quanto à situação clínica dos seropositivos identificados na clínica geral, cerca de 80% apresentavam-se assintomáticos, contrastando com o que se observava a nível hospitalar, em que 75% tinham critérios de diagnóstico de complexo relacionado com SIDA (CRS) ou mesmo de SIDA (figura 5).

Após o diagnóstico de seropositividade, a maior parte dos doentes identificados na clínica geral passou a ser seguida simultaneamente em consultas de clínica geral e em consultas hospitalares, particularmente de Doenças Infecto-contagiosas (figura 6). A nível hospitalar, a mai-

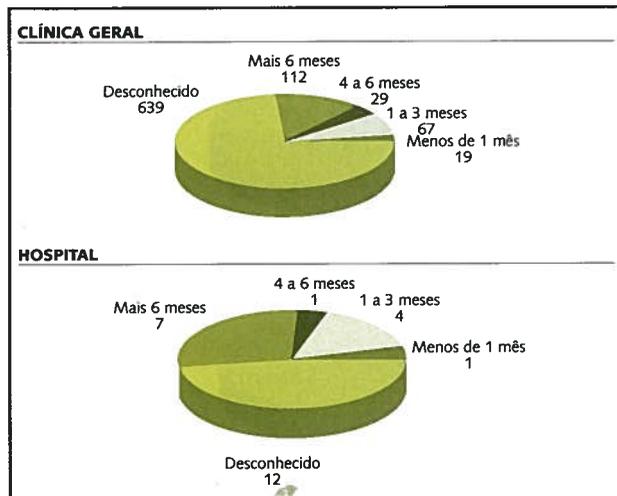


Fig. 3 – Tempo decorrido entre o presumível contágio e a data da realização do teste

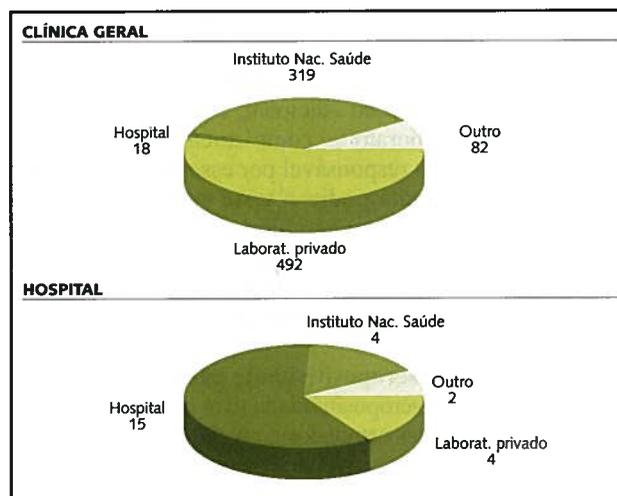


Fig. 4 – Local da realização dos testes

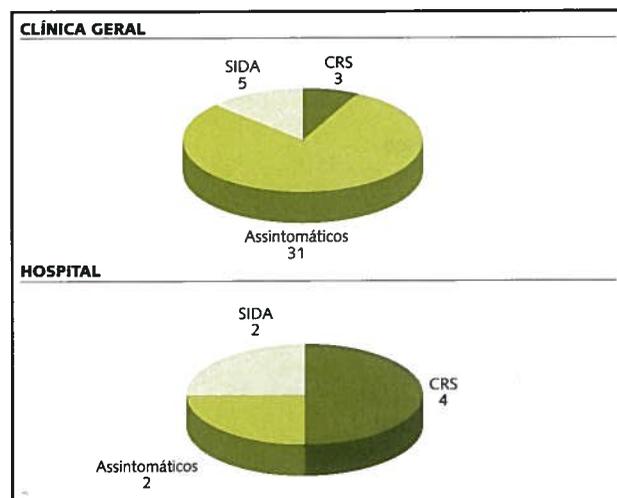


Fig. 5 – Situação clínica dos seropositivos para o VIH identificados

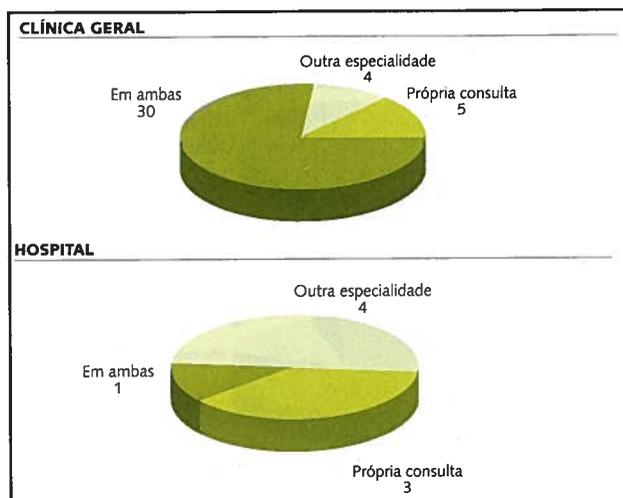


Fig. 6 – Local de seguimento e avaliação após o diagnóstico de seropositividade para o VIH

or parte dos doentes passou a ser seguida exclusivamente em consulta de Doenças Infecto-contagiosas (50%).

Em cerca de 60 % dos casos seropositivos para o VIH foi realizada investigação adicional, consistindo em avaliação clínica ou laboratorial complementar. Em cerca de 30% destes casos, o responsável por essa investigação foi o próprio médico que pediu o teste serológico para o VIH. Nos restantes, a responsabilidade pela investigação adicional foi partilhada entre o próprio médico e outro especialista (32%) ou exclusivamente por outro especialista (38%), em geral um infecciologista.

**5 - Prevalência de seropositividade para o VIH.**

A prevalência de seropositividade para o VIH na população de utentes/doentes estudados a nível da clínica geral foi de 4,2%, enquanto que a nível do hospital foi de 32%.

No quadro 6 analisam-se as percentagens de seropositividade para o VIH segundo os comportamentos de risco identificados, a iniciativa do pedido dos testes serológicos e os motivos de solicitação dos mesmos. Quanto aos comportamentos de risco, pode verificar-se que, na clínica geral, são os homossexuais/bissexuais que apresentam a percentagem de seropositividade mais elevada, seguindo-se os toxicodependentes e os heterossexuais com comportamento sexual de risco. No grupo dos indivíduos em que não se identificou qualquer comportamento de risco, a percentagem de seropositividade foi de 0,2%. Relativamente à iniciativa do pedido, a percentagem de positividade foi de 5% quando o médico foi o responsável pelo pedido, contra 3% no caso de ser o utente o responsável.

No que se refere ao motivo do pedido, a presença de manifestações suspeitas de infeção pelo VIH está associada a elevada percentagem de seropositividade (22%), bem como a existência de comportamentos de risco (8%). Nas 428 grávidas testadas identificaram-se cinco seropositivas (1%), sendo contudo de referir que em quatro delas era conhecida a existência de comportamentos de risco, nomeadamente prostituição (um caso), toxicod dependência (dois casos) e história de contacto com múltiplos parceiros no passado recente (um caso).

**6 - Factores associados ao pedido de testes serológicos para o VIH.**

No quadro 7 procedemos à análise estatística das diferenças observadas entre os dois grupos de médicos, os que pediram e os que não pediram testes. No grupo dos especialistas hospitalares verifica-se uma tendência para os médicos que pediram testes serem mais novos e predominantemente do sexo feminino, se bem que estas diferenças não sejam estatisticamente significativas. No grupo dos clínicos gerais verifica-se a mesma tendência,

Quadro 6 – Percentagens de seropositividade para o VIH segundo o comportamento de risco, a iniciativa do pedido e o motivo do pedido

|                          | CLÍNICA GERAL |           | HOSPITAL     |          |
|--------------------------|---------------|-----------|--------------|----------|
|                          | Casos estud.  | Casos +   | Casos estud. | Casos +  |
| · Comportamento de risco |               |           |              |          |
| Homo / Bissexuais        | 24            | 8 (33%)   | 2            | 2 (100%) |
| Toxicodependentes        | 107           | 14 (13%)  | 1            | 1 (100%) |
| Heteros. c/ comp. risco  | 189           | 14 (7%)   | 5            | 1 (20%)  |
| Outros                   | 154           | 2 (1%)    | 2            | 0        |
| Desconhecido             | 437           | 1 (0,2%)  | 15           | 4 (27%)  |
| · Iniciativa do pedido   |               |           |              |          |
| Utente/doente            | 246           | 8 (3%)    | 5            | 1 (20%)  |
| Médico                   | 655           | 30 (5%)   | 20           | 7 (35%)  |
| Outro                    | 10            | 1 (10%)   | 0            | –        |
| · Motivo do pedido *     |               |           |              |          |
| Comportamento de risco   | 328           | 26 (8%)   | 8            | 4 (50%)  |
| Manifest. suspeitas VIH  | 27            | 6 (22%)   | 14           | 8 (57%)  |
| Gravidez                 | 428           | ** 5 (1%) | 0            | –        |
| Proveniência zona endém. | 14            | 1 (7%)    | 0            | –        |
| Todos os outros          | 143           | 1 (0,7%)  | 5            | 0 (0%)   |

\*- No mesmo utente/doente podia existir mais do que um motivo. \*\* - Das cinco grávidas seropositivas, quatro tinham comportamento de risco.

Quadro 7 – Análise estatística das diferenças verificadas entre médicos que pediram e os que não pediram testes sérológicas para o VIH

|                             | NÃO PEDIRAM | PEDIRAM    | SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA |
|-----------------------------|-------------|------------|---------------------------|
| · Hospital                  | (N = 24)    | (N = 12)   |                           |
| Idade (Média ± DPM)         | 40,2 ± 7,5  | 37,6 ± 7,3 | NS *                      |
| Sexo:                       |             |            |                           |
| Masculino                   | 11          | 4          |                           |
| Feminino                    | 13          | 8          | NS**                      |
| N.º consultas/mês (M ± EPM) | 29,9 ± 2,9  | 29,7 ± 2,6 | NS*                       |
| Anos licenciatura (M ± EPM) | 13,1 ± 1,3  | 12,6 ± 1,1 | NS*                       |
| Nível form:                 |             |            |                           |
| Especialistas               | 17          | 6          |                           |
| Internos                    | 7           | 6          | NS**                      |
| · Clínica Geral             | (N = 22)    | (N = 51)   |                           |
| Idade (Média ± DPM)         | 39,8 ± 2,9  | 37,9 ± 3,8 | p<0,05 *                  |
| Sexo:                       |             |            |                           |
| Masculino                   | 12          | 19         |                           |
| Feminino                    | 10          | 32         | NS**                      |
| Local de trabalho:          |             |            |                           |
| Urbano                      | 9           | 2          |                           |
| Suburbano                   | 11          | 26         | NS***                     |
| Rural                       | 2           | 3          |                           |
| N.º de utentes (M ± EPM)    | 1680 ± 68   | 1732 ± 44  | NS*                       |
| Anos licenciatura (M ± EPM) | 14,3 ± 0,6  | 13,5 ± 0,4 | NS*                       |

\* – Teste t de Student. \*\* – Teste exacto de Fisher. \*\*\* – Teste do X<sup>2</sup> com factor de correcção de Yates

sendo a idade dos que não pediram testes significativamente superior à dos que os pediram ( $p < 0,05$ ).

No *quadro 8* analisam-se as diferenças observadas entre os dois grupos de utentes/doentes, relativamente à iniciativa do pedido dos testes, aqueles em que a iniciativa partiu do próprio utente e aqueles em que partiu do médico. Pode verificar-se que o sexo feminino aparece significativamente mais representado no grupo dos pedidos cuja iniciativa partiu do médico, traduzindo a importância das grávidas neste grupo. Em relação aos comportamentos de risco, a significância das diferenças observadas é conferida particularmente pelo grupo dos

indivíduos sem comportamento de risco conhecido, composto sobretudo por grávidas (em que a iniciativa é predominantemente do médico) e o grupo dos indivíduos com outros comportamentos (em que a iniciativa é predominantemente do utente). A mesma justificação pode ser adiantada para as diferenças observadas quanto aos motivos do pedido.

## DISCUSSÃO

O principal interesse deste estudo decorre do facto de pela primeira vez em Portugal, ser possível conhecer os

Quadro 8 – Análise estatística das diferenças verificadas entre os utentes/doentes de acordo com a iniciativa do pedido dos testes

|                               | INICIATIVA DO UTENTE (N = 24) | INICIATIVA DO MÉDICO (N = 12) | SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| · Sexo:                       |                               |                               |                           |
| Masculino                     | 150 (47%)                     | 169 (53%)                     |                           |
| Feminino                      | 102 (17%)                     | 505 (83%)                     | p<0,001*                  |
| · Comportamento de Risco:     |                               |                               |                           |
| homo / Bissexuais             | 7 (27%)                       | 19 (73%)                      |                           |
| Toxicodependentes             | 34 (33%)                      | 70 (67%)                      |                           |
| Heterossex. c/ comp. risco    | 61 (32%)                      | 131 (68%)                     | p<0,001**                 |
| Outro                         | 76 (49%)                      | 79 (51%)                      |                           |
| Desconhecido                  | 74 (16%)                      | 375 (84%)                     |                           |
| · Motivo do pedido:           |                               |                               |                           |
| Comportamento de risco        | 104 (32%)                     | 224 (68%)                     |                           |
| Manifestações suspeitas       | 10 (25%)                      | 30 (75%)                      |                           |
| Gravidez                      | 36 (9%)                       | 374 (91%)                     | p<0,001**                 |
| Outros                        | 106 (66%)                     | 55 (34%)                      |                           |
| · Idade dos Utentes (M ± DPM) | 31,5 ± 11,1                   | 30,3 ± 10,5                   | NS***                     |

\* – Teste exacto de Fisher. \*\* – Teste do X<sup>2</sup> com factor de correcção de Yates. \*\*\* – Teste t de Student.

padrões de utilização de testes serológicos para detecção de infecção pelo VIH, no contexto da clínica geral e das consultas externas hospitalares.

A representatividade da amostra utilizada neste estudo, particularmente no que se refere à clínica geral, é difícil de avaliar. Contudo, o número de médicos participantes, correspondendo a cerca de 5% da população geral de clínicos gerais em actividade na área da ex-ARSL e o facto de estarem incluídos praticamente todos os centros de saúde das áreas urbana e suburbana, onde a infecção pelo VIH tem maior expressão, sugerem a validade da amostra. Por outro lado, quando se compara a amostra utilizada neste estudo com a população de clínicos gerais de onde foi extraída, em termos da distribuição por idades, sexos, anos de licenciatura e local de prática, não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Um aspecto particularmente interessante é o facto de mais de 60% dos clínicos gerais contactados terem pedido testes serológicos para o VIH durante o período do estudo. Este número parece atestar um elevado grau de sensibilização para este problema por parte dos clínicos gerais. O número bastante menor de especialistas hospitalares que pediram testes para o VIH poderá dever-se a um menor grau de alerta ou, pura e simplesmente, ser consequência do menor número de doentes consultados por ano (menos de metade da média dos clínicos gerais).

A idade média dos doentes/utentes testados neste estudo corresponde aos escalões etários em que se reconhece maior prevalência de seropositividade para o VIH<sup>25</sup> e não difere dos resultados encontrados em outros estudos europeus<sup>11,27,28</sup>. A idade média mais baixa observada na clínica geral comparativamente com o hospital, deve-se muito provavelmente, ao facto de no primeiro caso predominarem as grávidas. Do mesmo modo, as diferenças na distribuição por sexos entre a clínica geral e o hospital são condicionadas pela importância relativa das grávidas no primeiro caso. De qualquer modo, a distribuição por sexos encontrada na população estudada na clínica geral não difere do que tem sido descrito em outros estudos<sup>27</sup>.

Quanto aos comportamentos de risco identificados na população estudada, o grupo dos heterossexuais aparece em primeiro lugar, quer na clínica geral, quer no hospital. Estes dados estão de acordo com o que se observa em alguns países europeus<sup>27,28</sup>, nomeadamente a França, a Bélgica e a Holanda, diferindo contudo do que se observa em Espanha, em que o principal grupo é o dos toxicod dependentes<sup>28</sup>.

Um aspecto digno de nota no nosso estudo é o número elevado de casos de comportamento de risco desconhecido, particularmente no hospital. De facto, se excluirmos as grávidas desta análise, o grupo dos desconhecidos desce para 3% na clínica geral, contra 60% no hospital. Este aspecto é deveras curioso, na medida em que 14 doentes avaliados no hospital apresentavam-se com manifestações suspeitas de infecção VIH, o que pressupõe comportamentos de risco, pelo menos numa percentagem significativa dos doentes. Este facto pode significar que os médicos do hospital não estão a identificar devidamente os indivíduos com factores de risco por não valorizarem

determinados comportamentos como sendo de risco ou, simplesmente, porque no contexto hospitalar é mais difícil serem tratadas estas questões.

A este propósito é interessante referir que num estudo por nós realizado na área de Lisboa<sup>5</sup> mais de 75% dos clínicos gerais referiam sentir-se sempre ou quase sempre à vontade para colher uma história sexual ou de uso de drogas nos seus utentes. Interessaria saber o que se passa a este respeito a nível hospitalar.

Em relação à iniciativa do pedido dos testes, ela partiu do médico em cerca de 70% dos casos. Esta percentagem é um pouco superior à observada noutros países europeus, nomeadamente a França e a Bélgica<sup>27,28</sup> e parece traduzir o nível de importância que é atribuído ao problema da infecção pelo VIH por parte dos médicos participantes neste estudo. Contudo, há alguma evidência de que o efeito positivo do teste na promoção da mudança de comportamentos é maior quando o pedido é da iniciativa do utente<sup>29</sup>. Na Holanda e na Suíça menos de 30% dos pedidos são da iniciativa do médico<sup>28</sup>. A percentagem significativamente mais elevada no nosso estudo reflecte, sem dúvida, a importância do grupo das grávidas. De facto, na clínica geral a gravidez sem outros factores de risco é o principal motivo do pedido dos testes, reflectindo certamente o grande envolvimento dos clínicos gerais na prestação de cuidados de saúde materna no nosso país, contrariamente ao que se verifica por exemplo na Holanda, em que esses cuidados são prestados sobretudo por ginecologistas e/ou obstetras.

De qualquer modo, estes números levantam uma importante questão que se prende com a justificação do rastreio para o VIH nas grávidas. Este problema adquire maior importância com a recente verificação de que o tratamento da grávida seropositiva com Zidovudina diminui significativamente o risco de transmissão da mãe para o filho<sup>30</sup>. Deste modo, a questão fundamental é saber se o rastreio selectivo das grávidas com comportamento de risco identificado é suficientemente eficaz na detecção das seropositivas, de modo a evitar o rastreio sistemático de todas as grávidas. Apesar de neste estudo a prevalência baixa de seropositividade nas grávidas sem factores de risco identificados e a percentagem elevada de falsos positivos nos testes usados poderem constituir argumentos contra o rastreio sistemático, são necessários estudos de maior dimensão para uma adequada análise desta questão, nomeadamente no que se refere à avaliação do custo-benefício dos diferentes tipos de rastreio.

Uma outra questão muito importante prende-se com a iniciativa do pedido do teste e com o consentimento esclarecido por parte dos doentes. De facto, em 9% dos pedidos feitos pelo médico na clínica geral e em 30% no hospital, os doentes não foram previamente informados do pedido. Várias associações e organismos internacionais condenam claramente esta prática, mesmo em situações especiais envolvendo doentes internados, já que esta actuação, para além de violar preceitos éticos, não oferece quaisquer vantagens em relação à prática recomendada do consentimento informado<sup>29,31</sup>.

Um outro aspecto relacionado com o pedido dos testes tem a ver com o *timing* da realização dos mesmos. É de

destacar o facto de em cerca de 10% dos casos avaliados na clínica geral e em 20% dos casos hospitalares, os testes terem sido realizados no período de menos de 1 mês ou entre 1 e 3 meses após o presumível contágio, portanto numa altura em que poderia não ter ocorrido ainda a seropositivação. Pelo processo de controlo de duplicação das fichas de colheita de dados, pudémos verificar que nenhum destes casos foi reavaliado durante o período do estudo, podendo este facto significar algum desconhecimento por parte dos médicos quanto à necessidade de retestar os indivíduos avaliados nestas circunstâncias e que tenham comportamentos de risco ou manifestações suspeitas.

Em relação ao local de realização dos testes, o facto de uma elevada percentagem terem sido realizados em laboratórios privados, levanta questões relacionadas com o controlo de qualidade, particularmente a nível da clínica geral, em que a baixa prevalência de seropositividade para o VIH em grupos sem factores de risco pode originar um número elevado de falsos positivos, para além de questões relacionadas com a confidencialidade.

Relativamente à situação clínica dos seropositivos identificados, verifica-se que aqueles que foram detectados na clínica geral se encontravam em estádios da doença bastante mais precoces do que os identificados no hospital. Este facto atesta bem a posição privilegiada do clínico geral relativamente ao diagnóstico precoce e à prevenção da doença<sup>6,32</sup>, para além do seu envolvimento no seguimento destes doentes<sup>33</sup>. Este envolvimento parece ser já uma realidade, pelo menos na área de Lisboa, na medida em que numa percentagem muito significativa de casos os clínicos gerais referem ter participado na investigação adicional e no seguimento destes doentes, muitas vezes em articulação com os cuidados hospitalares.

Quanto à identificação de possíveis factores associados ao pedido de testes serológicos para o VIH, a idade dos médicos de clínica geral parece influenciar o seu envolvimento nos pedidos de testes. Também a nível hospitalar este facto se verifica. Esta tendência poderia estar relacionada com o facto de a formação destes médicos ter ocorrido num período de tempo mais recente, com inclusão destas questões no curriculum médico, originando assim um nível de sensibilização mais elevado para este problema.

Quanto à influência da iniciativa do pedido na realização de testes serológicos para o VIH, o facto de os utentes/doentes do sexo masculino terem mais a iniciativa de solicitar o teste do que os do sexo feminino poderia estar relacionado com a maior prevalência de comportamentos de risco no sexo masculino ou com uma maior consciencialização por parte dos homens, dos riscos inerentes à actividade heterossexual de risco.

Relativamente aos motivos do pedido, a preocupação com a doença sem evidência de factores de risco parece ser a situação que mais vezes se associa à iniciativa do pedido do teste por parte dos utentes na clínica geral. Nestas situações o clínico geral pode desempenhar um papel fundamental, não só no esclarecimento da situação mas aproveitando também a oportunidade para promover e reforçar mudanças de comportamento.

## CONCLUSÕES

- Os clínicos gerais solicitam testes para o VIH com maior frequência do que os médicos hospitalares.
- Os pedidos dos clínicos gerais são fundamentalmente em indivíduos com comportamentos de risco ou em grávidas, enquanto que os pedidos dos médicos do hospital incidem predominantemente em doentes com manifestações clínicas suspeitas de infecção pelo VIH.
- Comparando os médicos que pediram e não pediram testes, verifica-se que o primeiro grupo apresenta uma idade média inferior e uma maior frequência do sexo feminino.
- Numa percentagem significativa de casos, particularmente no hospital, os utentes/doentes não foram informados previamente do pedido de teste para o VIH.
- Num número considerável de casos os testes foram pedidos num período de tempo muito curto após o presumível contágio, numa altura em que poderia não ter ocorrido ainda a seropositivação, sem que haja evidência de estes indivíduos terem sido retestados posteriormente.

Como nota final, gostaríamos de acrescentar que estudos deste tipo podem funcionar como indicadores importantes da percepção do risco de infecção pelo VIH pela população em geral e pelos profissionais de saúde, permitindo avaliar a necessidade de determinados tipos de intervenção, nomeadamente campanhas de formação e de informação.

Por outro lado, seria desejável investigação mais detalhada no sentido de determinar qual o papel que os testes serológicos e o aconselhamento poderão desempenhar no programa nacional de prevenção e combate à SIDA, particularmente o seu efeito em determinados grupos populacionais mais em risco, qual o efeito da iniciativa do pedido do teste na adopção de comportamentos mais seguros e ainda qual a relação custo/benefício do rastreio em determinados grupos em risco.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os médicos que participaram neste estudo a preciosa colaboração na colheita de dados, sem o que este trabalho não teria sido possível.

Agradecem à Comissão Instaladora da ex-ARSL a autorização para a realização deste estudo nos centros de saúde.

Agradecem ainda a M. Carneiro de Moura, a autorização e o apoio necessários à execução da componente hospitalar deste estudo.

## BIBLIOGRAFIA

1. MANN JM: AIDS - the second decade: a global perspective. *J Infect Dis* 1992; 165: 45-50
2. NORTHFELT DW, HAYWARD RA, SHAPIRO MF: The Acquired Immunodeficiency Syndrome is a Primary Care Disease. *Ann Intern Med* 1988; 109: 773-5
3. SADOVSKY R: HIV-infected patients: a primary care challenge. *Am Fam Physician* 1988; 40: 121-8
4. MARIA VAJ: O papel do Médico de Família no tratamento e prevenção da infecção pelo HIV. *Rev Port Clin Geral* 1991; 8: 78-81

5. MARIA VAJ, CARVALHO ML, PIMPÃO MV: Avaliação de atitudes e conhecimentos de clínicos gerais sobre infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. *Rev Port Clin Geral* 1994; 11: 13-9
6. COHEN MS, DALLABETTA G, LAGA M, HOLMES K: A new deal in HIV prevention: lessons from the global approach. *Ann Intern Med* 1994; 120: 340-1
7. Centers for Disease Control: Publicly funded HIV counselling and testing. United States. *M M W R* 1990; 39: 137-152.
8. HARDY AM: National health interview survey data on adult knowledge of AIDS in the United States. *Public Health Rep* 1990; 105: 629-34
9. HINMAN AR: Strategies to prevent HIV infection in the United States. *Am J Public Health* 1991; 81: 1557-9
10. MASCI JR: HIV testing. In: Manning S (ed) *Primary Care of the HIV-infected Adult*. Mosby Year Book, Baltimore, 1992: 40-63
11. QUENUM B, GUIGUET M, WELLS J, VALLERON AJ: HIV Antibody Testing in France: Results of a National Survey. *JAIDS* 1992; 5: 560-4
12. VOLBERDING PA, LAGAKOS WW, KOCH MA, PETINELLI C, MYERS MW, BOOTH DK et al: Zidovudine in asymptomatic Human Immunodeficiency Virus infection: a controlled trial in persons with fewer than 500 CD4 positive cells per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1990; 322: 941-9
13. FISCHL MA, RICHMAN DD, HANSEN N et al: The safety and efficacy of zidovudine (AZT) in the treatment of subjects with mildly symptomatic HIV-1 infection: a double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 1990; 112: 727-37
14. GRAHAM NMH, ZEGER SL, PARK LP, VERMUND SH, DETELS R, RINALDO CR, PHAIR JP: The effects on survival of early treatment of Human Immunodeficiency Virus infection. *N Engl J Med* 1992; 326: 1037-42
15. HIRSCHL B, LAZZARIN A, CHOPARD P: A controlled study of inhaled pentamidine for primary prevention of *Pneumocystis carinii* pneumonia. *N Engl J Med* 1991; 324: 1079-83.
16. COATES TJ, MORIN SF, MCKUSICK L: Behavioral consequences of AIDS antibody testing among gay men. *JAMA* 1987; 258: 1989
17. VAN GRIENSVEN GJP, DE VROOME EEM, TIELMAN RAP: Effect of Human Immunodeficiency Virus (HIV) antibody knowledge on high risk sexual behavior with steady and nonsteady sexual partners among homosexual men. *Am J Epidemiol* 1989; 129: 596-603
18. PHILLIP KA: Subjective knowledge of AIDS and use of HIV testing. *Am J Public Health* 1993; 83: 1460-2
19. RUTHERFORD GW, WOO J: Contact tracing and the control of Human Immunodeficiency Virus infection. *JAMA* 1989; 261: 1275-6.
20. KEENLYSIDE RA, HAWKINS AS, JOHNSON AM, ADLER MW: Attitudes to tracing and notifying contacts of people with HIV infection. *BMJ* 1992; 305: 165-8
21. PAVIA AT, BENYO M, NILER L, RISK I: Partner notification for control of HIV: results after 2 years of a statewide program in Utah. *Am J Public Health* 1993; 83: 1418-24
22. KURATA JH, LEWIS CE, CHETKOVICH DM, MORTON A, WERBLUN MN: AIDS in California Family Medicine. Changing experiences, knowledge and geographic distribution. *J Fam Pract* 1991; 32: 155-60
23. FERGUSON KJ, STAPLETON JT, HELMS CM: Physicians effectiveness in assessing risk for Human Immunodeficiency Virus infection. *Arch Intern Med* 1991; 151: 561-4
24. BOR R, MILLER R, JOHNSON M: A testing time for doctors: counselling patients before an HIV test. *BMJ* 1991; 303: 905-7
25. COMISSÃO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA: A situação em Portugal a 31 de Março de 1994. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde, CVEDT 1994: Doc 76
26. SPSS advanced statistics user's guide. Chicago, Ill: SPSS Inc; 1990
27. SALAMON R, DABIS F, MAURICE S, TOULOUSE C, PROST L, TILLY B: HIV monitoring via General Practice. *Lancet* 1988; 2: 395
28. VAN CASTEREN V, LEURQUIN P, BARTELDIS A, GURTNER F, MASSARI V, MAURICE-TISON S et al: Demand patterns for HIV-tests in General Practice: information collected by sentinel networks in 5 European countries. *Eur J Epidemiol* 1993; 9: 169-75
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Statement from the consultation on testing and counselling for HIV infection. Geneva 1993, WHO/GPA/INF/93.2
30. CONNOR EM, SPERLING RS, GELBER R et al: Reduction of maternal-infant transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1 with Zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331: 1173-80
31. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS AND INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA: Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection. *Ann Intern Med* 1994; 120: 310-19
32. PAAUW DS, O'NEIL DF: Human Immunodeficiency Virus and the primary care physician. *J Fam Pract* 1990; 31: 646-50
33. SHELDON J, MURRAY E, JOHNSON A, HAINES A: The involvement of General Practitioners in the care of patients with Human Immunodeficiency Virus Infection: Current practice and future implications. *Fam Pract* 1993; 10: 396-9