

# SIDA:

## A doença e a prestação de cuidados de saúde hospitalares

FRANCISCO ANTUNES

Clínica de Doenças Infecto-Contagiosas. Hospital de Santa Maria. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

A SIDA (síndrome de imunodeficiência adquirida) é, essencialmente, uma doença do sistema das defesas imunitárias, causada por retrovírus, cujo genoma é constituído por ARN, designados HIV-1 e HIV-2 (*Human Immunodeficiency Virus*).

As deficiências de ordem imunitária permitem que alguns microrganismos, que no hospedeiro imunocompetente não causam doença, libertos da acção supressora dos mecanismos de defesa do hospedeiro, se multipliquem e invadam os tecidos. Para além das infecções oportunistas, é frequente o aparecimento de algumas doenças oncológicas, como são exemplos o sarcoma de Kaposi e os linfomas não-Hodgkin.

A SIDA constitui o estadio terminal da história natural da infecção pelo HIV. O intervalo de tempo que medeia entre a infecção vírica (HIV) e o diagnóstico da SIDA é, em média, de 7-8 anos, sendo a média de sobrevivência, destes doentes, de cerca de 18 meses. Todavia, estão descritos vários casos de SIDA, principalmente em doentes com sarcoma de Kaposi, com sobrevivências superiores a 6 anos. Esta perspectiva de sobrevivência será, substancialmente, aumentada, pelo menos nos países industrializados e com boas estruturas sanitárias, devido, por um lado, aos progressos registados com antivíricos, alguns deles já introduzidos no tratamento corrente dos doentes com SIDA (zidovudina — AZT) e, por outro lado, devido ao diagnóstico, em fases, cada vez mais precoces, da evolução das infecções oportunistas e, ainda, ao recurso a esquemas de tratamento, destas mesmas infecções, mais eficazes e menos tóxicos.

A percentagem de indivíduos infectados pelo HIV que evoluem para a SIDA não é, ainda, totalmente, conhecida, porém, os últimos dados, de que dispomos, indicam que, num período de 6 anos, existe a probabilidade de cerca de 75% dos seropositivos desenvolverem a SIDA.

Como foi acima referido, a SIDA ocorre na fase terminal da evolução da infecção pelo HIV. No intervalo de tempo que decorre entre a infecção vírica e o despontar das primeiras manifestações de ordem clínica associadas à SIDA, a maioria dos doentes pode revelar sintomas ou sinais clínicos que denunciam, aos clínicos mais atentos, a actividade do HIV ou o seu efeito devastador no sistema imunológico. Hoje sabe-se que a identificação destes quadros clínicos, num estadio precoce da evolução da infecção pelo HIV, constitui a melhor oportunidade de tratamento dos doentes, na fase em que o sistema imunológico não está, ainda, profundamente atingido. De acordo com os dados disponíveis, acerca da eficácia do AZT e, num futuro próximo, com muita probabilidade o mesmo virá a acontecer com outros antivíricos, quanto menos marcada for a deficiência imunológica, tanto melhor é a resposta ao tratamento.

A maioria das infecções pelo HIV é subclínica (cerca de 80%), isto é, a forma patente (clínica) da infecção surge, apenas, em 20% dos indivíduos infectados. O período de incubação é de 2 a 6 semanas e os sintomas são os da síndrome mononucleósica (febre, adenomegalias, exantema e artralgias) com o quadro hematológico de linfomonocitose.

A doença persiste cerca de 10 dias, com, subsequente, resolução espontânea. A este quadro clínico, relacionado com a infecção pelo HIV, segue-se uma fase assintomática em que a infecção vírica pode ser, apenas, demonstrada pelo isolamento do vírus ou pelo achado dos respectivos anticorpos. A seroconversão verifica-se, na quase totalidade dos indivíduos infectados, no período compreendido entre as 3 semanas e os 3 meses, após o contágio.

Alguns destes indivíduos infectados, cerca de 30%, num intervalo de tempo de 6 meses a 6 anos podem apresentar um aumento progressivo dos gânglios linfáticos, das cadeias cervicais e axilares, com a característica de persistirem durante meses ou, mesmo anos. A presença destas adenomegalias generalizadas e persistentes traduzem a hiperreactividade do sistema imunológico.

Quando o sistema imunológico começa a ser afectado, com uma contagem de linfócitos T4 abaixo do limiar de 400 células por mm<sup>3</sup>, podem ocorrer manifestações clínicas que associadas à deficiência de ordem imunológica se designam por *AIDS related complex* ou *ARC*. Este estadio revela-se por infecções oportunistas envolvendo, apenas, as superfícies mucosas (candidíase oral) ou pela extensão e persistência de lesões herpéticas, pelo Herpes simplex ou pelo zoster. Abrangendo este quadro, pode sobrevir febre arrastada, emagrecimento acentuado, diarreia prolongada e sudorese profusa nocturna. Alguns doentes apresentam, também, trombocitopenia. O efeito neurotrópico do HIV, sobre o sistema nervoso central e periférico, pode declarar-se nesta fase, pela demência precoce ou pela neuropatia periférica.

Os resultados dos estudos clínicos com AZT, disponíveis até ao momento, aconselham a prescrição deste antivírico, na fase de ARC, sob vigilância médica amidiada. A ocorrência de anemia, pelo efeito tóxico do AZT sobre a medula óssea, determina a redução da dose ou a suspensão do medicamento.

Quanto à utilização do AZT em portadores assintomáticos, não existem, ainda, resultados que apontem para a sua prescrição, naquele estadio, aguardando-se a conclusão dos ensaios clínicos em curso.

O diagnóstico de infecções oportunistas sistémicas ou de algumas neoplasias (sarcoma de Kaposi ou linfomas não-Hodgkin), em indivíduos com infecção pelo HIV, define a SIDA. As infecções oportunistas mais frequentes são a toxoplasmose e a criptococose do sistema nervoso central, a retinite pelo citomegalovírus, a pneumocistose pulmonar, a criptosporidiose intestinal e, ainda, a tuberculose. A sua frequência relativa depende da prevalência destas infecções nas diversas regiões do Mundo, sendo em Portugal, de acordo com a nossa experiência, a tuberculose e a toxoplasmose as infecções oportunistas mais frequentes.

A epidemiologia da SIDA, no que se refere aos grupos de risco, varia, também, de acordo com as diferentes áreas geográficas, considerando-se que nas Américas, Europa Ocidental e Austrália, o grupo de maior risco é o dos homo/bissexuais do sexo masculino e que em África a transmissão é, essencialmente, heterossexual. Todavia, as previsões apontam para que, nas Américas e na Europa, aumente, proporcionalmente, o número de toxicódepedentes e de heterossexuais.

O número total de casos de SIDA declarados ultrapassou, no final do ano de 1989, os 200 mil, sendo cerca de 30 mil os registados na Europa. Em Portugal, Junho de 1989, o número oficial de doentes com SIDA era de 258.

No Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de Santa Maria foram observados, até Dezembro de 1989, cerca de 400 indivíduos com infecção pelo HIV, dos quais uma terça parte com SIDA.

Os Serviços de Doenças Infecciosas dos Hospitais Centrais de Lisboa, os quais registam o maior número de doentes observados em Portugal, são as estruturas de Saúde que têm sofrido o maior impacto com esta epidemia.

O Ministério da Saúde, através do Grupo de Trabalho da SIDA, tem vindo a desenvolver campanhas no sentido de sensibilizar os médicos dos Centros de Saúde e dos Hospitais Distritais para, observarem e tratarem, também, os indivíduos com infecção

pelo HIV, pelo menos aqueles que não necessitem de cuidados diferenciados, a fim de diminuir o afluxo destes doentes aos Serviços de Doenças Infecciosas.

Na nossa experiência, não tem sido positiva a resposta dos Centros de Saúde e dos Hospitais Distritais às orientações do Ministério da Saúde, quer porque os indivíduos infectados procurem, de imediato, os Serviços de Doenças Infecciosas, quer porque os médicos não se sintam, ainda, com segurança profissional para atenderem estes doentes. No que se refere aos doentes, é legítimo que procurem os Centros que sabem possuir mais experiência no tratamento da SIDA, quanto aos médicos é, também, natural que orientem os seus doentes para os especialistas, dado tratar-se de uma doença nova, da qual, a maioria, não recebeu qualquer informação na fase de pré-graduação e que começou, muito recentemente, a obter alguns conhecimentos na sua aprendizagem de pós-graduação.

Porém, mesmo que se conseguisse uma adesão dos médicos, daquelas unidades de saúde, a prestarem assistência a estes doentes, a maioria deles passa por uma fase em que, inevitavelmente, necessita de cuidados diferenciados (hospitalares) de saúde.

Dado que, pelo menos no decurso desta década, o número de novos doentes terá tendência para crescer e que a sua expectativa de vida será, progressivamente, maior, o número de camas hospitalares disponíveis, para os receber, deverá ser, também, mais numerosa, pelo crescente número acumulado de doentes com SIDA. Por outro lado, a maior concentração de doentes continuará a registar-se na área metropolitana de Lisboa, pelo que continuarão a ser os Hospitais com Serviços de Doenças Infecciosas, desta cidade, para os quais continuarão a ser canalizados a maioria destes doentes.

Do nosso ponto de vista, consideramos legítimo que os doentes com SIDA, devam ser tratados, ou orientados, pelos especialistas em patologia infecciosa, valendo-se dos conhecimentos adquiridos no diagnóstico das doenças infecciosas em geral, e em particular daquelas que ocorrem na SIDA e, ainda, da experiência que têm no manuseamento dos medicamentos utilizados no seu tratamento. Além do mais, beneficiam do facto de serem estes Hospitais, com valência em Doenças Infecciosas, os que concentram os recursos, em meios humanos e tecnológicos, de que carecem, com frequência, os doentes com SIDA.

Visto que as recomendações da Organização Mundial de Saúde, da Comunidade Económica Europeia e do Ministério da Saúde são no sentido de que os indivíduos com SIDA não sofram qualquer discriminação, devendo, portanto, ter acesso a cuidados de saúde idênticos aos do resto da população, consideramos prioritária que seja posta à disposição daqueles Serviços de Doenças Infecciosas o número de camas suficientes e de recursos, que lhes permitam tratar os doentes, em melhores condições de trabalho. Aliás, o Ministério da Saúde, pela voz do seu actual responsável máximo, considera a SIDA uma das áreas prioritárias da sua actuação, sendo a expectativa que na sua intervenção privilegie, também, a área de prestação de cuidados de saúde hospitalares para doentes com SIDA.

Francisco Antunes