ARTIGO ORIGINAL / *ORIGINAL ARTICLE*

Estudo transversal dos doentes infetados por VIH seguidos em ambulatório no Serviço de Infecciologia do Hospital Garcia de Orta

Cross-sectional study of HIV-infected patients followed in the outpatient clinic at Infectious Diseases Department of Garcia de Orta Hospital

/ A. C. Guerra / M. J. Aleixo / A. Gomes / H. Santos / J. Botas / M. Coelho / R. Pazos / M. J. Aguas

Serviço de Infecciologia do Hospital Garcia de Orta

Patrocínios:
O presente estudo não foi patrocinado por qualquer entidade

Correspondência:
Ana Catarina Guerra
Serviço de Infecciologia do Hospital Garcia de Orta
Rua Torrado da Silva
2801-951 Almada
telef.: 212727163
e-mail: anacatguerra@gmail.com

Artigo recebido em
03/08/2014
Artigo aceite para publicação em
29/10/2014

/ Resumo

Introdução: À semelhança da dinâmica mundial, desde a década de 80 as características epidemiológicas da infeção por VIH em Portugal acompanharam transformações sociais e a evolução científica. **Objetivos:** Caracterizar os doentes com infeção por VIH em quatro momentos no tempo, compará-los entre si e com estatísticas nacionais. **Métodos**: Estudo transversal que incluiu os doentes seguidos no ambulatório do Serviço de Infecciologia do Hospital Garcia de Orta no dia 1 de julho de 1995, 2000, 2005 e 2010. Foram recolhidos dados epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e relativos à terapêutica antirretroviral. **Resultados**: A evolução das principais características epidemiológicas nomeadamente idade, género, naturalidade e vias de transmissão assemelhou-se à tendência nacional da mesma época. A proporção de doentes medicados com terapêutica antirretroviral foi crescente, refletindo-se na taxa de supressão virológica, situação imunológica e na ocorrência de infeções oportunistas. A prevalência de eventos de toxicidade relacionados com a TAR foi crescente, atingindo cerca de 30% em 2005; em 2010 verifica-se uma tendência decrescente desta percentagem, possivelmente pela melhoria do perfil de segurança e tolerabilidade dos esquemas farmacológicos. Excetuando o ano de 1995, verifica-se o predomínio de referenciações a partir dos cuidados de saúde primários, mas um número ainda elevado de casos referenciados a partir de cuidados de saúde secundários. **Conclusão**: Salienta-se a importância de conhecer a epidemiologia local da infeção por VIH para estabelecer programas de prevenção e de rastreio precoce mais adequados e particularmente dirigidos a indivíduos mais vulneráveis.

Palavras-chave: infeção por VIH, evolução epidemiológica, estudo transversal.

/ Abstract

Introduction: *Since the 80s the epidemiological characteristics of HIV infection in Portugal followed social and scientific evolution.* **Objectives:** *To characterize patients with HIV infection in four time periods, comparing them and with national statistics.* **Methods:** *Cross-sectional study that includes patients followed in the outpatient clinic of the Infectious Diseases Department of Garcia de Orta Hospital in the years 1995, 2000, 2005 and 2010. Epidemiological, clinical, laboratory and treatment exposure data were collected.* **Results:** *The evolution of the main epidemiological characteristics including age, gender, origin and risk of transmission was according to the national trend, in the same time periods. The proportion of patients receiving antiretroviral therapy increased, reflecting a high virologic suppression rate, better immunological status and decrease of prevalence of opportunistic infections. The prevalence of toxicity events related to antiretroviral therapy has been increasing, reaching 30% in 2005; in 2010 there is a downward trend in this percentage, possibly by improving safety profile and tolerability of therapeutic regimens. Except for 1995, there is a predominance of medical referral from primary care. Nevertheless a high number of cases were still referred from secondary care.* **Conclusion:** *We emphasize the importance of knowing the local epidemiology of HIV infection to establish prevention and early detection programs more suitable and targeting particularly the most vulnerable people.*

Key-words:*HIV infection, epidemiological evolution, cross-sectional study.*

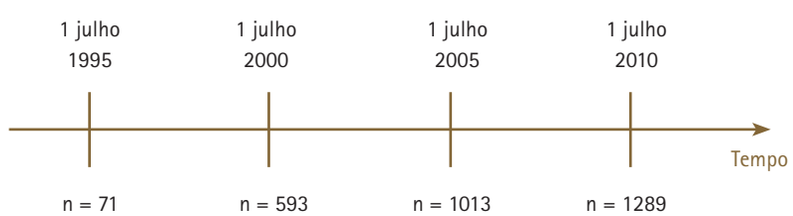
/ Introdução e objetivos

O primeiro caso de infeção por VIH em Portugal foi descrito em 1983. À semelhança do que aconteceu em todo o mundo, nos anos seguintes o número de casos teve um crescimento muito acentuado, não só pelo aumento da transmissão, mas também pela maior sensibilidade clínica para a doença e pelo desenvolvimento de melhores técnicas laboratoriais de diagnóstico.

Segundo dados do último relatório nacional [1] existiam, no fim de 2012, 42580 casos de infeção por VIH em Portugal, dos quais 17372 em estádio de sida. Os principais distritos afetados são Lisboa, com 16745 casos reportados até 2012, Porto com 8637 e Setúbal com 5168.

Ao longo dos 30 anos de história da infeção, as características epidemiológicas e clínicas modificaram-se na sequência de alterações sociais, transformação da rede de cuidados de saúde e dos sistemas de notificação, das campanhas de prevenção junto da comunidade, do desenvolvimento de novos fármacos, do maior conhecimento científico e da experiência clínica. O paradigma de uma doença inevitavelmente fatal que atingia consumidores de drogas por via endovenosa (UDVE) e homossexuais masculinos (HMS) tornou-se numa doença crónica, passível de atingir todos os estratos sociais, com um compromisso

FIGURA 1 : DESENHO DO ESTUDO



Número de doentes incluídos em cada momento

cada vez menor da qualidade ou da esperança média de vida.[1,2]

Este trabalho teve como objetivo caracterizar os doentes seguidos no ambulatório do Serviço de Infecciologia do Hospital Garcia de Orta em quatro momentos no tempo, comparando aspetos epidemiológicos e clínicos entre si e com estatísticas nacionais.[1]

/ Métodos

Seleção da amostra

Estudo transversal que inclui todos os doentes em seguimento ativo no Serviço de Infecciologia do Hospital Garcia de Orta, em regime de ambulatório, nos dias 1 de julho dos anos 1995, 2000, 2005 e 2010. Excluíram-se os doentes que faleceram ou abandonaram a consulta nos 6 meses prévios à data definida.

Colheita de dados

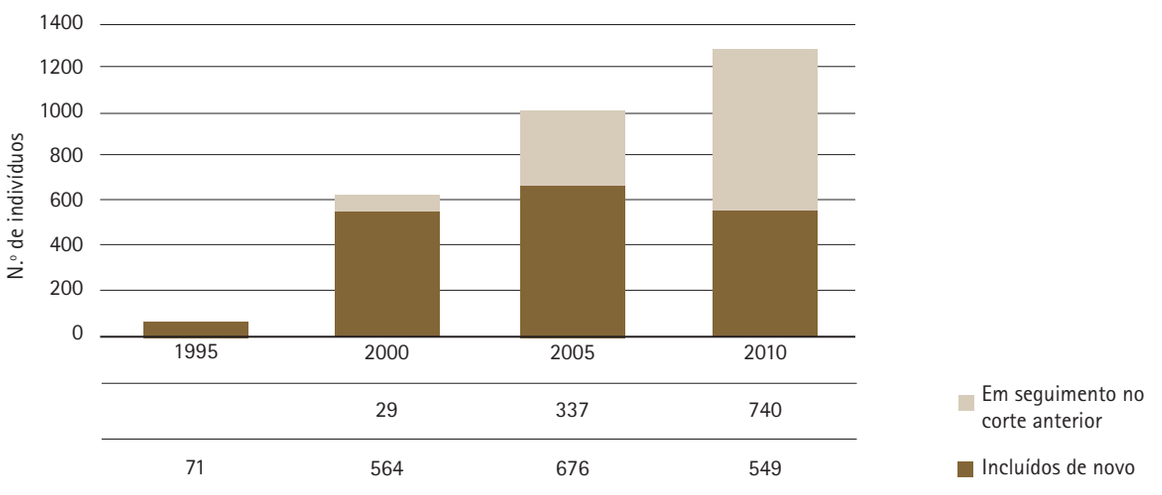
Foram revistos os processos clínicos e fichas individuais dos doentes e recolhidos dados demográficos (data de nascimento, género, nacionalidade), epidemiológicos (vias de transmissão, origem da referenciação, tempo conhecido de exposição à doença, tempo de seguimento), situação clínica (estádio clínico, infeções oportunistas definidoras de sida), laboratoriais (tipo de vírus, contagem de células T-CD4+, células T-CD4+ nadir, carga viral de VIH) e relacionados com a terapêutica antirretroviral (efeitos adversos).

As vias de transmissão consideradas foram: UDVE, heterossexual (HTS), HMS, transfusão de sangue ou hemoderivados e vertical. Nos casos em que havia mais do que um fator de risco para a infeção, assumiu-se a via de transmissão mais eficaz pela ordem UDVE, risco HMS, risco HTS. Os casos de transmissão vertical ou por transfusão de sangue e hemoderivados foram excecionais e não acumularam outros fatores de risco.

Relativamente à referenciação, definiu-se a proveniência de cuidados de saúde primários (CS-1) quando o diagnóstico foi feito por médicos assistentes particulares, em Centros de Saúde, Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce de VIH (CAD), Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), serviços de Saúde Ocupacional, serviços de saúde de estabelecimentos prisionais, instituições de cariz social ou serviços de sangue. Definiu-se a proveniência de cuidados de saúde secundários (CS-2) quando os casos foram diagnosticados diretamente no próprio serviço de Infecciologia, noutros serviços de especialidade intra-hospital ou no serviço de urgência (SU).

O estádio clínico foi classificado em três categorias: portador assintomático (A), sintomático não-sida (B) e sida (C), segundo o sistema de classificação revisto dos CDC de 1993, assim como as doenças definidoras de sida. Com o intuito de avaliar as doenças definidoras de sida mais prevalentes em cada época, foram analisadas as que ocorreram entre períodos de corte sucessivos (ex: analisaram-se as doenças definidoras de sida que ocorreram nos indivíduos seleccionados a 1 julho de 2000 no período entre 2 julho de 1995 e 30 de junho de 2000). Considerou-se supressão virológica a quantificação do ácido ribonucleico (ARN) do VIH inferior ao limite de deteção da técnica de biologia molecular na análise prévia à data de seleção dos doentes.

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA NOS QUATRO CORTES DE TEMPO



Com base na ficha clínica do doente, foram identificados os eventos de toxicidade à terapêutica antirretroviral (TAR) e caracterizados por sistema de órgão (sintomas, sinais, alterações laboratoriais). Assim definiu-se toxicidade neuropsiquiátrica, toxicidade cutânea, toxicidade gastrintestinal (GI), toxicidade hepática e vias biliares, toxicidade renal e vias urinárias, toxicidade metabólica.

/ Análise estatística

A análise dos resultados foi feita através dos programas Excel 2010 e SPSS versão 21.

TABELA I: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA (ASPETOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS)

	1995 (n=71)	2000 (n=593)	2005 (n=1013)	2010 (n=1289)
Género				
Feminino (F)	18 (25,4%)	146 (24,6%)	317 (31,3%)	443 (34,4%)
Masculino (M)	53 (74,6%)	447 (75,4%)	696 (68,7%)	846 (65,6%)
Razão M/F	2,9	3,1	2,2	1,9
Idade (anos)				
Média (em anos)	33,7 (18-65)	36,8 (9-77)	40,2 (17-86)	43,9 (19-91)
<30	30 (42,3)	151 (25,5%)	107 (10,6%)	60 (4,6%)
30-45	30 (42,3)	336 (56,7%)	657 (64,9%)	746 (57,9%)
>45	11 (15,4%)	106 (17,8%)	249 (24,5%)	483 (37,5%)
Idade média no diagnóstico (anos)				
	32,4 (15-63)	33,3 (5-77)	34,2 (12-85)	35,2 (4-85)
Tempo médio de seguimento (anos)				
	0,4 (0-2)	1,9 (0-14)	4,2 (0-14)	6,9 (0-17)
Nacionalidade				
Portuguesa	59 (83,1%)	513 (86,5%)	827 (81,6%)	1003 (77,8%)
Africana	11 (15,5%)	75 (12,6%)	169 (16,7%)	254 (19,7%)
Outra	1 (1,4%)	5 (0,9%)	17 (1,7%)	32 (2,5%)
Risco de transmissão				
UDEV	30 (42,3%)	300 (50,6%)	443 (43,6%)	445 (34,5%)
HTS	26 (36,6%)	223 (37,6%)	455 (44,9%)	670 (52,0%)
HMS	13 (18,3%)	67 (11,3%)	110 (10,8%)	165 (12,8%)
Outro	2 (2,8%)	3 (0,5%)	5 (0,5%)	8 (0,7%)

TABELA II: DADOS RELATIVOS AO TIPO DE REFERENCIAÇÃO

Referenciação				
	1995 (n=71)	**2000 (n=593)**	**2005 (n=1013)**	**2010 (n=1289)**
Cuidados de Saúde Primários				
Total	**37 (52,1%)**	**335 (56,5%)**	**625 (61,7%)**	**744 (57,7%)**
Médico família	31 (83,8%)	257 (76,7%)	484 (77,4%)	576 (77,4%)
CAD	-	-	3 (0,5%)	27 (3,6%)
CAT	3 (8,1%)	42 (12,5%)	85 (13,6%)	82 (11,0%)
Estabelecimento prisional	2 (5,4%)	22 (6,6%)	26 (4,2%)	23 (3,1%)
Outros	1 (2,7%)	14 (4,2%)	27 (4,3%)	36 (4,9%)
Cuidados de Saúde Secundários				
Total	33 (46,5%)	222 (37,4%)	346 (34,2%)	492 (38,2%)
Serviços intra-hospitalares	25 (75,7%)	175 (78,8%)	268 (77,5%)	386 (78,5%)
SU	3 (9,1%)	23 (10,4%)	22 (6,3%)	31 (6,3%)
Outros hospitais	5 (15,2%)	24 (10,8%)	56 (16,2%)	75 (15,2%)
Sem registo				
	1 (1,4%)	36 (6,1%)	42 (4,1%)	53 (4,1%)

/ Resultados

Caracterização da amostra

Foram identificados 71 indivíduos em 1995, 593 em 2000, 1013 em 2005 e 1289 em 2010.

Os indivíduos do sexo masculino predominaram em todos os anos analisados, ainda que numa proporção progressivamente menor: 74,6% em 1995 *vs* 65,6% em 2010.

A idade média aumentou entre grupos sucessivos, assim como a idade média no momento do diagnóstico. O tempo médio de seguimento também aumentou, sobretudo entre 2000 e 2005, o que implica um maior número de indivíduos em 2005 e 2010 incluídos em anos prévios (ver tabela I e gráfico I).

A maioria dos doentes é de nacionalidade portuguesa (ver tabela I). Ao longo do tempo, verifica-se uma tendência crescente na proporção de doentes com origem em países africanos, que em 2010 atinge uma proporção de 19,7%.

Relativamente à via de transmissão da infeção (ver tabela I), salientava-se a UDVE em 1995 e 2000, em 2005 a proporção de casos transmitidos por via HTS e UDVE é semelhante (44,9% *versus* 43,6%) e em 2010 predomina a transmissão HTS. A proporção de casos transmitidos por via HMS manteve-se estável em 2000, 2005 e 2010.

Na tabela II observa-se o predomínio de referenciações a partir dos CS-1, sobretudo diagnosticados pelo médico de família. De entre os casos referenciados a partir dos CS-2, destacam-se os diagnósticos estabelecidos em serviços de especialidade do próprio hospital, nomeadamente nos serviços de Medicina Interna, Dermatologia, Hematologia e Neurologia. A percentagem de diagnósticos de infeção por VIH no SU diminuiu ao longo do tempo, situando abaixo dos 10% nos anos mais recentes.

/ Dados clínicos

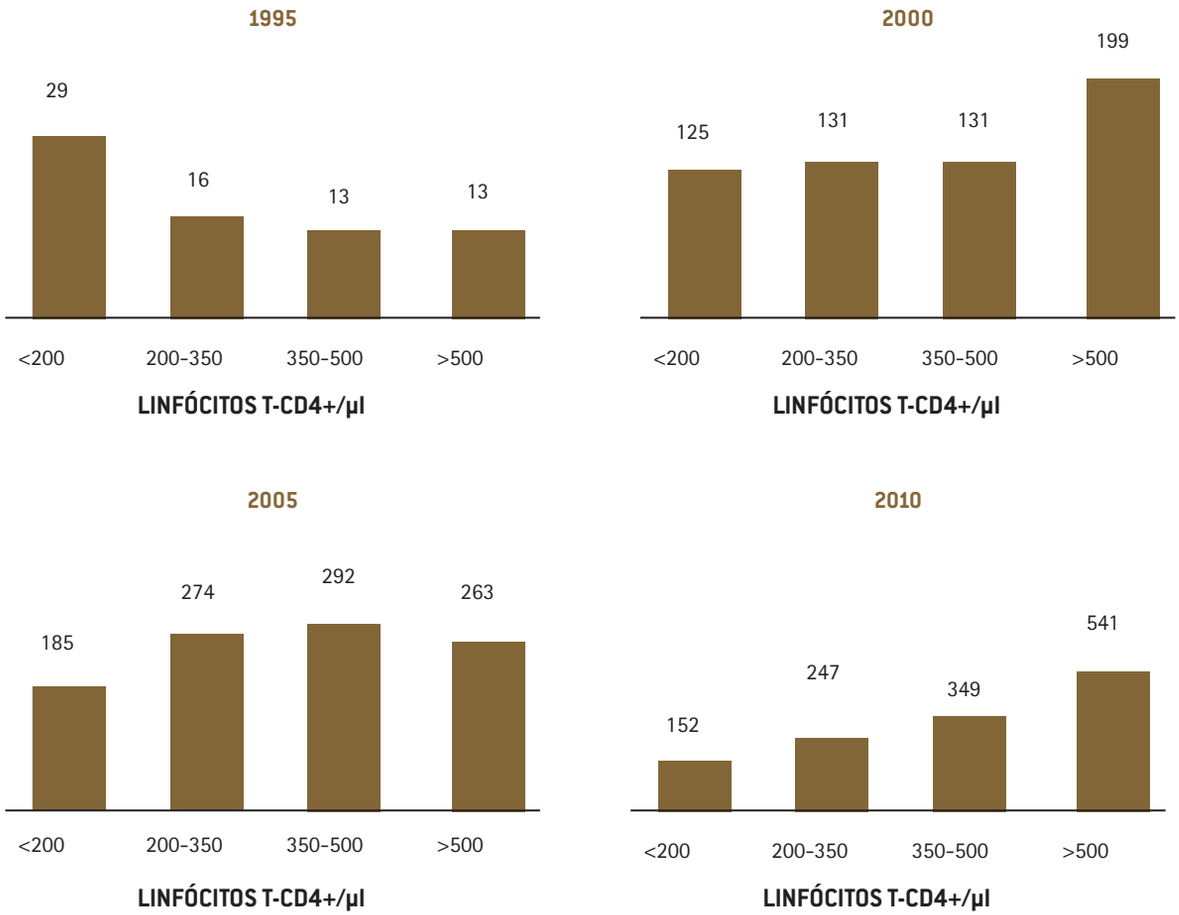
VIH-1 predominou em todos os anos, numa proporção sempre superior a 95% (ver tabela III).

Conforme esperado, a proporção de doentes medicados com TAR aumentou de 1995 para 2010, assim como a proporção de doentes com supressão virológica. Em 2010, a taxa de supressão virológica era 93,1%.

TABELA III: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À INFEÇÃO POR VIH					
		1995 (n=71)	**2000 (n=593)**	**2005 (n=1013)**	**2010 (n=1289)**
Tipo de vírus	VIH-1	68 (95,8%)	573 (96,6%)	982 (96,9%)	1240 (96,2%)
	VIH-2	3 (4,2%)	19 (3,2%)	24 (2,4%)	34 (2,6%)
	VIH1+2	-	1 (0,2%)	7 (0,7%)	15 (1,2%)
TAR					
Com TAR		48 (67,6%)	364 (61,4%)	755 (74,5%)	1126 (87,3%)
Supressão virológica		-	231 (63,5%)	682 (90,3%)	1048 (93,1%)
Toxicidade (causas mais frequentes)		**19,7%**	**28,2%**	**31,8%**	**27,9%**
		GI (7%)	GI (5,9%)	Metabólica (7,0%)	Metabólica (5,9%)
		Hematológica (2,8%)	Metabólica (4,0%)	GI (4,6%)	GI (3,7%)
		Cutânea (1,4%)	Hematológica (2,7%)	Cutânea (4,0%)	Hematológica (3,5%)
		Metabólica (1,4%)	Cutânea (2,7%)	Hematológica (2,9%)	Cutânea (2,9%)
		+1 Causa (2,8%)	+1 Causa (7,6%)	+1 Causa (6,9%)	+1 Causa (6,2%)
		Outras (4,3%)	Outras (5,3%)	Outras (6,4%)	Outras (5,7%)
Estádio Clínico					
A		38 (49,3%)	314 (53%)	573 (56,6%)	751 (58,3%)
B		10 (14,1%)	60 (10,1%)	96 (9,5%)	133 10,3%)
C		23 (32,4%)	219 (36,9%)	344 (34%)	405 (31,4%)
Doenças definidoras de sida (DDS) que ocorreram entre períodos sucessivos					
Total		**29,6%**	**28,2%**	**21,1%**	**14,1%**
		TB[a] (12,7%)	TB[a] (13,8%)	TB[a] (9,0%)	TB[a] (3,6%)
		Toxoplasmose[b] (2,8%)	Pneumocistose[c] (4,2%)	Pneumocistose[c] (1,5%)	Pneumocistose[c] (2,0%)
		Pneumocistose[c] (1,4%)	Toxoplasmose[b] (1,0%)	Toxoplasmose[b] (1,5%)	Toxoplasmose[b] (1,1%)
		SK[d] (1,4%)	Candidíase[f] (1,0%)	SK[d] (0,9%)	SK[d] (0,6%)
		CMV[e] (1,4%)	SK[d] (0,7%)	Candidíase[f] (0,9%)	Candidíase[f] (0,6%)
		+1 DDS[g] (5,6%)	+1 DDS[g] (7,3%)	+1 DDS[g] (4,0%)	+1 DDS[g] (3,3%)
		+2 DDS[h] (2,8%)	+2 DDS[h] (2,2%)	+2 DDS[h] (1,1%)	+2 DDS[h] (0,2%)

a. TB = tuberculose pulmonar e extrapulmonar; b. Toxoplasmose cebrebral; c. Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*; d. SK = sarcoma de Kaposi; e. CMV = infeção por Citomegalovírus exceto a nível do fígado, baço ou ganglionar; f. Candidíase esofágica, traqueal, brônquica ou pulmonar; g = indivíduo com mais do que 1 DDS no período de tempo referido; h = indivíduo com mais do que 2 DDS no período referido.

FIGURA 2: GRÁFICOS RELATIVOS À SITUAÇÃO IMUNOLÓGICA NOS QUATRO MOMENTOS DE CANTOS



A proporção de eventos relacionados com a toxicidade à TAR aumentou significativamente entre 1995 e 2000, manteve-se na ordem dos 30% entre 2000 e 2005 e apresentou uma tendência decrescente em 2010. O tipo de toxicidade mais frequente em cada ano pode ser analisado na tabela III. Salienta-se, em todos os anos, a toxicidade gastrintestinal, e ainda a toxicidade metabólica.

A situação imunológica (ver figura 2) foi mais favorável em 2010, com uma contagem de linfócitos T-CD_4^+> 500cél/uL em 541 doentes (42,0%). Analisando a forma dos gráficos, observa-se uma simetria entre o que se refere a 1995 e o de 2010. Se no ano 1995, 29 doentes (40,8%) tinham uma contagem de linfócitos T-CD_4^+ <200cél/uL, em 2010 isto verificava-se em 11,8%.

Constata-se uma proporção crescente de doentes portadores assintomáticos desde 2000 e uma redução do número de casos de sida (ver tabela III). Relativamente às doenças definidoras de sida, verifica-se que em igual período de tempo, a frequência da ocorrência destas entidades clínicas diminuiu mais de 50% entre 1995 e 2010. A tuberculose pulmonar e extra-pulmonar foi preponderante em todos os anos, ainda que a prevalência tenha decrescido significativamente nos últimos anos. Destaca-se ainda a redução da percentagem de indivíduos que, no período referido, teve mais do que 1 doença definidora de sida.

Na data de realização deste artigo, o destino dos doentes selecionados em cada ano encontra-se documentado na tabela IV.

/ Discussão

Nesta amostra sobressai uma grande variação entre o número total de doentes selecionados nos diferentes anos, o que provavelmente se relaciona com a expansão da epidemia, as elevadas taxas

TABELA IV: DESTINO DOS DOENTES SELECIONADOS

	1995 (n=71)	2000 (n=593)	2005 (n=1013)	2010 (n=1289)
Em seguimento	32 (45,1%)	352 (59,4%)	812 (80,2%)	1232 (95,6%)
Abandonos	16 (22,5%)	119 (20,1%)	105 (10,4%)	31 (2,4%)
Falecidos	23 (32,4%)	122 (20,6%)	96 (9,5%)	26 (2,0%)

de mortalidade e reduzidas percentagens de adesão ao seguimento em ambulatório e TAR nos primeiros anos, a facilitação do acesso aos cuidados de saúde, a melhoria das condições de tratamento e monitorização da infeção nos anos mais recentes. Esta interpretação é corroborada pelo aumento progressivo do tempo médio de seguimento (ver tabela I).

Uma vez que se pretendia analisar as características epidemiológicas e relacionados com a infeção VIH nas quatro épocas, não foram excluídos indivíduos em seguimento ativo já incluídos em períodos prévios, tendo-se actualizado o valor das variáveis em cada momento (ex: contagem de células T-CD_4^+; carga viral; doenças definidoras de sida; outros).

As características demográficas e epidemiológicas da amostra (particularmente os dados relativos ao ano de 2010) assemelham-se às da população de infetados por VIH em Portugal descritas no mais recente relatório do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge[1]. Segundo este documento, a maioria da população é do género masculino, verificando-se uma razão homens/mulheres em decrescendo, quantificada em 2,4 em 2012. A idade mediana tem vindo a aumentar (41 anos em 2012), assim como a idade média na altura do diagnóstico, que em 82,6% dos casos se encontra na faixa etária dos 20-49 anos. A proporção de diagnósticos referentes a indivíduos com origem fora de Portugal tem vindo a aumentar a nível nacional, contabilizando-se 13,4% naturais de África Subsariana em 2012, consideravelmente inferior à estimada nesta amostra que era de 19,7% em 2010.

Em dezembro de 2012, a nível nacional, contavam 43,5% infetados por via HTS, 37,8% por UDVE e 13,8% por via HMS. A distribuição do risco para a infeção neste trabalho respeita esta ordem, verificando-se contudo, em 2010, uma maior percentagem de transmissão por via HTS (52,0%), em detrimento da via UDVE (34,5%), possivelmente em relação com a maior proporção de população africana.

Relativamente ao estádio clínico, o maior número de casos nacionais em estádio A foi diagnosticado em 2000 e o maior número de casos de sida em 1999. O número de casos em estádio A mantém-se estacionário desde 2001, e o estádio B não sofre oscilações significativas desde 1996. Na amostra analisada verifica-se a tendência descrita a nível nacional para o estádio B, ainda que o número de infetados por VIH em estádio A se mantenha sempre crescente até 2010. A redução dos casos de sida no país só ocorre depois de 2002, tendência corroborada pelos dados aqui apresentados e traduzida na redução dos casos de sida no corte de 2005.

A diminuição da percentagem de doenças definidoras de sida nos anos mais recentes está de acordo com a estatística nacional, assim como a distribuição das entidades mais frequentes. Ressalva-se a progressiva diminuição da percentagem de indivíduos que, em igual período de tempo, desenvolveu mais do que 1 doença definidora de sida, o que pode traduzir o impacto do diagnóstico em estádios mais precoces de infeção.

A referenciação à consulta de Infecciologia foi preferencialmente feita através dos CS-1 em todos os anos, sobretudo do médico de família. Ainda assim, a proporção de casos referenciados a partir de CS-2, previsivelmente mais tardios [3], é elevada e aumenta de 2005 (34,2%) para 2010 (38,2%). Tendo em conta que o diagnóstico em estádios precoces da infeção tem impacto no prognóstico da doença e na sua transmissibilidade, estes dados reforçam a necessidade de promover o *rastreio oportunista* [4] junto da população em geral e dos profissionais de saúde, por exemplo através de formações regulares e serviço de consultoria nos centros de saúde.

Outra forma de ampliar o rastreio da infeção por VIH a uma parcela da população com pouco contacto com os cuidados de saúde é, por exemplo, oferecer o diagnóstico gratuitamente a todos os indivíduos que recorrem ao SU por qualquer causa. Em 3 cidades dos EUA, entre janeiro de 2005 e março de 2006, foi disponibilizado este rastreio, encontrando-se 1% de seropositivos para VIH, dos quais 88% foram imediatamente integrados em cuidados de saúde especializados.[5]

Conforme esperado, a proporção de doentes sob TAR e com supressão virológica foi aumentando, de forma mais acentuada entre os anos 2000 e 2005, atingindo taxas de 93,1% em 2010. Esta variação foi consequência da evolução do conhecimento científico nomeadamente

pelo aparecimento de uma grande variedade de fármacos no fim da década de 90 com perfis de eficácia, segurança, tolerabilidade e posologia cada vez mais favoráveis.

Constata-se, nesta amostra, um aumento significativo de eventos de toxicidade relacionados com a TAR entre 1995 e 2000, talvez por haver mais doentes medicados e pela experiência cumulativa que permitiu reconhecer toxicidades inicialmente desconhecidas. Em 2010 observa-se uma tendência decrescente destes eventos, presumivelmente relacionada com a melhoria do perfil de segurança e tolerabilidade dos esquemas terapêuticos mais recentes.

Em conclusão, analisando a evolução do perfil imunológico dos doentes mais recentes, as taxas de supressão virológica e a prevalência de doenças definidoras de sida, conclui-se que houve uma melhoria crescente da resposta dos cuidados de saúde a nível do controlo da infeção VIH. Contudo, deste trabalho salienta-se a necessidade de melhorar o acesso ao rastreio da infeção em estádios mais precoces e na redução de efeitos adversos da TAR.

Na impossibilidade de analisar todos os doentes seguidos em ambulatório desde 1995, optou-se por um estudo transversal que permitisse retratar e comparar o perfil epidemiológico, a evolução da infeção por VIH e a sua monitorização em quatro momentos distintos. Ficam limitados a visualização da evolução contínua das variáveis em causa e o estabelecimento de relações causais.

Alguns tópicos que poderiam ser explorados em trabalhos subsequentes são os esquemas antirretrovirais instituídos em cada época, o perfil de toxicidade e o perfil de resistências associado. Por outro lado, seria muito importante averiguar detalhadamente o destino dos doentes que deixaram de ser seguidos neste serviço: causas de morte, motivos de transferência, razões e consequências dos abandonos.

A replicação deste estudo noutros centros de seguimento de infeção por VIH poderia revelar particularidades próprias de cada região, identificar aspetos positivos e negativos na deteção e monitorização dos doentes, individualizar alguns procedimentos (ex: métodos de rastreio mais adaptados ao nível de cuidados de saúde de cada região) e uniformizar outros (ex: homogeneizar o acesso aos fármacos antirretrovirais).

A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu o objetivo de controlar os novos casos de infeção por VIH e mortes por sida até 2030. Os resultados a nível de estádio clínico, situação imunológica, supressão virológica parecem estar a evoluir de forma favorável, mas é fundamental continuar a insistir em programas de prevenção e de rastreio precoce eficazes e ajustados à realidade local, particularmente dirigidos às populações mais vulneráveis.

/ Bibliografia

1 - Documento n.º 144: Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012. Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas. Instituto Nacional de Sáude Doutor Ricardo Jorge.

2 - Fernando Maltez e Ramalho de Almeida. *História de Doenças Infecciosas.* 2014.

3 - C. Gonçalves e R. Correia de Abreu. Evolução da infeção por HIV na população portuguesa: estudo epidemiológico de uma coorte do Hospital de Matosinhos. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas* 2012;8:13-19.

4 - CDC. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. MMWR 2006; 55(RR14):1-17.

5 - Glynn M, Rhodes P. Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003 [Abstract T1-B1101]. Presented at the 2005 National HIV Prevention Conference, Atlanta, Georgia, June 12-15, 2005.