



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 05, pp. 35789-35794, May, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.18814.05.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

HIV/SIDA E COMORBIDADES INFECCIOSAS EM PACIENTES DE TERESINA-PI NO ANO DE 2016

¹Francisco das Chagas Araújo Sousa, ²Augusto Cesar Evelin Rodrigues, ³Walisson Antônio Rodrigues de Oliveira, ⁴Wenderson Costa da Silva, ⁵Joseneide Teixeira Camara, ⁶Eliana Campelo Lago, ⁷Francisco Laurindo da Silva, ⁸Saulo Araújo de Carvalho, ⁹Renan Paraguassu de Sá Rodrigues, ¹⁰Emmanuel Alves Soares, ¹¹Halmisson D'arley Santos Siqueira; ¹²Francisléia Falcão Franca Santos Siqueira

¹Doutor em Ciência Animal pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Professor Adjunto da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina – PI, Brasil; ²Mestre em Epidemiologia pela FIOCRUZ, Professor Assistente da Faculdade Diferencial FACID/WYDEN, Teresina – PI, Brasil; ³Graduado em Odontologia pela Faculdade FACID/WYDEN, Teresina – PI, Brasil; ⁴Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário de Tecnologia do Maranhão – UniFacema, Caxias – MA, Brasil; ⁵Doutora pela Universidade Federal de Goiás – UFG, Professora Adjunta da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias – MA, Brasil; ⁶Pós Doutora do Núcleo de Medicina Tropical e Imunologia – NUPMIA/UNB, Professora Adjunta do Programa de Pós Graduação em Biodiversidade Saúde e Meio Ambiente – PPGBAS/UEMA, Caxias – MA, Brasil; ⁷Doutor em Microbiologia e Imunologia pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Professor Adjunto da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias – MA, Brasil; ⁸Fisioterapeuta Mestre em Engenharia Biomédica pela UNIVAP, Professor Assistente da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina – PI, Brasil; ⁹Mestre em Ciência Animal pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Professor Assistente da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Bom Jesus – PI, Brasil; ¹⁰Fisioterapeuta Mestre em Epidemiologia pela FIOCRUZ, Professor Assistente do Centro Universitário UNIFAPI/AESPI, Teresina – PI, Brasil; ¹¹Farmacêutico, Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Professor Assistente do UniFacema, Caxias – MA, Brasil; ¹²Médica Veterinária pela Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias – MA, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 07th February, 2020
Received in revised form
19th March, 2020
Accepted 20th April, 2020
Published online 25th May, 2020

Key Words:

Pacientes; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
HIV; Comorbidade; Coinfecção.

*Corresponding author:

Francisco das Chagas Araújo Sousa

ABSTRACT

O presente estudo teve o objetivo de identificar as principais doenças infecciosas encontradas nos pacientes portadores de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) de um hospital de referência em doenças infectocontagiosas de Teresina-PI. Trata-se de um estudo de levantamento de situação de saúde, transversal, documental, de natureza descritiva e quantitativa. Foram avaliados 347 prontuários de janeiro a dezembro de 2016 que constavam o diagnóstico de SIDA associado a doenças infecciosas. A maioria dos pacientes com SIDA pertenciam ao gênero masculino, mas que existe uma tendência a feminização da doença. A média de idade dos pacientes foi 38,6 anos e a maioria morava na capital do Piauí, apesar de ter sido encontrado um número considerável de pacientes do Maranhão que vieram buscar atendimento em Teresina. Além disso, evidenciou-se que as doenças causadas por bactérias e parasitas foram as mais prevalentes nos pacientes. As principais doenças encontradas neste estudo foram: neurotoxoplasmose, pneumonia, candidíase oral e herpes zoster / herpes simples. Esse trabalho servirá tanto como fonte de pesquisa para literatura científica, como também para nortear discussões acerca de medidas de prevenção de doenças oportunistas.

Copyright © 2020, Francisco das Chagas Araújo Sousa et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Francisco das Chagas Araújo Sousa, Augusto Cesar Evelin Rodrigues, Walisson Antônio Rodrigues de Oliveira et al. "Acidentes por animais peçonhentos na cidade de barra do corda-ma, 2013 – 2015", *International Journal of Development Research*, 10, (05), 35789-35794.

INTRODUCTION

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), se manifesta em indivíduos que contraíram o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Após a contaminação pelo HIV, a progressão para SIDA, ocorre à medida que o vírus

atinge e destrói os linfócitos TCD4+ do organismo, que são células de defesa, deixando esses pacientes com intensa imunodepressão (Brasil, 2010). O HIV, pertence à família *Retroviridae* subfamília *Lentivirinae*, é um retrovírus com genoma RNA (ácido ribonucleico), com afinidade por linfócitos TCD4+ que necessita, para se multiplicar de uma

enzima chamada transcriptase reversa, responsável pela transcrição RNA viral para uma cópia DNA (ácido desoxirribonucleico), permitindo assim a integração do vírus ao genoma do hospedeiro (Tavares e Marinho, 2010). Esse vírus pode ser adquirido por via sexual através do esperma, secreção vaginal, pelo sangue por via parenteral ou vertical e leite materno (Brasil, 2010). A epidemia da infecção pelo HIV constitui um fenômeno global, de comportamento pandêmico, dinâmico e instável, que sofre transformações epidemiológicas significativas ao longo dos anos (Araújo *et al.*, 2012).

Segundo Carvalho *et al.* (2013) que na América Latina, 1,7 milhões (1,3 a 2,5 milhões) de pessoas estão infectadas pelo HIV. A prevalência de infecções no Brasil é estimada em 630.000, com aproximadamente 34.500 novos casos de SIDA todos os anos. Desde os primeiros casos da doença no país até junho de 2009, foram documentados 544.846 casos e 217.091 óbitos por SIDA distribuídos em mais de 5.000 municípios brasileiros. A infecção por esse vírus pode ser dividida em quatro fases: A fase aguda, a assintomática, a sintomática e a SIDA propriamente dita. A fase aguda inicia-se logo que o vírus penetra no corpo, quando ocorrerá um período denominado de soroconversão, ela é caracterizada por um pico de viremia associado à queda acentuada do número linfócitos T CD4+, quando então, se desenvolve um quadro semelhante a uma gripe, com febre, adenopatia, mialgia, artralgia, adinamia, dentre outros sintomas (Brasil, 2005).

Passando esse período, o paciente entra na fase de infecção assintomática, em que os níveis virais são baixos, com replicação lenta e valores de linfócitos normais. Após alguns anos, evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, à medida que ocorre a destruição dos linfócitos e se inicia a fase sintomática, com sinais e sintomas normalmente inespecíficos, como emagrecimento, diarreia, sinusopatias, vaginite, dentre outros (Tavares e Marinho, 2010). Já na última fase, quando o paciente é considerado portador da SIDA, ele está susceptível ao desenvolvimento de várias doenças oportunistas, sendo geralmente de origem infecciosa, por (parasitas, vírus, bactérias e fungos). Normalmente esses pacientes só descobrem a SIDA quando surge alguma dessas doenças indicando a baixa imunidade (McPhee, Papadakis e Rabow, 2013). Entre as doenças oportunistas que esses pacientes podem apresentar, têm-se como exemplo a gastroenterite, pneumonias, tuberculose, neurotoxoplasmose, meningoencefalite criptocócica, esofagite por *Cândida Albicans*, herpes simples, herpes zoster, pneumocistose, retinite, abscessos superficiais, leucoplasia pilosa, displasia anal, carcinoma espinocelular, sarcoma de kaposi e rinosinusite crônica (Monteiro *et al.*, 2008).

Este estudo teve como motivação principal o interesse em avaliar a nova epidemiologia das principais doenças infecciosas no estado do Piauí, em face do aumento do número de pessoas com HIV/SIDA, o que levou a modificação da epidemiologia dessas comorbidades, no que diz respeito à morbimortalidade. Ante as possibilidades do desenvolvimento de comorbidades infecciosas, haja vista principalmente a condição imunológica dos pacientes portadores de SIDA, esta pesquisa teve os seguintes objetivos: Identificar quais as principais doenças infecciosas presentes nas pessoas diagnosticadas com SIDA, determinar a média de idade desses pacientes, sexo mais prevalente, local de moradia e quais os medicamentos mais administrados para o tratamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

O método utilizado para esta pesquisa foi do tipo transversal, descritivo e quantitativo, realizado através de levantamento de dados secundários dos prontuários de pacientes com diagnóstico de SIDA associada a doenças infecciosas, em uma unidade de referência no atendimento de pessoas vivendo com doenças infectocontagiosas no município de Teresina, do Estado do Piauí, no ano de 2016. O presente estudo foi desenvolvido em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas na cidade de Teresina, PI. Foram coletadas informações segundo indicadores epidemiológicos (Diagnóstico de SIDA, sexo, local de moradia, idade do paciente, doenças infecciosas associadas e medicamentos administrados para o tratamento da SIDA). O estudo teve como critérios de inclusão os prontuários dos pacientes com diagnóstico confirmado de SIDA/doenças infecciosas associadas, atendidos no hospital de referência no período de janeiro a dezembro de 2016. Os critérios de exclusão foram os prontuários que se apresentavam ilegíveis. Os dados foram coletados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital de referência em doenças infecciosas, através de um formulário semiestruturado previamente elaborado. Primeiramente, foi realizada a seleção dos prontuários que poderiam ser incluídos na pesquisa, separados por ano, sendo utilizados apenas os do ano de 2016. Desta forma, utilizou-se o livro de registro, o qual continha os dados referentes ao diagnóstico de todos os pacientes que deram entrada para atendimento no hospital de janeiro a dezembro de 2016. Os números dos prontuários com diagnóstico SIDA no período desejado foram anotados e a lista entregue ao profissional responsável pela localização. Foi localizado um total de 347 prontuários, contendo o diagnóstico de SIDA e doenças infecciosas associadas. A análise dos resultados obtidos foi processada por intermédio de cálculos estatísticos, colocados em números absolutos e percentuais, da forma que melhor demonstrasse a quantidade amostral. Os dados foram armazenados em planilha do programa Microsoft Office Excel for Windows. A pesquisa seguiu os critérios éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de estudos envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Integral Diferencial- DEVRV/FACID sob o número CAAE 66006617.8.0000.5211.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a tabela 1, dos 347 pacientes com SIDA em tratamento em um hospital de referência no município de Teresina-PI, 57,3% (n=199) eram do sexo masculino e 42,7 % (n=148) pertenciam ao sexo feminino, com média de idade de 38,6 (\pm 12,9) anos. Os dados encontrados corroboram com outros estudos similares, que apontam maior acometimento da SIDA em homens, como o de Almeida *et al.* (2015), realizado no município de Teresina-PI, que apresentou taxas de 67,48% para homens doentes. Schuelter Trevisol *et al.* (2013), no Estado de Santa Catarina, também encontrou dados similares, no qual houve maior prevalência do sexo masculino, sendo um total de 58,2% dos pacientes estudados. Apesar do maior número de pacientes terem sido homens, percebe-se uma tendência epidemiológica de feminização da doença, conforme dados de Santos (2014) e Alencar (2014), ambos no Estado do Piauí, verificaram uma relação homens/mulheres com SIDA de 2,8:1 e 2:1 respectivamente.

Tabela 1. Dados descritivos sobre pacientes com SIDA em relação ao sexo, local de moradia, doenças infecciosas associadas e idade, em um hospital de referência. Teresina – PI, Brasil, 2017

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	199	57,3
Feminino	148	42,7
Local de Moradia		
Capital do Piauí	182	52,4
Outros municípios do Piauí	90	25,9
Outros estados	75	21,6
Doenças bacterianas		
Sim	167	48,1
Não	180	51,8
Doenças virais		
Sim	35	10,0
Não	312	90,0
Doenças fúngicas		
Sim	99	28,5
Não	248	71,4
Doenças parasitárias		
Sim	148	42,6
Não	199	57,3

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Brito, Castilho e Szwarcwald (2000) justifica esses números encontrados pela atual heterossexualização do modo de transmissão ao qual tem menor efetividade nos programas de apoio ao sexo seguro, entretanto nesse presente estudo não se avaliou as formas de infecção para concluir tal correlação. Com relação a outros estados, 75 (21,6%) dos prontuários analisados eram de pacientes que vieram do Maranhão. Supõe-se que exista uma possível escassez de centros especializados nessa região, bem como uma maior preferência dos pacientes para receberem tratamento longe das suas cidades, por razões de privacidade. Conforme mostra a tabela 1, encontrou-se uma média de 38,6 anos de idade, sugerindo que a faixa etária considera adulta/adulta jovem é a principal acometida pela doença, além de que a média de idade em torno dos 38 anos praticamente se manteve constante nos últimos 03 anos, pois Alencar (2014) encontrou a média de 38,3 anos em estudos nesse mesmo hospital. O presente estudo tem números parecidos com o boletim epidemiológico do Estado do Ceará em julho de 2016, que demonstrou que dentre todas as faixas etárias, a faixa etária adulta em torno dos 39 anos foi a mais acometida pela SIDA (Brasil, 2016). Autores como Almeida *et al.* (2015) e Maranhão e Pereira (2016) encontraram em suas pesquisas sobre o perfil epidemiológico da SIDA no Piauí a faixa etária adulta como a mais acometida pela doença, que também entra em concordância com a faixa etária representada neste estudo.

Dentre os tipos de doenças oportunistas que podem ser encontradas nesses pacientes, podemos verificar na tabela 1 que as doenças bacterianas foram as mais prevalentes, contabilizando 48,1% dos casos, seguidas por doenças parasitárias (42,6%), fúngicas (28,5%) e em menor número as virais, sendo 10,0% dos casos. Costa (2010) escreve que as infecções bacterianas são as principais causas de doenças nos pacientes com SIDA, onde as infecções bacterianas pulmonares oportunistas ainda constituem a principal causa de morbidade e mortalidade. Santos (2014) identificou em um hospital de referência do Piauí que as duas principais doenças encontradas em pacientes portadores de SIDA foram gastroenterite e pneumonia, ambas relacionadas a tipos bacterianos. Supõe-se que vários fatores contribuem para essa maior prevalência de tais enfermidades, como a baixa imunidade dos pacientes com SIDA associada ao estilo de vida

adotado por esses indivíduos. Basso *et al.* (2016) relacionam a grande variedade de doenças bacterianas presentes nesses pacientes ao uso contínuo e indiscriminado de agentes antimicrobianos ao longo dos anos, o que causa uma enorme dificuldade para se tratar estas infecções bacterianas. Com relação as doenças bacterianas, observou-se que as principais doenças encontradas nos pacientes foram: pneumonia 27,5% (n=46); tuberculose 23,3% (n=39); seguida por gastroenterite de origem bacteriana 19,7 % (n=33). Costa (2010) cita que as doenças pulmonares bacterianas constituem a principal causa de morbimortalidade entre os indivíduos infectados, além de que a pneumonia recorrente é considerada uma definidora de SIDA. Já Gomes e Silva (2008) mostraram resultados parecidos com o deste estudo, citando a pneumonia (21,2%) e tuberculose (24,2%) como as duas doenças bacterianas pulmonares associadas a SIDA mais frequente em um hospital de Florianópolis - SC. Nemes *et al.* (2009), também relacionam a iminente associação de infecções oportunistas com baixas taxas de adesão a terapia antirretroviral e/ou a não utilização da profilaxia para quadros de suspeita dessas patologias oportunistas. Segundo Lemos (2008) a coinfeção HIV/tuberculose é sinérgica, interativa e recíproca, com um significativo impacto. O risco de a infecção tuberculosa progredir para a doença é de aproximadamente 10% ao longo da vida do indivíduo imunocompetente e na presença da coinfeção, essa progressão é estimada de 10% ao ano (Silva e Gonçalves, 2009).

Já a gastroenterite de origem bacteriana, como citado anteriormente, também representou um resultado expressivo (19,7%). O estudo de Santos (2014) obteve gastroenterite e pneumonia como duas das principais doenças encontradas na sua pesquisa sobre SIDA/doenças oportunistas. Tal doença pode levar a quadros de diarreia, que é um dos primeirossintomas em pacientes com SIDA. As enfermidades diarreicas assumem lugar de destaque nesses pacientes, chegando a 50% dos casos nos países desenvolvidos, já nos em desenvolvimento, ocorrem relatos de incidência de até 95%, em países como o Haiti e no continente africano (Cardoso, 2011). Com relação as principais doenças fúngicas encontradas, os resultados mostram a candidíase oral como a doença mais prevalente 41,4% (n=41), seguida por pneumocistose 35,3% (n= 35) e candidíase esofágica 14,1% (n=14). Righetto *et al.* (2014) encontraram resultados parecidos em um estudo com 498 pessoas vivendo com SIDA em um hospital de referência de São Paulo, no qual candidíase oral e esofágica representaram 15,7% (n=78) das doenças oportunistas presentes nos pacientes. Segundo Vieira *et al.* (2012), algumas doenças fúngicas surgem com uma elevada importância quando falamos em diagnóstico, progressão e mortalidade da SIDA. Segundo estes autores, a candidíase oral é a infecção fúngica oportunista mais frequente no paciente HIV+ e representa um marcador da progressão da SIDA, podendo atingir até 94% dos casos, dependendo do estágio da infecção e da população analisada. Fagundes *et al.* (2010) encontraram dentre as doenças fúngicas que surgiram mesmo após o início da terapia antirretroviral a candidíase oral (9,70%) e pneumocistose (8,30%) como as duas doenças mais prevalentes na região Noroeste do Paraná. Acredita-se que a grande prevalência da candidíase oral nos pacientes portadores de SIDA do hospital estudado, possa ser explicada pelo fato deles apresentarem baixa imunidade, associado ao fato de que o gênero *Cândida* já está presente de forma endógena em nosso corpo.

Nos dados apresentados por Soares *et al.* (2008) entre os anos de 2001 e 2004, os resultados apresentados foram: pneumocistose sendo a segunda doença fúngica mais prevalente (22.2%) dos casos e a candidíase oral sendo a primeira (42.4%), colaborando assim com os resultados desta pesquisa. Doenças como pneumocistose e tuberculose podem ser tratadas e curadas, mas podem voltar a surgir assim que as células de defesa começam a diminuir rapidamente. A profilaxia secundária, que é indicada nos casos em que os pacientes já apresentaram histórico de pneumocistose e tuberculose, deve ser iniciada assim que as células T-CD4+ atingirem níveis menores que 200 células/mm³ (Brasil, 2008). A iminente relação dessas enfermidades oportunistas encontradas nesses pacientes imunocomprometidos no estudo é indicativa de que os pacientes estão mostrando baixas taxas de adesão a terapia antirretroviral e/ou que a não utilização de profilaxia para quadros de suspeita dessas patologias oportunistas leva a progressão e piora dos quadros clínicos (Nemes *et al.*, 2009). Em relação as doenças virais encontradas, verifica-se que apesar de que, em todos os grupos de infecções, as do tipo virais terem sido as menos prevalentes, as doenças Herpes Zoster e Herpes simples, ambas com 31,4% (n=11), surgem com um certo destaque entre as coinfeções HIV e doenças virais, além das Hepatites B e C, ambas com 11,4% (n= 04) casos.

Righetto *et al.* (2014), encontraram Hepatite e Herpes Zoster como as principais doenças virais, sendo a primeira representada por 13,7% dos casos e a segunda 10,2% dos casos. Já Fagundes *et al.* (2010) em um estudo sobre doenças oportunistas em pacientes que realizavam terapia antirretroviral de alta potência (HAART) no Paraná, encontraram Herpes Zoster como a doença viral mais identificada mesmo após o início da terapia antirretroviral, sendo (12,5% dos casos encontrados, corroborando assim com os resultados desta pesquisa. O Herpes Zoster e Herpes Simples possuem características de doenças que surgem em momentos de baixa imunidade e o perfil da maioria dos pacientes em tratamento no hospital estudado é esse. Para se ter uma ideia do poder de infecção do VHS, Engelberg *et al.* (2003) citam que as infecções pelos vírus Herpes Simples (HSV-1 e HSV-2) representam as doenças sexualmente transmissíveis mais comuns a nível global, alcançando uma soroprevalência de 80% em adultos, e apresentam um amplo espectro de acometimento clínico. A reativação do HSV nos gânglios pode surgir assim que a imunidade diminui e se manifestar como 'herpes genital' ou como vesiculação crural, perianal ou em nádegas, dependendo de qual região sensitiva o vírus está presente (Geller *et al.*, 2012). Ainda que não se tenha pesquisado os principais meios de contaminação pelo HIV dentre os pacientes do hospital pesquisado, o resultado apresentado neste estudo pode estar relacionado ao fato que, o vírus do herpes simples e hepatite B e C, possuem meios de transmissão parecidos com aqueles apresentados pelo vírus HIV, tendo como exemplo o sexual, pelo sangue e vertical, fazendo com que essas coinfeções se apresentem em grande número (Beloto, 2014).

Vale ressaltar que o citomegalovírus (CMV), causador da retinite, possui os mesmos meios de contaminação citados anteriormente, além de possuir como característica peculiar a sua capacidade de latência, podendo ser reativado em diferentes circunstâncias, principalmente nos pacientes com imunidade comprometida, sendo uma típica doença oportunista (JUNQUEIRA *et al.*, 2008). Quanto à coinfeções

parasitárias encontradas, o presente estudo mostra que a neurotoxoplasmose foi a doença mais encontrada dentre todas, tendo sido encontrados 68,9% (n=102) casos. Dados revelados por Araújo *et al.* (2012), encontrados no estado do Ceará, mostram que em 507 prontuários de pacientes de um hospital de referência com diagnóstico de SIDA, 14,8% dos indivíduos apresentaram neurotoxoplasmose. Essa doença é a que mais afeta o sistema nervoso central dentre as oportunistas. Ela é causada pelo *Toxoplasma gondii*, protozoário intracelular obrigatório e parasita de humanos, pássaros, roedores, outros animais homeotérmicos e felídeos (gatos), sendo este último um hospedeiro definitivo (Amendoeira; Camillo-Coura, 2010). Ela também é caracterizada por sintomas como cefaleia, déficits neurológicos focais, convulsões ou estado mental alterado. As vias de contaminação para se ter neurotoxoplasmose são a ingestão de tecidos animais contendo cistos, a infecção transplacentária e a ingestão de outros alimentos ou água contaminados com oocistos. A alta prevalência da doença pode ser explicada por vários fatores, tendo como exemplo os geográficos, climáticos, hábitos alimentares e tipo de trabalho, tornando a difusão de difícil controle (Neves, 2011). A segunda doença mais encontrada neste estudo foi Leishmaniose Visceral (LV) 27,7% (n=41). De acordo com Werneck (2008) a primeira grande epidemia urbana de LV registrada no país ocorreu em Teresina-PI, seguida posteriormente, por epidemias em Natal e São Luís, e subsequentemente registrou-se sua disseminação para outras regiões do país.

Acredita-se que a patogenia da neurotoxoplasmose e leishmaniose visceral possa explicar a grande prevalência dessas doenças na população estudada. Cerca de 80% da população brasileira apresenta sorologia para *Toxoplasma gondii* e na população com SIDA a sorologia é encontrada em 84% dos casos (Martins, Cruzeiro e Pires, 2015). Apesar de não ter sido avaliado na presente pesquisa o modo pelo qual os pacientes foram contaminados pelo HIV, é muito comum o compartilhamento de seringas e agulhas injetáveis entre esses grupos de pacientes e o parasita *Leishmania* encontrou nessa prática outra forma importante de transmissão de pessoa para pessoa, não necessitando dos insetos *flebotomíneos*, aumentando consideravelmente os casos da doença, principalmente pelo fato de que tais pacientes expostos possivelmente já possuem deficiência em sua imunidade (Neves, 2011). Considerando os medicamentos e combinações, o coquetel mais comum neste estudo foi a Lamivudina (3TC), Zidovudina (AZT) e Efavirenz (EFZ) (12,1%), seguido por Lamivudina, Tenofovir e Efavirenz (5,8%). O Efavirenz foi encontrado isoladamente em 6,3% oportunidades e um total de 40,9% pacientes não tomavam medicamentos específicos para tratar a SIDA. No estudo de Righetto *et al.* (2014), observaram 47 diferentes esquemas de tratamento antirretroviral registrados em suas pesquisas sobre SIDA e doenças oportunistas associadas.

Conclusão

Pode-se concluir que a maioria dos pacientes com SIDA pertenciam ao gênero masculino, mas que existe uma tendência a feminização da doença. A média de idade dos pacientes ficou em 38,6 anos e a maioria morava na capital do Piauí, apesar de ter sido encontrado um número considerável de pacientes do Maranhão que vieram buscar atendimento em Teresina. Além disso, evidenciou-se que as doenças causadas por bactérias e parasitas foram as mais prevalentes nos

pacientes. As principais doenças encontradas neste estudo foram: neurotoxoplasmose, pneumonia, candidíase oral e herpes zoster / herpes simples. Em relação aos principais medicamentos antirretrovirais encontrados, verificou-se que o coquetel com dois análogos nucleotídeos e um não-análogo nucleotídeo, sendo Lamivudina, Zidovudina e Efavirenz, respectivamente, foram os mais encontrados, sendo a associação inicial de maneira geral mais recomendada pelo Ministério da Saúde para o ano em que a pesquisa foi realizada. Além disso, verificou-se que 40,9% dos pacientes não estavam realizando terapia antirretroviral. Por fim, a avaliação dos prontuários mostrou que outros estudos podem realçar ou complementar a temática, através do uso de outras metodologias ou de outros objetivos, tendo como exemplo um estudo sobre SIDA e doenças não-infecciosas associadas.

REFERÊNCIAS

- Alencar SDR. (2014). Levantamento epidemiológico da mortalidade e de doenças oportunistas em pacientes HIV positivos em uma unidade de terapia intensiva. Monografia, Faculdade Integral Diferencial - Devry, Teresina, Brasil.
- Almeida PD, Brito RCT, Araújo TME de, Oliveira FBMO, Sousa AFLS, Araújo Filho ACA de. (2015). Aids no Piauí: análise do perfil epidemiológico. *J Nurs UFPE*. 9(6): 8660-8664.
- Amaral ISA, Mória LJMP, Barbosa MSB, Demachki S, Araújo MTF de, Soares MC. (2013). Evaluation of the therapeutic response of hepatitis C in coinfecting patients (HIV/HCV): a study of cases from a hospital for chronic liver diseases in the Eastern Brazilian Amazon. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 46(1): 20-23.
- Amaral ISA, Sousa, RCM, Mória LJMP, Barbosa MSB, Miranda ECBM, Conde SRSS, . . . Soares MCP. (2010). Coinfecção provocada pelos vírus da imunodeficiência humana e hepatite C (HIV-1/HCV): uma casuística da Amazônia brasileira. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. 1(2): 137-142.
- Amendoeira MRR, Camillo-Coura LF. (2010). Uma breve revisão sobre toxoplasmose na gestação. *Scientia medica*. 20(1): 113-119.
- Araújo TME, Monteiro CFF, Mesquita GV, Alves ELM, Carvalho KM de, Monteiro RM. (2012). Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes. *Revista de Enfermagem UERJ*. 6(5): 1046-1052.
- Basso ME, Pulcinelli RSR, Aquino ARC, Santos KF. (2016). Prevalência de infecções bacterianas em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI). *Revista Brasileira de análises clínicas*. 48(4): 383-388.
- Beloto NCP. (2014). Pacientes coinfectados com hiv e hepatite b e/ou c; aspectos clínicos, epidemiológicos, subtipagem do hiv-1 e impacto na evolução clínica para a aids. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.
- Brasil. (2005). *Caderno de atenção básica- Hiv/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da saúde.
- Brasil. (2008). *Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV*. 7.ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso*. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2016). *Boletim Epidemiológico- Aids e HIV*. 12.ed. Brasília: Ministério da saúde.
- Brito AM de, Castilho EA de, Szwarcwald CL. (2000). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 34(2): 207-217.
- Cardoso LV. (2011). Estudo retrospectivo de enteroparasitoses em indivíduos com HIV-1/AIDS na era HAART. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.
- Carvalho FL, Aires DLS, Segunda ZF, Azevedo CMPS de, Corrêa RGCF, Aquino DMC de, Caldas AJM. (2013). Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfecção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(5): 1305-1312.
- Costa CH. (2010). Infecções pulmonares na aids. *Revista hospital universitário Pedro Ernesto*. 9(2): 54-60.
- Engelberg R, Carrell D, Krantz E, Corey L, Wald A. (2003). História Natural da Infecção por Vírus Herpes Simplex Genital Tipo 1. *Rev American Sexually transmitted*. 30(2): 174-177.
- Fagundes, VHV, Oliveira, JHT, Vieira S, Spack Junior M, Pupulin ÁRT (2010). Infecções oportunistas em indivíduos com infecção pelo HIV e relação com uso de terapia antirretroviral. *Acta Scientiarum. Health Science*. 32(2):141-145.
- Geller M, Neto MS, Ribeiro MG, Oliveira L, Naliato ECO, Abreu C, Schechtman RC. (2012). Herpes simples: atualização clínica, epidemiológica e terapêutica. *DST - J Bras Doenças Sex Trans*. 24(4): 260-266.
- Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD. (2005). Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com hiv/aids assistidos em uma instituição do interior paulista. *Rev Latino-am Enfermagem*. 13(5): 634-641.
- Gomes NT, Silva RM. (2008). Pneumopatias em pacientes com HIV/Aids: estudo de 118 casos em um hospital de referência. *Rev Epidemiol. Serv. Saúde*. 20(4): 519-526.
- Junqueira JM, Sancho TM, Santos VA. (2008). Citomegalovírus: Revisão dos Aspectos Epidemiológicos, Clínicos, Diagnósticos e de Tratamento. *NewsLab*. 86(1): 88-104.
- Lemos ACM. (2008). Coinfecção tuberculose/HIV. *J Bras Pneumol*. 34(10): 753-755.
- Maranhão TA, Pereira LD. (2016). Perfil epidemiológico da aids no estado do Piauí, Brasil, 2011-2015. *Eixo iii. Enfermagem*. 20(1): 01-04.
- Martins JCM, Cruzeiro MM, Pires. (2015). Neurotoxoplasmose e Neurocisticercose em Paciente com AIDS. *Neurocienc*. 23(3): 443-450.
- Mcphee SJ, Papadakis MA, Rabow MW. (2013). *Current medicina: diagnóstico e tratamento*. 51 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Monteiro MRCC, Rodrigues MPC, Rossy MCNB, Pelaes TS, Gonçalves EAC, Turiel PRF. (2008). Infecções em pacientes com HIV/AIDS de hospital de referência, em Belém. *Revista Paraense de medicina*. 22(3): 1-7.
- Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, Melchior R, Caraciolo JM, Basso CR, . . . Ferraz DAS. (2009). Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 55(2): 207-212.
- Neves DP, Melo AL de, Linardi PM, Vitor RWA. (2011). *Parasitologia Humana*. 12.ed. São Paulo: Atheneu.
- Righetto RC, Reis RK, Reinato LAF, Gir E. (2014). Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com

- HIV/Aids. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 15(6): 942-948.
- Santos TP. (2014). Causas de internação de pacientes com AIDS em Hospital de referência de Teresina-PI. Monografia, Faculdade Integral Diferencial/DEVRY, Teresina, Brasil.
- Schuelter-Trevisol F, Paolla P, Justino AZ, Pucci N, Silva ACB da. (2013). Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 22(1): 87-94.
- Silva, HO, Gonçalves MLC. (2009). Coinfecção tuberculose e HIV nas capitais brasileiras: observações a partir dos dados do sistema de informação de agravos de notificação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 22(3): 172-178.
- Soares VYR, Lúcio Filho CEP, Carvalho LIM de, Silva AMMM, Eulálio KD. (2008). Análise clínica e epidemiológica de pacientes com HIV / AIDS internados em um hospital de referência na região nordeste do Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*. 50(6): 327-332.
- Tavares W, Marinho LAC. (2010). *Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias*. 2.ed. São Paulo: Atheneu.
- Vieira TTP, Sousa JP de, Soares MSM, Lima EO, Paulo MQ, Carvalho MFFP de. (2012). Candidose bucal em paciente HIV positivo: relato de caso. *Odontologia Clínica-Científica Online*. 11(2): 169-171.
- Werneck GL. (2008). Geographic spread and urbanization of visceral leishmaniasis in Brazil. Introduction. *Cadernos de saúde pública*. 24(12): 2937-2940.
