

Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV

The interruption of outpatient clinical care of HIV-infected patients

Celeste S Rodrigues^a, Mark D C Guimarães^b, Francisco A Acurcio^c e Cibele C Comini^d

^aSecretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG, Brasil. ^bDepartamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. ^cDepartamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. ^dDepartamento de Estatística da UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil

Descritores

HIV. Síndrome de imunodeficiência adquirida. Serviços de saúde, utilização. Desistência do paciente. Cooperação do paciente. Soropositividade para HIV. Medição de risco.

Resumo

Objetivo

Determinar os fatores associados à interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes com infecção pelo HIV.

Métodos

Foi realizado um estudo do tipo prospectivo não-concorrente (coorte histórica) no município de Belo Horizonte, MG, em um ambulatório público de referência para atendimento de pacientes com infecção pelo HIV/Aids. Foram revisados registros médicos para se avaliar os fatores associados à interrupção do acompanhamento clínico por pacientes soropositivos para o HIV admitidos no serviço entre 1993 e 1995. Os pacientes deveriam ter comparecido a pelo menos uma consulta de retorno no prazo de sete meses. A análise estatística incluiu χ^2 e Relative Hazard – RH com intervalo de 95% de confiança (IC) estimado pelo Modelo de Regressão de Cox.

Resultados

A incidência acumulada da interrupção do acompanhamento clínico foi de 54,3% entre os 517 pacientes incluídos no estudo (tempo médio de acompanhamento = 24,6 meses; incidência pessoa tempo = 26,5/100 pessoas-ano). A análise multivariada mostrou que realizar menos que duas contagens de linfócitos T CD4+ (RH = 1.94; IC 95% = 1.32-2.84) não realizar medida de carga viral (RH = 14.94; IC 95% = 5.44-41.04), comparecer a seis retornos ou menos (RH = 2.80; IC 95% = 1.89-4.14), não mudar de categoria clínica (RH = 1.40; IC 95% = 1.00-1.93) e não usar anti-retroviral, (RH = 1.43; IC 95% = 1.06-1.93) estava associado a um maior risco de interromper o acompanhamento clínico no serviço estudado.

Conclusões

Foi alta a taxa de interrupção do acompanhamento clínico aos pacientes estudados, sugerindo que a interrupção do acompanhamento pode ser uma função que vise a priorizar os pacientes com pior situação clínica, podendo ser um marcador de futura aderência ao uso de anti-retroviral.

Keyword

HIV. Acquired immunodeficiency syndrome. Health services. Patient dropouts. Patient compliance. Risk assessment. HIV seropositivity.

Abstract

Objective

To determine factors associated with the interruption of outpatient care of HIV-positive patients.

Correspondência para/ Correspondence to:
Mark Drew Crosland Guimarães
Av. Professor Alfredo Balena, 190 9º andar
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: drew@medicina.ufmg.br

Baseado na dissertação de mestrado apresentada a Faculdade de Medicina da UFMG.
Recebido em 22/2/2002. Reapresentado em 10/9/2002. Aprovado em 21/10/2002.

Methods

Non-concurrent prospective study carried out in a public AIDS referral center in Belo Horizonte, Brazil. Medical records were reviewed in order to assess factors associated with the interruption of clinical care of HIV patients admitted between 1993 and 1995. Patients should have attended at least one follow-up visit within a period of 7 months. Statistical analysis was carried out using Chi-square and relative hazard (RH) with 95% confidence interval (CI) estimated by Cox Regression Model.

Results

Cumulative incidence of interruption was 54% among 517 patients included in the study (mean follow-up=24.6 months; 26.5/100 person-years). Multivariate analysis indicated that those individuals who had fewer (<2) CD4+ T lymphocyte cell counts (RH=1.94; 95% CI=1.32-2.84) did not have viral load measured (RH=14.94; IC 95%=5.44-41.04), attended <7 medical follow-up visits (RH =2.80; IC 95%=1.89-4.14), did not change clinical category (RH =1.40; IC 95% =1.00-1.93) and did not undergo any anti-retroviral therapy (RH =1.43; IC 95% =1.06-1.93) had independently an increased risk of interrupting clinical care.

Conclusions

The rate of clinical interruption in this center is high. The results suggest that interruption may be a function of better clinical outcome, i.e. the service may give priority to those patients with more severe clinical condition, and interruption of clinical care may be a marker for future antiretroviral compliance.

INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/Aids no mundo continua a ser, ao final do século XX, um importante problema de saúde pública a ser enfrentado. Dados da UNAIDS¹⁶ indicam expansão na prevalência da infecção pelo HIV em todos os continentes, entre 1996 e 2001, sendo particularmente importante na Ásia (160%), Europa Oriental (1300%) e África (100%).

No Brasil, dados de notificação apontam crescimento constante da epidemia e mostram a magnitude do problema. Em 1999, 59% dos 5507 municípios brasileiros já haviam registrado pelo menos um caso de Aids⁶ com um total de 222.356 notificações no País até setembro de 2001.¹⁰

A evolução da epidemia exige uma reflexão própria, pois expõe o cenário de contradições sociais no qual se desenvolve e, muitas vezes, a limitada capacidade de resposta do poder público às demandas surgidas. O avanço do conhecimento sobre HIV/Aids, bem como o desenvolvimento de novas formas de diagnóstico e terapêutica para as pessoas infectadas, têm deslocado a capacidade de intervenção para estágios mais precoces da doença, com conseqüente aumento da sobrevida dos pacientes.

O cuidado médico regular é essencial para o prolongamento da vida e melhoria da qualidade de saúde entre indivíduos vivendo com a infecção pelo HIV/Aids. Este cuidado deve iniciar-se imediatamente após o diagnóstico da infecção, incluindo

monitoramento médico sistemático e intervenções durante o curso da doença.³ Diversos estudos mostram que o acesso e a utilização de serviços de saúde podem reduzir a progressão da doença, diminuir a hospitalização, a morbidade associada e a mortalidade, por meio de acompanhamento adequado, do uso de anti-retrovirais e de profilaxia para infecções oportunistas.^{1,7,9,13}

Apesar desse conhecimento, um dos significativos problemas enfrentados durante a atenção ao paciente com HIV/Aids é a sua não-adesão às recomendações preconizadas pelo serviço de saúde durante o acompanhamento. Essa não-adesão traz grande inquietação aos planejadores e demais profissionais de saúde, pois pode resultar em graves conseqüências. Dentre estas, para o indivíduo, citam-se o agravamento da doença, muitas vezes irreversível, e a possibilidade de dar origem a cepas resistentes com prejuízo para tratamentos posteriores. Com o advento de novas drogas que, quando combinadas, reduzem drasticamente a carga viral, levando-a a níveis indetectáveis, observou-se um aumento da atenção dos pesquisadores sobre o problema da não-adesão, sendo a discussão da adesão ao acompanhamento médico um de seus principais aspectos.³ Porém, existem poucos estudos disponíveis que abordem diretamente a questão da interrupção do acompanhamento clínico pelo paciente com a infecção pelo HIV e dos fatores associados a esta interrupção. A ênfase tem sido dada à adesão ao tratamento com anti-retrovirais, com vasta literatura disponível.

Nesse sentido, uma maior compreensão de questões relacionadas ao acesso e utilização, bem como da adesão dos usuários aos serviços de saúde pode contribuir para uma melhor oferta e organização desses serviços, com maior fixação do paciente e conseqüente maior eficácia social. Assim, o presente estudo tem como objetivo principal determinar os fatores associados à interrupção do acompanhamento clínico por pacientes com infecção pelo HIV, acompanhados em um serviço ambulatorial para HIV/Aids.

MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo prospectivo não-concorrente (coorte histórica), desenvolvido em um serviço público ambulatorial de referência para atendimento ao paciente HIV/Aids.

População e período do estudo

A população do estudo foi constituída por indivíduos admitidos para acompanhamento médico, atendidos pela primeira vez pelo serviço ambulatorial estudado, entre 1 de janeiro de 1993 e 31 de dezembro de 1995. Esses indivíduos apresentaram evidência laboratorial de infecção pelo HIV e foram classificados de acordo com as categorias clínicas propostas pelo "Centers for Disease Control and Prevention" (CDC),⁵ como "A" (assintomático, infecção aguda pelo HIV ou linfadenomegalia generalizada persistente) ou "B" (sintomáticos, não-A e ausência de condições indicativas de Aids). Além disso, tiveram indicação de retorno e foram seguidos até 31 de dezembro de 1997, garantindo a todos um tempo mínimo de acompanhamento de dois anos.

Foram excluídos pacientes que preencheram os critérios de entrada, mas que: evoluíram para óbito até 31 de maio de 1997, tiveram registro em prontuário de transferência para continuidade do acompanhamento clínico em outro serviço de saúde ou que compareceram apenas na primeira consulta, apesar da indicação de retorno.

A não-inclusão no estudo dos indivíduos que foram classificados na entrada como categoria "C" deveu-se ao fato de que, em geral, esses indivíduos, com infecção mais grave costumam apresentar uma maior adesão ao serviço de saúde^{3,12,15} e também porque vários deles haviam morrido durante o período do estudo, sendo este um fator de exclusão do estudo. Não era objetivo do estudo a análise da interrupção do acompanhamento clínico conseqüente a esse evento.

Os óbitos foram verificados pela *linkage* do banco

de dados do estudo com o banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM-MS) e da Gerência de Epidemiologia e Informação/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

A definição de interrupção do acompanhamento clínico (evento) foi estabelecida considerando-se que a infecção pelo HIV é uma doença crônica e que o paciente deve ter uma avaliação médica, em média, a cada três meses, estando esta freqüência associada à gravidade da doença.³ Com isso, foi estabelecido o período de sete meses sem comparecimento ao serviço após a última consulta registrada, propiciando um espaço maior de tempo para que o paciente, caso perdesse o retorno agendado, pudesse remarcar sua consulta. O tempo de acompanhamento no serviço foi definido como o tempo entre a data da primeira consulta e a data da última consulta realizada, em meses, dentro do período analisado.

A população final do estudo foi subdividida em dois grupos:

- 1) indivíduos aderentes ao serviço, correspondendo àqueles que tiveram indicação de retorno e permaneceram em acompanhamento no serviço até o final do período do estudo;
- 2) indivíduos que interromperam o acompanhamento, correspondendo àqueles que ficaram mais de sete meses sem comparecer ao serviço considerando a data final do estudo que foi de 31 de dezembro de 1997.

Variáveis de medida de exposição

Os dados foram coletados através dos prontuários do serviço (fonte secundária), com o preenchimento de formulário especificamente elaborado e previamente testado. Foram coletados dados relativos ao primeiro atendimento do paciente e a todos os retornos subseqüentes realizados dentro do período estudado. Foi realizada revisão de 10% dos formulários preenchidos, escolhidos aleatoriamente para se avaliar a confiabilidade das informações obtidas.

As variáveis contínuas foram categorizadas e a mediana foi utilizada como ponto de corte. Para as categorias de exposição múltipla, utilizou-se de hierarquização baseada na probabilidade de transmissão. Foram categorizados como: a) usuário de drogas injetáveis (UDI) quando havia qualquer menção desta prática; b) homo/bissexual, quando havia qualquer menção desta prática, exceto UDI; c) transmissão sangüínea, quando havia qualquer menção de hemotransfusão, exceto UDI ou prática homo/bissexual; d) heterossexual, quando este era o único relato de risco.⁸ Devido ao pequeno número de indi-

vídios categorizados como transmissão sanguínea, optou-se por analisar este grupo associado à categoria de transmissão heterossexual.

Análise estatística

Foram feitas distribuições de freqüência das variáveis, para construção do perfil dos participantes no estudo. Calculou-se a incidência acumulada e o coeficiente de incidência pessoas-tempo para interrupção do acompanhamento clínico. Para este último, foi usado como denominador o somatório dos tempos de acompanhamento de cada indivíduo (em anos). O tempo mediano de acompanhamento foi estimado utilizando-se o método de Kaplan-Meier.

Foi realizada análise univariada comparando-se os indivíduos aderentes ao serviço com os indivíduos que interromperam o acompanhamento clínico. Foi utilizado o modelo de riscos proporcionais de Cox, para estimativa do Relative Hazard – RH com intervalo de 95% de confiança entre os subgrupos formados a partir de cada variável. O nível de significância considerado foi de 0,05.

Da mesma forma, a determinação do efeito independente entre variáveis selecionadas e a interrupção foi obtida por meio de análise multivariada, utilizando-se modelo de riscos proporcionais de Cox. A modelagem iniciou-se com todas as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa ($p < 0,10$) na análise univariada, seguida de deleção seqüencial de acordo com a importância estatística de cada uma delas. Com o objetivo de avaliar-se a importância de cada variável na modelagem, usou-se o teste de Wald.

A determinação da adequação do modelo final, verificando a suposição básica de riscos proporcionais do modelo de regressão de Cox, foi feita utilizando-se de técnicas gráficas. Os dados foram divididos em estratos, de acordo com covariáveis selecionadas do

modelo final. Observou-se então o paralelismo das curvas log (*cumulative hazard*), com o objetivo de verificar se houve violação da suposição de riscos proporcionais nos estratos do conjunto de dados.

Para os residentes em Belo Horizonte, foi medida distância, em linha reta, entre os endereços geocodificados e o serviço estudado, sendo expressa em quilômetros. Para os residentes em outros municípios, considerou-se que estes residiam a uma distância maior que a mediana encontrada para os residentes em Belo Horizonte.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela gerência do serviço, pela Comissão de Ética do Hospital das Clínicas e pela Câmara do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG.

RESULTADOS

O estudo incluiu 517 pacientes HIV positivos acompanhados por dois anos (1993-1995). Durante o período analisado, 1709 indivíduos entraram no serviço pela primeira vez, sendo 834 (48,8%) elegíveis para participar no estudo. Destes, 317 (18,5%) foram excluídos conseqüentes a: terem evoluído para óbito ($n=264$); terem sido encaminhados para acompanhamento em outro serviço de saúde ($n=3$); terem comparecido apenas às primeiras consultas não mais retornando (50), ficando a população final disponível para análise representada por 30,3% do total.

A incidência acumulada de interrupção do acompanhamento clínico foi de 54,3%, enquanto que o coeficiente de incidência pessoas-tempo foi de 26,5/100 pessoas-ano. O tempo médio de acompanhamento dos pacientes no serviço, calculado entre a data da primeira e da última consulta, foi de 24,6 meses. O menor tempo de permanência no serviço foi de 0,2 mês (6 dias) e o máximo de 58,4 meses. Para os pacientes aderentes, o tempo médio de acompanhamento foi de 37,2 meses, com mediana de 35,1 meses. Os pacientes que interromperam o acompanhamento clínico apresentaram tempo médio de acompanhamento de 14,1 meses, com mediana de 11,4 meses. Utilizando-se do método de Kaplan-Meier o tempo mediano global de acompanhamento dos indivíduos foi estimado em 30,4 meses (Figura).

As características sociodemográficas indicaram predomínio na população estudada de homens (68,9%), de cor branca (56,7%), com escolaridade ≤ 8 anos de estudo (48,4%), idade ≤ 31 anos (55,1%; média = 32,0 e mediana = 31,0) e heterossexuais/receptores de trans-

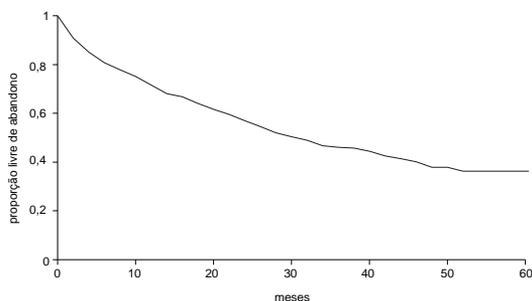


Figura - Curva de Kaplan-Meier indicando a mediana de tempo livre de abandono do acompanhamento clínico, Belo Horizonte, 1993 a 1997.

fusão sanguínea (45,3%). As variáveis renda e cobertura assistencial não foram analisadas devido ao grande número de informação sem registro encontrado (55,7% e 92,6%, respectivamente).

Resultados de variáveis que caracterizam a primeira consulta mostraram maior percentual de entrada no serviço no ano de 1995 (42,4%) e predomínio de indivíduos com categoria clínica inicial "A" na entrada (76,2%). As variáveis que caracterizam os retornos indicaram maior proporção de realização de mais de uma contagem de linfócitos T CD4+ (59,8%), não-realização de exame de detecção de carga viral (79,7%), realização de mais de seis retornos (50,5%), manutenção da mesma categoria clínica (72,1%), não-uso de anti-retroviral e profilaxia primária durante acompanhamento (52,8% e 67,5% respectivamente), e ter interrompido o acompanhamento clínico (54,3%).

Análise univariada

A incidência acumulada de interrupção foi maior entre os homens (55,3%), sem ocupação (55,8%), com união não estável (56,5%), idade >31 anos (55,6%), residentes em outros municípios (55,7%), que moravam a uma distância do serviço menor que 4,7 km (57,4%) e usuários de drogas injetáveis (61,0%) (Tabela 1). No entanto, nenhuma das características sociodemográficas estudadas apresentou associação estatisticamente significativa com a interrupção do acompanhamento clínico.

Quanto às variáveis de primeira consulta, apenas a classificação clínica inicial apresentou associação estatisticamente significativa com interrupção do acompanhamento clínico. Indivíduos classificados como categoria "A" tiveram menor risco de interromper o acompanhamento que indivíduos clas-

Tabela 1 – Análise univariada de interrupção do acompanhamento clínico, segundo variáveis selecionadas, em indivíduos atendidos no serviço de saúde estudado, Belo Horizonte, MG, 1993-1997. (N=517)

Variável	Total n*	Interrupção n (%)**	RH*** (IC 95%)	Valor de p
Sociodemográficas e fonte de infecção				
Sexo				
Masculino	356	197 (55,3)	1,13 (0,88–1,46)	0,339
Feminino	161	84 (52,2)	1,0	
Cor				
Preta/Outras	183	101 (55,2)	0,97 (0,75–1,23)	0,785
Branca	293	160 (54,6)	1,0	
Ocupação				
Sem ocupação	104	58 (55,8)	1,07 (0,80–1,44)	0,629
Outros	393	207 (52,7)	1,0	
Escolaridade				
<8 anos	250	134 (54,0)	1,02 (0,78–1,32)	0,783
>8 anos	185	99 (53,5)	1,0	
União/Estado civil				
Não estável	368	208 (56,5)	1,21 (0,92–1,59)	0,164
Estável	144	69 (47,9)	1,0	
Idade				
<31 anos	285	152 (53,3)	0,93 (0,73–1,17)	0,528
>31 anos	232	129 (55,6)	1,0	
Residência				
Outros municípios	176	98 (55,7)	1,06 (0,83–1,36)	0,626
Belo Horizonte	337	179 (53,1)	1,0	
Distância				
>4,7 km	322	169 (52,5)	0,90 (0,71–1,14)	0,376
<4,7 km	195	112 (57,4)	1,0	
Fonte de infecção				
Uso de drogas injetáveis	41	25 (61,0)	1,22 (0,79–1,88)	0,361
Homo/Bissexual	219	120 (54,8)	1,07 (0,83–1,38)	0,600
Heterossexual/Transfusão	234	120 (51,3)	1,0	
Características da primeira consulta				
Realização de Anti-HIV anterior à entrada no serviço				
Não	63	34 (54,0)	1,06 (0,74–1,53)	0,739
Sim	396	215 (54,3)	1,0	
Internação anterior à entrada no serviço				
Não	447	236 (52,8)	0,81 (0,59–1,21)	0,209
Sim	70	45 (64,3)	1,0	
Ano de entrada no serviço				
1993	131	78 (59,5)	1,00 (0,76–1,33)	0,993
1994	167	96 (57,5)	0,82 (0,60–1,12)	0,207
1995	219	107 (48,9)	1,0	
Classificação inicial à entrada no serviço				
A	394	201 (51,0)	0,65 (0,50–0,84)	0,001*
B	123	80 (65,0)	1,0	

*Totais variam devido à exclusão de informação não disponível.

**Número e proporção de indivíduos que abandonaram o acompanhamento clínico no período.

***Obtido através do modelo de riscos proporcionais de Cox.

Associação estatisticamente significativa a 0,05.

sificados como “B” (RH=0,65; IC 95% =0,50-0,84) (Tabela 1).

No que se refere às variáveis que caracterizam os retornos (Tabela 1), observou-se maior risco para interrupção entre os pacientes que: 1) não realizaram ou realizaram somente uma contagem de linfócitos T CD4+; 2) não realizaram exame de detecção de carga viral; 3) tiveram seis ou menos retornos; 4) não mudaram de categoria durante o acompanhamento; 5) foram classificados como categoria “A” na última consulta realizada no serviço; 6) não usaram anti-retroviral ou usaram anti-retroviral em monoterapia ou em esquema duplo; 7) não usaram profilaxia primária e 8) não foram atendidos por especialista ou compareceram a duas ou menos consultas com estes.

Análise multivariada

O modelo final indicou que, ter realizado somente uma contagem de linfócitos T CD4+ ou nenhuma, não ter realizado exame de detecção de carga viral durante acompanhamento no serviço, ter realizado seis ou menos retornos, não ter mudado de categoria clínica e não ter usado anti-retroviral estavam associados a maior risco de interrupção do acompanhamento clínico (Tabela 2). As curvas produzidas para cada estrato foram paralelas, indicando não haver desvios da suposição dos riscos proporcionais do modelo de Cox.

A variável ano/calendário de entrada no serviço não apresentou uma associação estatisticamente significativa com a interrupção do acompanhamento clínico na análise univariada. Apesar disto, e consi-

Tabela 1 – Continuação.

Variável	Total n*	Interrupção n (%)**	RH*** (IC 95%)	Valor de p
Características do acompanhamento				
Realização de contagem de linfócito T CD4+				
Nenhuma	101	92 (93,9)	10,84 (8,04–14,62)	<0,001*
Somente 1	110	96 (87,3)	6,54 (4,88–8,77)	<0,001*
>1	306	93 (30,1)	1,0	
Tempo entre a primeira consulta e a realização da primeira contagem de linfócitos T CD4+ (meses)				
>7	98	38 (38,8)	0,69 (0,48–1,01)	0,058
5-6	36	16 (44,4)	0,97 (0,57–1,65)	0,920
3-4	68	35 (51,5)	1,19 (0,81–1,75)	0,381
1-2	209	95 (45,5)	1,0	
Valor da primeira contagem de linfócito T CD4+ (mm ³)				
Não realizou	101	94 (93,1)	4,10 (2,94–5,72)	<0,001*
>500	97	35 (36,1)	0,57 (0,48–0,92)	0,011*
200-499	215	94 (43,7)	0,66 (0,38–0,87)	0,019*
<200	104	58 (55,8)	1,0	
Realização de carga viral				
Não	412	276 (67,0)	21,47 (8,86–52,02)	<0,001*
Sim	105	5 (4,8)	1,0	
Número de retornos				
<6	256	214 (83,6)	7,40 (5,59–9,81)	<0,001*
>6	261	67 (25,7)	1,0	
Tempo entre a 1ª consulta e 1º retorno (meses)				
>4	77	43 (55,8)	0,90 (0,64–1,25)	0,527
2-3	84	48 (57,1)	1,12 (0,82–1,54)	0,472
<1	349	186 (53,3)	1,0	
Mudança de categoria clínica				
Não	372	216 (58,1)	1,90 (1,41–2,56)	<0,001*
Sim	134	55 (41,0)	1,0	
Classificação final duante última consulta				
A	279	157 (56,3)	1,61 (1,10–2,34)	0,014*
B	154	81 (52,6)	1,41 (0,94–2,11)	0,098
C	73	33 (45,2)	1,0	
Uso de anti-retroviral				
Não	273	203 (74,4)	3,78 (2,90–4,92)	<0,001*
Sim	244	78 (32,0)	1,0	
Tipo de anti-retroviral usado				
Não usa	273	203 (74,4)	15,55 (5,77–41,87)	<0,001*
Monoterapia	51	39 (76,5)	14,33 (5,11–40,14)	<0,001*
Esquema duplo	147	35 (23,8)	2,81 (1,00–7,91)	
Esquema triplo	46	4 (8,7)	1,0	0,050*
Uso de profilaxia primária durante acompanhamento no serviço				
Não	349	213 (61,0)	1,97 (1,50–2,59)	<0,001*
Sim	168	68 (40,5)	1,0	
Consulta com especialista durante acompanhamento no serviço				
Nenhuma	365	221 (60,5)	4,16 (2,32–7,45)	<0,001*
1-2	101	48 (47,5)	2,67 (1,42–5,03)	0,002*
>3	51	12 (23,5)	1,0	
Internação durante acompanhamento no serviço				
Não	412	227 (55,1)	1,28 (0,95–1,73)	0,099
Sim	105	54 (51,4)	1,0	

derando a sua importância, ela foi incluída na análise multivariada, porém não se manteve enquanto variável independente.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados mostram que os indivíduos mais saudáveis tendem a utilizar menos o serviço de saúde, apresentando maior risco de interromper o acompanhamento clínico.

A taxa de incidência de interrupção encontrada (54,3%) foi mais alta que a de outros estudos conduzidos em diferentes períodos de tempo e diferentes lugares, analisando indivíduos com infecção pelo HIV/Aids,^{3,4,8,12} variando de 15% a 36%. Esses pacientes tiveram menor chance de realização de exame de detecção de carga viral e contagem de linfócitos T CD4+, bem como do uso de anti-retrovirais e de medicamentos para profilaxia primária.

O tempo médio de acompanhamento no serviço para os pacientes que o interromperam (14,1 meses) foi curto, considerando-se ser a infecção pelo HIV/Aids uma doença crônica, ainda grave, apesar dos avanços ocorridos. A interrupção pode ser conseqüente à forma como o serviço de saúde se organiza, com menor utilização podendo significar maior dificuldade de acesso aos serviços. Além disto o serviço não está organizado para reconhecer e buscar pacientes ausentes. A interrupção pode também ocorrer como resultado das formas de adaptação do indivíduo a sua nova realidade. Sentimentos de frustração, desesperança e outras emoções negativas sobre sua saúde podem levar o indivíduo a ser menos aderente a recomendações médicas.¹⁴

A alta incidência de interrupção do acompanhamento clínico poderia, em parte, ser explicada pela utilização paralela de outros serviços de saúde, após

ter iniciado acompanhamento no serviço estudado.

Estudo desenvolvido por Kissinger et al⁸ (1995) analisando a adesão ao cuidado médico em serviço público de atendimento ao paciente com infecção pelo HIV, estimou que 40% dos pacientes atendidos usaram outros serviços durante acompanhamento no setor público. Mor et al¹¹ (1992) encontraram percentual de utilização paralela de outros serviços de saúde, por pacientes com infecção pelo HIV, que variou de 26,4% a 50%.

Foi encontrada elevada proporção de dados ignorados ou ausentes, para algumas variáveis pesquisadas, como renda e existência de seguro-saúde. Essas variáveis não puderam ser incluídas na análise, impossibilitando uma abordagem mais completa. A existência de seguro saúde pode estar associada a maior risco para interrupção, visto que o paciente tem outra opção de acompanhamento além do serviço público.

O estudo de confiabilidade, com a coleta de dados de 10% dos prontuários (n=51), mostrou que 25% (n=13) dos pacientes que haviam interrompido o acompanhamento clínico no período estudado retornaram ao serviço após dezembro de 1997, com períodos de ausência que variaram de 12 a 48 meses. Isso pode indicar que o período de dois anos definido no presente estudo talvez seja curto para uma avaliação mais abrangente desta interrupção. No entanto, a ausência do acompanhamento por até dois anos em uma condição como o HIV, é um importante indicador de utilização de serviço, apontando a necessidade de uma maior compreensão dos fatores associados a essa ausência.

Ao final do acompanhamento, observou-se mudança de categoria clínica em 25,9% dos pacientes classificados inicialmente como "A" ou "B", para "C". Esta proporção de progressão foi maior (39,5%) em estudo anterior desenvolvido no mesmo local (1989

Tabela 2 – Modelo final da análise multivariada entre pacientes atendidos no serviço com risco relativo para interrupção do acompanhamento clínico, Belo Horizonte, 1993 a 1997.

Variável	RH (IC 95%)*
1. Realização de contagem de linfócito T CD4+ no serviço	
Nenhuma	2,15 (1,53–3,03)
Apenas 1	1,92 (1,32–2,79)
>1	1,0
2. Realização de exame de detecção de carga viral no serviço	
Não	11,99 (4,83–29,78)
Sim	1,0
3. Número de retornos	
≤6	2,49 (1,64–3,78)
>6	1,0
4. Mudança de categoria clínica	
Não	1,43 (1,03–1,98)
Sim	1,0
5. Uso de ARV	
Não	1,62 (1,15–2,29)
Sim	1,0

*Obtido através do modelo de riscos proporcionais de Cox.

a 1994).² É provável que esta diferença seja devido à política de realização de exames e distribuição de medicamentos do Ministério da Saúde, sobretudo a partir de 1995.

Indivíduos menos graves ao final do estudo apresentaram maior risco de interrupção do acompanhamento clínico. Estes resultados são coerentes com outros estudos, que apontam maior risco de não-comparecimento ao serviço por pacientes com menor gravidade da doença.^{1,11,15} Por outro lado, a realização de exames (contagem de linfócitos T CD4+ e exame de detecção de carga viral) e o número de retornos podem ser interpretados como prováveis marcadores de utilização do serviço.

O produto dessa investigação reflete a situação de indivíduos menos graves, ou seja, aqueles classificados como categorias A ou B na entrada no serviço. A opção de exclusão neste estudo de pacientes classificados na categoria "C" na entrada no serviço e também dos óbitos, provavelmente com maior gravidade

clínica e, portanto, mais aderentes ao acompanhamento, pode ter contribuído com os resultados encontrados. O grande dinamismo da epidemia pelo HIV mostra o avanço progressivo do conhecimento sobre a infecção, com disponibilidade nos últimos anos de um crescente arsenal diagnóstico e terapêutico, deslocando a capacidade de intervenção para estágios mais precoces da evolução da doença. Isso coloca aos serviços de saúde o desafio de conseguir acompanhar, de maneira regular, os pacientes menos graves, que poderiam se beneficiar dessa intervenção mais precoce, com maior tempo livre de Aids, maior sobrevida e melhor qualidade de vida. Também é necessário desenvolver mecanismos de monitoramento contínuo do acompanhamento, com identificação ágil dos pacientes ausentes buscando-os para continuidade do atendimento. O reconhecimento e a compreensão do percurso realizado pelo indivíduo fora do serviço pode auxiliar no redimensionamento das intervenções, obtendo-se melhor resultado na saúde do indivíduo infectado pelo HIV em acompanhamento nos serviços de saúde públicos.

REFERÊNCIAS

1. Acurcio FA, Cesar CC, Guimarães MDC. Health care utilization and survival among patients with Aids in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saúde Pública* 1998;14:811-20.
2. Acurcio FA, Guimaraes MDC. Uso de los servicios de salud y progresión al Sida entre personas con infección por VIH en Belo Horizonte (Minas Gerais), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 1998;4:331-40.
3. Catz SL, McClure JB, Jones GN, Brantley PJ. Predictors of outpatient medical appointment attendance among persons with HIV. *AIDS Care* 1999;11:361-73.
4. Catz SL, McClure JB, Jones GN, Brantley PJ. Hopelessness among HIV+ individuals: relation to psychosocial functioning, medical adherence and health status. *Ann Behav Med* 1995;17:159.
5. Centers for Disease Control and PREVeNTION. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for Aids among adolescents and adults. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1992;41(RR-17):19.
6. Dhalia C, Barreira D, Castilho EA. A Aids no Brasil: situação atual e tendências. *Bol Epidemiol Aids* 2000;13:1-56.
7. Guimarães MDC. Estudo temporal das doenças associadas à Aids no Brasil, 1980-1999. *Cad Saúde Pública* 2000;16:21-36.
8. Kissinger P, Cohen P, Brandon W, Rice J, Morse A, Clark R. Compliance with public sector HIV medical care. *J Natl Med Assoc* 1995;87:19-24.
9. McLaughlin TJ, Soumerai SB, Weinrib D, Aupont O, Cotton D. The association between primary source of ambulatory care and access to and outcomes of treatment among Aids patients. *Int J Qual Health Care* 1999;11:293-300.
10. Ministério da saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Bol Epidemiol Aids* 2001;15:1-57.
11. Mor V, Fleishman JÁ, Dresser M, Piette J. Variation in health service use among HIV-infected patients. *Med Care* 1992;30:17-29.
12. Palacio H, Shiboski CH, Yelin EH, Hessol NA, Greenblatt RM. Access to and utilization of primary care services among HIV-infected women. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999;21:293-300.
13. Pallela FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med* 1998;338:853-60.
14. Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, DiMatteo MR, Kravitz RL. Antecedents of Adherence to Medical Recommendations: Results from the Medical Outcomes Study. *J Behav Med* 1992;15:447-68.
15. Tramarin A, Campostrini S, Tolley K, Lalla F. The influence of socioeconomic status on health service utilisation by patients with AIDS in North Italy. *Soc Sci Med* 1997;45:859-66.
16. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Estimations about HIV/AIDS*. Geneva; 2002.