

Capítulo 11
DESCRIÇÃO DA AMOSTRA OBTIDA NO SERVIÇO DE DOENÇAS
INFECCIOSAS DOS HUC (1996 – 2001)

O número de episódios relatados pelo Serviço de Estatística dos HUC, onde se relacionava a causa de internamento no Serviço de Doenças Infecciosas com a infecção por VIH/SIDA ou com co-morbilidades associadas totalizou, para o intervalo em análise, 1996 – 2001, 1163 episódios de internamento gerados por 571 doentes. Neste universo, pôde verificar-se a existência de 9 casos em que ao mesmo doente correspondia mais do que um número de processo clínico, tendo sido fixado o número de doentes a investigar em 562. Destes, foram localizados com sucesso 547 processos individuais, o que perfaz uma concretização de 97,33% do universo de investigação. Os 15 processos em falta, aos quais o Serviço de Doenças Infecciosas não acedeu em tempo útil, encontravam-se retidos noutras unidades dos HUC ou não foi possível a sua localização física.

Assim, no presente estudo, foram avaliados 1128 episódios de internamento, gerados por 547 doentes diferentes, com múltiplos internamentos, repartidos entre 1996-2001, originando uma média anual de 188 episódios de internamento, que envolveram 122,2 doentes VIH+/ano.

Quadro 11.1 – Movimento do Serviço de Internamento de Doenças Infecciosa dos HUC (1996-2001)

	1996 (%)		1997 (%)		1998 (%)		1999 (%)		2000 (%)		2001 (%)	
Total de entradas	559		450		524		524		507		464	
Entradas: causa VIH/SIDA +co-morbilidades*	225	40,3	150	33,3	186	35,5	183	34,9	182	35,9	202	43,5
N.º doentes internados: causa VIH/SIDA + co-morbilidades*	138		102		122		121		131		119	

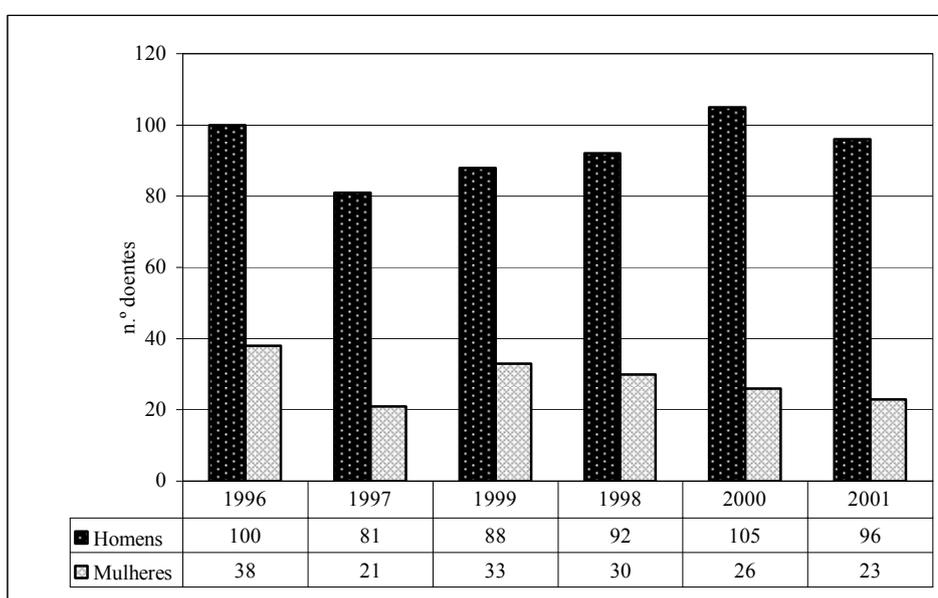
Fonte: Serviço de Estatística – HUC;

* Válido para o universo de investigação (1128 episódios de internamento; 547 doentes)

Do universo de 547 doentes que constituem a amostra do presente estudo, 427 indivíduos (78,06%) pertencem ao sexo masculino e 120 (21,93%) ao sexo feminino, sinalizando uma maior prevalência masculina ao longo do intervalo de investigação, proporcionando uma razão Homem/Mulher = 3,56.

Comparando estes valores com os dados nacionais para o intervalo 1983-2003, encontramos a uma razão entre sexos de 4,9 e de 3,35, respectivamente para os casos de SIDA e Complexo Relacionado com SIDA¹ (CRS) notificados, decrescendo para 2,41 quando estão envolvidos Portadores Assintomáticos da infecção (PA), o que pode indiciar uma tendência de feminização da epidemia uma vez que os PA notificados envolvem um conjunto de indivíduos cuja infecção ocorreu num passado mais recente, quando comparado com os demais estádios da doença.

Figura 11.1 – Número de utentes VIH+ admitidos no Serviço de Internamento segundo o sexo e ano de internamento (HUC, 1996 – 2001)



Relativamente à estrutura etária dos doentes internados, encontramos um valor mínimo de 17 anos e um máximo de 84 anos, com a classe modal fixada entre os 35-39 anos (25,2%), para ambos os sexos (Fig. 11.2), sendo a idade média masculina de 42 anos e a idade média feminina de 40,7 anos.

Comparando estes dados com os valores nacionais notificados (1983-2003), encontramos a classe modal para os doentes em estadio SIDA fixada nos 30-34 anos, baixando para o intervalo 25-29 anos no caso dos PA e CRS.

No que respeita à nacionalidade (Fig. 11.3), e tal como seria de esperar, 491 indivíduos são de nacionalidade portuguesa (89,8%), embora se registem doze nacionalidades

¹ *Complexo Relacionado com SIDA*, também designada por *casos sintomáticos não-SIDA*, envolve a classificação proposta pelos *Centers for Disease Control - Atlanta*, para fins de vigilância epidemiológica relacionada com a infecção por VIH, incluindo os Grupos III [linfadenopatia persistente generalizada] e Grupo IV [outras doenças a VIH] (CVEDT-INSA, Doc.131, 2004).

diferentes, relevando nesta categoria a nacionalidade espanhola (4%) e as ligações aos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP, 3,83%), pelo que encontramos 96,2% (n=526) de indivíduos de raça caucasiana e 3,8% (n=21) indivíduos de raça negra.

Figura 11.2 - Distribuição etária dos doentes VIH+ no Serviço de Internamento (HUC, 1996-2001)

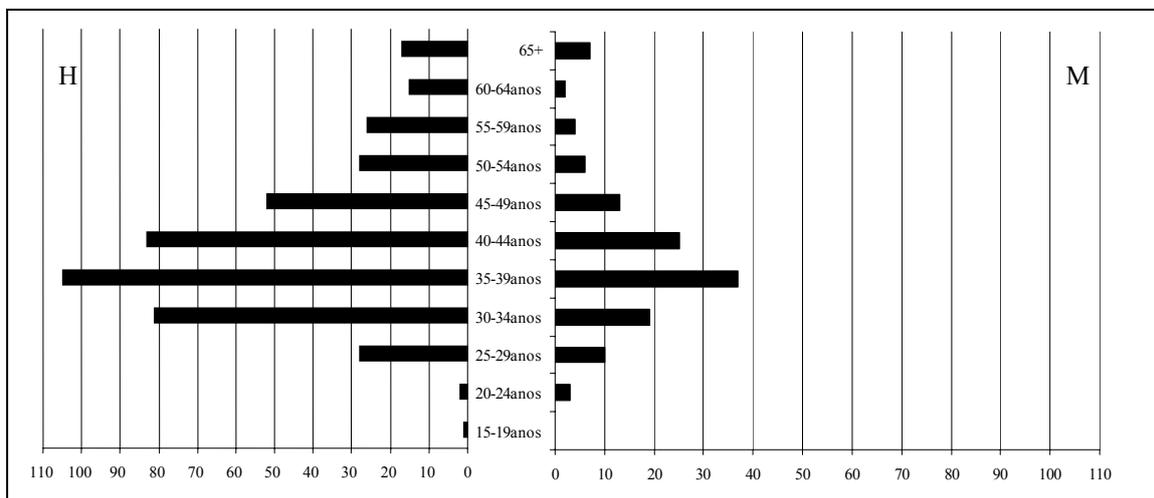
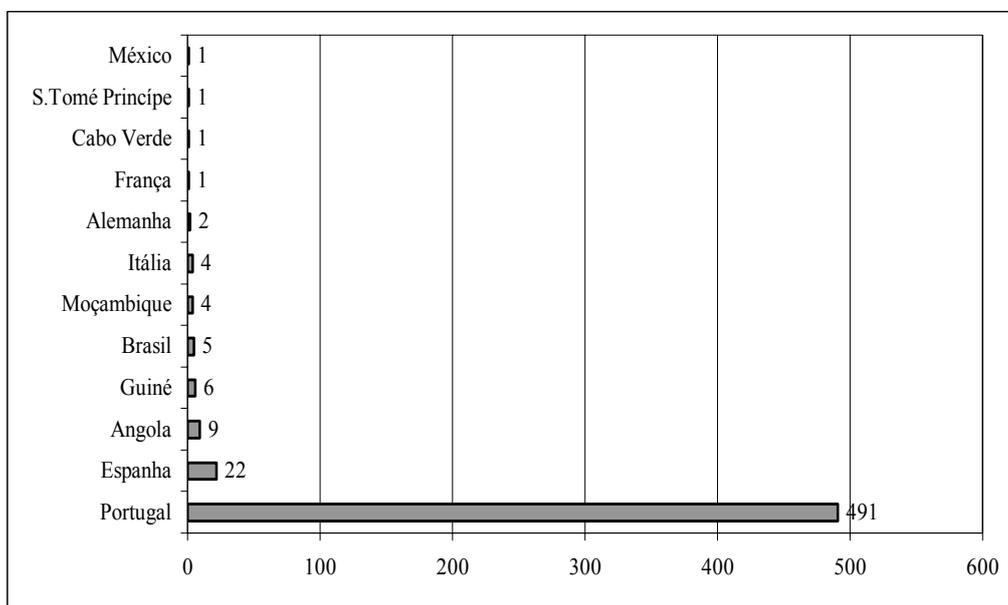
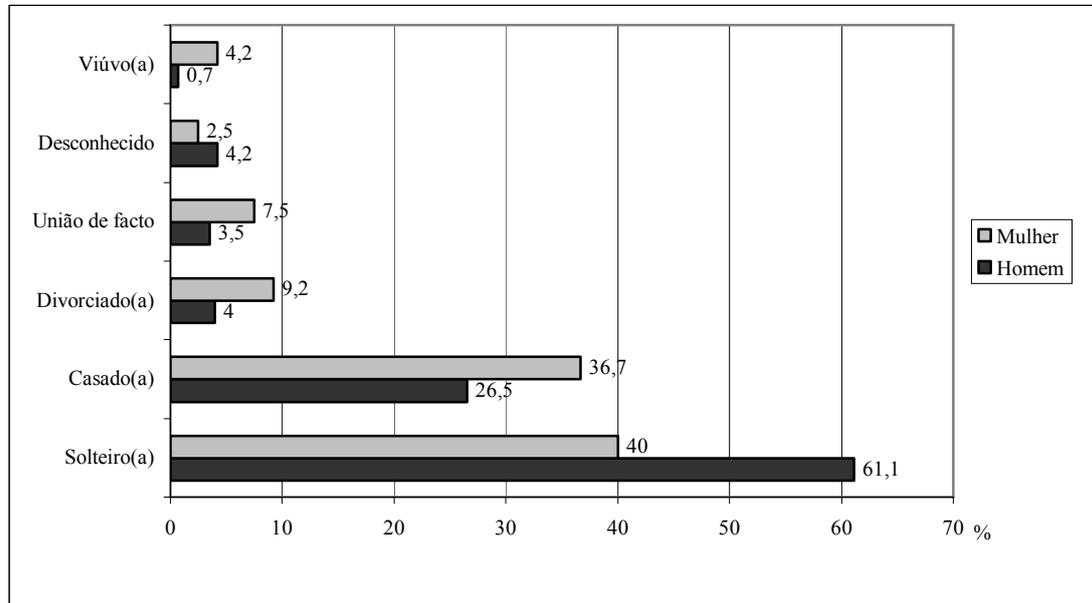


Figura 11.3 – Distribuição dos doentes VIH+ no Serviço de Internamento segundo a nacionalidade (HUC, 1996-2001)



No que respeita ao *estado civil* (Fig. 11.4), verificamos que 56,5% dos indivíduos declararam-se solteiros, 28,7% casados, e 4,4% afirmam viver em união de facto, sendo também digno de nota os 3,8% de desconhecimento desta variável.

Figura 11.4 – Estado civil dos doentes VIH+ admitidos no internamento do Serviço de Doenças Infecciosas (HUC, 1996-2001)

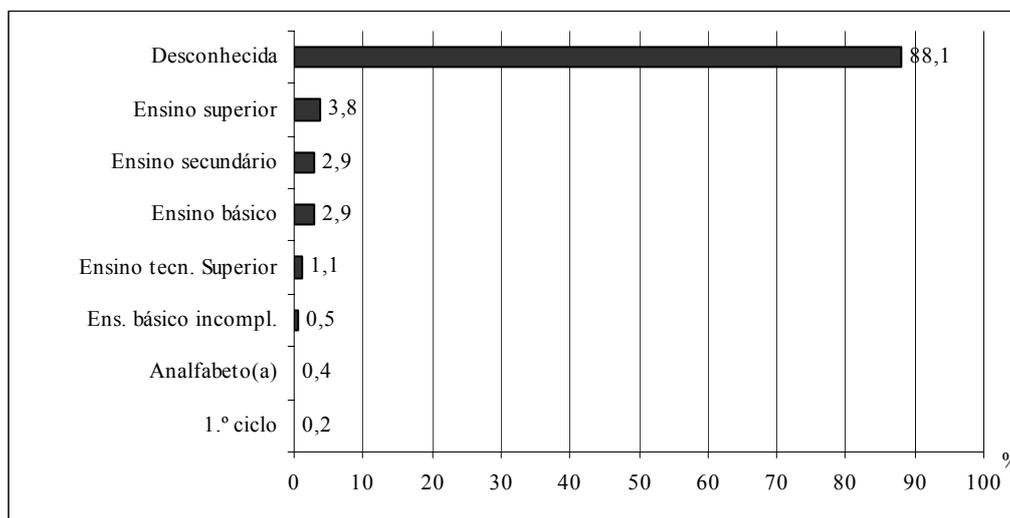


Um outro dado que releva a partir da observação da figura 11.4 diz respeito ao predomínio de indivíduos do sexo masculino infectados pelo VIH e que se declararam solteiros, facto que se altera nas demais categorias consideradas, revelando um maior número de mulheres infectadas em todas as outras categorias que envolvem cenários de conjugalidade formal ou informal. A tendência para o aumento da feminização da epidemia esboçada por este estudo, apenas no que diz respeito a doentes internados neste serviço entre 1996 – 2001, tem vindo a ser confirmada por recentes relatórios europeus onde, 29% do total de casos reportados em 19 países da região Europa Ocidental (OMS), até Dezembro de 2003, afectavam indivíduos com idades inferiores a 30 anos, sendo que 36,6% dos 18.030 novos casos declarados envolviam mulheres jovens, cujo percursos infeccioso passava, maioritariamente, por um relacionamento heterossexual de risco (EuroHIV, 2004; pp.5).

Relativamente à variável *escolaridade*, envolvendo 7 níveis de qualificação (Fig. 11.5), em 88,1% dos dados não foi possível apurar o nível de escolaridade detido pelos doentes, o que pode indiciar a baixa prioridade dada à compreensão desta variável, ou uma maior dificuldade em alcançar a colaboração dos doentes no fornecimento de dados fidedignos a este respeito. Todavia, podemos registar que em 11,9% dos casos onde esta variável é

referenciada com confiança (n= 65), 32,30% dos indivíduos são titulares de formação superior, seguindo-se 24,61% com frequência de ensino básico e secundário.

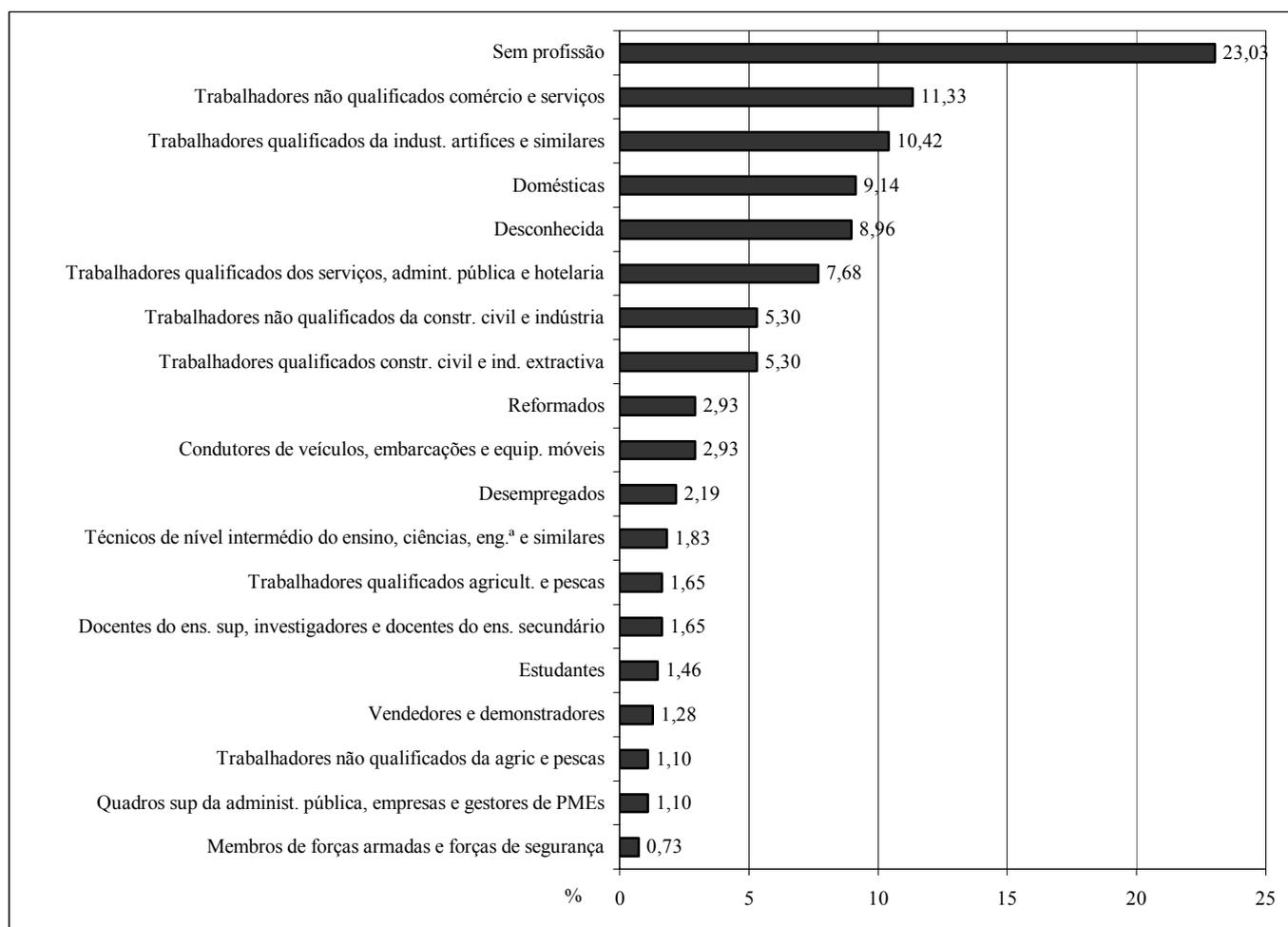
Figura 11.5 – Escolaridade dos doentes VIH+ admitidos no Serviço de Internamento (HUC, 1996-2001)



No que diz respeito à *actividade profissional* declarada pelos indivíduos, e procurando obter uma categorização consistente, alcançámos dezanove classificações, aglutinando em alguns casos um conjunto de actividades que, pela similitude de desempenhos e de habilitações, permitiram a distribuição presente na figura 11.6.

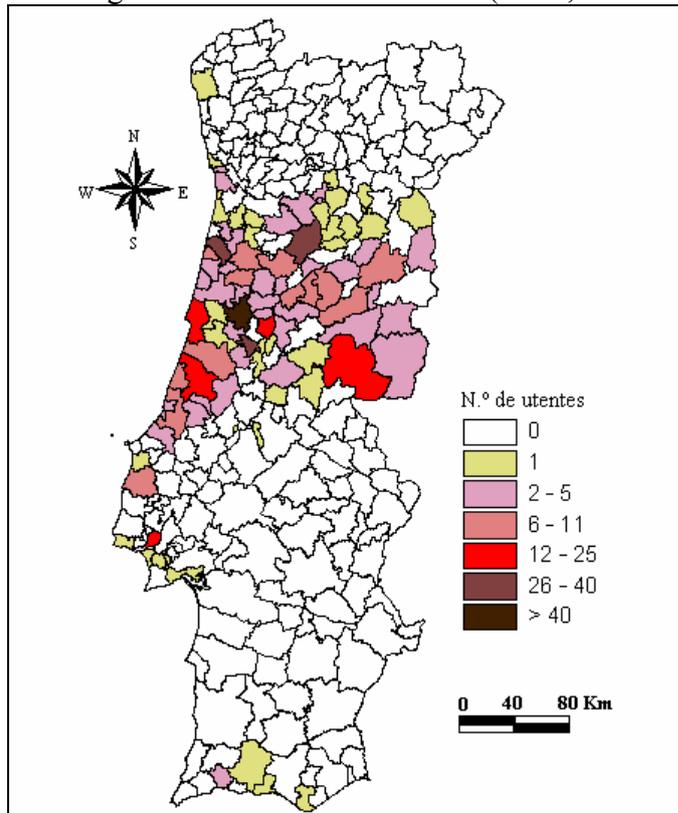
A abordagem e interpretação dos dados agora apresentados será objecto de discussão mais detalhada quando da análise e segmentação do universo investigado por categoria de transmissão para a infecção por VIH. Todavia, e porque a segunda maior categoria de transmissão encontrada envolve toxicodependentes, num total de 222 indivíduos, correspondendo a 40,6 % do universo investigado, não é de todo inesperado o facto de uma parte significativa destes indivíduos se declarar *sem profissão* ou, quando admite exercer alguma actividade, normalmente relacionada com tarefas de baixa qualificação no sector da indústria, construção civil e serviços, são muitas vezes desempenhadas de forma intermitente e precária. De igual modo deve também sinalizar-se o facto de encontrarmos nesta categoria de transmissão indivíduos que se mantêm activos em sectores profissionais de elevada/média qualificação, nomeadamente na área da indústria e dos serviços.

Figura 11.6 – Distribuição da actividade profissional dos doentes VIH+ admitidos no Serviço de Internamento (HUC, 1996-2001)



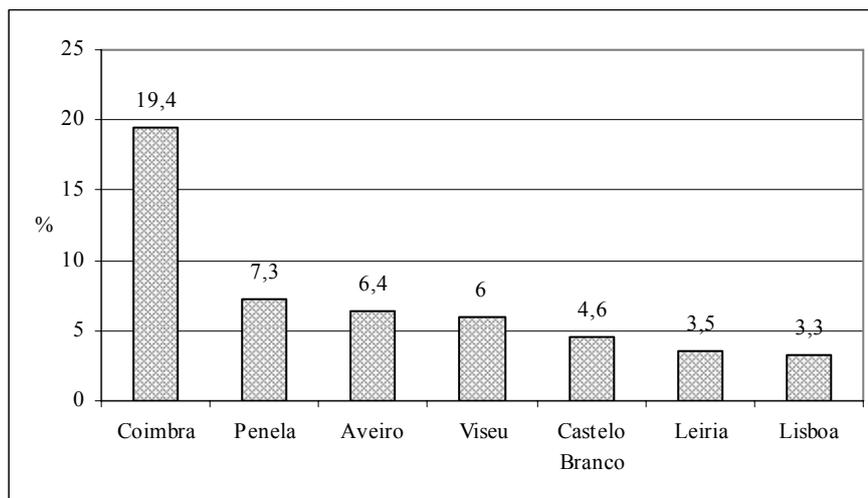
Relativamente à variável *residência*, e tal como já foi mencionado, foi averiguada, à escala do concelho a residência declarada pelos doentes internados no Serviço de Doenças Infecciosas por causa VIH/SIDA e co-morbilidades para o período de estudo. Ao contrário do que sucede com outras unidades hospitalares, cujo nível de especialização na prestação de cuidados é análogo ao dos HUC, nesta amostra a área de procura de cuidados de saúde estende-se por 91 concelhos diferentes, que vão desde Viana do Castelo, a norte, até Portimão, Silves, Albufeira e Faro a sul (Fig. 11.7),

Figura 11.7 – Distribuição concelhia dos utentes VIH+ admitidos no Serviço de Internamento segundo a residência declarada (HUC, 1996 – 2001)



encontrando-se 50% da procura hierarquicamente distribuída por 7 concelhos pertencentes 6 unidades distritais: Coimbra, Aveiro, Viseu, Castelo Branco, Leiria e Lisboa² (Fig. 11.8).

Figura 11.8 – Hierarquização da procura de cuidados de saúde no Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas por parte de doentes VIH+, segundo concelhos de residência mais representativos (HUC, 1996-2001)



² Por questões de garantia de confidencialidade e anonimato, um número muito reduzido de utentes oriundos das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira foram caracterizados e incluídos nos utentes residentes no concelho de Lisboa.

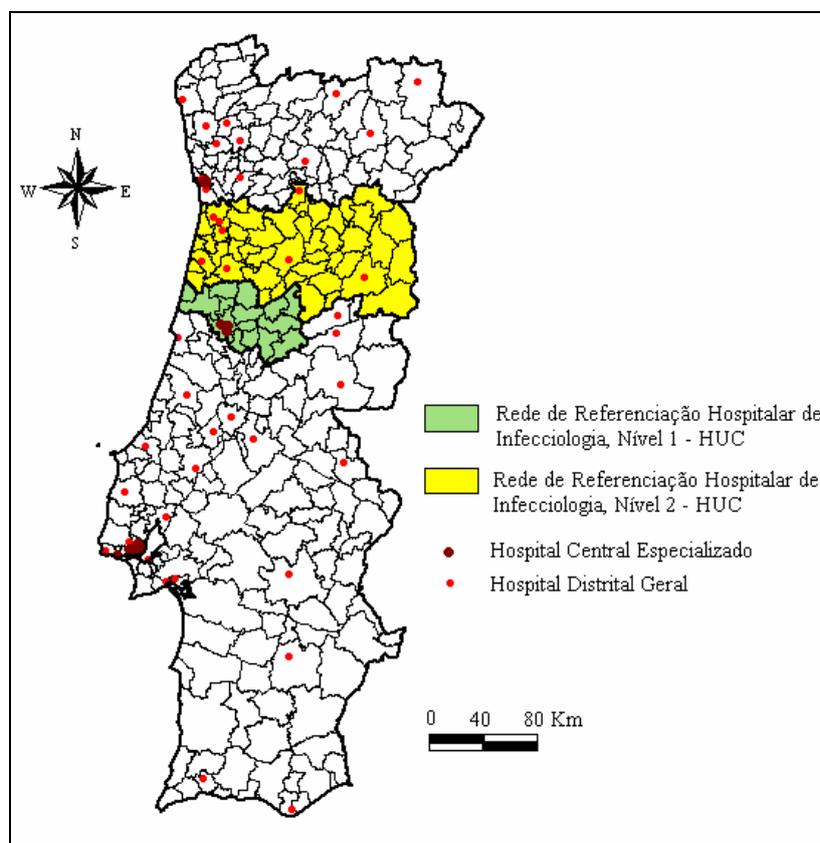
Capítulo 12

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Iniciando a análise e discussão dos resultados e prosseguindo o objectivo de caracterizar a procura de cuidados de saúde por parte de doentes VIH+, avaliando a área de influência para a prestação de cuidados especializados a estes doentes, devemos previamente atender a um importante factor de ordem administrativa/organizacional, absolutamente relevante para a compreensão da extensão da procura de cuidados de saúde em infecciologia. No caso do Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC encontramos, segundo o estatuído pela *Rede de Referência Hospitalar de Infecciologia* (DGS, 2001), um Serviço cujo dimensionamento obedece à oferta mínima de 25 camas, apoiado por secretariado próprio e por um corpo de infecciologistas não inferior a 7 especialistas, atendendo directamente e/ou prestando apoio especializado a uma população de referência igual ou superior a 300.000 habitantes. Cumulativamente, deve acrescentar-se aos cuidados prestados por um Serviço de Internamento com estas características, a disponibilidade de prestação de cuidados de saúde em regime de ambulatório, constituídos por Consulta Externa e Hospital de Dia, cuja autonomia é atingida a partir do acompanhamento de 500 doentes VIH+ (DGS, 2001). Neste contexto, o Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC, deve ser observado no enquadramento de um *Hospital Central e Especializado* o que, naturalmente, o coloca na condição de prestador de cuidados de saúde supra-concelhio, atendendo, em termos de *referência directa em infecciologia*, uma população de 348 324 habitantes, distribuídos por 15 concelhos, naquilo que designámos por *Rede de Referência em Infecciologia de nível 1* (Fig. 12.1)³.

³ No caso específico dos HUC, o Serviço de Doenças Infecciosas congrega na sua área de influência, que designámos por *nível 1 da Rede de Referência de Infecciologia*, os concelhos de: Coimbra [Norte: freguesia da Sé Nova, St.^a Cruz, St.^o Ant. dos Olivais e Eiras], Cantanhede, Anadia, Mealhada, Arganil, Góis, Lousã, Mira, Miranda do Corvo, Mortágua, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penacova, Tábua e Vila Nova de Poiares (DGS, 2001; pp. 20-21).

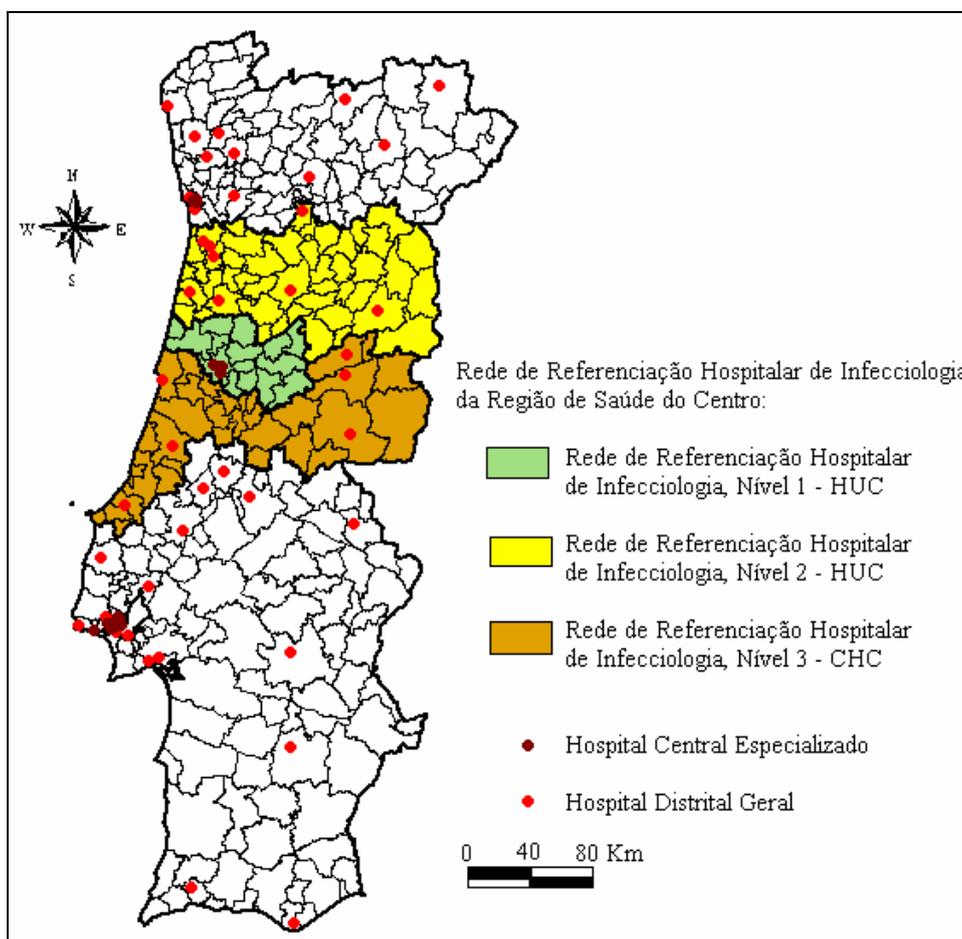
Figura 12.1 - Rede de Referência Hospitalar de Infecção (Nível 1 e 2 – HUC)



Adicionalmente, presta apoio especializado às Unidades Hospitalares de Aveiro, St.^a Maria da Feira e Viseu, envolvendo uma população de 1.051.919 habitantes que se reparte por 48 concelhos, constituindo aquilo que designámos por *Rede de Referência de Infecção de nível 2*. (Fig.12.1), ou seja, uma “*área de influência*” que compreende uma rede supra-distrital de prestação de cuidados de saúde em infecção que, conjuntamente com o Serviço de Infecção do Centro Hospitalar de Coimbra (CHC; Hospital Central Especializado na rede de *nível 3*), completa a denominada *Rede de Referência Hospitalar de Infecção da Região de Saúde do Centro* (Fig. 12.2)⁴.

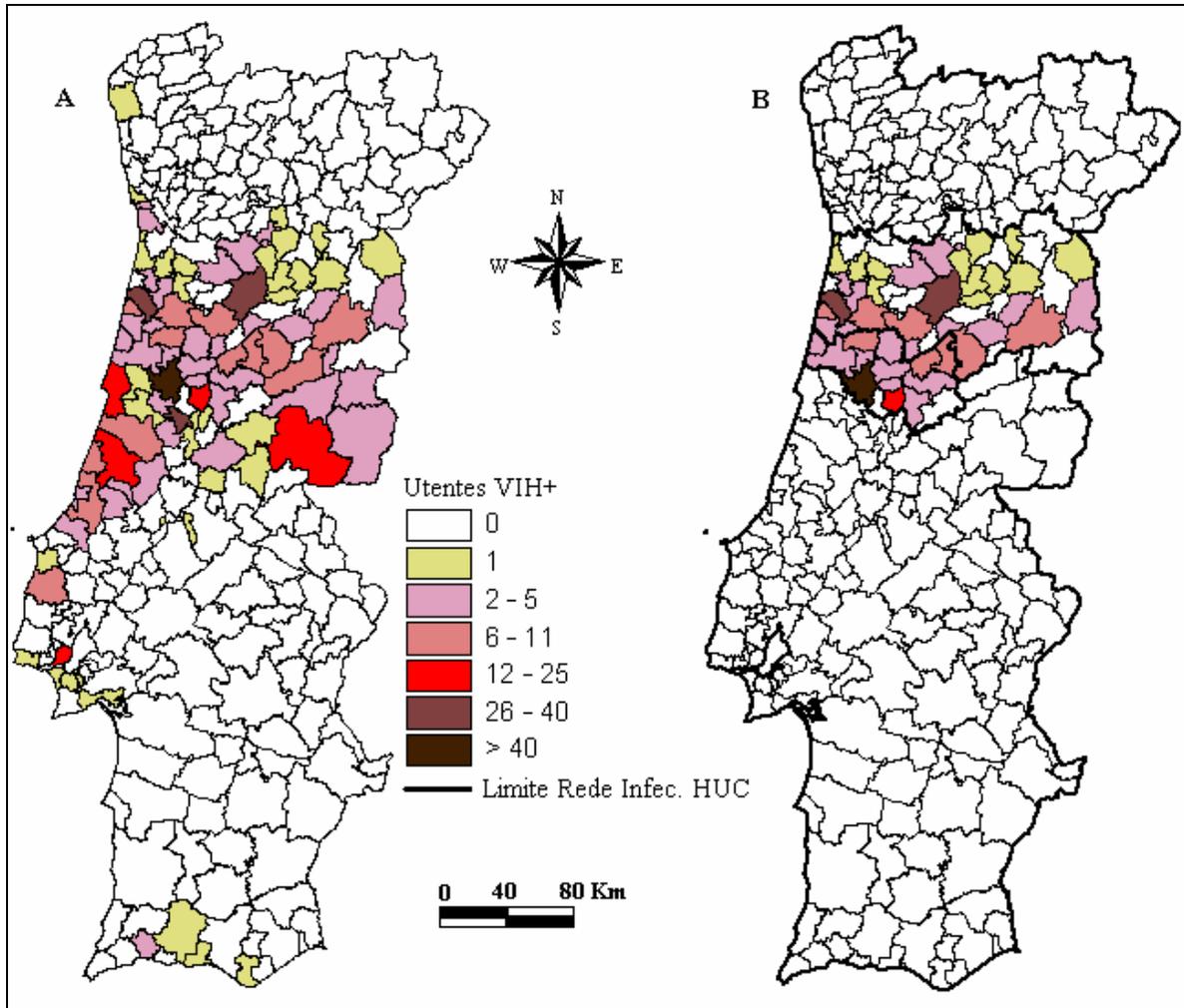
⁴ Ao nível da *Rede de Referência Hospitalar de Infecção*, a *Região de Saúde do Centro* agrupa 6 distritos: Viseu, Guarda, Castelo Branco, Aveiro, Coimbra e Leiria. Neste contexto engloba 93 concelhos cuja prestação especializada de cuidados de saúde em infecção é assegurada pelas seguintes unidades: Unidade Hospitalar de Viseu, Unidade Hospitalar da Guarda, Centro Hospitalar da Cova da Beira, Unidade Hospitalar de St.^a Maria da Feira, Unidade Hospitalar de Aveiro, Unidade Hospitalar de Leiria e Unidade Hospitalar das Caldas da Rainha, Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC e Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar de Coimbra. Destes, o Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC presta apoio especializado às seguintes unidades (*nível 2*): *Unidade Hospitalar de Viseu* (Viseu, Tondela, Lamego, Aguiar da Beira, Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Moimenta da Beira, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Penedono, St.^a Comba Dão, S. Pedro do Sul, Sátão, Sernancelhe, V.N. Paiva, Vouzela, Guarda, Seia, Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia,

Figura 12.2 - Rede de Referência Hospitalar de Infecção da Região de Saúde do Centro (Nível 1, 2 e 3)



Manteigas, Meda, Pinhel, Sabugal, Trancoso, V.N. Foz Côa), *Unidade Hospitalar de St.ª Maria da Feira* (St.ª Maria da feira, Espinho, Oliveira de Azeméis, Ovar, S. João da Madeira, Arouca, Castelo de Paiva, Vale de Cambra) e *Unidade Hospitalar de Aveiro* (Aveiro, Águeda, Estarreja, Albergaria-a-Velha, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Sever do Vouga, Vagos) [DGS, 2001; pp. 20-21].

Figura 12.3 – **A** - Distribuição concelhia dos utentes VIH+ admitidos no Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas segundo a residência declarada (HUC, 1996 – 2001); **B** – Distribuição concelhia dos utentes VIH+ admitidos no Serviço de Internamento (HUC, 1996 – 2001), respeitando a delimitação sugerida pela *Rede de Referência Hospitalar de Infecçologia (níveis 1 e 2)*



Neste sentido, e através da observação do mapa A da Figura 12.3, podemos verificar que são os concelhos pertencentes aos níveis 1 e 2 da referida rede e que simultaneamente detêm maiores aglomerados populacionais (>70.000 hab.), aqueles que mais contribuem em termos de procura especializada de cuidados de saúde, sendo naturalmente liderados pelo concelho de Coimbra [>40 utentes], seguidos por Viseu e Aveiro que se inscrevem na classe [26-40 utentes]. No caso de considerarmos a procura de cuidados de saúde efectuada por residentes exteriores aos níveis 1 e 2 da rede, vamos encontrar uma procura liderada pelos concelhos de Penela [26-40 utentes], seguindo-se Castelo Branco, Figueira da Foz, Leiria e Lisboa na classe [12-25 utentes].

Relativamente aos concelhos de Penela (exterior aos níveis 1 e 2) e Lousã (nível 1), que detêm, comparativamente, um número reduzido de efectivos populacionais, respectivamente 6.594 habitantes e 15.753 habitantes (INE, 2002), a maior frequência da procura é fortemente induzida pela existência de diversas “comunidades terapêuticas” que prestam apoio social e psicológico a indivíduos seropositivos para o VIH, maioritariamente inscritos na categoria de transmissão toxicodependentes e que, por esta via, inflacionam o número de residentes VIH+ nos dois concelhos. No caso específico de Penela, a maior procura de serviços especializados na área da infecciologia direccionada para os HUC resulta de um acordo de prestação de cuidados de saúde estabelecido no início da década de noventa entre algumas destas associações/ONG’s e o Serviço de Doenças Infecciosas – HUC.

Situação diversa serve para explicar a procura realizada por utentes residentes nos concelhos de Castelo Branco, Figueira da Foz, Lisboa e Leiria onde, provavelmente, relevam factores de ordem psico-social que, de um modo abrangente, podem justificar o extravasar da procura de cuidados de saúde em infecciologia para além da “área de influência” classificada como - *nível 2*. Ao reconhecido nível de qualidade e de especialização alcançado pelo Serviço de Doenças Infecciosas, o que pode funcionar como elemento catalizador da procura de cuidados especializados, podemos adicionar com elevado grau de probabilidade⁵, a pertinência de motivações que se prendem com a necessidade de garantir o anonimato e a confidencialidade do diagnóstico entre utilizadores, envolvendo, não raro, uma busca consciente e objectiva de cuidados de saúde suficientemente afastados da área de residência, minimizando o risco de (re)conhecimento por parte de elementos da comunidade de pertença do doente, factor muitas vezes crucial para evitar ou diminuir o risco de estigmatização que, demasiadas vezes, está associado à condição de seropositividade para o VIH⁶.

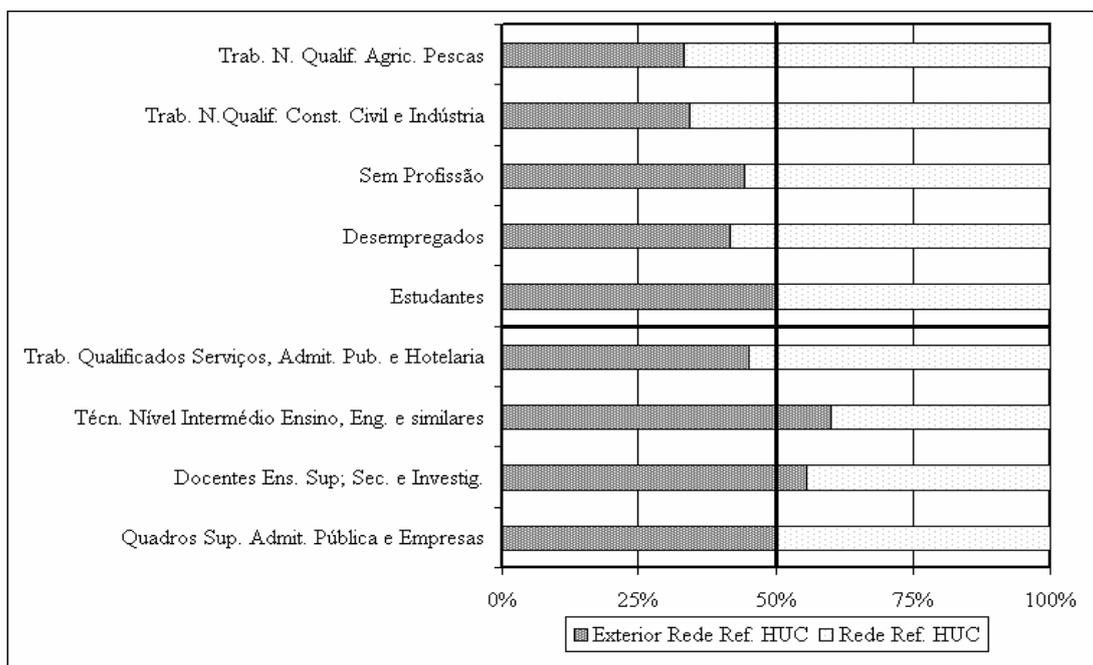
Naturalmente, as considerações atrás avançadas ganham maior confiança quando observamos a figura 12.4 onde se averigua o comportamento da categoria profissional

⁵ Por não ter sido autorizado a realização de qualquer entrevista ou contacto junto dos utentes do Serviço de Doenças Infecciosas que permitisse confirmar cabalmente esta hipótese, apenas a podemos referir como contendo um «elevado grau de probabilidade».

⁶ Testemunho: «Outra das limitações que sinto é quando pretendo viajar. Além de ter que levar toda a medicação comigo, é ter a preocupação de tomar os comprimidos nos horários correctos. Por vezes isso implica ter que tirar os rótulos das embalagens ou pôr medicamentos dentro de outras embalagens para que ninguém se aperceba do que estou a fazer. É muito difícil. A falta de espontaneidade nestas situações faz-me sentir que tenho uma vida dupla e isso é extremamente constrangedor. (...) Ao nível profissional passo diversos constrangimentos. Eu sou professor universitário. Preocupo-me que os meus colegas ou superiores venham a saber, porque acho que iam ter uma atitude de rejeição para comigo, provavelmente teria de mudar de escola.» (Manuel *in* – Ventura [Coord.] (2002) *Testemunhos*; pp. 33-35).

versus a procura de cuidados de saúde por parte de indivíduos VIH+, tomando como referência o posicionamento do concelho de residência face à delimitação da Rede de Referência Hospitalar de Infeciologia. Para este fim, seleccionámos 4 categorias profissionais às quais, regra geral, estão associados maiores rendimentos e reconhecimento social, *versus* 5 outras categorias onde o rendimento e o reconhecimento social é manifestamente inferior, cruzando-as com a localização do concelho de residência. Embora não possamos afirmar com segurança que a estratificação encontrada evidencia um padrão não aleatório, sendo o valor de $p > .05$ ($\chi^2 = 35,004$; $gl = 34$; $p = .420$), em virtude de haver um grande número de células com efectivos inferiores a 5, devemos todavia atender ao facto de que, na distribuição percentual apresentada vamos encontrar, para as profissões com maior reconhecimento social, às quais, regra geral, também correspondem qualificações académicas superiores, uma localização residencial exterior à “*área de influência*” dos HUC, tal como é estatuída pela *Rede de Referência Hospitalar de Infeciologia* (nível 1+2), observando-se situação oposta quando analisamos a proveniência de indivíduos detentores de menores qualificações, sendo que destes $\geq 50\%$ declararam residir em concelhos localizados no interior da rede (nível 1 +2).

Figura 12.4 – Distribuição dos utentes VIH+ segundo a Rede de Referência de Infeciologia de acordo com a localização concelhia da residência e categoria profissional declarada (HUC, 1996-2001)



Neste contexto, não podemos deixar de referenciar a autorização para este procedimento como algo de extraordinariamente positivo, particularmente no que se refere à prestação de cuidados de saúde envolvendo a infecção por VIH/SIDA, observando o Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC como uma “*unidade aberta*” o que, ao contrário do que vem sucedendo com outros prestadores de cuidados hospitalares, continua a oferecer a todos os doentes VIH+ presentes em território nacional, cuidados de saúde altamente especializados, independentemente do local declarado de residência, evidenciando um entendimento superior sobre as dinâmicas psicossociais que rodeiam esta patologia favorecendo, deliberadamente, a oportunidade de livre escolha dos cuidados prestados o que, na óptica do utilizador, funciona como garante adicional de confidencialidade e anonimato.

Quadro 12.1 – Movimento gerado no Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas por doentes VIH+, segundo a área de referência hospitalar (HUC, 1996 – 2001)

	Área de referência de infecciologia - HUC (<i>nível 1</i>)		Área de referência de infecciologia - HUC (<i>nível 2</i>)		TOTAL (<i>nível 1+2</i>)	
	n	%	n	%	n	%
N.º de utentes	154	28,15	176	32,18	330	60,32
N.º de episódios internamento	269	23,85	385	34,13	654	57,98
N.º de doentes notificados	83	28,23	107	36,39	190	64,63
Freq. de internamento:						
Média	1,75		2,19		1,98	
Min.	1		1		1	
Max.	14		23		23	
Total de dias	6262	25,11	8940	35,85	15202	60,96
<i>Custos directos</i> imputados, GDH (€)	1.564.192,5	24,03	2.335.311,9	35,85	3.899.504,4	59,87

	Área exterior à rede de referência hospitalar - HUC	
	n	%
N.º de utentes	217	39,67
N.º de episódios internamento	474	42,02
N.º de doentes notificados	104	35,37
Freq. de internamento		
Média	2,19	
Min.	1	
Max.	16	
Total de dias	9738	39,04
<i>Custos directos</i> imputados, GDH (€)	2.614.288,7	40,13

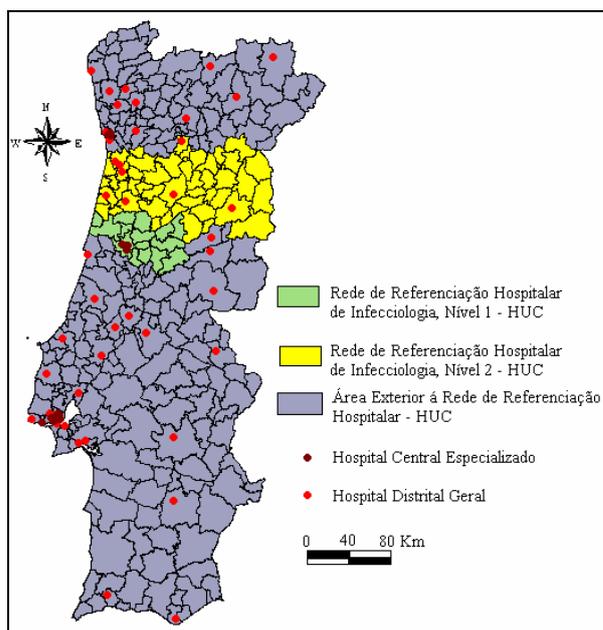
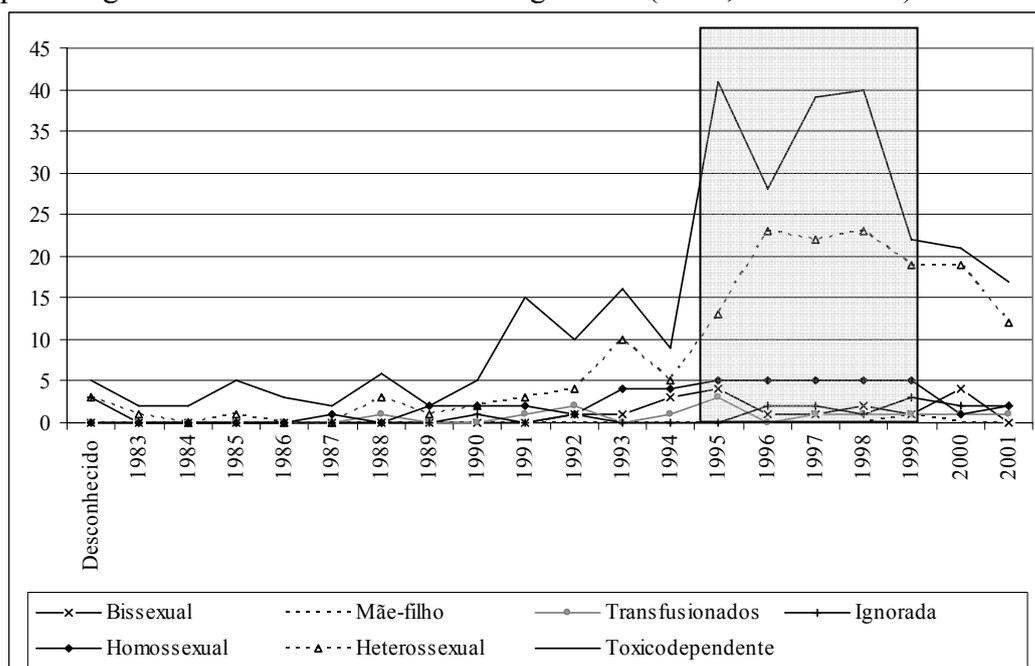


Figura 12.5 – Delimitação da “área de influência” do Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC de acordo com o previsto pela Rede de Referência Hospitalar de Infecciologia (2001)

Assim sendo, e no cômputo geral do movimento observado no Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas dos HUC por doentes VIH+ no intervalo 1996-2001 (Quadro 12.1), podemos verificar que, 60,32% dos utentes residem na “área de influência” dos HUC, tal como a Rede de Referência de Infecciologia a delimita, sendo responsáveis por 57,98% dos episódios de internamento declarados, aos quais correspondem 59,88% dos *custos directos* gerados em meio hospitalar (3.908.097,6 €). Por outro lado, e numa localização concelhia exterior à Rede de Referência de Infecciologia para os HUC, encontramos 39,67% de utilizadores VIH+, gerando 42,02% dos episódios de internamento por causa VIH/SIDA e co-morbilidades, aos quais foi imputado um custo directo de 2.618.585,5 €, ou seja, aproximadamente 40% do total dos custos dos GDHs considerados neste estudo.

Prosseguindo esta análise averiguando o comportamento da variável - *Ano de diagnóstico da infecção por VIH*, vamos encontrar nos 547 doentes referenciados um período de 18 anos consecutivos de diagnóstico VIH+, entre 1983, ano em que Portugal diagnosticou o primeiro caso clínico da infecção por VIH (CNLCS, 2004), e Dezembro de 2001. Neste intervalo de tempo, verificamos uma maior frequência de utilização destes serviços de saúde por parte de doentes diagnosticados entre os anos de 1995 e 1999 (Fig. 12.6), acumulando 58,2% dos casos da amostra, num total de 318 casos, contra 104 casos (19%) que envolvem utentes cujo diagnóstico ocorreu no quinquénio anterior, 1990-1995.

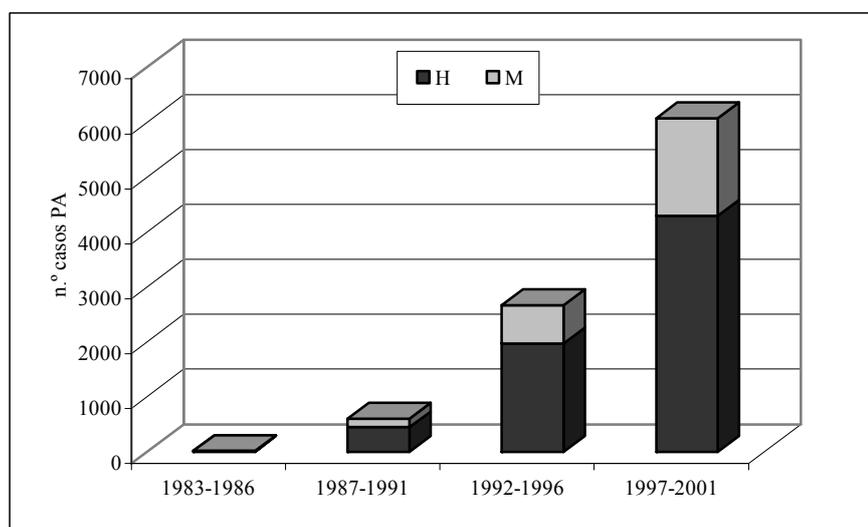
Figura 12.6 – Variação dos doentes VIH+ admitidos no Serviço de Internamento por categoria de transmissão e ano de diagnóstico (HUC, 1996 – 2001)



A situação agora descrita, e porque estamos a investigar doentes referenciados pelo Serviço de Internamento entre 1996-2001, apenas nos permite afirmar que foram os doentes cujo diagnóstico reporta ao quinquénio 1995-1999 aqueles que consumiram, de um modo mais significativo, cuidados de saúde por causa VIH/SIDA ou co-morbilidades. Todavia, não podemos concluir que a maior frequência de internamentos gerada por parte destes doentes pode corresponder a um aumento do número de casos VIH+ diagnosticados neste intervalo de tempo, não só porque não estamos a averiguar a totalidade dos diagnósticos realizados nesta unidade hospitalar mas, fundamentalmente, porque não foram controlados os óbitos potencialmente ocorridos em doentes cuja doença foi diagnosticada em fases mais precoces da epidemia e que, com grande probabilidade, consumiram cuidados de saúde em períodos de tempo anteriores a este.

Contudo, se observarmos sumariamente a distribuição nacional de casos notificados em PA desde 1983, verificamos que o quinquénio 1997-2001 comporta um aumento significativo de casos onde, pela primeira vez, se atingem valores superiores às 1000 notificações/ano, com um máximo de 1390 notificações no ano 2000, registando-se um aumento de 339,6% em relação ao quinquénio anterior (1992-1996; Fig. 12.7), mantendo-se, todavia, um equilíbrio na razão entre sexos que é de 2,83 no período 1992-1996, passando para 2,43 no período 1997-2001, facto que não nos permite concluir por uma clara feminização da epidemia entre o primeiro e o último quinquénio da década de noventa. Porém, e de acordo com o descrito pelo CVEDT (2003, Doc. 131), a situação

Figura 12.7. – Evolução do número de casos VIH+ notificados em Portadores Assintomáticos (Portugal, 1983 – 2001)

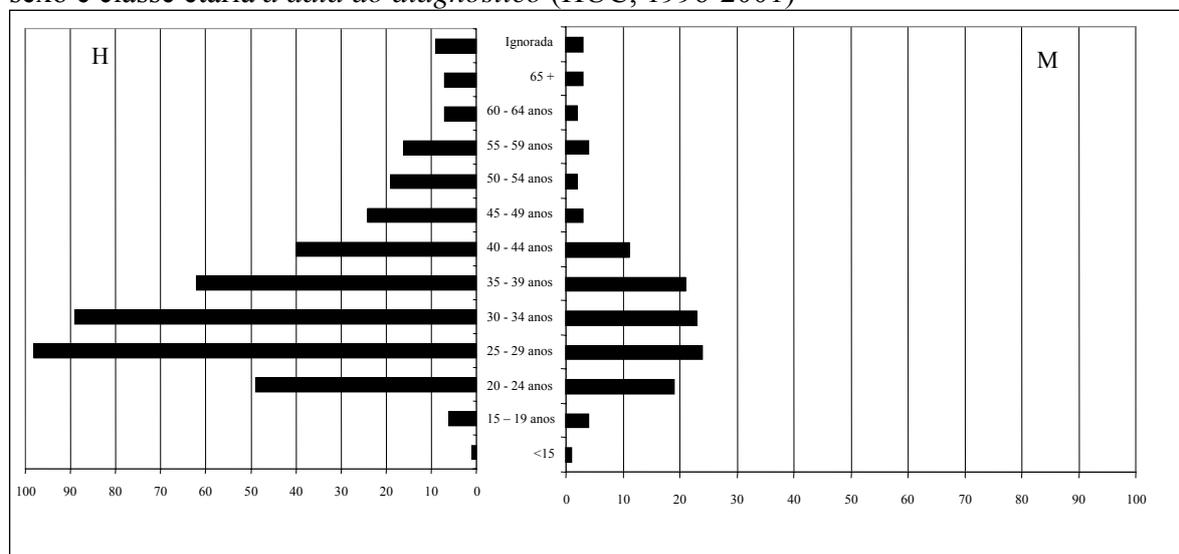


Fonte: CVEDT (DOC. 131, 2003)

atrás referenciada poderá, a breve trecho, sofrer alterações significativas caso se confirme a tendência esboçada para os PA notificados a nível nacional para o intervalo 1998-2002, onde a categoria de transmissão toxicodependentes confirma uma tendência proporcionalmente decrescente, passando a liderança a ser assumida pela categoria de transmissão heterossexuais, à qual, regra geral, estão associados níveis superiores de prevalência na população feminina.

No que diz respeito à variável – *Idade quando do diagnóstico VIH+*, verifica-se uma concordância entre a classe modal da amostra, situada no intervalo 25-29 anos para ambos os sexos (22,3%; Fig. 12.8), e a classe modal encontrada a nível nacional para os PA e CRS notificados, apresentando, no caso da amostra, um valor mínimo de 14 anos e um valor máximo de 69, estando a idade média fixada nos 33,66 anos. Deve igualmente referir-se que em 2,19% dos casos (n=12), não foi possível averiguar ou estimar a idade em que ocorreu o diagnóstico da infecção, facto que também acontece em 1,31% dos casos acumulados de PA notificados a nível nacional (1983-2003). A ausência deste tipo de informação, ainda que de modo residual, pode dever-se a diversos factores tais como: o diagnóstico da infecção por VIH ter ocorrido no estrangeiro em data que o doente não precisa ou ignora, e/ou a prestação de cuidados de saúde envolver doentes já diagnosticados noutras unidades hospitalares em território nacional não sendo contudo possível, no actual contexto, cruzar informação epidemiológica, podendo também ocorrer uma ocultação deliberada de factos que, na óptica do utente, são irrelevantes ou demasiado íntimos.

Figura 12.8 – Distribuição dos utentes VIH+ admitidos no Serviço de Internamento por sexo e classe etária à data do diagnóstico (HUC, 1996-2001)



Através de uma análise detalhada podemos verificar que 57,92% (n= 317) da amostra está contida no intervalo 25-29 anos, envolvendo adultos ou jovens adultos cuja infecção ocorreu num período anterior à idade de diagnóstico, podendo este intervalo variar entre os escassos meses e 15 ou mais anos (J. Alcamí, 1999⁷), associando para este patamar comportamentos de risco maioritariamente relacionados com toxicod dependência (64%, n=203) e relações heterossexuais não seguras (20,5%, n=65). A relevância destes valores, envolvendo uma força de trabalho extremamente jovem, que por esta via se vê progressivamente incapacitada de manter o seu contributo social onerando, simultaneamente, os sistemas de saúde e de segurança social numa fase precoce das suas vidas, pode levar-nos a questionar a eficácia e a validade decorrentes de campanhas de sensibilização e prevenção primária no âmbito do VIH/SIDA, regra geral apartadas de projectos estruturados de educação para a saúde que, salvo melhor opinião, deverão começar, desejavelmente, em fases precoces da infância.

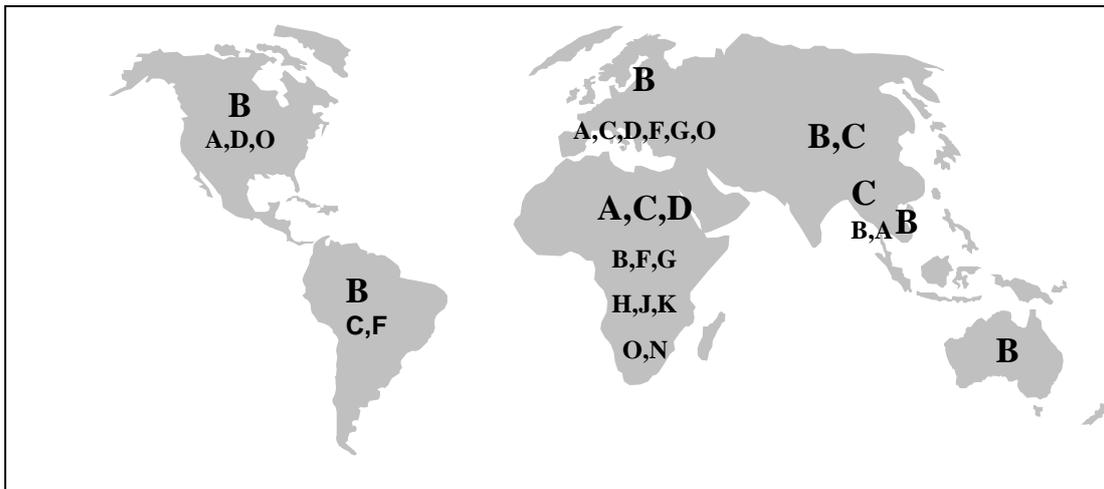
Relativamente à variável – *País de ocorrência sintomas quando da infecção por VIH*, procurámos monitorizar, de acordo com as informações clínicas disponíveis, os percursos geográficos executados pelos utentes num espaço exterior ao território nacional, quando da ocorrência de diagnóstico, queixas ou sintomas potencialmente sinalizadores da transmissão da infecção por VIH, averiguando, por esta via, a sua mobilidade, área geográfica de infecção, bem como a eventual probabilidade de introdução de subtipos do VIH em território nacional, caso pudessemos aceder à informação existente sobre o genótipo do vírus.

Neste contexto, sabe-se que o VIH-1 e o VIH-2 não só são distintos entre si em termos de organização da sua base genómica, como também evidenciam relações evolutivas diversas com outros lentivírus presentes nos primatas (Martínez, 2002). O VIH-1, presente em 90% dos casos que envolvem a infecção por VIH/SIDA no mundo, é claramente maioritário em Portugal, pode ser subdividido em três grupos particularmente divergentes entre si: M (*main*), N (*non –M , non-O*) e O (*outlier*) (Quiñones-Mateu, 2002). Atendendo à elevada variabilidade genética existente nos retrovírus que utilizam a transcriptase inversa para a produção de DNA viral - processo onde ocorre uma elevada taxa de erros

⁷ De acordo com Alcamí (1999, pp. 30-35), o início da fase crónica da infecção corresponde, do ponto de vista clínico, ao período assintomático da doença, cuja duração pode variar entre alguns meses e 15 ou mais anos, de acordo com as características individuais de cada doente, carga vírica detectada no final do período de primo-infecção – *set point*, bem como da solicitação subsequente do sistema imunitário uma vez que, *in vivo*, consegue ser demonstrado que o contacto com antigénios virais e bacterianos no decurso de um infecção ou imunização pode ampliar transitoriamente a carga vírica no doente infectado.

na introdução de nucleótidos (10^{-4} /nt) por ciclo de replicação, potenciada por um elevado número de ciclos diários (10^9 partículas víricas/dia), associada à capacidade de recombinação genética deste vírus, *circulating recombinant forms* (CRF); emerge, fundamentalmente no grupo M, uma elevada quantidade de subtipos virais (A-K), cuja repartição espacial é característica de determinadas regiões do globo (Quiñones-Mateu, 2002) (Fig.12.9).

Figura 12.9 – Distribuição de subtipos para o VIH-1 de acordo com a sua predominância por grandes áreas geográficas



Nota - Subtipos: A – K pertencem ao grupo M; o tamanho das letras define a prevalência dos subtipos em cada continente.

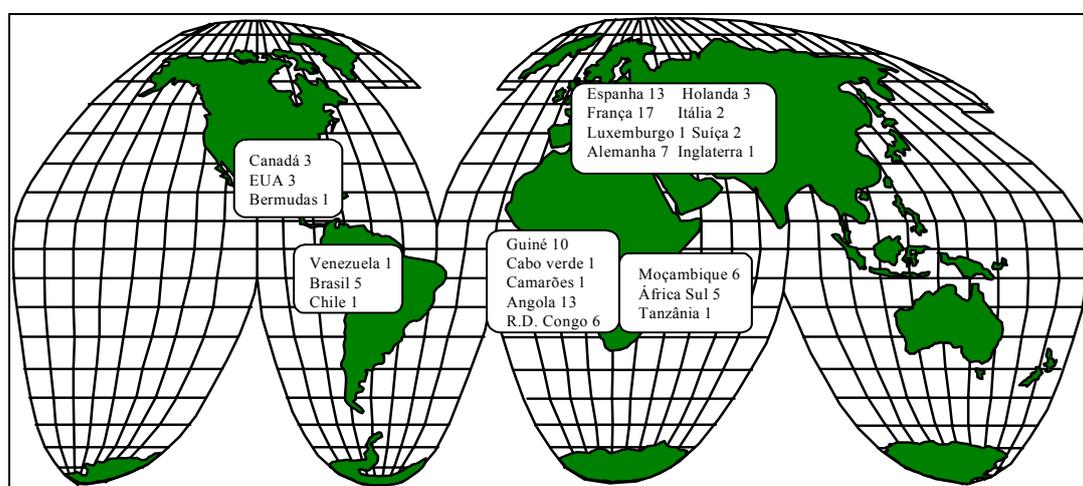
Fonte: Quiñones-Mateu, 2002; pp. 89

Baseando-se nesta informação, Martínez (2002; pp. 68) sinaliza para o quadro epidemiológico europeu da infecção por VIH-1 importantes alterações ocorridas no ano 2000, tipificadas pela emergência de diferentes subtipos virais cuja prevalência não era característica da Europa ocidental, à qual se junta a detecção de diversas formas recombinantes (CRF). Igual percepção é transmitida por Duque (2002) que verifica, para a região centro de Portugal, uma prevalência recente de subtipos não-B, observada em infecções diagnosticadas para o VIH 1 no ano 2000: subtipo B 58,1%; não-B 30,1%; subtipo G 20%; CRFs 11,82%.

Pese o facto do cruzamento da informação existente entre o país de ocorrência de sintomas para a infecção por VIH, categoria de transmissão e a consequente tipificação genómica do vírus poder acrescentar algo de significativo sobre a mobilidade do vírus e o processo subjacente à introdução de subtipos, o acesso a estes dados específicos não foi todavia viabilizado.

Tal como comprova o observado na figura 12.10, ascende a 103 (18,83%) o número de indivíduos presentes na amostra cujo diagnóstico ou a infecção por VIH ocorreu fora do território nacional, envolvendo estadas de diferente duração em 22 países, repartidos por 4 continentes, maioritariamente centrados em países da Europa ocidental (n= 46), seguindo-se a África ocidental (n= 31), África oriental (n= 12), América do sul (n= 7), a América do norte e Caraíbas (n= 7).

Figura 12.10 – Provável localização geográfica da ocorrência da infecção/diagnóstico em doentes VIH + internados no Serviço de Doenças Infecciosas de acordo com os países de percurso declarados – HUC (1996-2001)



No que respeita à tipologia do vírus presente na amostra investigada, de acordo com o esperado, foi encontrada uma prevalência de 95,6% de indivíduos infectados pelo VIH-1 (n=523), 4,4% de indivíduos infectados pelo VIH-2 (n=24), não sendo referido nenhum indivíduo que acumulasse simultaneamente infecção pelo VIH-1 e VIH-2.

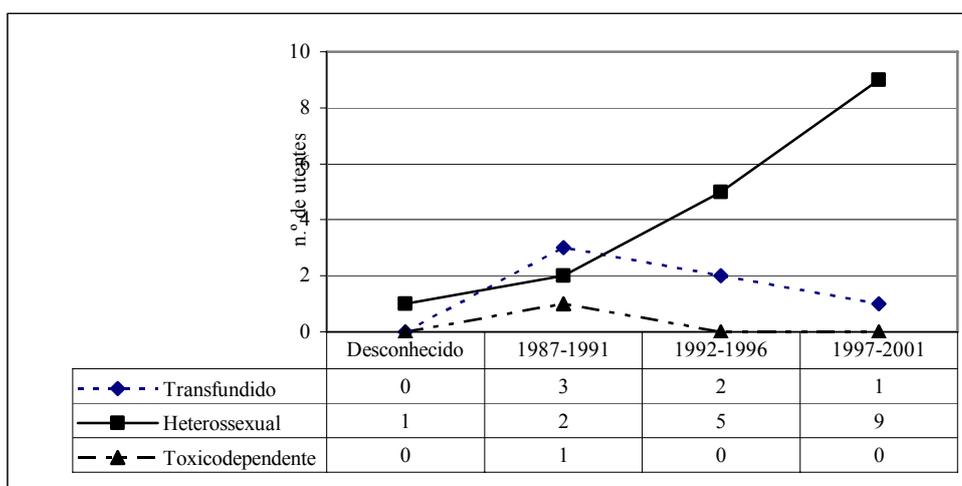
Os dados encontrados na amostra não diferem substancialmente da realidade nacional onde, para o intervalo 1983-2003, encontramos 389 casos de SIDA declarados, correspondendo a 3,6% do total de casos de SIDA notificados, acrescentando-se 1,4% de indivíduos que, neste estadio, associam os dois vírus, VIH-1 e VIH-2.

No sub-grupo VIH-2, encontramos a idade mínima de infecção situada nos 14 anos e a idade máxima nos 63 anos, sendo a média de idade de 43,26 anos. No que respeita à variável raça, 19 destes indivíduos são de raça branca (79,16%) e 6 são de raça negra (20,83%). Tal como é característico da região de onde o VIH-2 é endémico, bordo ocidental de África a sul do Sahel, encontramos uma razão entre sexos de 1,18 (13 homens, 11 mulheres), facto consentâneo com a categoria de infecção que lidera este

subgrupo - *comportamentos heterossexuais desprotegidos* (70,83%, n=17; Fig. 12.11), envolvendo, pelo menos em dois casos, a prática de sexo comercial.

Em 35,83% dos casos, foi possível apurar uma ou mais estadias no continente africano, nomeadamente por razões relacionadas com percursos migratórios de média/longa duração (45,83%, n=11), sendo 24% (n=6) da amostra originária da Guiné (n=4), Angola (n=1) e Cabo Verde (n=1).

Figura 12.11 – Distribuição dos doentes infectados por VIH-2, por categoria de transmissão e ano de diagnóstico



Relativamente à categoria de transmissão *Transfundidos*, que comporta 25% (n=6) dos indivíduos reunidos neste subgrupo, verificamos que o diagnóstico para o VIH-2 foi efectuado no intervalo 1987- 2001, correspondendo, com elevada probabilidade, à administração parentérica de derivados de sangue num período anterior a 1989, ano em que se passou a fazer um rastreio sistemático do VIH 2 nas dádivas de sangue em território nacional⁸. Esta hipótese assume-se tanto mais verosímil quanto a totalidade dos transfundidos deste subgrupo é, na sua totalidade, de nacionalidade portuguesa, e apenas um indivíduo declarou uma estadia no exterior, especificamente na Guiné, por motivos que se prendem com a prestação de serviço militar, tendo sido diagnosticado VIH-2+ em 1994, ou seja, 20 anos depois de ter abandonado aquele território.

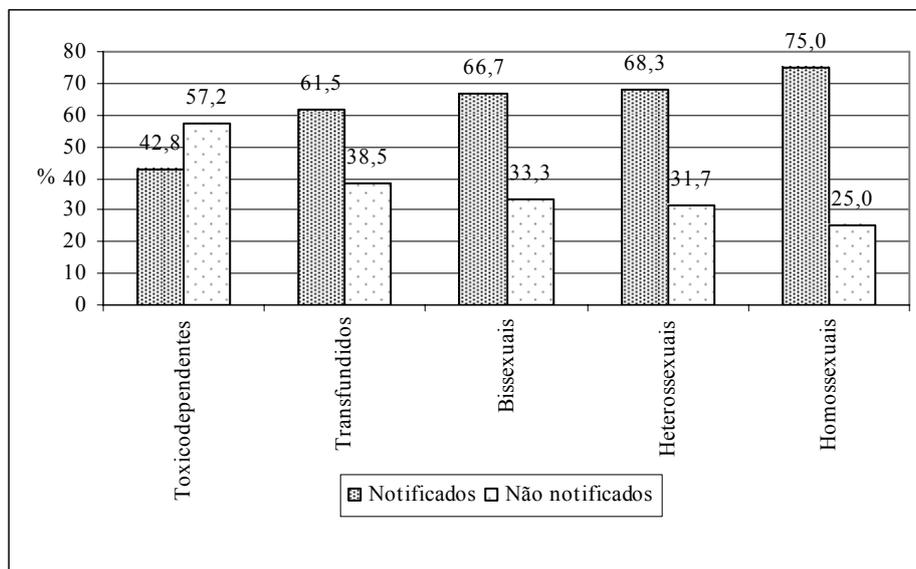
No que se refere à variável *Notificação*, foi averiguado para o intervalo do estudo (1996-2001) se os cuidados prestados na unidade de internamento envolviam indivíduos cujo estado serológico VIH+ havia sido oficialmente notificado junto do CVEDT/INSA. Do

⁸ Portugal. Ministério da Saúde. Despacho 30/89 de 26 de Agosto de 1989: D.R. : II Série; Portugal. Ministério da Saúde. Despacho 31/89 de 26 de Agosto de 1989: D.R. : II Série.

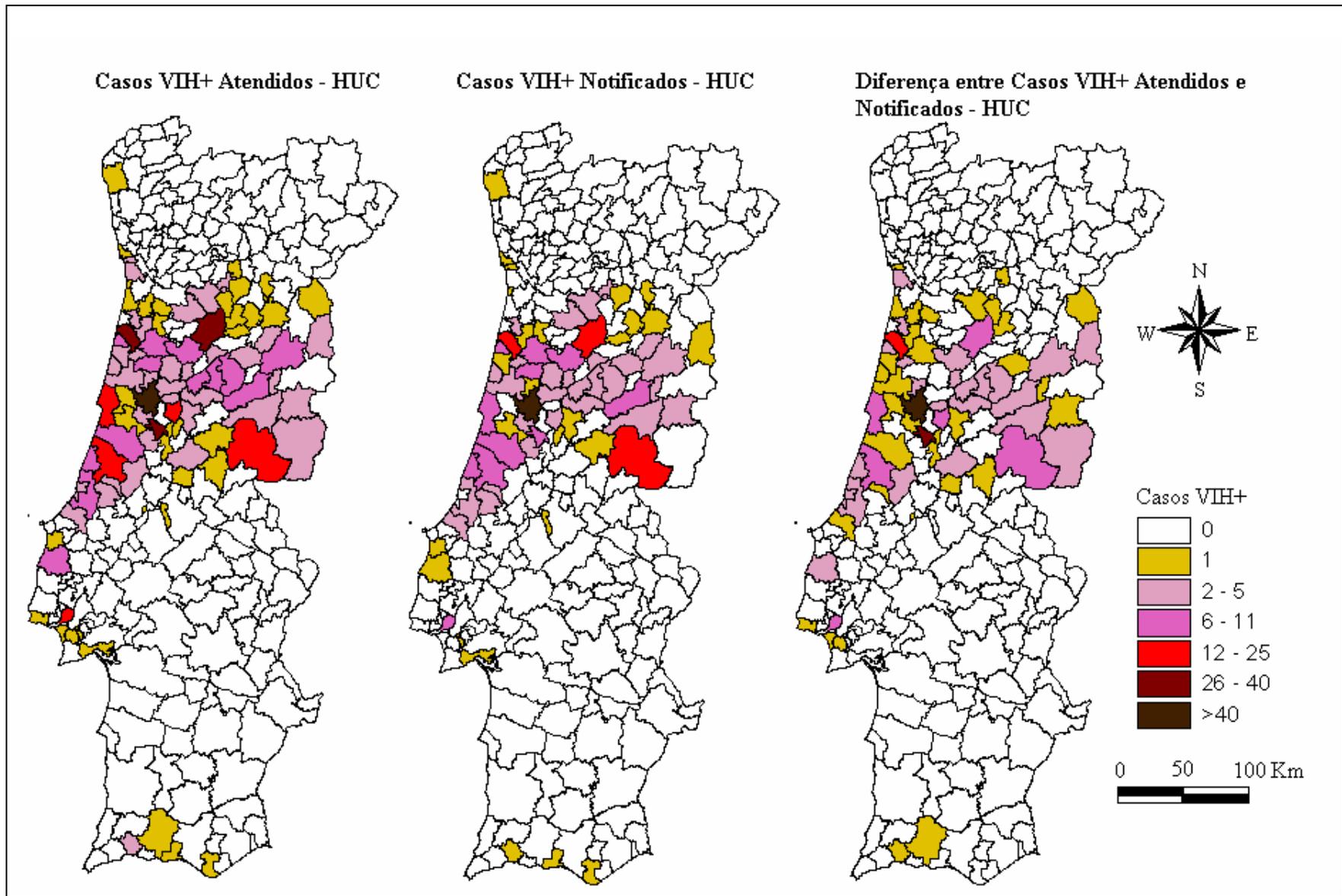
total da amostra verificou-se que 46,3% (n=253) dos indivíduos a quem haviam sido prestados cuidados de saúde por causa VIH/SIDA ou co-morbilidades *não haviam sido objecto de notificação até 31 de Dezembro de 2001*, estando notificados os restantes 53,7% da amostra (n=294; Fig.12.12, Fig.12.13). Partindo do subgrupo de casos notificados, procurou-se averiguar a existência de uma possível tendência subjacente ao acto de notificação, tendo sido cruzada informação positiva sobre notificação *versus* categorias de transmissão, notificação *versus* destino após a alta.

Relativamente ao cruzamento da variável “notificação” *versus* “categoria de transmissão”, depois de expurgados 17 indivíduos cuja categoria de transmissão não foi possível determinar, foram validadas 5 das 6 categorias existentes, verificando-se que a categoria que acumula maior número de notificações é a categoria homossexuais com 75% dos casos notificados, seguida das categorias heterossexuais e bissexuais com 68,3% e 66,7% dos casos notificados (Fig. 12.10), sendo a diferença entre as proporções estatisticamente diferente do esperado pelo acaso ($\chi^2=37,509$; gl= 4; p<.001).

Figura 12.12 – Distribuição percentual dos casos notificados, internados no Serviço de doenças Infecciosas, segundo a categoria de transmissão (HUC, 1996-2001)

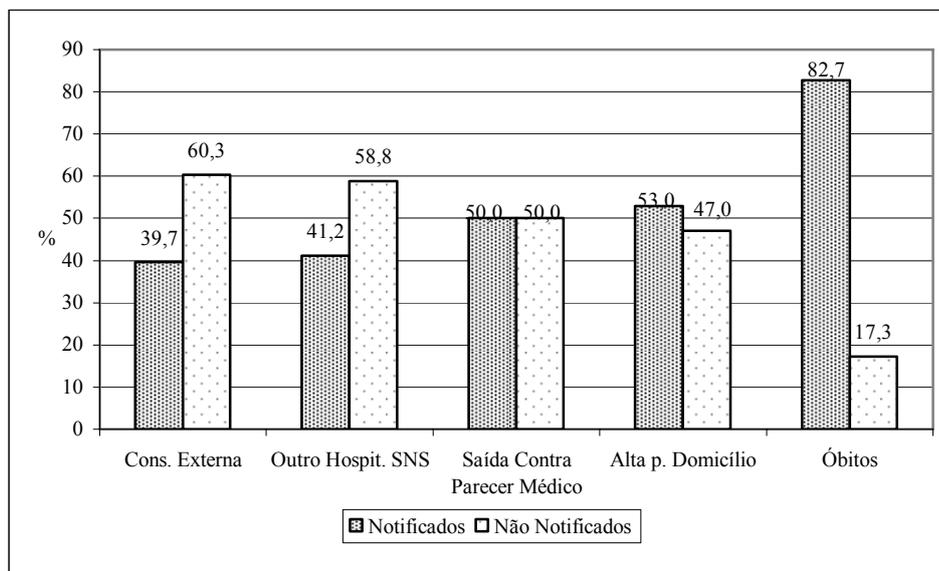


No que diz respeito à relação entre a variável “notificação” e a variável “destino após a alta”, podemos afirmar que 82,7% dos óbitos ocorridos em meio hospitalar por causa VIH/SIDA ou co-morbilidades, para o intervalo do estudo, foram, à data, objecto de notificação, seguindo-se o destino “alta para o domicílio” onde se alcança uma notificação de 53% dos casos. Com valores $\leq 50\%$ dos casos notificados encontramos as variáveis



“Saída Contra parecer Médico”, “Transferência para outro Hospital do SNS” e “Consulta externa” (Fig. 12.14), não sendo as diferenças nas proporções devidas ao acaso ($\chi^2=38,651$; $gl= 4$; $p<.001$).

Figura 12.14 - Distribuição percentual dos casos notificados por destino após a alta (HUC, 1996-2001)



Procurando encontrar um ou mais factores explicativos, capazes de influenciar o acto de notificar ou não notificar os doentes da amostra, foi investigada a possibilidade de existência de uma relação de associação entre a frequência de internamentos ocorridos entre 1996-2001 e a notificação, tendo-se concluído que a *ocorrência de notificação resulta de um processo independente* da frequência de internamento uma vez que a ANOVA – uma via, permite concluir pela não existência de diferenças estatisticamente significativas entre as diversas categorias de transmissão relativamente às médias das frequências de internamento obtidas (Quadro 12.2).

Quadro 12.2 – Medidas de tendência central e validade estatística: categorias de transmissão vs notificação

	\bar{X} Internamentos	σ (desvio-padrão)	Mínimo	Máximo	
Homossexuais	2,20	1,89	1	10	
Heterossexuais	2,03	2,44	1	23	
Bissexuais	1,67	1,03	1	4	
Toxicodependentes	2,09	1,92	1	16	
Transfundidos	3,15	1,99	1	8	
ANOVA					
	SQ	gl	QM	F	P
Entre grupos	19,101	4	4,775	1,109	,352
Dentro de grupos	2256,544	524	4,306		
Total	2275,645	528			

Tal como é amplamente reconhecido, os dados resultantes do processo de notificação, ou a sua ausência, detêm impactos directos sobre a real caracterização da epidemia VIH/SIDA, uma vez que estão na base dos cálculos das taxas de incidência e de prevalência oficialmente declarados pelos Estados. Para este fim, e tendo como base a *incidência*, utiliza-se o número de casos declarados nos respectivos anos (todos os estádios), sobre a população em risco estimada para o meio do período abrangido. No caso da *prevalência*, releva o somatório do número de indivíduos infectados, declarados vivos à data fixada, sobre a população em risco estimada para meio do período pelos organismos oficiais. Uma vez que os dados a incluir no numerador dizem respeito ao conjunto de casos formalmente notificados junto do organismo de referência de cada país, a importância da notificação/declaração é particularmente elevada uma vez que, por esta via, e pela construção dos indicadores acima mencionados, reconhecem as autoridades de saúde a dimensão oficial da epidemia nos territórios por si administrados. No entanto, são diversos os países que se demonstram relapsos ou inábeis em alcançar mecanismos voluntários e credíveis de notificação, não raro socorrendo-se da declaração de obrigatoriedade para este fim, o que motiva alguns especialistas a construir sofisticados algoritmos de correcção de notificação/declaração, utilizando indicadores complementares tais como o consumo de anti-retrovíricos, o movimento de internamento e ambulatório por parte de indivíduos diagnosticados positivamente para o VIH/SIDA e co-morbilidades, para além do número de diagnósticos e de aconselhamentos voluntários declarados, embora este procedimento seja, em alguns casos, observado com reserva.

Consequentemente, a situação de *subnotificação* verificada em diversos países é veementemente denunciada no relatório *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2004*, publicado pelo *European Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS* (EuroHIV, 2004) onde se assume, para a Europa⁹, a insuficiência operacional da rede de vigilância epidemiológica, com responsabilidades partilhadas ao nível das diferentes autoridades de saúde, cujo resultado final se traduz na precariedade das estratégias curativas e preventivas desenhadas para o VIH/SIDA, sendo os valores da incidência e da prevalência sucessivamente revistos em alta:

⁹ A designação *Europa* envolve, no contexto da OMS, um total de 52 países repartidos por três grandes áreas geográficas: Europa Ocidental, Europa Central e Europa de Leste. As referências à *Europa Ocidental* envolvem, até 2003, os 15 países que constituem a União Europeia (Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Suécia e Reino Unido), associando os dados da Islândia, Noruega e Suíça.

«Apesar de extensamente implementada na Europa, a cobertura de casos VIH+ reportados permanece incompleta na Europa Ocidental onde dois dos países mais afectados – Itália e Espanha, ainda não implementaram mecanismos de declaração para o VIH à escala nacional. Nos países onde mais recentemente foram implementados sistemas de declaração, tais como a Grécia (declaração de VIH iniciada em 1999), Portugal (o sistema existente foi substancialmente modificado em 2000) e na Holanda (declaração de VIH introduzida em 2002), onde as infecções por VIH declaradas podem incluir uma alargada, mas temporalmente decrescente, proporção de infecções prevalentes, diagnosticadas há alguns anos atrás.» (*HIV/AIDS Surveillance in Europe*, n.º 70, 2004; pp. 5)

Quadro 12.3 Novas infecções declaradas para o VIH por milhão de habitantes até 31 de Dezembro de 2003

País	Início de declaração	2000		2001		2002		2003		Acumulado declarado
		n	incidência	n	incidência	n	incidência	n	incidência	
Inglaterra	1984	3506	59.8	4289	72.8	6024	102	6953	117.3	61 179
Luxemburgo	1999	44	101.1	41	92.9	33	73.8	47	103.7	592
Portugal	1983	4203	419.6	2465	245.7	2546	253.4	2298	228.4	23 374
Alemanha	1993	1693	20.6	1342	16.3	1867	22.7	1823	22.1	21 608
Grécia	1999	505	46.3	428	39.1	403	36.7	431	39.3	6706
Suíça	1985	590	82.3	630	87.8	753	105	774	108	27 126
Suécia	1985	242	27.3	270	30.5	286	32.3	382	43	6 306

Fonte: Adapt. EuroHIV, 2004; pp.10

O alerta contido neste relatório é, genericamente, consentâneo com os dados alcançados no presente estudo onde o maior número de casos notificados abrange indivíduos cujo óbito ocorre em meio hospitalar, acumulando, regra geral, um maior número de anos de diagnóstico oficialmente não declarado, decrescendo para valores que rondam os 41% de diagnósticos notificados em doentes que são objecto de transferência para outras unidades ou que obtiveram alta sendo enviados para consulta externa, tal como evidenciava a figura 12.12.

É pois na defesa de um quadro epidemiológico mais rigoroso e clarividente para a Europa que o *Relatório EuroHIV 2004* prossegue o balanço dos dados reportados até Dezembro de 2003, vinte e dois anos depois da eclosão da pandemia do VIH/SIDA:

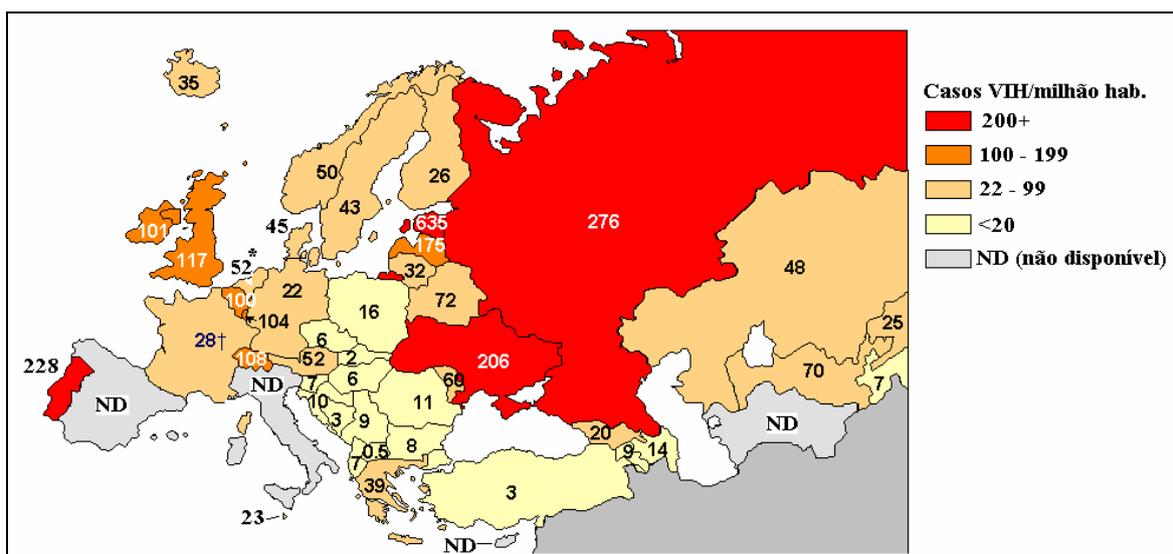
«Os dados de vigilância baseados nas infecções declaradas devem ser interpretados com cautela acrescida pois não representam a incidência do VIH.

Estes dados incluem muitos indivíduos (casos) infectados em anos anteriores e dependem do levantamento de testes efectuados para detecção do VIH e dos padrões de declaração (notificação), podendo ambos variar de país para país ao longo do tempo. (...)

Todavia, estes números apenas provêm uma medida grosseira dos procedimentos de diagnóstico de VIH e não informam sobre quem está a ser testado nem o modo como o diagnóstico está a ser estendido a populações consideradas de alto risco. Além do mais, são oriundos de diferentes fontes em diferentes países e podem não ser exaustivos em todos eles, e estão longe de poderem ser compatíveis.» (*HIV/AIDS Surveillance in Europe*, n.º 70, 2004; pp. 5)

Tal como nos é dado a observar e tendo presente a fiabilidade relativa deste contexto, envolvendo um elevado número de novas declarações/notificações diferidas no tempo, o relatório coloca Portugal como o país da Europa Ocidental com o mais alto valor de incidência para o VIH em 2003, com 228 casos por milhão de habitantes, alcançando o mesmo lugar para os casos de SIDA declarados, 81 casos por milhão de habitantes (Fig.12.15; 12.16).

Figura – 12.15 - Novas infecções por VIH diagnosticadas na Europa: casos declarados em 2003



*Junho 2003;

† dados Março – Setembro 2003

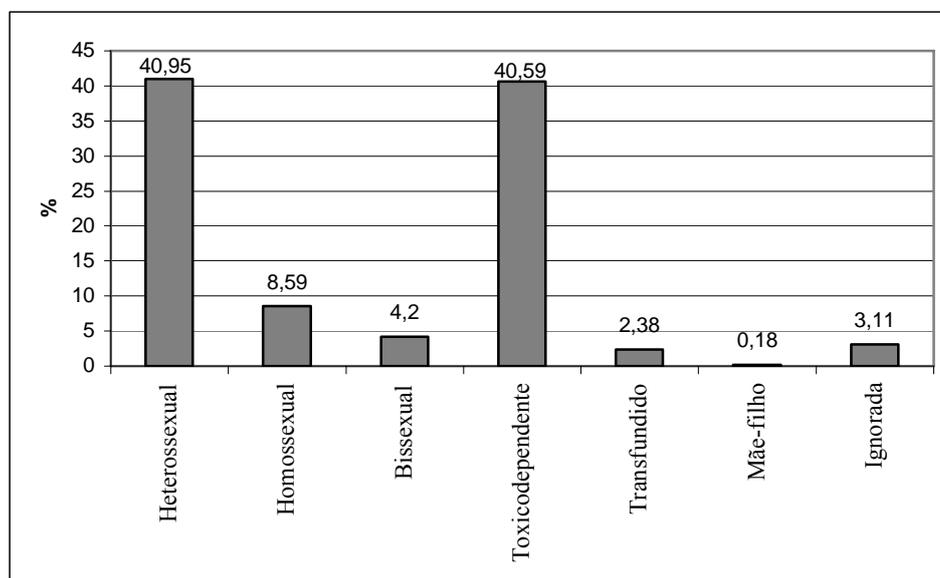
Fonte: HIV/AIDS Surveillance in Europe, n.º 70, 2004

adicionais, excepto se os Estados notificarem o Director-geral da rejeição ou reserva do estatuído por um período de tempo limitado. Todavia, a infecção por VIH/SIDA, que se assume como uma das maiores pandemias globais já alguma vez observadas pelo Homem, escapa à actuação do IHR :

«(...) *the IHR surveillance system has been irrelevant because HIV/AIDS was not, and has not been made, a disease subject to the IHR.*» (Fidler, 1999; pp. 66).

No que é relativo à análise das “*categorias de transmissão*” associadas à infecção por VIH/SIDA presentes neste estudo (Fig. 12.17), encontra-se uma casuística que se distribui por sete grandes “*categorias de transmissão*” seguindo, maioritariamente, a nomenclatura utilizada na informação estatística produzida pelo CEVDT-INSA, não se registando, para o intervalo em estudo, quaisquer casos relacionados com situação de hemofilia e infecção nosocomial.

Figura 12.17 – Categorias de Transmissão presentes em doentes internados no Serviço de Doenças Infecciosas por causa VIH/SIDA e comorbilidades – HUC (1996-2001)



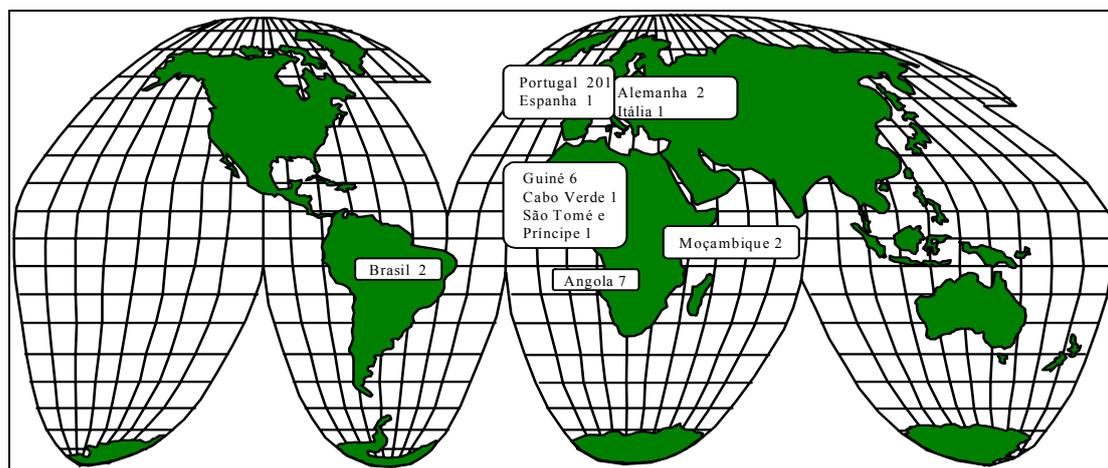
Tal como já havia sido explicitado na apresentação dos procedimentos metodológicos envolvidos na abordagem da variável “*categorias de transmissão*”, a informação qualitativa recolhida permite especificar e em alguns casos associar diferentes aspectos comportamentais desempenhados pelos indivíduos e que traduzem de uma forma mais

clara situações de risco associadas à infecção por VIH, permitindo ir mais além do que a mera categorização do contexto sexual por detrás da infecção. Neste sentido, as subcategorias aqui propostas podem ser legitimamente classificadas como *fatores determinantes*, uma vez que a exposição a determinadas práticas está positivamente associada, do ponto de vista epidemiológico a um aumento da probabilidade de aparição de um resultado específico – infecção por VIH.

12.1 – Categoria de transmissão: heterossexuais

Em termos de categoria de transmissão *heterossexual* foram identificados na amostra 224 casos cuja infecção por VIH foi, com elevada probabilidade, atribuída a práticas heterossexuais não seguras, diagnosticadas entre 1983 e 2001 (Fig. 12.1.2), envolvendo 92% (n=206) de indivíduos caucasianos e 8% (n=18) de indivíduos negros, maioritariamente oriundos dos PALOP, excepto três, cujo nascimento ocorreu em Portugal (Fig.12.1.1), contando-se, de uma forma global, 92,4% de casos positivos para o VIH-1 (n=207) e 7,6% de casos positivos para o VIH-2 (n=17).

Figura – 12.1.1 – Distribuição geográfica da nacionalidade dos doentes VIH/SIDA, heterossexuais, internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)

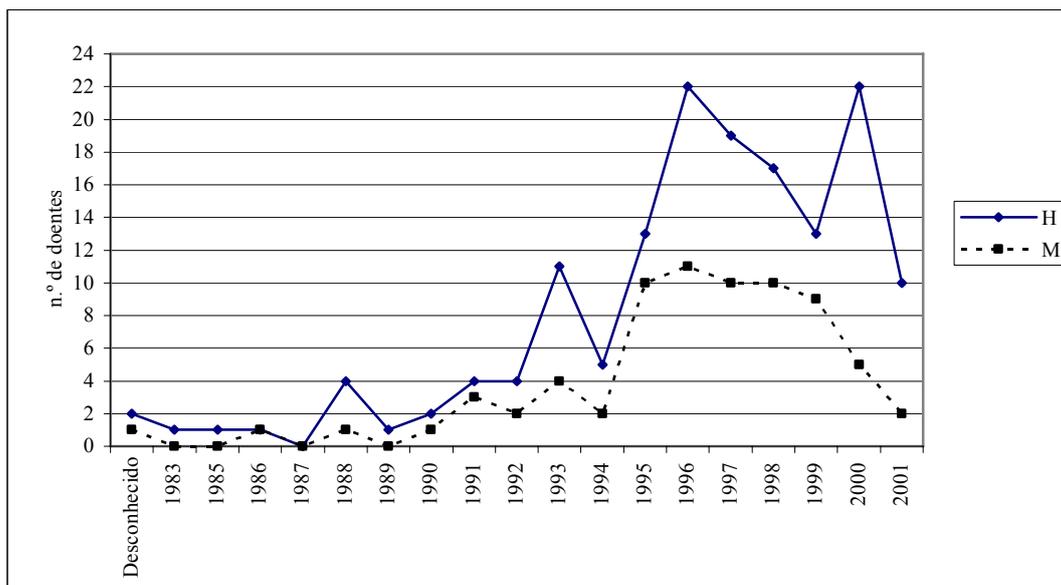


Destes, 67,86% (n= 152) são do sexo masculino e 32.14% (n= 72) do sexo feminino, originando uma razão entre sexos de 2,1 homens por cada mulher infectada para esta categoria, correspondendo a 40,95% do total de casos internados entre 1996 – 2001.

A observação da figura 12.1.2 permite-nos verificar a preponderância que o diagnóstico masculino detinha nesta categoria de transmissão, aumentando quantitativamente para os

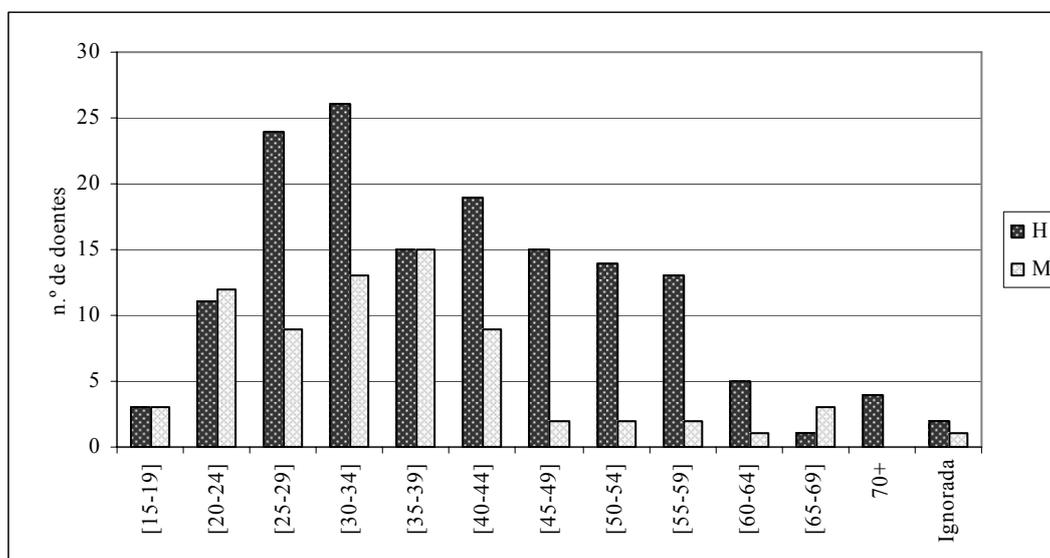
dois sexos no intervalo 1995-1999, ocorrendo uma quase duplicação da razão homem/mulher comparativamente com o intervalo 1990-1994, onde se verificava uma estreita proximidade entre sexos, com o número de diagnósticos efectuados a variar entre 2 e 5, excepto no ano de 1993 onde se alcança um pico de 11 homens e 4 mulheres.

Figura 12.1.2 - Evolução da casuística VIH/SIDA em doentes heterossexuais internados no Serviço de Doenças Infecciosas por sexo e ano de diagnóstico - HUC (1996 – 2001)



No que diz respeito à *idade média à data do diagnóstico* verificada nesta categoria de transmissão, é de 39,9 anos para os homens e de 34 anos para as mulheres, colocando a classe modal masculina nos 30-34 anos, e a feminina nos 35-39 anos (Fig. 12.1.3), para uma idade mínima comum de 16 anos, fixando-se a idade máxima em 73 anos para os homens e 69 anos para as mulheres.

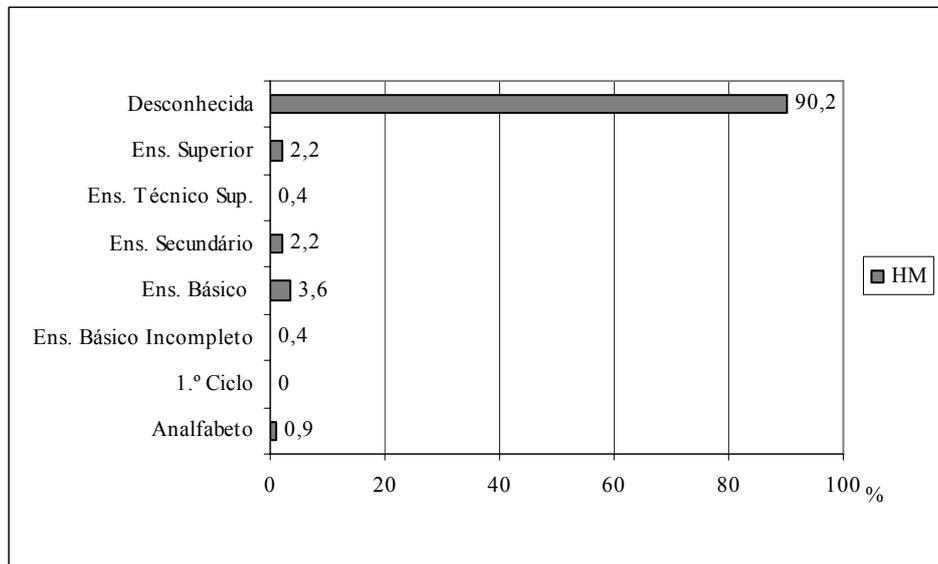
Figura 12.1.3 – Distribuição dos casos VIH/SIDA por classe etária à data do diagnóstico em doentes heterossexuais internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



No que respeita à informação colhida sobre *escolaridade*, pode-se desde já adiantar que na totalidade das “categorias de transmissão” esta não é uma componente minimamente valorizada, uma vez que não existe qualquer informação ou referência a este respeito em 88,3% dos casos que compõem a totalidade da amostra. A situação agora descrita persiste e repete-se nos diferentes níveis de monitorização da epidemia, sendo frequentemente ignorada em registos de aconselhamento e teste voluntário para o VIH e demais ISTs, para além de não estar incluída nos procedimentos de notificação de diversos países, incluindo Portugal, mesmo após a recente revisão dos conteúdos informativos ocorrida em 2004 (ver anexos). Este facto inviabiliza uma caracterização desejavelmente mais detalhada sobre o perfil educacional dos infectados, nomeadamente sobre a avaliação da potencial capacitação para descodificarem mensagens preventivas e/ou terapêuticas, fundamentais ao nível da prevenção primária e secundária.

Dos 224 casos que compõem a categoria “*Heterossexuais*” apenas dispomos de informação sobre a escolaridade de 22 indivíduos, respectivamente 16 homens e 6 mulheres. Tal como demonstra a figura 12.1.4, em 90,2% dos casos desconhecemos o nível de escolaridade dos intervenientes, encontrando uma ligeira acumulação de efectivos nos indivíduos que declararam ter concluído o *ensino básico* 3,6% (n=8), seguindo-se as categorias *ensino superior* e *ensino técnico superior* que, de forma conjunta, envolvem 2,6% (n=6) dos casos.

Figura 12.1.4 - Distribuição da variável *escolaridade* para a categoria de transmissão heterossexual envolvendo doentes VIH/SIDA internados no Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



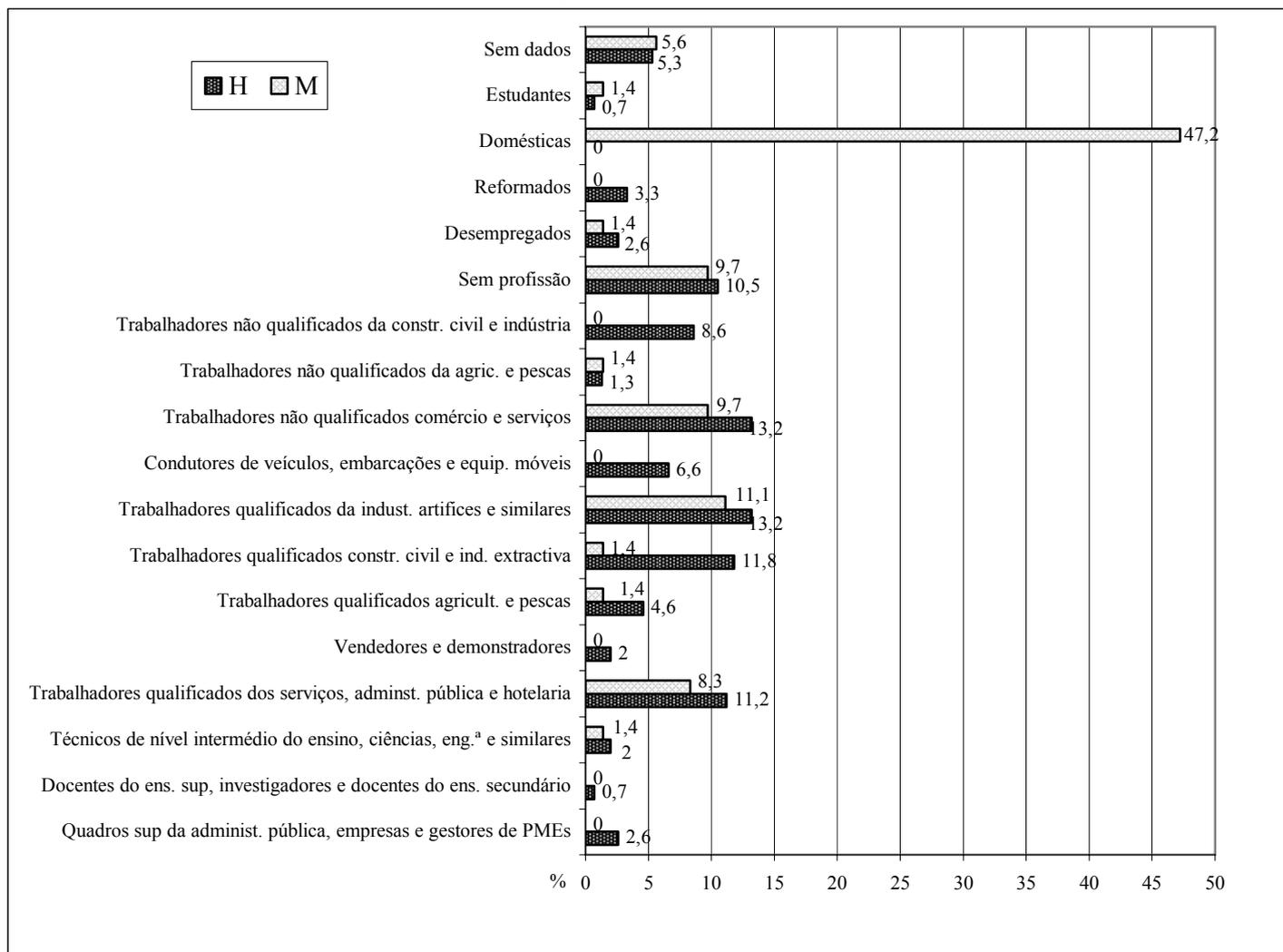
No que concerne à variável *actividade profissional*, foi possível encontrar informação útil e suficiente para cada um dos sexos, escasseando os dados em aproximadamente 5% dos casos averiguados. A identificação da componente *actividade profissional* detém particular relevância neste estudo, pois não só nos permite inferir alguma informação sobre as qualificações académicas detidas pelos indivíduos, como permite projectar, com razoável segurança, um conjunto de *custos indirectos* gerados pela interrupção da actividade profissional quando é declarada uma situação de internamento por causa VIH/SIDA ou co-morbilidades.

Tal como podemos observar na figura 12.1.5, a categoria de transmissão “heterossexuais” comporta uma elevada diversidade de actividades profissionais, envolvendo indivíduos com elevada qualificação em pelo menos 6,7% dos casos. Paralelamente, verifica-se para o sexo masculino uma acumulação relativa de efectivos nos sectores qualificados da indústria (13,2%), construção civil e indústria extractiva (11,8%), administração pública e hotelaria (11,2%), bem como nas áreas não qualificadas do comércio e serviços (13,2%), relevando de igual modo 10,5% de indivíduos que declararam não exercer qualquer profissão.

Um exame mais detalhado sobre esta variável permite-nos concluir que aproximadamente 33% dos elementos masculinos agrupados na categoria “heterossexual” exercem actividade laboral em meio industrial e na construção civil, distribuídos por sectores

qualificados e não qualificados, inseridos, em alguns casos, num universo de trabalho profundamente masculinizado onde a construção social da identidade passa pela valorização de comportamentos e desempenhos pouco consentâneos com os procedimentos preventivos tidos como adequados para minorar o risco de contágio por VIH.

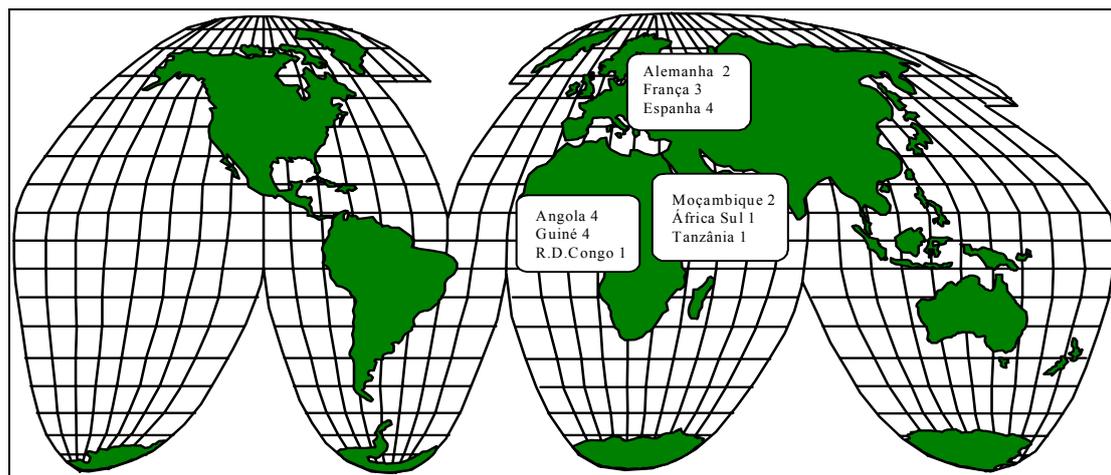
Figura – 12.1.5 - Distribuição da actividade profissional em doentes heterossexuais VIH/SIDA internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



Acresce a esta situação o facto de 44% (n=22) dos indivíduos incluídos nos sectores profissionais supra referenciados, acumularem percursos emigratórios (n=20) e imigratórios (n=2) de curta e média duração, estando temporariamente deslocados em países onde a categoria de transmissão dominante está fortemente associada com relacionamentos heterossexuais desprotegidos, como é o caso da totalidade dos países africanos que lhes serviram de acolhimento.

Foi também possível verificar que 10 deles declararam estar casados ou a viver em união de facto, 8 afirmaram permanecer solteiros e 2 divorciados, admitido manter relacionamentos frequentes com múltiplas parceiras (n=9) e recorrer regularmente ao sexo comercial desprotegido (n=6).

Figura 12.1.6 - Países de percurso migratório de doentes heterossexuais masculinos VIH/SIDA presentes no Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



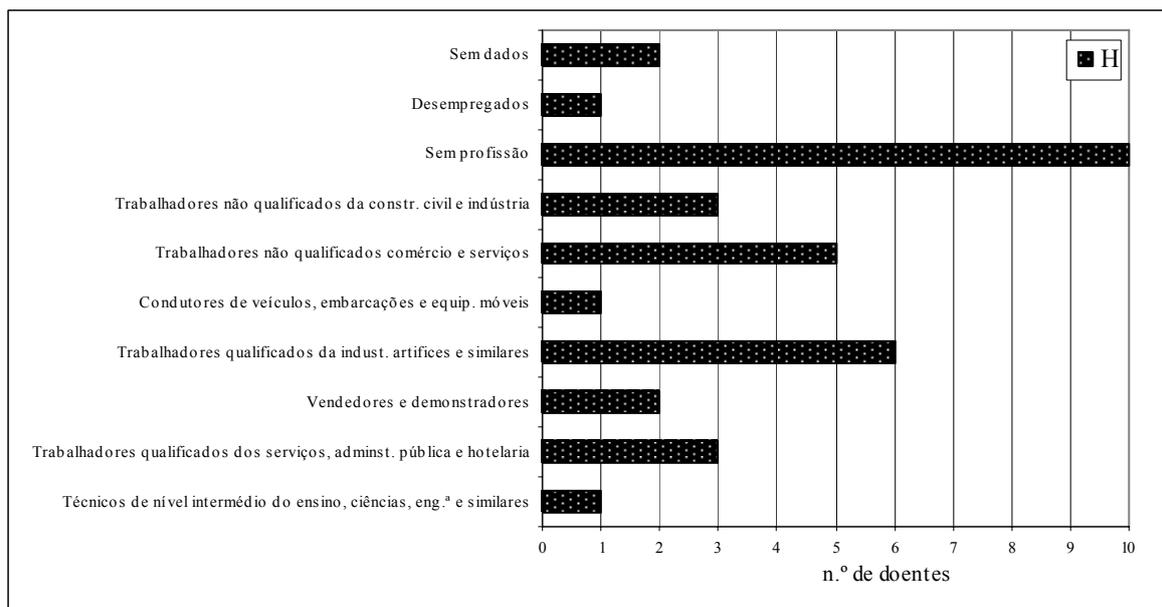
Ainda no contexto da *heterossexualidade masculina*, releva o facto de se terem encontrado 22,27% (n=34) de indivíduos que, concomitantemente com práticas heterossexuais desprotegidas, e pelas quais podem ser objecto de classificação relativamente ao risco de transmissão¹⁰, associavam o consumo regular de drogas, envolvendo, em muitos casos, a sua aplicação endovenosa. Adicionalmente, deve acrescentar-se, pelo menos num caso, o risco decorrente da prática regular de prostituição masculina com prática de sexo desprotegido.

Neste subgrupo, que conjugava comportamentos de risco por via sexual e aditiva, a idade média é de 29,5 anos, variando entre um mínimo de 18 e um máximo de 48, na sua maioria solteiros (58,8%, n=20), sendo que 32,4% (n=11) admitiu estar casado ou viver em união de facto, distribuindo-se por um universo profissional variado, envolvendo actividades qualificadas e não qualificadas, pese o facto de a sua maioria informar não deter qualquer profissão (29,4%; n=10; Fig. 12.1.7).

¹⁰ Relativamente à inclusão destes doentes na respectiva “Categoria de Transmissão” e tendo presentes as instruções de preenchimento da *Folha de Notificação* (CEVDT), pode ser assinalada mais do que uma categoria de transmissão.

No que toca à categorização das parceiras sexuais deste subgrupo, 2,9% dos homens declarou relacionar-se com pessoas igualmente dependentes de drogas, 17,7% com parceiras toxicodependentes com percursos pela prática de sexo comercial, ao passo que 52,9% pratica sexo com múltiplas parceiras e 8,8% procura regularmente serviços sexuais pagos.

Figura 12.1.7 – Distribuição da actividade profissional em doentes “Heterossexuais+Toxicodependentes” VIH/SIDA masculinos internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



No caso do universo feminino, em termos de estatuto profissional, encontramos um elevado número de efectivos que declararam exercer actividade doméstica (47,2%), seguindo-se 11,1 % a laborar em sectores qualificados da indústria, bem como 8,3% no sector qualificado dos serviços, administração pública e hotelaria. Nos sectores não qualificados, encontramos 9,7% dos casos agregados ao sector de comércio e serviços e 9,7% que se declarou-se “sem profissão”.

Da totalidade das mulheres que se declararam *domésticas*, 3 admitiram exercer a prática regular de sexo comercial, oscilando a sua idade entre os 36 e os 42 anos, comportamento também admitido por 2 outras mulheres inseridas no mercado laboral, respectivamente no sector qualificado dos serviços, administração pública e hotelaria, e na área não qualificada do comércio e serviços.

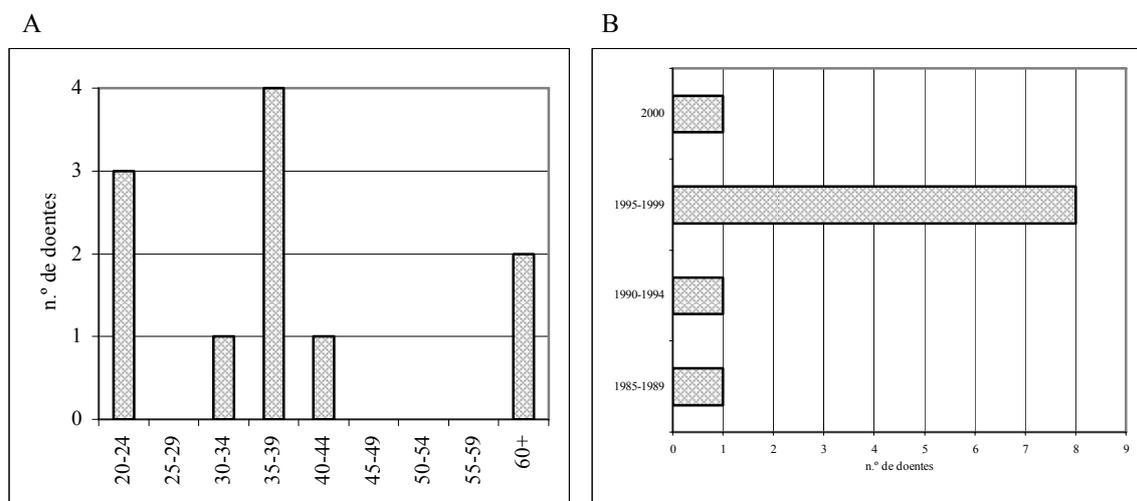
Tal como tinha acontecido com a população masculina, a população heterossexual feminina também oculta outras subcategorias relacionadas com o risco de transmissão

pelo VIH que não devem ser ignoradas. À data da infecção a idade destas mulheres variava entre os 16 e os 69 anos, maioritariamente casadas 44,6%, seguindo-se 35,7% de solteiras e 7,1% em união de facto,

Assim, verificou-se que em 36,11% dos casos (n=26), comportamentos heterossexuais de risco coexistem com a dependência de drogas, envolvendo 10 mulheres que se declararam domésticas, 4 sem profissão, 3 como trabalhadoras qualificadas dos serviços, 1 estudante, e as restantes distribuídas por sectores não qualificados. Destas, 65,39% (n=17) admitiram ter relações frequentes com múltiplos parceiros, embora não tenham assumido esse comportamento como prática de sexo comercial, não raras vezes utilizado para suportar os custos associados ao consumo de drogas ilícitas. Destas mulheres, 9 informaram estar casadas ou viver em união de facto com parceiro estável verificando-se, em pelo menos três casos, percursos emigratórios envolvendo Espanha, França e a Holanda.

Uma outra situação encontrada no universo heterossexual feminino e que adquire particular relevância, a qual discutiremos adiante com detalhe, envolve 11 mulheres (15,27%), cuja provável causa de infecção reside na transmissão do VIH através do relacionamento sexual com o seu cônjuge ou parceiro estável. Neste contexto, a idade à data da infecção oscilava entre os 21 e os 67 anos (Fig. 12.1.8-A), tendo os diagnósticos sido estabelecidos entre 1985 e 2000 (Fig. 12.1.8-B).

Figura 12.1.8 – Distribuição da infecção por VIH+ segundo a idade (A) e ano de diagnóstico (B) no universo heterossexual feminino no Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas, envolvendo provável transmissão por parceiro VIH+ - HUC (1996-2001)



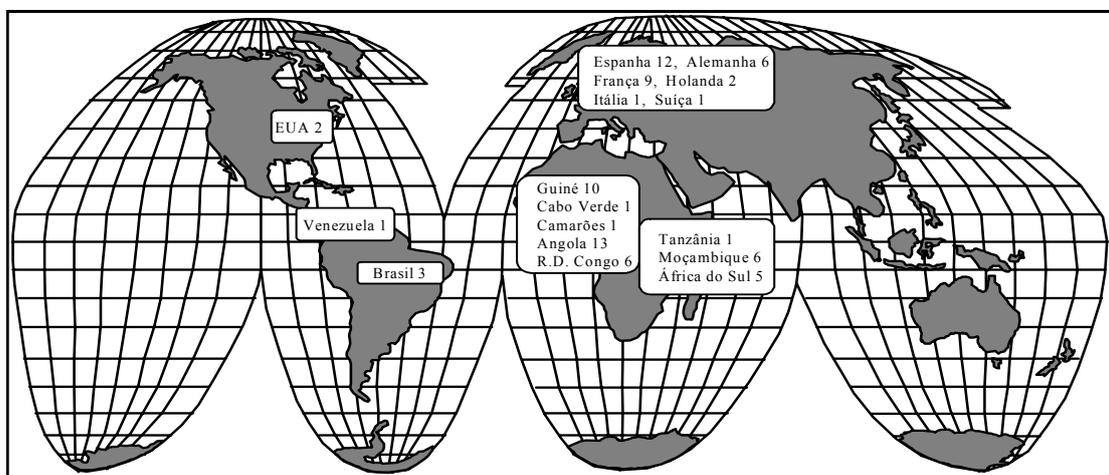
Quando ocorreu a admissão, apenas uma mulher era solteira, estando as restantes casadas (n=8) ou viúvas (n=2). Sem quaisquer dados referentes à sua escolaridade, foi averiguada a sua ocupação profissional, contando-se 6 domésticas, 3 trabalhadoras não qualificadas do comércio e serviços, 1 trabalhadora não qualificada da agricultura e 1 trabalhadora qualificada da indústria. Na sua maioria (n=7), admitiram conhecer o relacionamento extra-conjugal mantido pelos seu cônjuges ou parceiros, não tendo previsto, todavia, a sua possível contaminação pelo VIH. Num único caso, foi fornecida informação sobre hábitos toxicodependentes do companheiro, adquiridos na Alemanha, de onde era originária.

Dois outros casos envolvem uma jovem, diagnosticada em 1985 com 21 anos de idade e uma idosa, diagnosticada com 67 anos em 1989, ambas radicadas nos EUA, país onde lhes foi diagnosticada a infecção por VIH. Apenas num dos casos, envolvendo a mulher mais idosa, parecia existir conhecimento prévio dos múltiplos relacionamentos mantidos pelo marido, classificando-o como “conquistador”.

Exceptuando um único caso, VIH-2, a totalidade das mulheres infectadas é positiva para o VIH-1.

Relativamente à componente *países de percurso* dos indivíduos incluídos na “categoria de transmissão” *heterossexual*, referimo-nos com grande probabilidade ao local geográfico onde ocorreu a infecção ou, em alguns casos, onde foi objecto de diagnóstico (n=3), tendo presente que 43,42% dos homens e 27,77% das mulheres evidenciam percursos migratórios fundamentalmente relacionados com causas económicas, envolvendo 17 países diferentes (Fig. 12.1.9).

Figura 12.1.9 – Provável localização geográfica da ocorrência da infecção/diagnóstico por VIH em indivíduos heterossexuais internados no Serviço de Doenças Infecciosas de acordo com os países de percurso declarados – HUC (1996-2001)



Da totalidade dos percursos apresentados foi possível extrair duas tipologias de itinerário. Uma envolve percursos migratórios onde ocorreram situações de risco exclusivamente relacionadas com comportamentos associados à heterossexualidade desprotegida, e outra que referencia comportamentos heterossexuais de risco com adição de drogas.

No primeiro caso, onde o risco está exclusivamente associado a práticas heterossexuais não seguras, contabilizamos maioritariamente um conjunto de percursos africanos, facto que é compatível com a matriz epidemiológica local para o VIH que, desde o início da epidemia, envolve um cenário de transmissão maioritariamente associado à categoria heterossexual contando-se, em menor número, utentes que referenciam a possível infecção em percursos ocorridos nos EUA, Brasil e Venezuela.

No que se refere ao segundo caso, envolvendo comportamentos heterossexuais de risco e adição de drogas, encontramos 61% (H 12; M 7) dos migrantes com percurso europeu (n=31), aos quais se acrescenta um único caso verificado num indivíduo jovem com diversas estadas no continente africano, tendo provavelmente sido infectado em Moçambique aos 19 anos de idade admitindo, à data do diagnóstico (1991), manter relacionamentos regulares com múltiplas parceiras aos quais adicionava consumo de drogas.

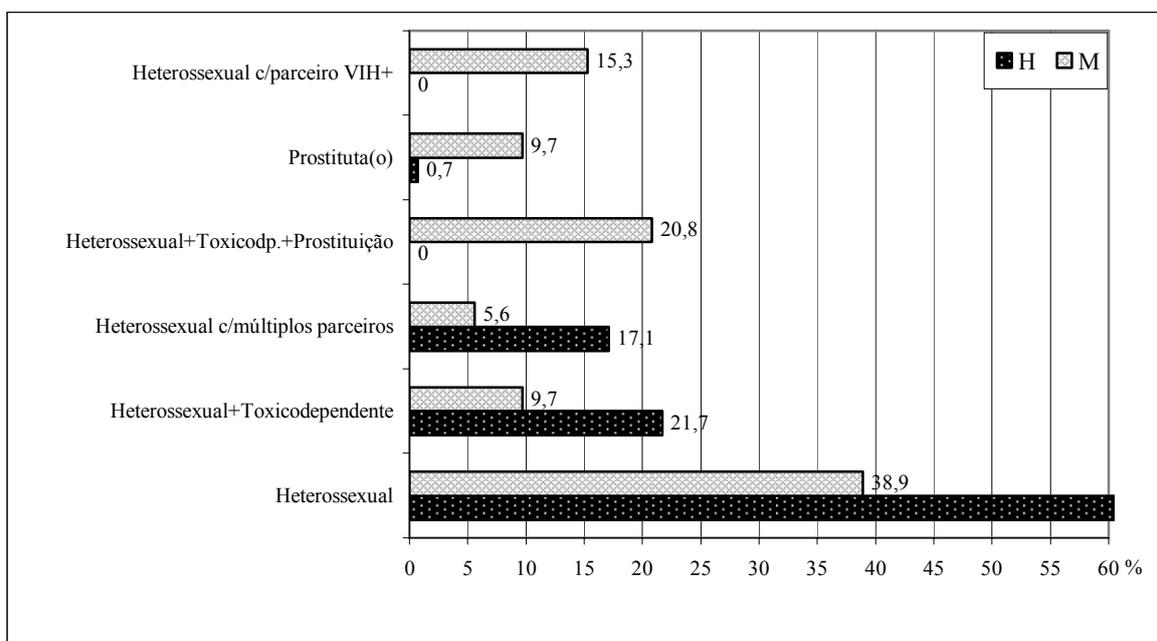
Assim, e tendo como base o que até aqui foi apresentado, podemos encontrar nesta categoria de transmissão a possibilidade de tipificação dos comportamentos de risco em seis subcategorias diferentes, cuja classificação deriva de uma análise mais fina dos comportamentos referenciados pelos doentes.

De acordo com a Figura 12.1.10 verificamos, para os dois sexos, que o principal comportamento de risco relacionado com a transmissibilidade do VIH resulta de relações heterossexuais desprotegidas (H 60%; M 38,9%), seguindo-se a associação deste comportamento com práticas de toxicoddependência (H 21,7%; M 9,7%), envolvendo, na maioria dos casos, a partilha de material contaminado e/ou relaxamento de medidas preventivas no relacionamento sexual dos indivíduos, mercê de exigências derivadas da prática de sexo comercial, quando este está envolvido, ou como consequência de estados modificados de consciência relacionados com o uso de drogas.

Destaca-se ainda, para o sexo masculino, a referência a práticas sexuais desprotegidas envolvendo múltiplas parceiras (H 17,1%; M 5,6%), existindo pelo menos um caso de prostituição masculina assumida (0,7%). No universo feminino a prática de prostituição é admitida em 9,7% (n=7) dos casos, bem como a infecção transmitida por cônjuges ou

companheiros estáveis (15,3%), cujos procedimentos relacionados com o direito à informação e manutenção do segredo médico discutiremos de seguida.

Figura 12.1.10 – Distribuição das subcategorias de transmissão verificadas em doentes VIH/SIDA heterossexuais internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



No contexto maioritário da designação heterossexual - *tout court*, e embora não possamos dispor de dados detalhados que nos permitam traçar retratos fieis sobre os comportamentos sexuais assumidos por todos os intervenientes, que maioritariamente se declararam casados ou a viver em união de facto (53,3%), de acordo com a experiência detida neste universo de investigação, para além de alguns estudos consultados (Nunes de Almeida, 2004), os comportamentos sexuais inseguros, embora abranjam um leque muito diversificado de situações, repartem-se maioritariamente por situações de monogamia em série, particularmente nas classes mais jovens, onde se verificam situações de fidelidade temporária, ou outras situações mais estáveis e dilatadas temporalmente, envolvendo uma conjugalidade formalmente assumida mas renunciando às regras sociais e morais que anteriormente conformavam o “casamento-aliança”. Nas palavras de Roussel (1978; citado por Leston Bandeira, 1996), o que mantinha os indivíduos unidos, mesmo quando se verificava a falência do amor romântico, era, neste contexto, a subjugação ao dever conjugal.

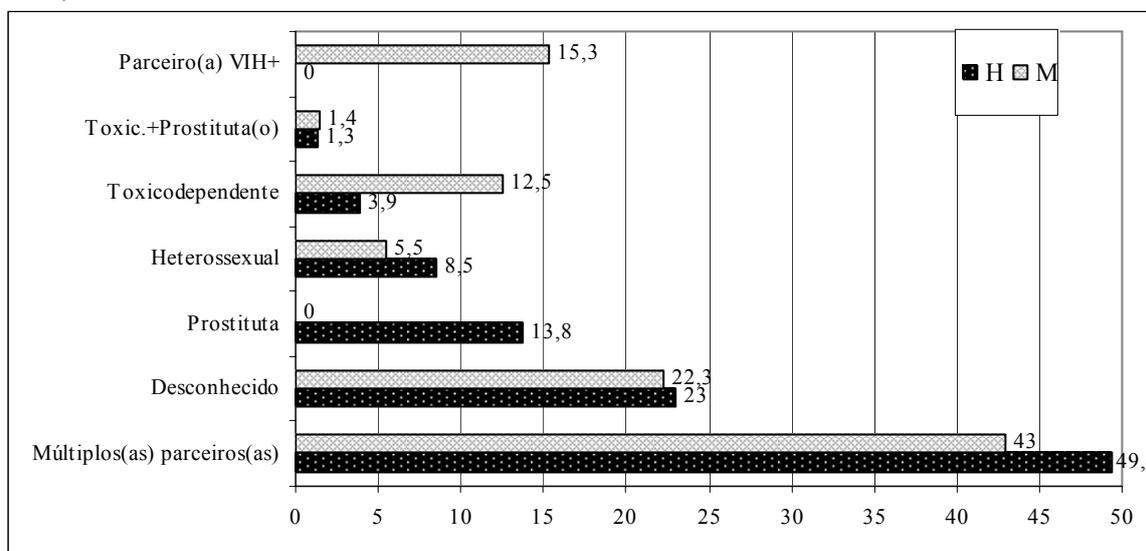
Hoje, a envolvimento conjugal apresenta-se fortemente erotizada, assente no primado da livre escolha dos cônjuges autorizando, do ponto de vista social, a busca de novas relações com a conseqüente procura de novos parceiros(as) para relacionamento íntimo, acrescentando-se o facto de, na “era SIDA”, nem sempre se acautelar previamente o conhecimento sobre o estatuto serológico dos intervenientes.

O aumento da informalidade nas relações, nomeadamente a partir de meados dos anos 60 é, segundo Edward Shorter (1975; citado por Leston Bandeira, 1996), uma inevitabilidade conseqüente à «segunda revolução sexual» que se caracteriza pela rejeição de qualquer pressão oriunda do meio social, familiar e comunitário, no que respeita à escolha de parceiro e manutenção da vida comum. Segundo Leston Bandeira (1996, pp. 31), a sobrevalorização dos aspectos sexuais nas relações entre os sexos deriva de diversas conquistas no feminino, nomeadamente na esfera sexual:

«Enquanto na primeira revolução as mulheres aceitavam ter relações sexuais fora do casamento, mas apenas com o futuro marido, a partir dos anos 60, na medida em que cada relação amorosa passa sobretudo por uma relação física, as mulheres têm relações sexuais independentemente de essa relação conduzir ao casamento».

No que concerne às informações recolhidas sobre as características comportamentais dos parceiros(as) de relacionamento através dos quais, provavelmente, ocorreu a infecção por VIH, partindo de atribuições feitas pelos doentes encontramos, para os dois sexos, uma elevada percentagem de indivíduos (H 49,4%; M 43%) que admitiu ter-se relacionado com alguém que detinha múltiplos parceiros(as), seguindo-se um conjunto de indivíduos que não forneceu qualquer informação sobre os seus parceiros(as) de relacionamento (H 23%, M 22,3%) (Fig.12.1.11).

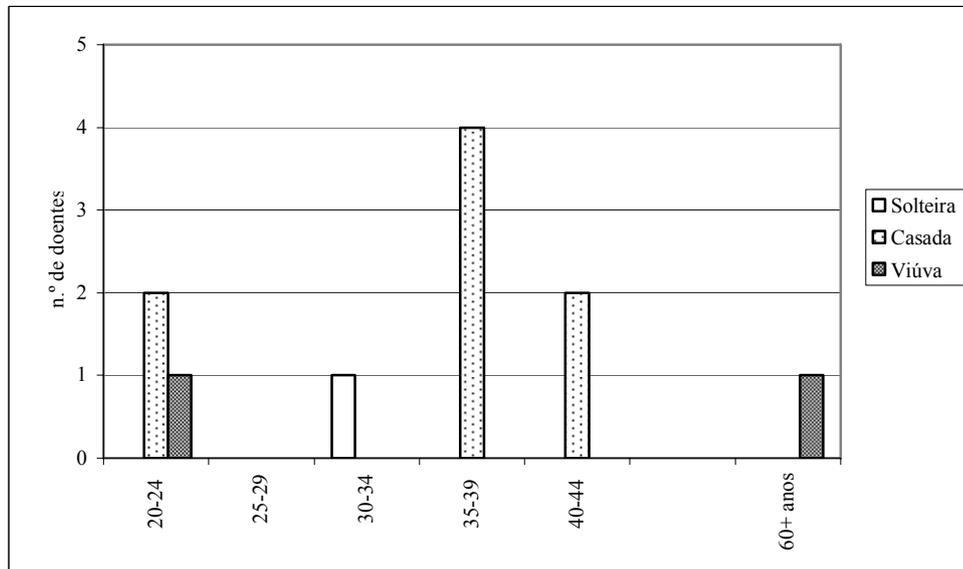
Figura 12.1.11 – Caracterização dos parceiros(as) de relacionamento de doentes heterossexuais VIH/SIDA internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



Outro dado relevante decorre do facto de 13,8% (n=21) dos homens terem admitido a procura regular de sexo comercial, bem como o facto de 12,5% (n=9) das mulheres terem admitido relacionar-se com parceiros consumidores de drogas que, tal como já foi mencionado, ocorre maioritariamente em situação de matrimónio ou união de facto.

Por último, mas não menos importante, emerge no universo feminino a questão da transmissão da infecção na conjugalidade, envolvendo o marido ou companheiro VIH+, atingindo 15,3% (n=11) das mulheres heterossexuais, maioritariamente casadas (Fig. 12.1.12), com a idade mínima à data do diagnóstico fixada nos 21 anos e a máxima nos 67 anos, ao que corresponde uma idade média de 37,7 anos.

Figura 12.1.12 – Caracterização do estado civil de mulheres heterossexuais VIH+, segundo a classe etária, com provável transmissão da infecção na conjugalidade – HUC (1996-2001)



As circunstâncias descritas, envolvendo com elevado grau de certeza a transmissão da infecção no seio da conjugalidade, autorizam-nos a qualificar estas doentes como “*vítimas involuntárias*”, no sentido em que, de forma consciente, não adoptaram nenhum comportamento capaz de as colocar em risco para a infecção por VIH, nomeadamente por via de contacto sexual desprotegido, exceptuando-se o decorrente do relacionamento íntimo com os seus maridos ou companheiros cumprindo, desta forma, o que vulgarmente se denomina por “deveres inerentes à conjugalidade”.

Se é certo que cada indivíduo deve tomar um conjunto de precauções tidas como razoáveis para preservar a sua saúde, nomeadamente para não ser infectado, a imposição de medidas preventivas para as ISTs no seio do relacionamento conjugal implica, para além da certeza ou desconfiança em relação ao risco, a capacidade de interpelar e negociar com o parceiro(a) a adopção de práticas sexuais seguras, facto que se reveste de particular dificuldade num relacionamento íntimo com parceiro estável, regra geral, escorado no dever de confiança e respeito mútuo.

Adicionalmente, podemos ainda analisar a situação aqui descrita do ponto de vista ético, envolvendo ou não os profissionais de saúde que prestam apoio a este tipo de casos, cujo aconselhamento e estratégias de prevenção a sugerir encerram dilemas pessoais e profissionais de elevada complexidade.

Para a totalidade dos casos agora discutidos não dispomos de informação suficiente para poder avaliar se o risco de infecção por parte dos cônjuges ou companheiros era do conhecimento prévio dos técnicos de saúde, ou se a atribuição da “infecção na conjugalidade” é meramente presuntiva, baseando-se exclusivamente nos dados relatados em consulta pelos doentes, acerca do seu próprio comportamento e do comportamento do cônjuge ou companheiro portador do VIH.

Todavia, e caso o médico no exercício ou não da sua profissão tome conhecimento prévio do risco de contágio proporcionado a terceiros por parte de um indivíduo seropositivo para o VIH, independentemente da categoria de transmissão em causa, e não consiga persuadi-lo a comunicar o risco de transmissibilidade ao(a) parceiro(a) com quem se relaciona, nem estando o médico autorizado a fazê-lo, estamos perante aquilo que vulgarmente se denomina por “*dilema ético-legal*”, decorrente do conflito latente entre o dever de sigilo profissional e a salvaguarda da vida e da saúde de outrem.

O segredo médico profissional é, à luz do estatuído pelo Art. 67 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, «imposto a todos os médicos e constitui matéria de interesse moral e social». Neste conceito não recaem apenas os relatos e confidências feitas ao médico pelo seu doente, mas releva uma interpretação mais abrangente que engloba os seguintes factos:

«Tudo o que o médico observa e verifica ligado à doença, incluindo neste tudo, o que lhe diz o doente ou outras pessoas, o que o médico observa por si e até o que ele descobre, mesmo que o doente pretenda ocultar» (J. Pina, 1998; pp. 128).

Desde o juramento de Hipócrates (500 a.C.)¹¹ até à sua adaptação, concretizada pela Declaração de Genebra (1948), a preservação do segredo profissional médico é, simultaneamente, um imperativo no exercício da medicina e um privilégio do doente, uma vez que encoraja este último a revelar um conjunto de informações úteis do ponto de vista do diagnóstico, assegurando-lhe rigorosa confidência, ao mesmo tempo que anula a possibilidade de outros utilizarem tal informação de forma menos adequada, podendo

¹¹ «Sobre aquilo que vir ou ouvir respeitante à vida dos doentes, no exercício da minha profissão ou fora dela, e que não convenha que seja divulgado, guardarei silêncio como um segredo religioso». (*Hipócrates opera et adscripta*, tomus quartus, pp. 197-199, Lausanne MDCCLXXI; citado por Jonsen, Siegler, Winslade, 1999)

colocar o doente numa situação de grave violação da sua reserva de intimidade (Jonsen, Siegler, Winslade, 1999).

Neste contexto, J. Pina (1998) defende a preservação do segredo médico como algo que se constitui numa obrigação rigorosa e raras vezes inalienável, cujas exceções englobam um conjunto restrito e preciso de situações onde aspectos morais, deontológicos e outros derivados de disposições jurídicas podem prevalecer, nomeadamente quando estão em causa os seguintes aspectos:

- Defesa da saúde da comunidade;
- Administração da justiça;
- Defesa da honra do doente e do médico.

Assim, e no que concerne ao risco de transmissão do VIH a terceiros, particularmente àqueles que, decorrentes do cumprimento de deveres conjugais, ou perante fundamentada prova de vida em comum - onde «os riscos de transmissão são grandes, aproximando-se da certeza» (Sancho e Ferreira, 2004); emerge com pertinente adequação a reclamação de escusa de segredo médico, cuja fundamentação pode ser encontrada ao abrigo do Art.º 72 do Código Deontológico:

«As obrigações do segredo profissional não impedem que o Médico tome as precauções necessárias, promova ou participe em medidas de defesa sanitária, indispensáveis à salvaguarda da vida e saúde de pessoas, nomeadamente dos membros da família e outras que residam ou se encontrem no local onde esteve o doente».

Para J. Pina (1998; pp. 130) emana do atrás estatuído um conjunto muito preciso de situações que podem autorizar a dispensa excepcional do segredo profissional:

«O médico está dispensado de guardar o segredo profissional nas seguintes situações:

- a) Em casos das doenças infecto-contagiosas de declaração obrigatória;
- b) Em caso de suspeitar de crime público, a não ser que o doente possa incorrer em processo penal;
- c) O consentimento do doente, desde que existam algumas das seguintes condições: tem de ser legítimo, pois o doente tem de ser o

único e legítimo proprietário do segredo profissional (quando se trata de uma doença hereditária) e a revelação não deve causar dano ou prejuízo a terceiros (o marido que contagia a mulher com uma doença venérea); e deve ser consciente e esclarecido, isto é, o doente deve saber o que autoriza a divulgar, pois há doenças que se podem divulgar sem prejuízo de terceiros e outras não».

Todavia, existem situações em que o doente, de forma deliberada e consciente, não consente na divulgação de qualquer facto médico a terceiros, mesmo quando a vida destes corre perigo de forma comprovada, encontrando-se esgotadas todas as vias de persuasão no sentido de que seja o próprio a comunicar o risco.

Num contexto de diagnóstico positivo para o VIH Morris (1987; citado por Rui Nunes, 1998; pp. 38) defende que o resultado deve ser sempre transmitido à pessoa em causa pelo médico que requisitou o teste - «acompanhado pelas explicações necessárias sobre as consequências desse resultado, bem como pela indicação das precauções que devem ser tomadas para evitar a propagação da doença».

A recusa reiterada e intransigente do sujeito, no sentido de actuar de forma consequente com a sua potencial capacidade de transmissão da infecção, nomeadamente informando aqueles que com ele mantêm um relacionamento íntimo, é razão necessária e suficiente para que alguns países tenham protegido legalmente a contenção dos direitos individuais do seropositivo:

«Entre nós, não existe ainda legislação que permita orientar essa opção, mas em alguns estados norte americanos (Califórnia e Nova Iorque, a título exemplificativo), bem como em alguns países europeus, a legislação permite que se transmita essa informação às pessoas em risco. A mesma posição foi defendida pelo *General Medical Council* britânico e pela *American Medical Association* (contrariando a posição previamente assumida)». (Rui Nunes, 1998; pp. 38).

Para Jonsen, Siegler, Winslade (1999; pp. 168) à luz da ética e deontologia médica norte-americana, em circunstâncias análogas às descritas neste estudo, perante a reiterada recusa de divulgação da seropositividade a um parceiro de relacionamento íntimo, declararam o seguinte:

«O médico tem o dever de assegurar que o companheiro é informado do sério risco que corre, primeiro por incitar o doente a fazê-lo e, se isso não for possível, deve tomar os passos prescritos na lei de saúde pública e actuar de forma a assegurar que a pessoa em risco é notificada».

De acordo com Sancho e Ferreira (2004; pp.10), atendendo ao previsto pelo ordenamento jurídico nacional para situações deste tipo, onde está bem presente um conflito de valoração de normas deontológicas, a decisão em causa deve considerar dois tipos de interesses:

«Por um lado os do indivíduo, da sua liberdade e privacidade e, por outro, os da família do doente, principalmente a mulher [ou outrem em circunstâncias análogas]¹², que corre sérios risco de ser contagiada se não forem tomadas medidas adequadas no que atine à sua protecção».

Embora se trate de uma situação de elevada conflitualidade de valores, e perante a possibilidade seriamente avaliada de risco de vida para terceiros, estando para além do mero e remoto risco de contágio, a recusa reiterada do próprio em informar, ou consentir na informação, deveria constituir motivo excepcional para solicitação de escusa de segredo profissional, autorizando o médico a socorrer-se de um conjunto de medidas proporcionais à prossecução do seu objectivo – evitar a doença e salvaguardar a vida.

12.1.2 – Abordagem do custo da doença na categoria de transmissão heterossexuais

No que concerne à análise de uma outra categoria de dados, que resultam do cruzamento da *informação clínica* com o *GDH* de cada doente, optou-se por analisar a informação daí resultante de modo parcelar, indexando-a à respectiva “categoria de transmissão”, no sentido de viabilizar a abordagem dos custos da doença, gerados pela infecção por VIH/SIDA e co-morbilidades, segundo o risco comportamental tipificado por cada categoria. Neste contexto, emergem um conjunto informações que nos permitem conhecer o modo como se processa o acesso ao internamento e o destino pós-alta de cada doente, autorizando também a contabilização dos *custos hospitalares directos* – através da

¹² [] *acrescento nosso*.

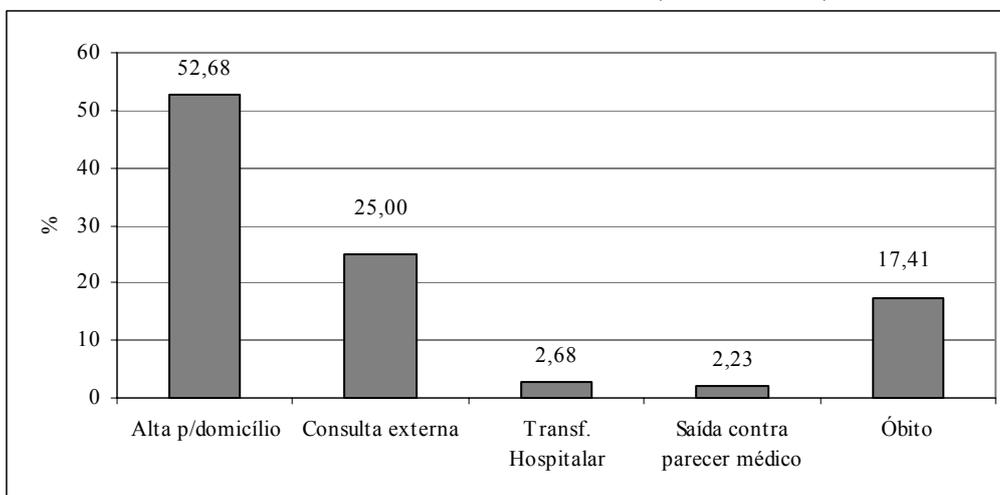
consulta dos GDHs previamente calculados, bom como o cálculo dos *custos indirectos* relacionados com a interrupção da respectiva actividade profissional, tendo presente os dias de trabalho perdidos por internamento, para além dos custos de transporte gerados.

Assim, na “categoria de transmissão” heterossexuais, pudemos verificar que 54,9% da admissão na unidade de internamento ocorre num contexto de *admissão programada*, isto é, o doente é oriundo da consulta de imunodeficiência do Hospital de Dia ou, de forma antecipada, o seu internamento foi previamente agendado. Os restantes 45,1%, resultam da admissão pelo serviço de urgência, regar geral motivado pelo agravamento do estado clínico do doente.

Relativamente ao destino a pós-alta, através da consulta dos GDHs para o intervalo 1996-2001, foram considerados cinco destinos: alta para domicílio, alta para consulta externa (Consulta de Imunodeficiência), transferência para outro hospital do Serviço Nacional de Saúde, saída contra parecer médico e óbito.

De acordo com o observado na Figura 12.1.2.1, a maior parte dos doentes internados, respeitando a categoria em causa (52,68%; n=118), obteve no período considerado alta para domicílio, 25% (n=56) foram admitidos para a consulta externa de Imunodeficiência, 2,68% foram transferidos para outro hospital, regra geral mais próximo da área de residência e 2,23% abandonaram a unidade de internamento contra parecer médico. Os restantes 17,41% (n=39) dizem respeito aos óbitos ocorridos no decurso do internamento, facto que adiante comentaremos em detalhe e de forma global para a totalidade das categorias de transmissão, não estando aqui contabilizado o total de óbitos consequentes à patologia registados em doentes não internados.

Figura 12.1.2.1 - Distribuição da variável - *destino a pós-alta*, para a categoria de transmissão heterossexual VIH/SIDA – HUC (1996 – 2001)



No que respeita à totalidade aos custos da doença gerados na categoria heterossexual, relacionados com a globalidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes internados, mediante o cálculo do respectivo GDH, foi possível apurar para os seis anos de estudo, um total de 456 internamentos, perfazendo 11.100 dias, ascendendo a um *custo directo* global de 2.800.098,6 €, indexado a valores de 2001 (Tabela 12.1.2.1), aos quais se acrescentam 22.071,42€ de custos de transporte.

Tabela 12.1.2.1 - Descrição das componentes *Dias de Internamento*, *Frequência de Internamento*, *Custos de Internamento* (GDH), e *Custos de Transporte* por causa VIH/SIDA e co-morbilidades para a categoria de transmissão heterossexuais - HUC (1996-2001)

	Dias de Internamento (1996-2001)	Frequência de Internamento (1996-2001)	Custo de Internamento – GDHs (1996-2001) (€)*	Custo de transporte (1996-2001) (€)
Mínimo	1	1	220,0	6,34
Máximo	442	23	147.236,3	1.873
Total	11.100		2.800.098,6€	22.071.42€

* GDH calculado de acordo com o previsto na Portaria n.º189/2001, 9 de Março, Anexo I.

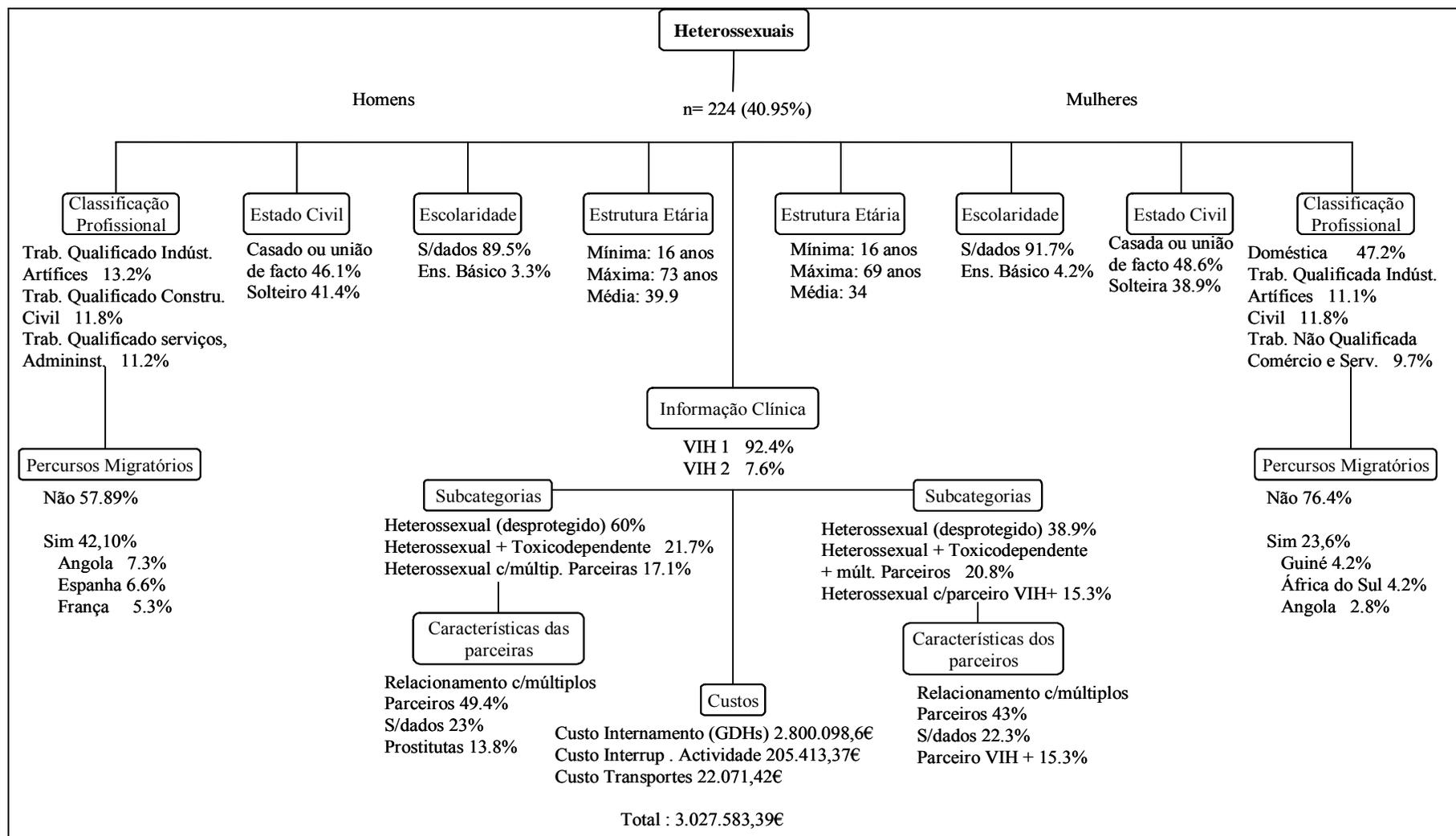
Para o cálculo dos *custos indirectos* relacionados com a patologia em causa, procedeu-se ao cálculo do custo de interrupção de actividade tendo como base os dias de trabalho perdidos por motivo de internamento contidos nos respectivos GDHs, agrupados por actividade profissional, de acordo com informação prestada pelo doente, tal como já foi descrito na conceptualização de procedimento.

Assim, foi apurado um total de custos relacionados com a interrupção de actividade no valor de 205.413,37€, (Tabela 12.1.2.2). A soma total dos dois tipos de custos, directos e indirectos, gerados por causa VIH/SIDA e co-morbilidades é, para categoria de transmissão heterossexual, de 3.027.583,39€ (606.975.973\$10).

Tabela 12.1.2 – Custos indirectos categoria de transmissão – *Heterossexual* (HUC, 1996 – 2001)

Categoria Profissional	n	Total de Dias de Internamento	Salário Base*(€)	Factor Ponderação Salarial	Salário Dia (€)	Custo de Interrupção de Actividade(€)
Quadros sup da administ. pública, empresas e gestores de PMEs	4	69	334,14	6	66,83	4611,13
Docentes do ens. sup, investigadores e docentes do ens. secundário	1	14	334,14	3,7	41,21	576,95
Técnicos de nível intermédio do ensino, ciências, eng. ^a e similares	4	207	334,14	3	33,41	6916,70
Trabalhadores qualificados dos serviços, adminst. pública e hotelaria	23	845	334,14	2,5	27,85	23529,03
Vendedores e demonstradores	3	50	334,14	2,7	30,07	1503,63
Trabalhadores qualificados agricult. e pescas	8	677	334,14	2	22,28	15080,85
Trabalhadores qualificados constr. civil e ind. extractiva	19	1207	334,14	2,7	30,07	36297,63
Trabalhadores qualificados da indust. artífices e similares	28	1653	334,14	2,5	27,85	46027,76
Condutores de veículos, embarcações e equip. móveis	10	655	334,14	3	33,41	21886,17
Trabalhadores não qualificados comércio e serviços	27	1023	334,14	1,5	16,71	17091,26
Trabalhadores não qualificados da agric. e pescas	3	153	334,14	1,3	14,48	2215,35
Trabalhadores não qualificados da constr. civil e indústria	13	712	334,14	1,4	15,59	11102,36
Sem profissão	23	956	138,27	1	4,61	4406,20
Desempregados	5	74	334,14	1	11,14	824,21
Reformados	5	159	334,14	1	11,14	1770,94
Domésticas	34	2040	138,27	1	4,61	9402,36
Estudantes	2	135	0	0	0,00	0,00
Sem dados	12	471	138,27	1	4,61	2170,84
Total	224	11.100				205.413,37

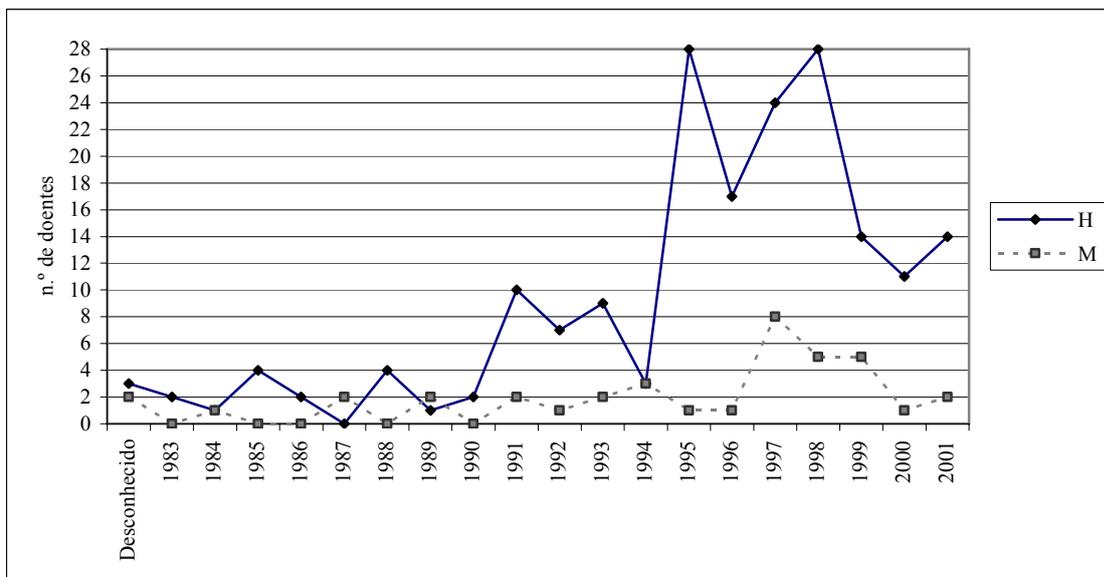
Quadro 12.1.2.2 - Diagrama de Síntese da Categoria de Transmissão *Heterossexual* (HUC, 1996 – 2001)



12.2 – Categoria de Transmissão: Toxicodependentes

No que se refere à categoria de transmissão toxicodependentes, a segunda maior categoria de transmissão da infecção por VIH presente na amostra, registando-se uma diferença de apenas 2 casos relativamente à categoria anteriormente considerada – heterossexuais (n= 224), encontramos um total de 222 indivíduos que correspondem a 40,59% do total de doentes, cujo diagnóstico ocorreu entre 1983 e 2001 (Fig. 12.2.1).

Figura 12.2.1 – Evolução da casuística VIH/SIDA em doentes toxicodependentes internados no Serviço de Doenças Infecciosas por sexo e ano de diagnóstico – HUC (1996-2001)



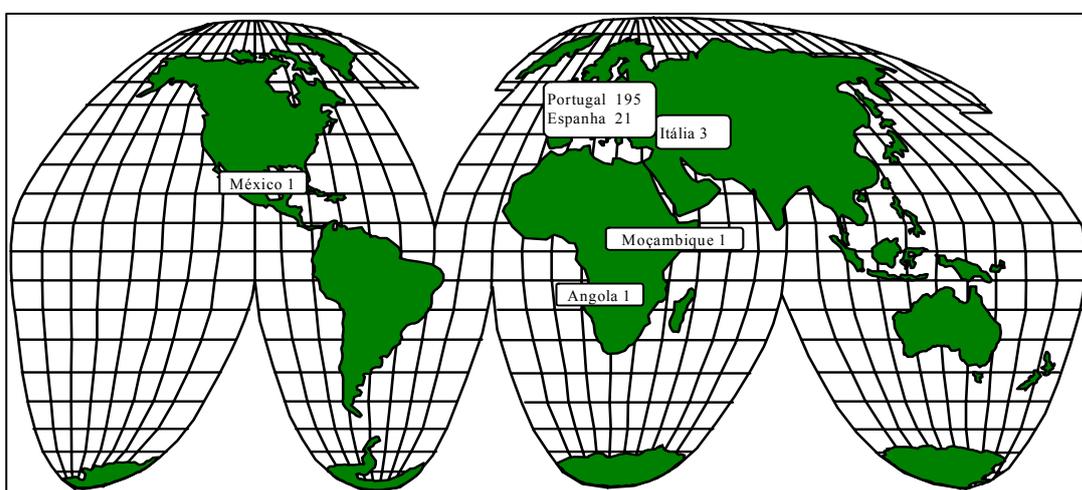
De acordo com o expresso na Figura 12.2.1, facilmente se verifica que a categoria em causa é profundamente masculinizada, existindo 4,8 homens infectados por cada mulher, num total de 184 homens (82,9%) e 38 mulheres (17,1%). Neste contexto, o número de diagnósticos femininos mantêm-se quase constante até 1996 verificando-se, no triénio subsequente, 1997-1999, um aumento significativo do número de casos, o que corresponde a 47,4% (n=18) do total de mulheres diagnosticadas nesta categoria.

Relativamente ao sexo masculino, podemos verificar a existência de dois períodos de tempo dignos de nota e que se sucedem quase consecutivamente, onde se detecta um rápido crescimento de diagnósticos VIH/SIDA associados à toxicodependência.

O primeiro ocorre entre 1991-1993 onde, no triénio, são referenciados 14,13% (n=26) do total de casos masculinos, seguindo-se o intervalo 1995-1999 com 47,28% (n=87) de casos diagnosticados.

No que se refere à nacionalidade, verifica-se que esta categoria é maioritariamente composta por indivíduos nascidos em território nacional (87,83%; n=195), coexistindo outras quatro nacionalidades, das quais se destaca a nacionalidade espanhola que comporta 9,45% (n=21) dos doentes reunidos nesta categoria de transmissão (Fig.12.2.2). Assim, todos os indivíduos são caucasianos excepto um, que é de raça negra, natural de Moçambique.

Figura 12.2.2 – Distribuição geográfica da nacionalidade dos doentes VIH/SIDA, toxicodependentes, internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



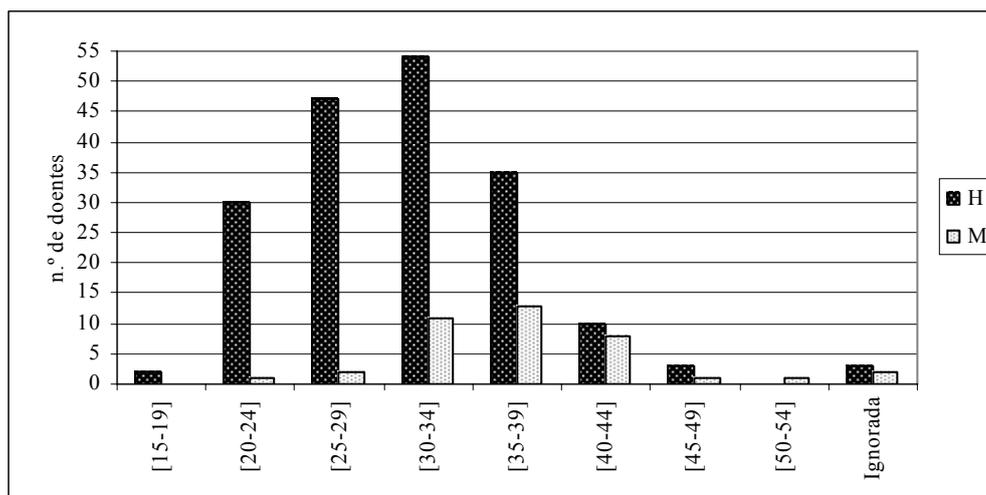
Relativamente à tipologia do vírus, apenas se observa um caso positivo para o VIH-2, diagnosticado em 1991 num indivíduo caucasiano de 44 anos de idade, não tendo declarado quaisquer percursos migratórios ou estadias no exterior do território nacional, sendo os restantes casos positivos para o VIH-1 (99,5%; n=221).

No que concerne à caracterização etária dos indivíduos à data do diagnóstico (Fig. 12.2.3), verificamos que, tendencialmente, este subgrupo comporta indivíduos mais jovens, nomeadamente quando comparados com os elementos do subgrupo anteriormente examinado – heterossexuais, onde, à data do diagnóstico estavam envolvidos 15,63% (n=35) de indivíduos de ambos os sexos com idade ≥ 55 anos.

No contexto da infecção por VIH, associada a comportamentos de risco presentes na toxicoddependência, encontramos uma idade mínima masculina e feminina de 18 e 19 anos respectivamente, para uma idade máxima de 46 anos nas mulheres e 49 anos nos homens,

estando a classe modal masculina contida no intervalo de 30-34 anos, e a classe modal feminina no intervalo 35-39 anos, fixando-se as respectivas idades médias em valores muito próximos entre si, respectivamente 29,4 anos para as mulheres e 30,7 anos para os homens.

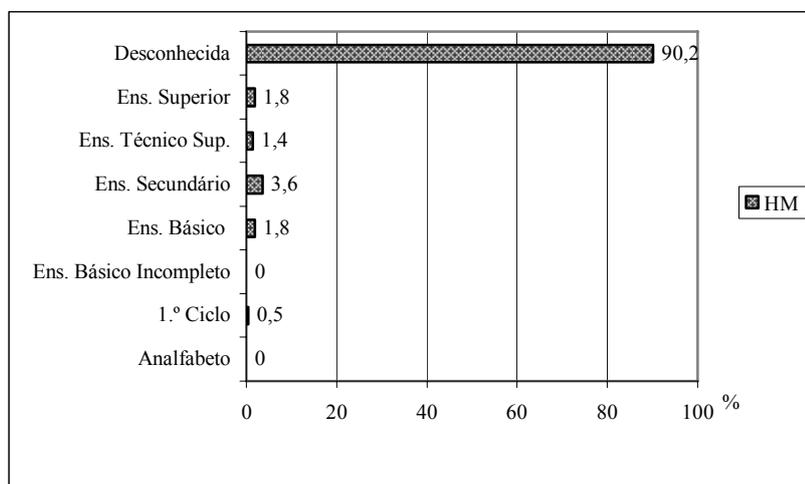
Figura 12.2.3 – Distribuição dos casos VIH/SIDA por classe etária à data do diagnóstico em doentes toxicodependentes internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



Da observação do estado civil, verificou-se que 69,8% dos indivíduos pertencentes a este subgrupo declarou-se solteiro (n=155), 22,1% admitiu estar casado ou a viver em união de facto, 5% divorciados e 0,9% viúvos.

Tal como era esperado, no que se refere à componente escolaridade (Fig. 12.2.4), esta permanece omissa em 90,2% dos casos, observando-se um acumular de efectivos nos indivíduos que declararam deter como habilitação o ensino secundário (3,6%), bem como nos titulares de cursos técnicos e superiores que, de um modo conjunto, perfazem 3,2% do total de casos avaliados.

Figura 12.2.4 – Distribuição da variável escolaridade no Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas para a categoria de transmissão toxicodependentes – HUC (1996-2001)

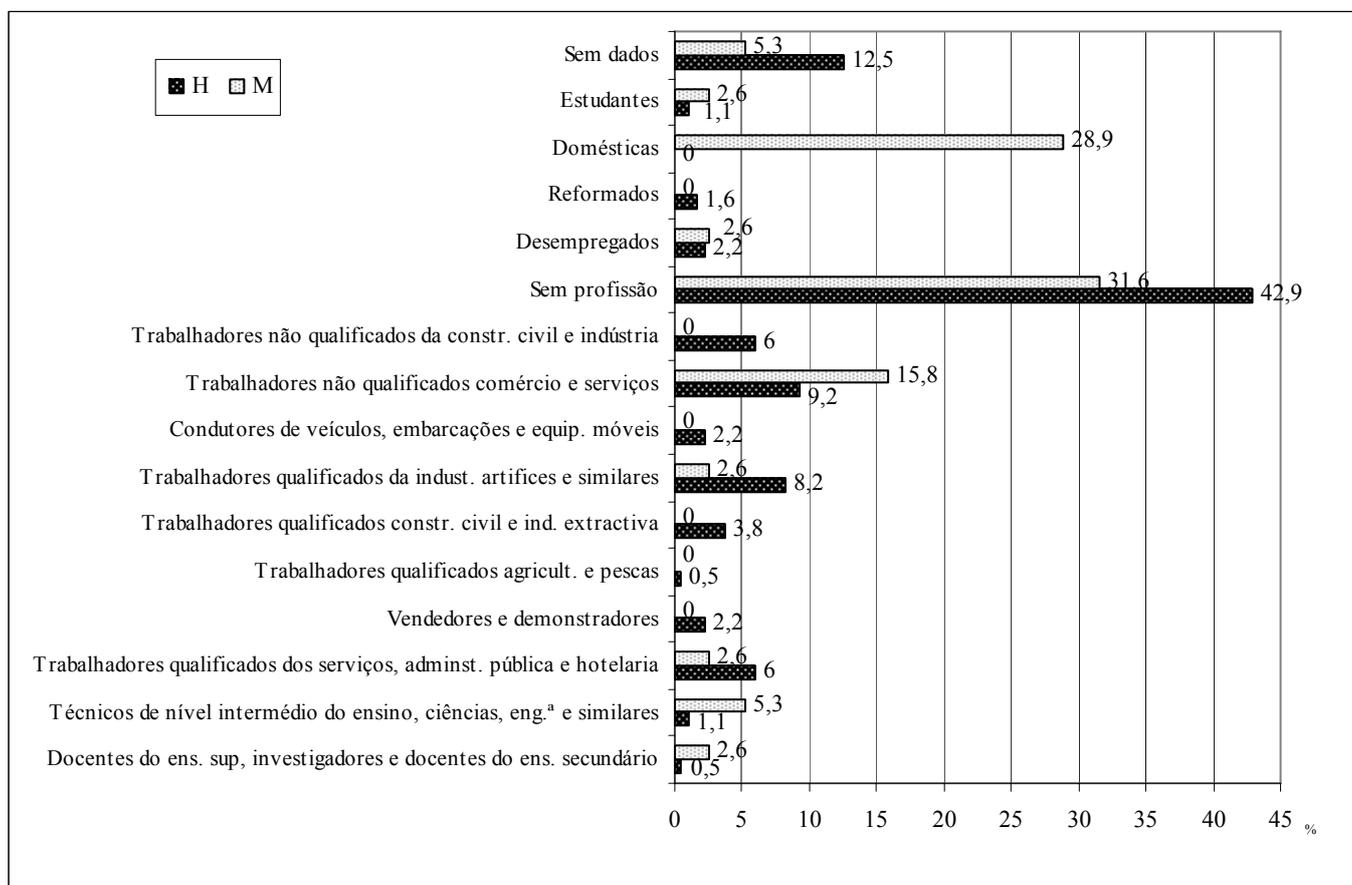


Em relação à actividade profissional declarada, encontramos nesta categoria de transmissão uma maior percentagem de dados omissos a este respeito (10,36%), atingindo quase o dobro do verificado na categoria de transmissão heterossexuais, prevalecendo, contudo, um grande número de indivíduos que se declarou sem profissão, envolvendo 42,9% dos homens e 31,6% das mulheres (Fig. 12.2.5)

Adicionalmente, numa segunda ordem de grandeza, podemos constatar que 28,9% das mulheres declararam-se domésticas e 9,2% dos homens informaram exercer diversas actividades não qualificadas no sector do comércio e serviços.

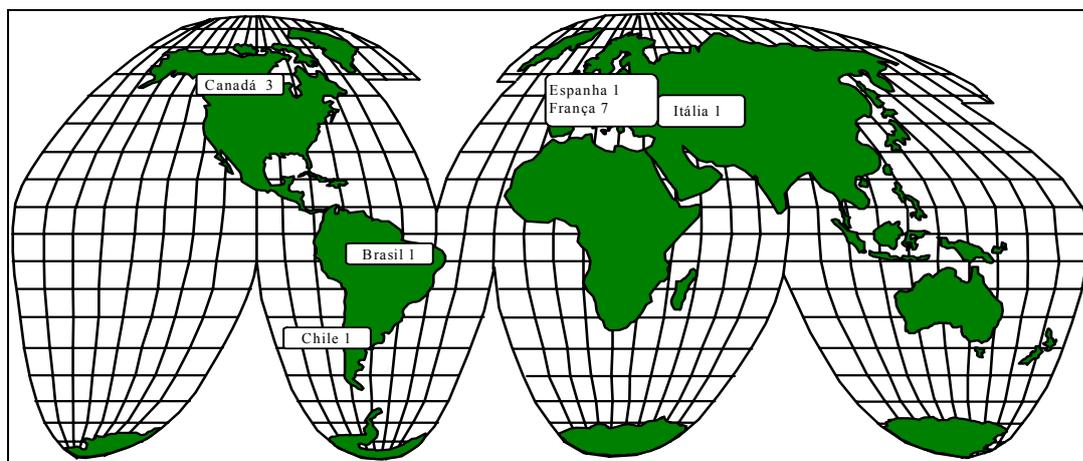
No computo geral, a elevada percentagem de indivíduos que neste subgrupo se declarou sem profissão (41%; n=91), deriva do facto de, na esmagadora maioria dos casos, o consumo de drogas se ter iniciado em idades extremamente jovens, comprometendo por essa via o normal percurso escolar e/ou profissional, acumulando, também, múltiplas passagens/internamentos por diversos centros de apoio e recuperação, localizados nos países de origem ou em países de proximidade, o que justifica a presença de 21 cidadãos espanhóis e 3 italianos, inseridos em projectos de desintoxicação e reabilitação patrocinados por ONGs.

Figura 12.2.5 – Distribuição da actividade profissional em doentes toxicodependentes VIH/SIDA internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



No caso concreto desta categoria, os países de percurso onde provavelmente ocorreu a infecção ou onde esta foi declarada, estão presentes em número particularmente reduzido (Fig. 12.2.6), verificando-se apenas em 14 casos a existência de percursos migratórios. Destes, 4 são transcontinentais, envolvendo emigração por causa económica, 3 deles praticados por cidadãos nacionais e um outro envolvendo um cidadão mexicano que após ter permanecido algum tempo no Chile deslocou-se para Portugal. Os demais percursos ocorridos entre Portugal, Espanha, França e Itália, estão relacionados com o consumo de drogas ou com a inserção em comunidades terapêuticas de ajuda a toxicodependentes.

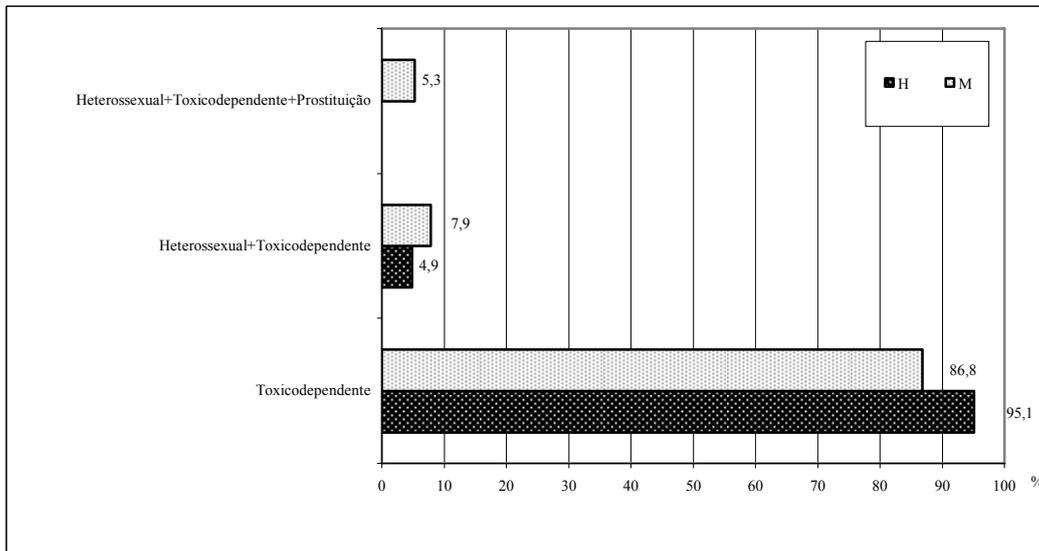
Figura 12.2.6 – Provável localização geográfica da ocorrência da infecção/diagnóstico por VIH em indivíduos toxicodependentes internados no Serviço de Doenças Infecciosas de acordo com os países de percurso declarados – HUC (1996-2001)



Tendo presente o que anteriormente foi dito sobre a possibilidade de se considerarem outras subcategorias de transmissão contidas na categoria principal, neste caso, toxicod dependência, podemos observar que, para os dois sexos, o principal comportamento associado à transmissão da infecção por VIH advém quase que exclusivamente de práticas aditivas, nomeadamente envolvendo a partilha de material de injeção contaminado, facto que, com elevada probabilidade, ocorreu com 95,1% dos homens e com 86,8% das mulheres.

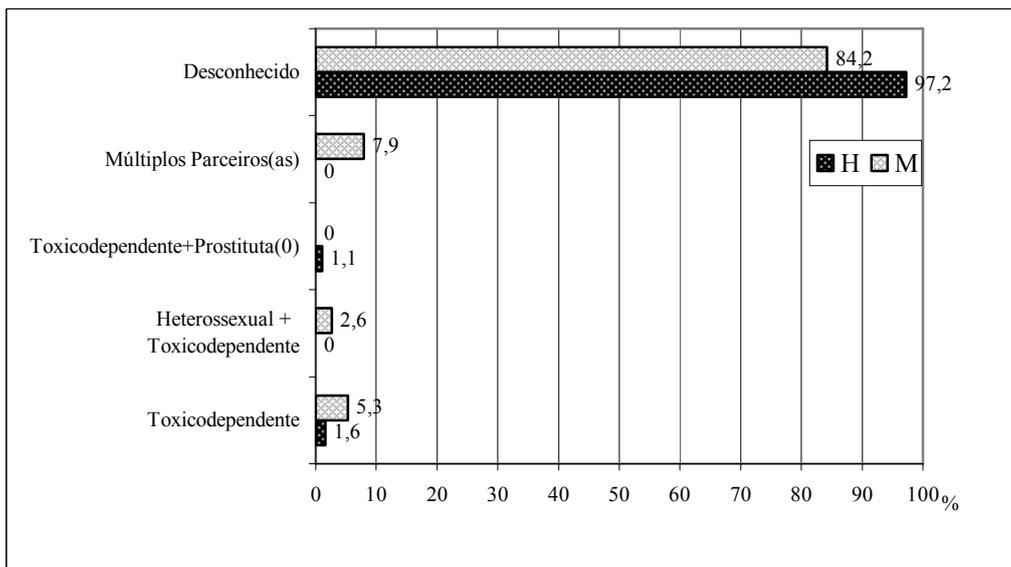
Secundariamente encontramos a subcategoria heterossexual+toxicod dependente, respectivamente para 4,9% dos homens e 7,9% das mulheres, onde, para além do risco associado a comportamentos aditivos, estava também presente o risco oriundo de relacionamentos sexuais desprotegidos, envolvendo, em alguns casos, diversos(as) parceiros(as). Por último, em 5,3% das mulheres (n=2), acresce aos comportamentos de risco já tipificados a prática de prostituição, intimamente relacionada com a situação de dependência de drogas e com a necessidade diária de custear a sua aquisição.

Figura 12.2.7 – Distribuição das subcategorias de transmissão verificadas em doentes VIH/SIDA toxicodependentes internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



No que se refere à caracterização dos parceiros(as) de relacionamento, embora a informação disponível para esta categoria não seja particularmente abundante, sendo mesmo desconhecida em 97,2% dos homens e em 84,2% das mulheres (Fig. 12.2.8),

Figura 12.2.8 - Caracterização dos parceiros(as) de relacionamento de doentes toxicodependentes VIH+, internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



foi possível averiguar que 1,6% dos homens e 5,3% das mulheres têm relacionamentos sexuais com parceiros igualmente dependentes do uso de drogas acrescentando-se, no

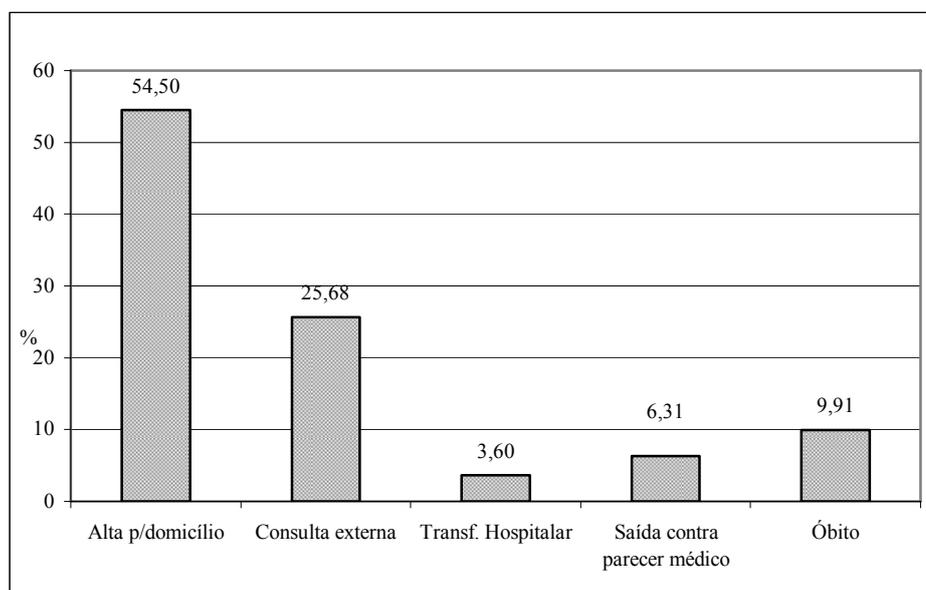
caso dos homens, uma percentagem residual de indivíduos que declarou ter como parceiras mulheres toxicodependentes também envolvidas na prática de prostituição (1,1%). Adicionalmente, foi possível verificar que 7,9% das mulheres acrescenta aos comportamentos aditivos o risco de relacionamento com múltiplos parceiros praticando, maioritariamente, sexo desprotegido.

12.2.1 – Abordagem do custo da doença na categoria de transmissão toxicodependentes

Para a abordagem do custo da doença, e seguindo os procedimentos já estatuídos para as diferentes categorias de transmissão, foi possível averiguar que 51,4% destes doentes acede ao internamento do Serviço de Doenças Infecciosas num contexto de admissão programada, sendo os restantes 48,6% admitidos por via do serviço de urgência.

Consequentemente, e através da análise da variável *destino após alta* foi possível concluir que 54,50% dos doentes obteve, no intervalo em estudo, alta para domicílio, seguindo-se a indicação para frequência de consulta externa de imunodeficiência em 25,68% dos casos. No que respeita ao número de óbitos ocorridos em internamento, podemos verificar que o valor alcançado de 9,91% aproxima-se, pela metade, dos óbitos verificados em doentes heterossexuais, facto que discutiremos adiante. Por último, releva o facto de 6,31% dos indivíduos (n=14), abandonar os cuidados hospitalares prestados, contrariando indicação médica, situação que é não é de todo incomum em doentes com hábitos de dependência que, regra geral, revelam maior dificuldade em cumprir um conjunto de normas hospitalares impostas em situação de internamento, ao qual se acrescenta síndromes de abstinência decorrentes da privação de drogas. Neste contexto, deve mesmo dizer-se que do total de ocorrências verificadas em todos os internamentos analisados (n=1128), cujo destino final indica – “*saída contra parecer médico*” (n=22), 72,7% envolvem doentes com dependência de drogas distribuídos pelas diversas categorias de transmissão analisadas.

Figura 12.2.2.1 - Distribuição da variável - *destino após alta*, para a categoria de transmissão toxicodependentes – HUC (1996 – 2001)



Assim, e no que respeita à totalidade dos custos da doença atribuídos à categoria de transmissão toxicodependentes e recorrendo aos respectivos GDHs, foi possível contabilizar a ocorrência de 466 internamentos, envolvendo 9.367 dias, com um *custo directo* total de 2.523.760,21€, acrescido de 23.497,94€ imputados a custos de transporte (Tabela 12.1.1).

Tabela 12.2.1 - Descrição das componentes *Dias de Internamento*, *Frequência de Internamento*, *Custos de Internamento* (GDH), e *Custos de Transporte* por causa VIH/SIDA e co-morbilidades para a categoria de transmissão toxicodependente - HUC (1996-2001)

	Dias de Internamento	Frequência de Internamento	Custo Internamento - GDHs(€)*	Custo de Transporte (€)
Mínimo	1	1	220,00	6,34
Máximo	215	16	65.880,34	1.440,45
Total	9.367		2.523.760,21	23.497,94

*GDH calculado de acordo com o previsto na Portaria n.º189/2001, 9 de Março, Anexo I

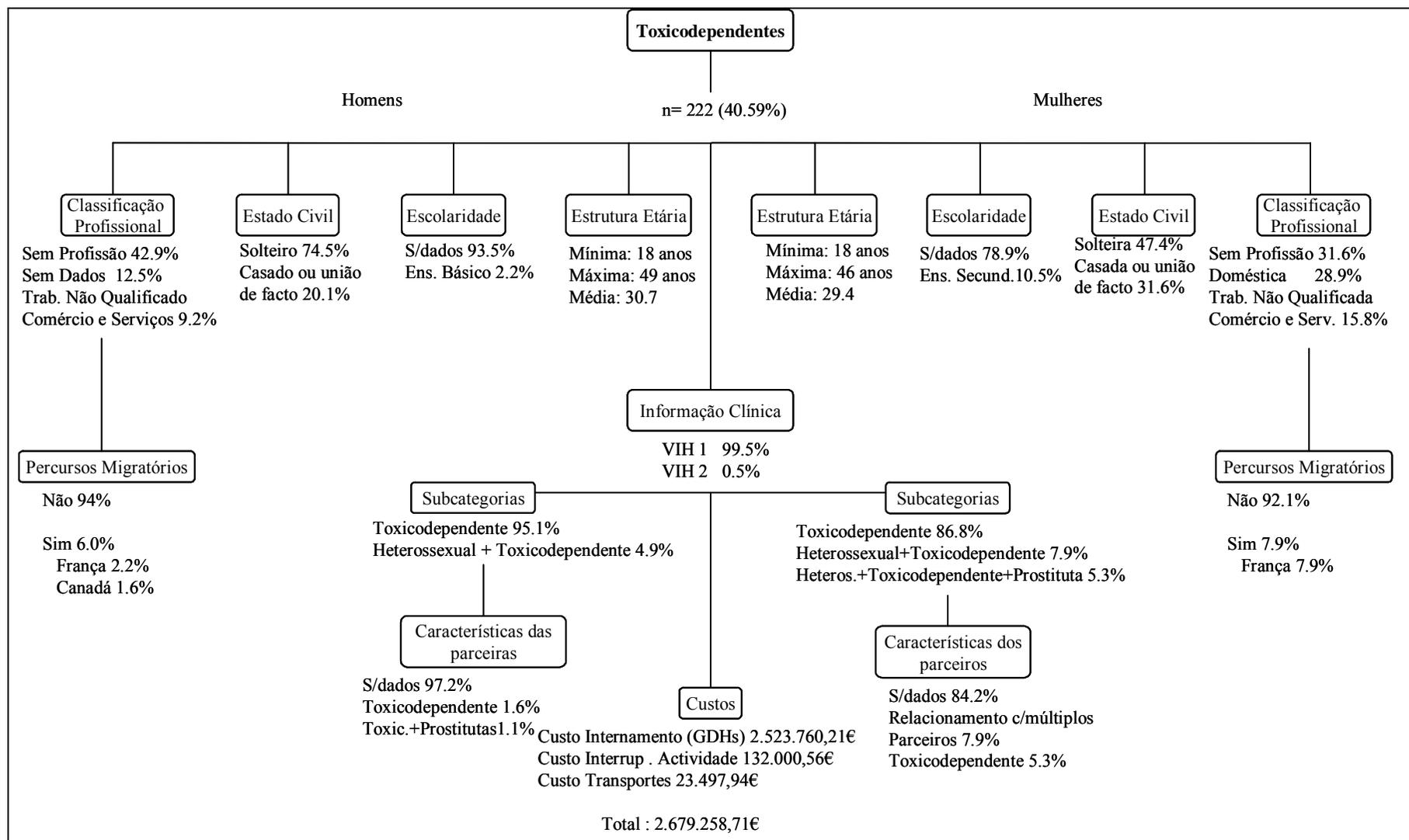
Para o cálculo dos *custos indirectos* relacionados com a patologia VIH/SIDA e co-morbilidades, foram contabilizados 9.367 dias de trabalho perdidos por motivo de internamento, distribuídos pelas categorias profissionais reveladas, alcançando-se o valor global de 132.000,56 € resultantes da interrupção da actividade laboral (Tabela 12.2.2).

A soma conjunta dos custos agora encontrados, directos e indirectos atinge, para a categoria de transmissão toxicodependente o valor de 2.679.258,71€ (537.143.144\$60).

Tabela 12.2.2.– Custos Indirectos da categoria de transmissão – *Toxicodependentes* (HUC, 1996 – 2001)

Categoria Profissional	n	Total de Dias de Internamento	Salário Base (€)	Factor Ponderação Salarial	Salário Dia (€)	Custo de Interrupção de Actividade (€)
Docentes do ens. sup, investigadores e docentes do ens. secundário	2	76	334,14	3,7	41,21	3132,01
Técnicos de nível intermédio do ensino, ciências, eng. ^a e similares	4	316	334,14	3	33,41	10558,82
Trabalhadores qualificados dos serviços, adminst. pública e hotelaria	12	927	334,14	2,5	27,85	25812,13
Vendedores e demonstradores	4	209	334,14	2,7	30,07	6285,17
Trabalhadores qualificados agricult. e pescas	1	92	334,14	2	22,28	2049,39
Trabalhadores qualificados constr. civil e ind. extractiva	7	493	334,14	2,7	30,07	14825,79
Trabalhadores qualificados da indust. artifices e similares	16	719	334,14	2,5	27,85	20020,56
Condutores de veículos, embarcações e equip. móveis	4	169	334,14	3	33,41	5646,97
Trabalhadores não qualificados comércio e serviços	23	684	334,14	1,5	16,71	11427,59
Trabalhadores não qualificados da constr. civil e indústria	11	371	334,14	1,4	15,59	5785,08
Sem profissão	91	3703	138,27	1	4,61	17067,13
Desempregados	5	246	334,14	1	11,14	2739,95
Reformados	3	86	334,14	1	11,14	957,87
Domésticas	11	440	138,27	1	4,61	2027,96
Estudantes	3	41	0	0	0,00	0,00
Sem dados	25	795	138,27	1	4,61	3664,16
Total	222	9.367				132.000,56

Quadro 12.2.1 - Diagrama de Síntese da Categoria de Transmissão *Toxicodependentes* (HUC, 1996 – 2001)

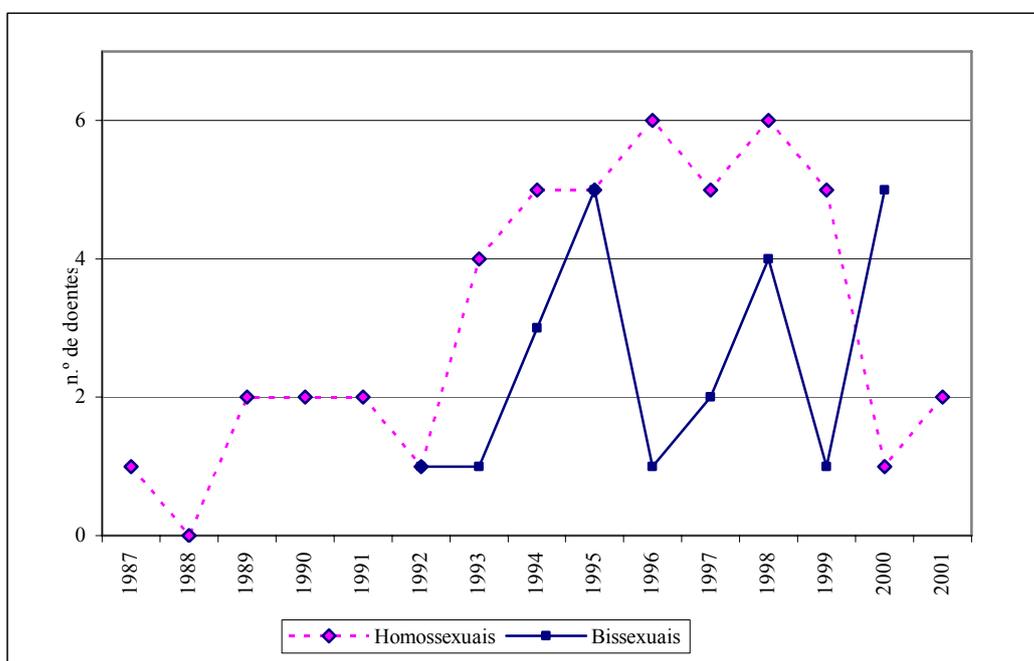


12.3 – Categoria de Transmissão: Homossexuais e Bissexuais

No que se refere às categorias de transmissão agora analisadas, homossexuais e bissexuais, apesar de frequentemente serem objecto de tratamento conjunto, figurando a designação - «*Homo ou Bissexual*», não distinguindo do ponto de vista quantitativo e/ou qualitativo os seus efectivos, neste estudo a opção de análise recaiu por uma abordagem simultânea mas diferenciada entre os elementos que compõe as duas categorias, bem como os comportamentos que lhes estão subjacentes.

Assim, e no que diz respeito à categoria de transmissão homossexuais, composta por 47 doentes, os diagnósticos agora contabilizados foram efectuados a partir de 1987, registando-se um incremento nos valores alcançados entre 1994 e 1999, onde se contam 68% (n=32) dos indivíduos agora internados (Fig.12.3.1).

Figura 12.3.1 - Evolução da casuística VIH/SIDA em doentes homossexuais e bissexuais internados no Serviço de Doenças Infecciosas segundo o ano de diagnóstico – HUC (1996-2001)



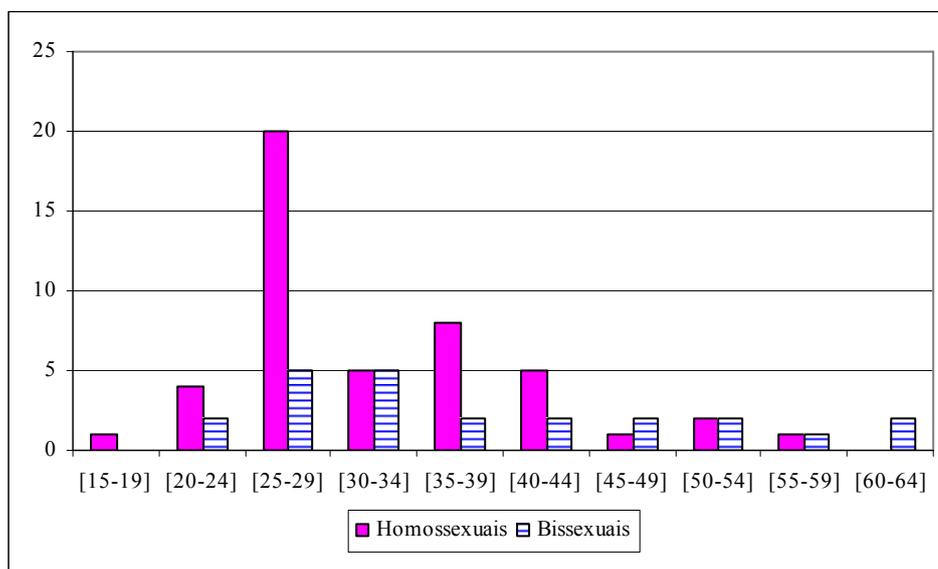
Relativamente à categoria bissexuais, encontramos um intervalo de diagnóstico que varia de forma consecutiva entre 1992 e 2000, somando um total de 23 elementos, todos do sexo masculino excepto um.

De acordo com o declarado, 87,2% dos homossexuais informaram estar solteiros, 8,5% estão casados ou vivem em união de facto e os restantes 4,3% são divorciados. Já os indivíduos bissexuais apresentam uma relação de conjugalidade mais forte, declarando-se 30,7% casados ou a viver em união de facto, 8,7% divorciados, 52,2% solteiros, desconhecendo-se o estado civil dos demais 8,7% dos indivíduos. A totalidade dos casos é positiva para o VIH 1.

Em termos de nacionalidade, verificamos que a vasta maioria dos indivíduos detem nacionalidade portuguesa, exceptuando-se na categoria homossexual um doente natural do Brasil e um indivíduo de nacionalidade francesa que indicou ser bissexual.

Em termos de estrutura etária, verificamos que nos indivíduos que se declararam homossexuais a idade variava entre os 18 e os 58 anos, com uma idade média fixada nos 32,13, ao passo que os indivíduos bissexuais apresentavam uma idade mínima de 23 anos para um máximo de 60, correspondendo a idade média aos 37,78 (Fig. 12.3.2).

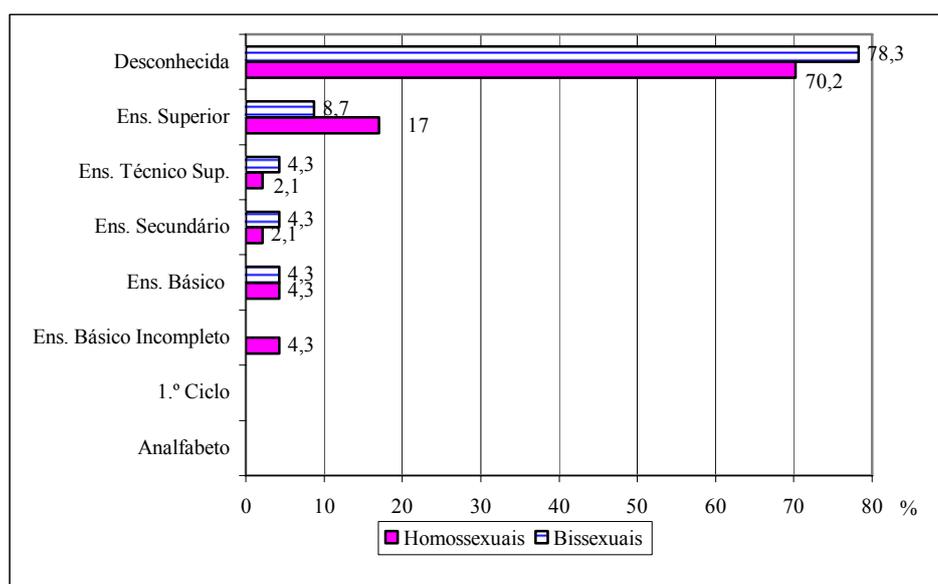
Figura 12.3.2 – Distribuição dos casos VIH/SIDA por classe etária à data do diagnóstico em doentes homossexuais e bissexuais internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



Relativamente à variável escolaridade, de todas as categorias de transmissão até aqui consideradas estas são as que reúnem melhor informação a este respeito. No caso dos homossexuais, a informação está ausente em 70,2% dos casos, tendo-se apurado que 19,1% dos indivíduos detém qualificação técnica superior ou qualificação superior, seguindo-se 8,6% dos casos que se repartem em partes iguais pela escolaridade básica e básica incompleta (Fig. 12.3.3).

Em relação ao subgrupo bissexual, embora a ausência de informação seja um pouco mais dilatada, atingindo 78,3% dos casos, verificamos que reúne indivíduos menos qualificados, apresentando 13% dos doentes com qualificação superior ou técnica superior, seguindo-se o ensino básico e secundário com 4,3% dos casos respectivamente.

Figura 12.3.3 - Distribuição da variável escolaridade no Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas para as categorias de transmissão homossexuais e bissexuais – HUC (1996-2001)



Em termos de actividade profissional, pese o facto de na categoria de transmissão homossexual 17% dos indivíduos ter declarado não exercer qualquer profissão, encontramos uma quantidade apreciável de indivíduos ligados ao sector qualificado do ensino, dos serviços e da administração. No que se refere aos indivíduos bissexuais, verificamos uma maior acumulação de efectivos no sector qualificado da indústria, da construção civil, dos serviços e da administração pública, distribuindo-se de forma igualmente significativa por actividades não qualificadas do comércio e dos serviços ou por indivíduos que admitiram não ter qualquer profissão (Fig. 12.3.4).

Em termos de diagnóstico, encontramos na categoria homossexual 6 indivíduos (14,9%) cuja provável infecção e em alguns casos o diagnóstico ocorreu fora de Portugal, por ocasião de percursos migratórios por causa económica envolvendo seis países diferentes e uma multiplicidade considerável de percursos. A amplificação da mobilidade de alguns destes indivíduos foi alcançada através do desempenho profissional em navios de cruzeiro

internacional, a operar em rotas regionais entre Miami e Aruba no Mar das Caraíbas (Fig. 12.3.5)

No caso dos bissexuais, os percursos migratórios aparecem francamente diminuídos (n=2), envolvendo dois países europeus tradicionalmente relacionados com mão-de-obra emigrante portuguesa, Alemanha e Suíça.

Figura 12.3.4 - Distribuição da actividade profissional em doentes homossexuais e bissexuais VIH/SIDA internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)

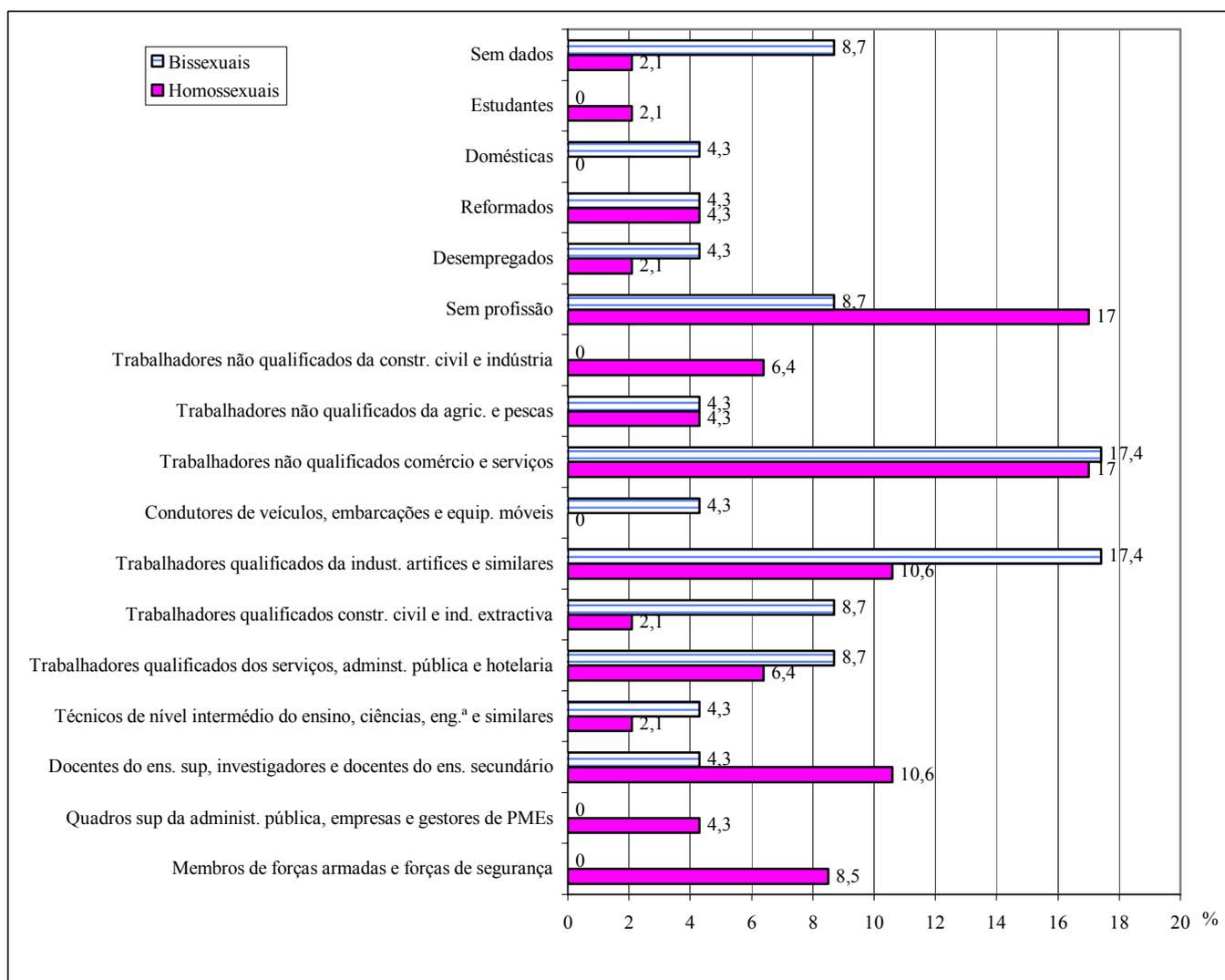


Figura 12.3.5 - Provável localização geográfica da ocorrência da infecção/diagnóstico por VIH em indivíduos homossexuais internados no Serviço de Doenças Infecciosas de acordo com os países de percurso declarados – HUC (1996-2001)

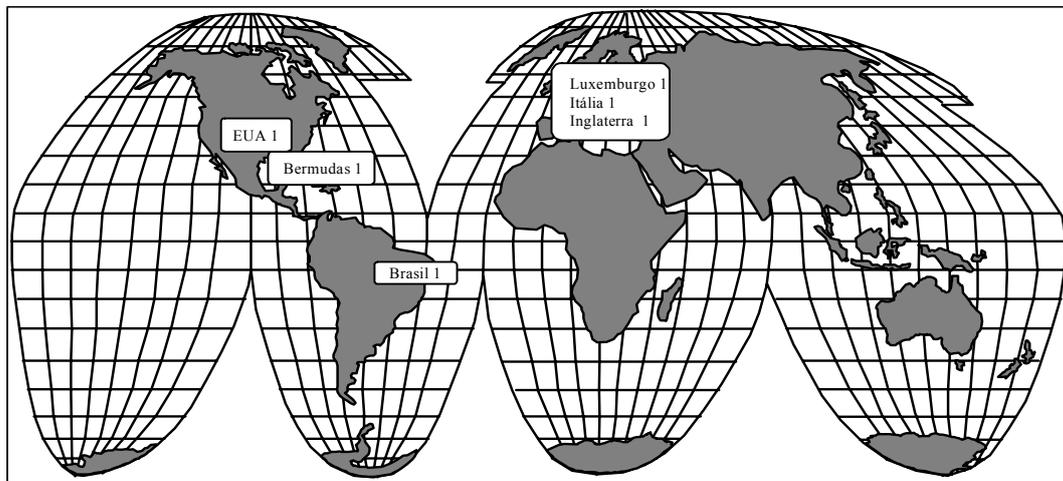
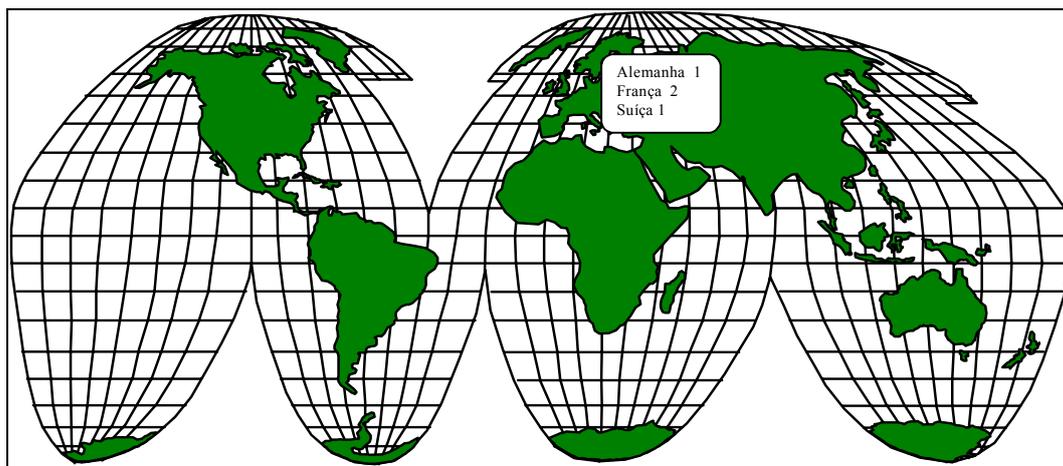
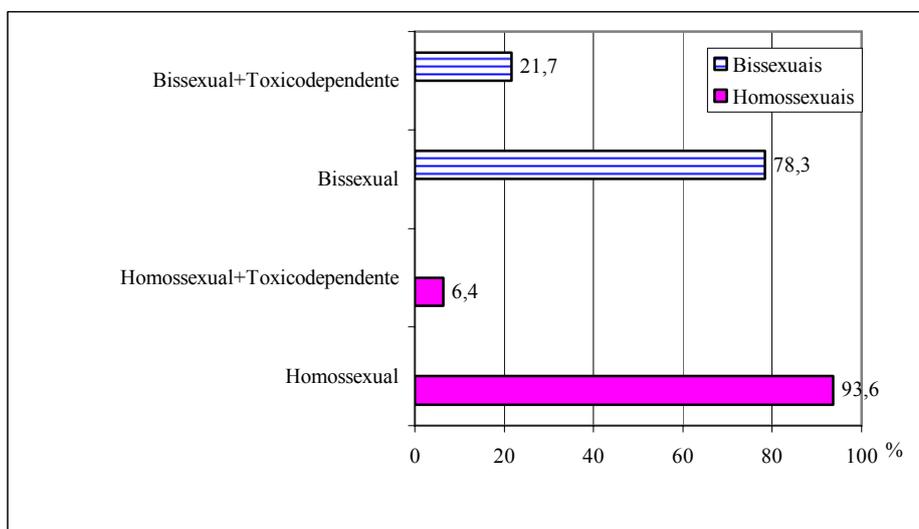


Figura 12.3.6 - Provável localização geográfica da ocorrência da infecção/diagnóstico por VIH em indivíduos bissexuais internados no Serviço de Doenças Infecciosas de acordo com os países de percurso declarados – HUC (1996-2001)



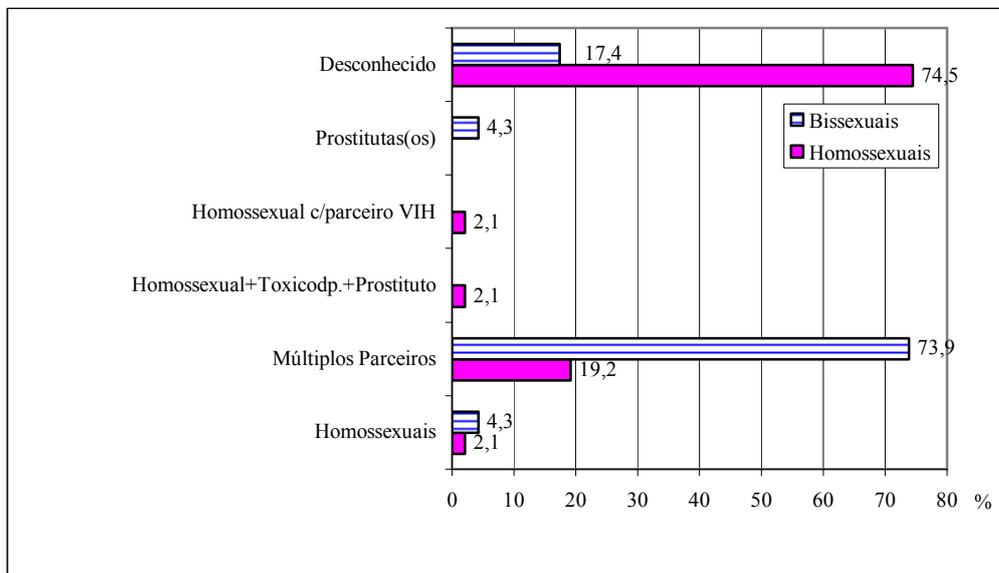
Em termos de categorias de transmissão, foi possível apurar neste subgrupo a existência de duas subcategorias de transmissão que, tal como era esperado, envolvem sexo desprotegido e a já tradicional associação entre sexo desprotegido e o consumo de drogas, facto que ocorre de modo semelhante nos dois grupos, sendo que entre os bissexuais os comportamentos aditivos excedem 3,5 vezes os verificados entre homossexuais (Fig. 12.3.7).

Figura 12.3.7 - Distribuição das subcategorias de transmissão verificadas em doentes VIH/SIDA homossexuais e bissexuais internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



No que respeita à informação sobre os parceiros de relacionamento dos doentes homossexuais, está revelou-se particularmente escassa, sendo desconhecida em 74,5% dos casos. Releva pois o facto de sabermos que em 19,2% dos casos a transmissão da infecção ocorreu pela prática de sexo desprotegido com múltiplos parceiros, havendo um caso de parceiro prostituto com hábitos toxicodependentes e outro caso onde existe elevada probabilidade da transmissão ter partido de um parceiro de relacionamento estável (Fig.12.3.8), onde a omissão de informação parece ter estado presente, levantando exactamente as mesmas questões que anteriormente foram discutidas no contexto da heterossexualidade a propósito do dilema ético-legal envolvendo o que designámos por - “*vítimas involuntárias*”.

Figura 12.3.8 - Caracterização dos parceiros(as) de relacionamento de doentes homossexuais e bissexuais VIH+, internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



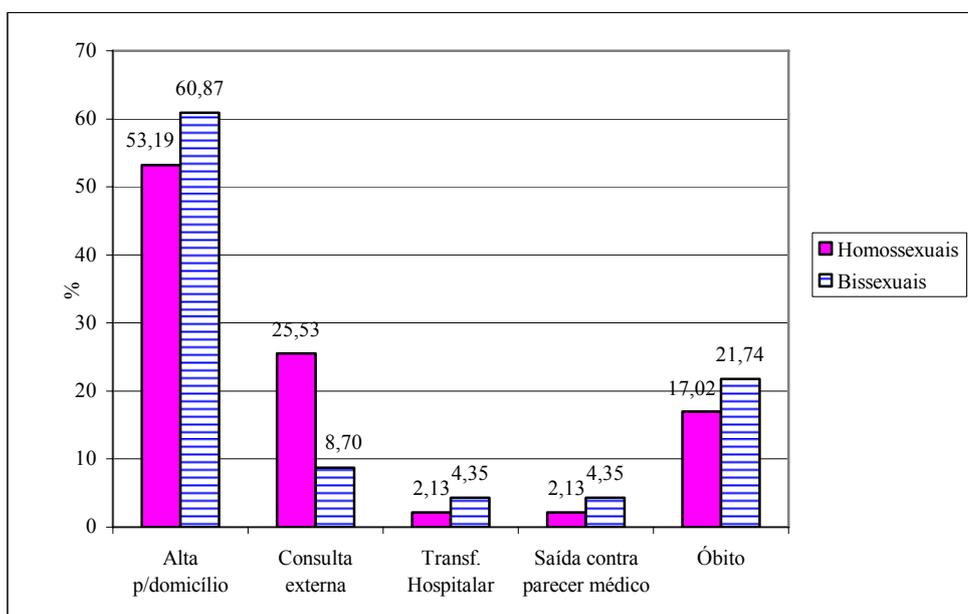
12.3.2 – Abordagem do custo da doença nas categorias de transmissão homossexuais e bissexuais

No que respeita à abordagem do custo da doença na categoria de transmissão homossexual, verificou-se que 68,1% das admissões na unidade de internamento ocorre de forma programada, acedendo os restantes 31,9% através do serviço de urgência, acontecendo algo de semelhante com os doentes bissexuais onde 65,2% são objecto de admissão programada.

Da observação da variável destino após alta, foi possível concluir que 53,19% dos doentes homossexuais obtém alta para domicílio, 25,43% recebe indicação para acompanhamento na consulta externa de imunodeficiência, ocorrendo o óbito em 17,2% (n=8) dos doentes desta categoria de transmissão (Fig. 12.3 2.1).

Relativamente à categoria bissexuais, a percentagem de óbitos no intervalo de estudo é relativamente superior 21,74% (n=5), ocorrendo alta para domicílio em 60,87% dos casos, sendo remetidos para consulta externa 8,7% dos doentes.

Figura 12.3.2.1 - Distribuição da variável - *destino após alta*, para a categoria de transmissão homossexuais e bissexuais – HUC (1996 – 2001)



No que respeita à totalidade dos custos da doença, a consulta dos GDHs de doentes VIH/SIDA homossexuais revelou um total de 101 internamentos, envolvendo 2.174 dias, com um *custo directo* de 582.601,54€, acrescidos de 17.422€ de custos de transporte (Tabela 12.3.2.1).

Tabela 12.3.2.1- Descrição das componentes *Dias de Internamento*, *Frequência de Internamento*, *Custos de Internamento* (GDH), e *Custos de Transporte* por causa VIH/SIDA e co-morbilidades para a categoria de transmissão homossexuais– HUC (1996-2001)

	Dias de Internamento	Frequência de Internamento	Custo Internamento – GDHs (€)*	Custo de Transporte (€)
Mínimo	1	1	161,37	6,34
Máximo	275	10	62.905,00	1.597,68
Total	2.174		582.601,54	5.522,77

*GDH calculado de acordo com o previsto na Portaria n.º189/2001, 9 de Março, Anexo I

Em relação aos *custos indirectos*, decorrentes da interrupção da actividade por motivo de internamento, atingiu-se o valor de 46.601,78 € (Tabela 12.3.2.2), acumulando um custo total pra a categoria de transmissão de 646.625,32 € (129.636.737\$40).

Na categoria de transmissão bissexuais, o total de *custos directos* é de 255.674,86€, resultantes de 41 internamentos, distribuídos por 893 dias de doença, com um custo de transporte de 1.944,48€ (Tabela 12.3.2.2).

Tabela 12.3.2.2- Descrição das componentes *Dias de Internamento*, *Frequência de Internamento*, *Custos de Internamento* (GDH), e *Custos de Transporte* por causa VIH/SIDA e co-morbilidades para a categoria de transmissão bissexuais-HUC (1996-2001)

	Dias de Internamento	Frequência de Internamento	Custo Internamento – GDHs (€)*	Custo de Transporte (€)
Mínimo	1	1	288,00	6,34
Máximo	111	4	31.825,00	319,54
Total	893		255.674,86	1.944,48

O cálculo dos *custos indirectos* por interrupção de actividade foi fixado nos 17.019,16€, pelo que o custo global para a categoria de transmissão bissexuais por causa VIH/SIDA e co-morbilidades é de 274.638,50 € (55.060.076\$24).

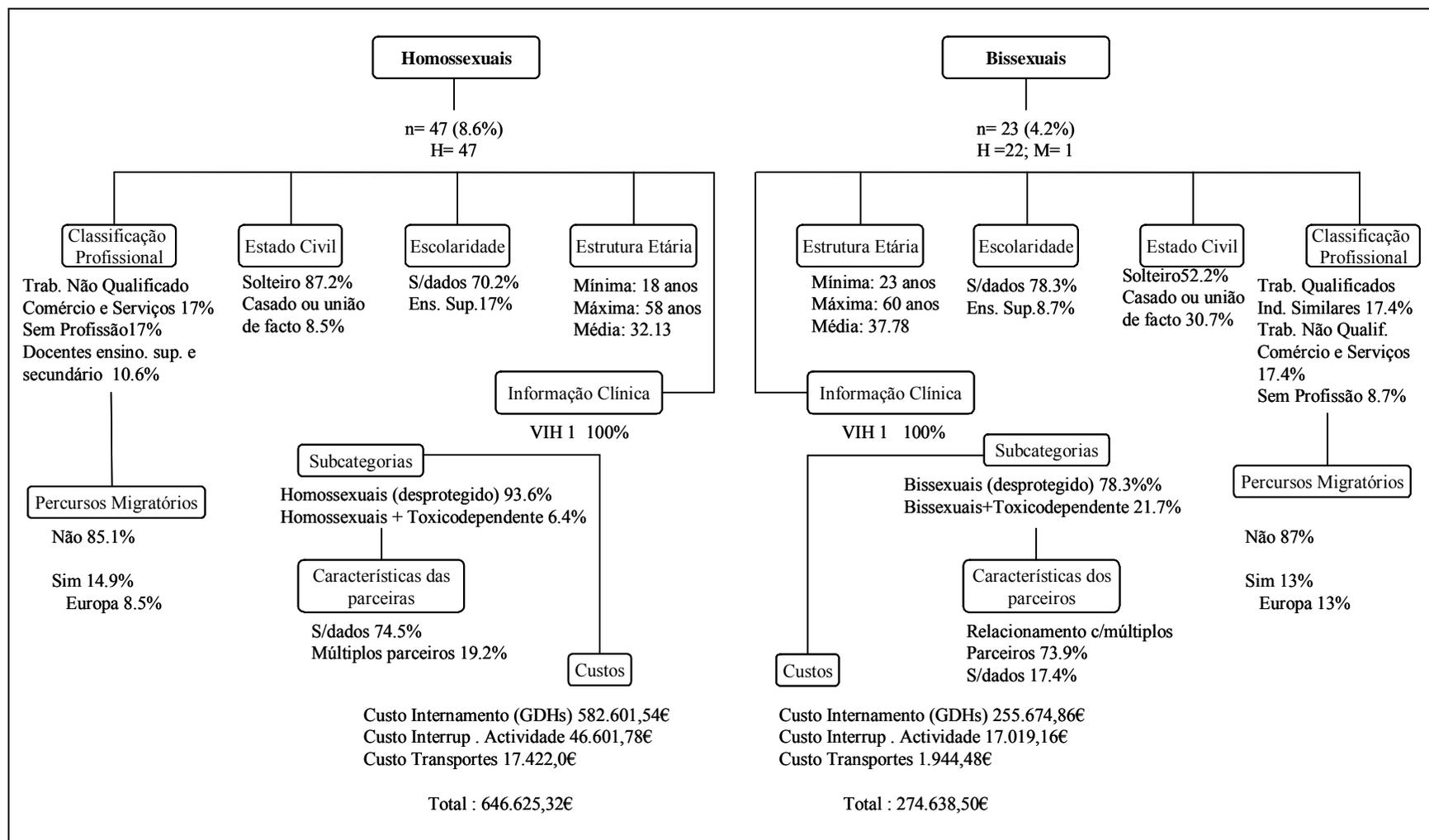
Tabela 12.3.2.3 - Custos Indirectos da Categoria de Transmissão – *Homossexuais* (HUC, 1996 – 2001)

Categoria Profissional	n	Total de Dias de Internamento	Salário Base*(€)	Factor Ponderação Salarial	Salário Dia (€)	Custo de Interrupção de Actividade (€)
Membros de forças armadas e forças de segurança	4	142	334,14	2,5	27,85	3953,99
Quadros sup da administ. pública, empresas e gestores de PMEs	2	9	334,14	6	66,83	601,45
Docentes do ens. sup, investigadores e docentes do ens. secundário	5	391	334,14	3,7	41,21	16113,34
Técnicos de nível intermédio do ensino, ciências, eng. ^a e similares	1	35	334,14	3	33,41	1169,49
Trabalhadores qualificados dos serviços, adminst. pública e hotelaria	3	41	334,14	2,5	27,85	1141,65
Trabalhadores qualificados constr. civil e ind. extractiva	1	10	334,14	2,7	30,07	300,73
Trabalhadores qualificados da indust. artífices e similares	5	387	334,14	2,5	27,85	10776,02
Trabalhadores não qualificados comércio e serviços	8	403	334,14	1,5	16,71	6732,92
Trabalhadores não qualificados da agric. e pescas	2	126	334,14	1,3	14,48	1824,40
Trabalhadores não qualificados da constr. civil e indústria	3	68	334,14	1,4	15,59	1060,34
Sem profissão	8	387	138,27	1	4,61	1783,68
Desempregados	1	4	334,14	1	11,14	44,55
Reformados	2	54	334,14	1	11,14	601,45
Estudantes	1	9	0	0	0,00	0,00
Sem dados	1	108	138,27	1	4,61	497,77
Total	47	2.174				46.601,78

Tabela 12.3.2.4 - Custos Indirectos da Categoria de Transmissão – *Bissexuais* (HUC, 1996 – 2001)

Categoria Profissional	n	Total de Dias de Internamento	Salário Base*(€)	Factor Ponderação Salarial	Salário Dia (€)	Custo de Interrupção (€)
Docentes do ens. sup, investigadores e docentes do ens. secundário	1	23	334,14	3,7	41,21	947,84
Técnicos de nível intermédio do ensino, ciências, eng. ^a e similares	1	19	334,14	3	33,41	634,87
Trabalhadores qualificados dos serviços, adminst. pública e hotelaria	2	70	334,14	2,5	27,85	1949,15
Trabalhadores qualificados constr. civil e ind. extractiva	2	159	334,14	2,7	30,07	4781,54
Trabalhadores qualificados da indust. artifices e similares	4	39	334,14	2,5	27,85	1085,96
Condutores de veículos, embarcações e equip. móveis	1	49	334,14	3	33,41	1637,29
Trabalhadores não qualificados comércio e serviços	4	213	334,14	1,5	16,71	3558,59
Trabalhadores não qualificados da agric. e pescas	1	13	334,14	1,3	14,48	188,23
Sem profissão	2	75	138,27	1	4,61	345,68
Desempregados	1	14	334,14	1	11,14	155,93
Reformados	1	111	334,14	1	11,14	1236,32
Domésticas	1	58	138,27	1	4,61	267,32
Sem dados	2	50	138,27	1	4,61	230,45
Total	23	893				17.019,16

Quadro 12.3.2.1 - Esquema Síntese *Homossexuais e Bissexuais* – HUC (1996-2001)



12.4 – Categoria de Transmissão: Transfusionados

Relativamente aos doentes cuja causa provável de infecção por VIH está relacionada com a administração parentérica de sangue e seus derivados, vamos encontrar uma percentagem absolutamente residual na amostra 2,37% (n=13), diagnosticada entre 1988 e 2001, sendo 7 positivos para o VIH-1 (53,8%) e 6 positivos para o VIH-2 (46,2%).

Tabela 12.4.1 Distribuição da casuística Transfusionados infectados por VIH+ no Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas por tipologia de vírus e ano de diagnóstico – HUC (1996-2001)

	VIH-1	VIH-2	
Ano de diagnóstico	1	2	Total
1988	0	1	1
1989	0	0	0
1990	0	2	2
1991	1	0	1
1992	2	0	2
1993	0	0	0
1994	0	1	1
1995	1	1	2
1996	0	0	0
1997	0	0	0
1998	1	0	1
1999	1	0	1
2000	1	0	1
2001	0	1	1
Total	7	6	13

A idade destes doentes, à data do diagnóstico para o VIH, variava entre os 14 e os 73 anos de idade, fixando-se a idade média nos 46,31 anos (Fig. 12.4.1).

A totalidade dos indivíduos é de raça branca e de nacionalidade portuguesa, evidenciando uma distribuição particularmente equilibrada entre sexos, próximo de 1, uma vez que a amostra comporta 7 homens (53,8%) e 6 mulheres (46,2%). A totalidade dos elementos masculinos, excepto um, declarou estar casado, o mesmo acontecendo com 4 mulheres, repartindo-se os restantes efectivos pela situação de viúva e solteira respectivamente.

No que respeita à variável escolaridade, esta é desconhecida em 76,9% (n=10) dos casos, sabendo-se que 2 elementos detêm formação superior e um outro possui a escolaridade básica.

Figura 12.4.1 - Distribuição dos casos VIH/SIDA por classe etária à data do diagnóstico em doentes transfusionados internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)

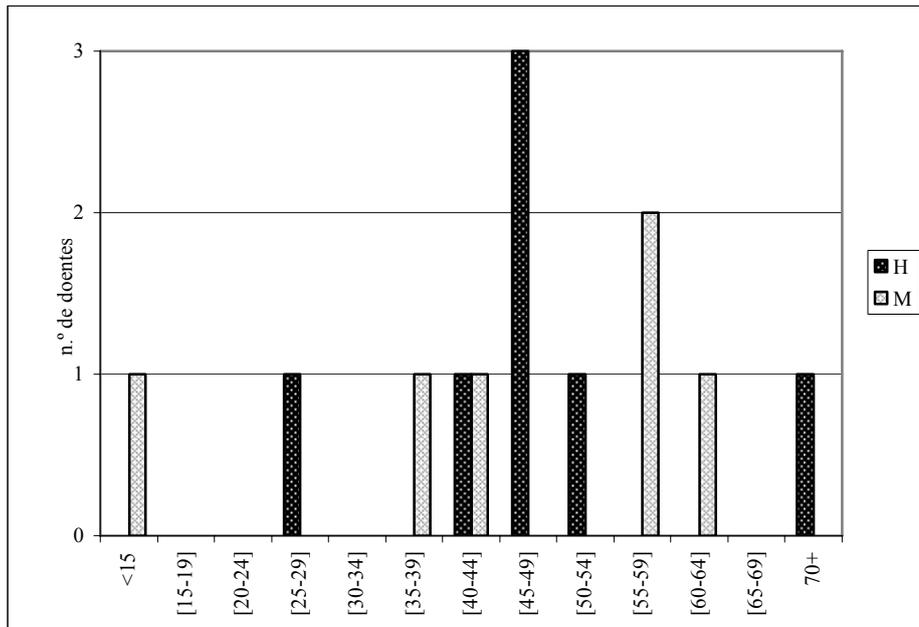
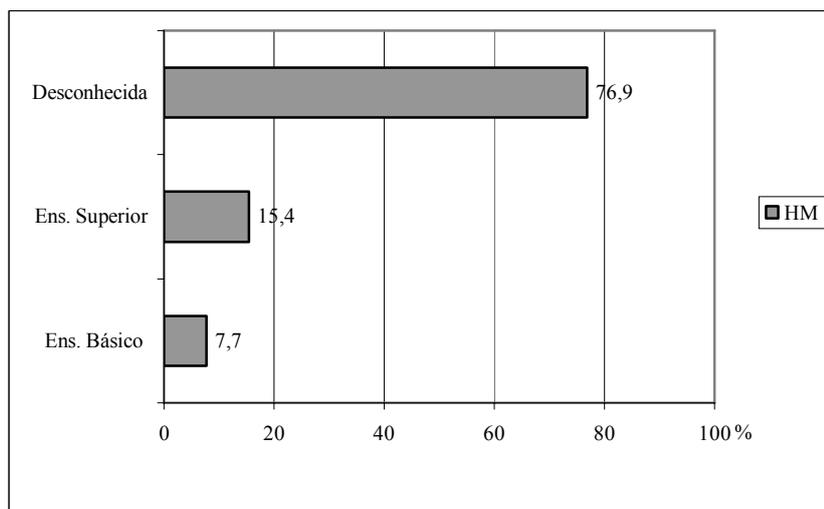
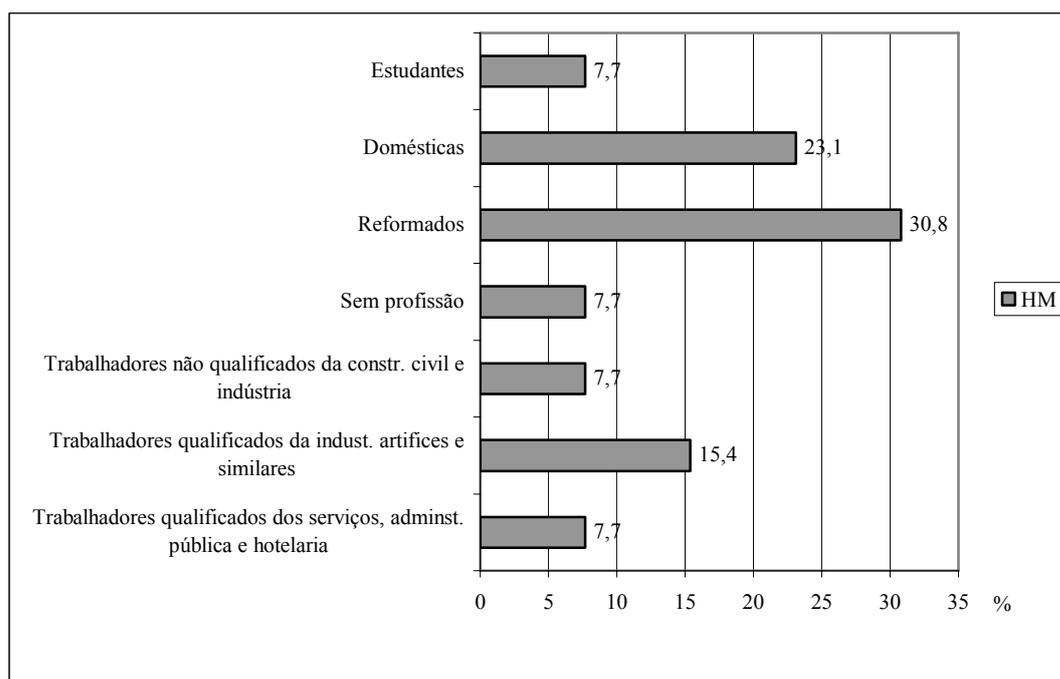


Figura 12.4.2 - Distribuição da variável escolaridade no Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas para a categoria de transmissão transfusionados – HUC (1996-2001)



Em termos de actividade profissional este subgrupo reparte-se por sete categorias, relevando um conjunto de 4 doentes, 2 homens e 2 mulheres, que se encontravam em situação de reforma, seguindo-se a categoria doméstica que abrange 3 outros elementos com idades compreendidas entre os 37 e os 59 anos de idade (Fig. 12.4. 3).

Figura 12.4.3 - Distribuição da actividade profissional em doentes transfusionados VIH+ internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



Dos casos considerados neste subgrupo, a classificação na categoria de transmissão transfusionados pode, em alguns casos, ser apenas presuntiva, decorrendo da avaliação das informações fornecidas pelo doente ao seu médico assistente em situação de entrevista, onde a consistência da informação e os dados da clínica são devidamente avaliados.

Todavia, em alguns casos, coexiste a possibilidade de a informação fornecida pelo doente estar sujeita a processos de ocultação ou viés de memória, uma vez que já se passou algum tempo entre a ocorrência de um provável episódio potencialmente transmissor da infecção por VIH e a data em que o diagnóstico foi formalizado e comprovado por via analítica. Assim, as datas informadas nesta categoria de transmissão, tal como já foi referenciado, dizem apenas respeito à data em que a infecção foi diagnosticada e não podem ser interpretadas como correspondendo ao período em que a mesma ocorreu. Por outro lado, embora se saiba que a seroconversão ocorre em 90% dos receptores de sangue

contaminado (Soriano & González-Lahoz, 1999), o intervalo de tempo que medeia este facto e a aparição de sintomas capazes de orientarem um diagnóstico causado por este *lentivírus* encerra elevada variabilidade, dependendo da actuação conjunta de diversos mecanismos de resistência imunológica, virológica e genética, sabendo-se também que em 5%-10% dos indivíduos infectados ocorre uma progressão particularmente demorada da patologia, pelo que se denominam estes pacientes como “*progressores lentos*” uma vez que exibem durante mais tempo uma carga viral basal baixa ($<10^4$ cópias RNA/ml).

Adicionalmente, sabe-se que só no final da década de 80 (1989 e seguintes) a pesquisa sistemática de anticorpos para o VIH-2 passou a ser obrigatória para dadores de sangue em Portugal, existindo outros países europeus onde a operacionalização desta medida ocorreu com maior atraso, sendo apenas decretada a sua compulsividade no final de 1993 (Soriano & González-Lahoz, 1999; pp. 201).

Neste contexto, 69,23% (n=9) dos casos aqui identificados são anteriores a 1996, sendo, com grande probabilidade, consequentes a uma hemovigilância pouco adequada que caracterizou os primeiros 15 anos da epidemia e que se conjugava com limitações técnicas subjacentes à metodologia de detecção por anticorpos, originando uma janela imunológica que variava entre as três semanas e os três meses, podendo, no entanto, prolongar-se até seis meses (Odette Ferreira, 1995; CNLCS-INSA Doc 107).

Posteriormente, importa reconhecê-lo, a prevalência da infecção por VIH decorrente da administração parentérica de sangue e seus derivados diminuiu de um modo paulatino e consistente para a generalidade dos países da Europa Ocidental, tal como é reconhecido no relatório EuroHIV n.º 66 (2002):

«No ocidente [Europa Ocidental], a prevalência da infecção por VIH entre dadores de sangue tem declinado de forma regular após a introdução de mecanismos de despistagem sistemática sendo actualmente pouco elevada: 1,9 por 100.000 dadores em 2000 (16 em 23 países), e de 1,3 por 100.000 dadores em 2001 (apenas 7 países).

(...) Os níveis mais elevados reportados a ocidente são observados em Portugal, mas estes dados são difíceis de interpretar uma vez que são provenientes de apenas três centros regionais de transfusão de sangue localizados em três grandes cidades e não representam o país como um todo (Coimbra, Lisboa e Porto: 31,3 1997; 18,1 em 2000)» (EuroHIV, n.º 66, 2002; pp. 8-9).

Assim, no final da década de 90, sobre todas as dádivas de sangue era efectuada de forma sistemática a pesquisa de anticorpos para os diferentes vírus pelo método - EIA (*Enzyme-linked Immune Assay*, 1999), proporcionando janelas imunológicas consideravelmente reduzidas, quando comparadas com as permitidas por metodologias anteriores, fixando o intervalo de “silêncio imunológico” em 22 dias para o VIH 1 e 57 dias par o VHC.

Presentemente, as dádivas de sangue em Portugal são, na sua maioria, submetidas a um processo de rastreio mais evoluído, com recurso a *Técnicas de Amplificação de Ácidos Nucleicos* (NAT), onde se procede à pesquisa do RNA viral para o VIH e VHC, autorizando ganhos significativos em termos de janela imunológica, agora reduzida para 7 dias no caso do VIH 1 e 57 dias no caso do VHC (Busch, 1999).

Assim sendo, e com data de diagnóstico posterior a 1996, permanecem neste estudo 4 casos onde a probabilidade de transmissão envolve a aplicação parentérica de produtos sanguíneos ou derivados. Todavia, um dos casos, reportado em 1998, envolve uma mulher à data com 37 anos, residente durante alguns anos na Republica Democrática do Congo onde, reconhece, foi transfusionada e manteve relações desprotegidas com múltiplos parceiros, pelo que existe dificuldade em determinar com absoluta certeza o modo de transmissão da infecção entretanto diagnosticada.

Os restantes 3 casos, que com grande probabilidade podemos classificar como remanescentes de um período de hemovigilância falha, envolvem 2 homens de 27 e 50 anos respectivamente, sendo o mais velho casado e positivo pra o VIH-2, e uma mulher de 61 anos, igualmente casada. Todos os casos são omissos em relação a outras possibilidades de risco que não a decorrente de transfusão sanguínea aplicada em território nacional, não tendo sido declaradas quaisquer estadas no estrangeiro.

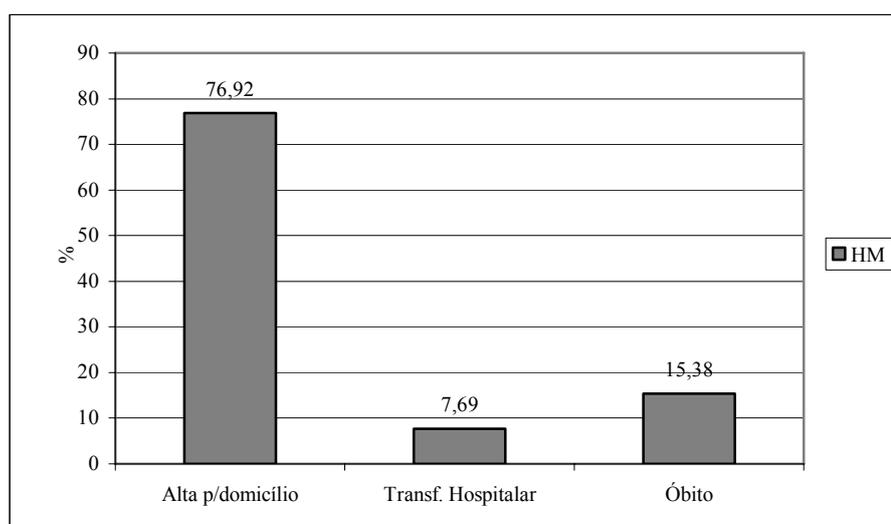
Apesar do esforço colocado na detecção de dadores e produtos sanguíneos infectados, aplicando simultaneamente questionários de exclusão e pesquisa de antigenémia de modo rotineiro, em Portugal foram notificados entre 2000 e Dezembro de 2003, 9 casos de infecção por VIH em PA, o que perfaz um total acumulado de 63 casos notificados neste estágio de diagnóstico.

12.4.1 – Abordagem do custo da doença na categoria de transmissão transfusionados

No caso dos doentes transfusionados, positivos para o VIH, averiguou-se que 53,8% dos doentes acede ao internamento do Serviço de Doenças Infecciosas num contexto de *admissão programada*, sendo os restantes 46,2% admitidos por via do serviço de urgência.

No que respeita *ao destino após alta* verificou-se que em 76,92% dos casos envolveu alta para domicílio, assinalando-se 2 óbitos (15,38%) em doentes cujo diagnóstico havia sido conhecido em 1999 e 2001, dado revelador de uma baixa sobrevida, característica comum à maioria dos óbitos registados.

Figura 12.4.1.1 – Distribuição da variável destino a pós-alta para a categoria de transmissão transfusionados – HUC (1996-2001)



Por último, e no que se refere à contabilização dos custos de doença, foi possível avaliar os *custos directos* gerados por 41 internamentos, num total de 944 dias, que se fixam em 236.049,37€ no que respeita aos cálculos de GDHs, acrescidos de 1.511,46€ de despesas de transporte (Tabela 12.4.1.1).

Tabela 12.4.1.1 – Descrição das componentes *Dias de Internamento*, *Frequência de Internamento*, *Custos de Internamento (GDH)* e *Custos de Transporte* por causa VIH/SIDA e co-morbilidades para a categoria de transmissão transfusionados – HUC (1996-2001).

	Dias de Internamento	Frequência de Internamento	Custo Internamento – GDHs (€)*	Custo de Transporte (€)
Mínimo	1	1	1.995,40	15,85
Máximo	204	8	35.665,20	441,26
Total	944		236.049,37	1.511,46

*GDH calculado de acordo com o previsto na Portaria n.º 189/2001, 9 de Março, Anexo I

Pra o cálculo dos custos indirectos relacionados com as patologias em causa, foram contabilizados 944 dias de trabalho perdido por motivo de internamento, distribuídos por 8 categorias de actividade profissional, atingindo-se um valor de 10.436,23€ por interrupção de actividade (Tabela 12.4.1.2).

A soma conjunta dos custos agora encontrados para a categoria de transmissão transfusionados é de 247.997,06€ (49.718.946\$22).

Tabela 12.4.1.2 - Custos Indirectos da Categoria de Transmissão – *Transfusionados* (HUC, 1996-2001)

Categoria Profissional	n	Total de Dias de Internamento	Salário Base*(€)	Factor Ponderação Salarial	Salário Dia (€)	Custo de Interrupção de Actividade (€)
Trabalhadores qualificados dos serviços, adminst. pública e hotelaria	1	7	334,14	2,5	27,85	194,92
Trabalhadores qualificados da indust. artífices e similares	2	179	334,14	2,5	27,85	4984,26
Trabalhadores não qualificados da constr. civil e indústria	1	96	334,14	1,4	15,59	1496,95
Sem profissão	1	18	138,27	1	4,61	82,96
Reformados	4	146	334,14	1	11,14	1626,15
Domésticas	3	445	138,27	1	4,61	2051,01
Estudantes	1	53	0	1	0,00	0,00
Total	13	944				10.436,23

12.5 – Categoria de transmissão: mãe-filho

Em termos de transmissão vertical, no intervalo de tempo considerado, apenas existe registo de um atendimento e internamento envolvendo um jovem Angolano de raça negra. Tendo sido objecto de um diagnóstico tardio, aos 13 anos de idade. A sua presença em Portugal por motivos de reagrupamento familiar deve-se, fundamentalmente, ao facto de ser um adolescente “órfão de SIDA” tendo os seus progenitores sido vitimados pela infecção por VIH em Angola.

Internado no serviço de Doenças Infecciosas dos HUC, regista-se um internamento no ano de 1999, por um período de 10 dias, ao qual foi imputado um custo de GDH de 3007,10€, somando-se 8,24€ de despesas de transporte, perfazendo um *custo directo total* de 3.015,34€.

Atendendo à sua categorização como estudante, não foram imputados quaisquer custos indirectos decorrentes da interrupção de actividade.

12.6 – Categoria de transmissão: desconhecida

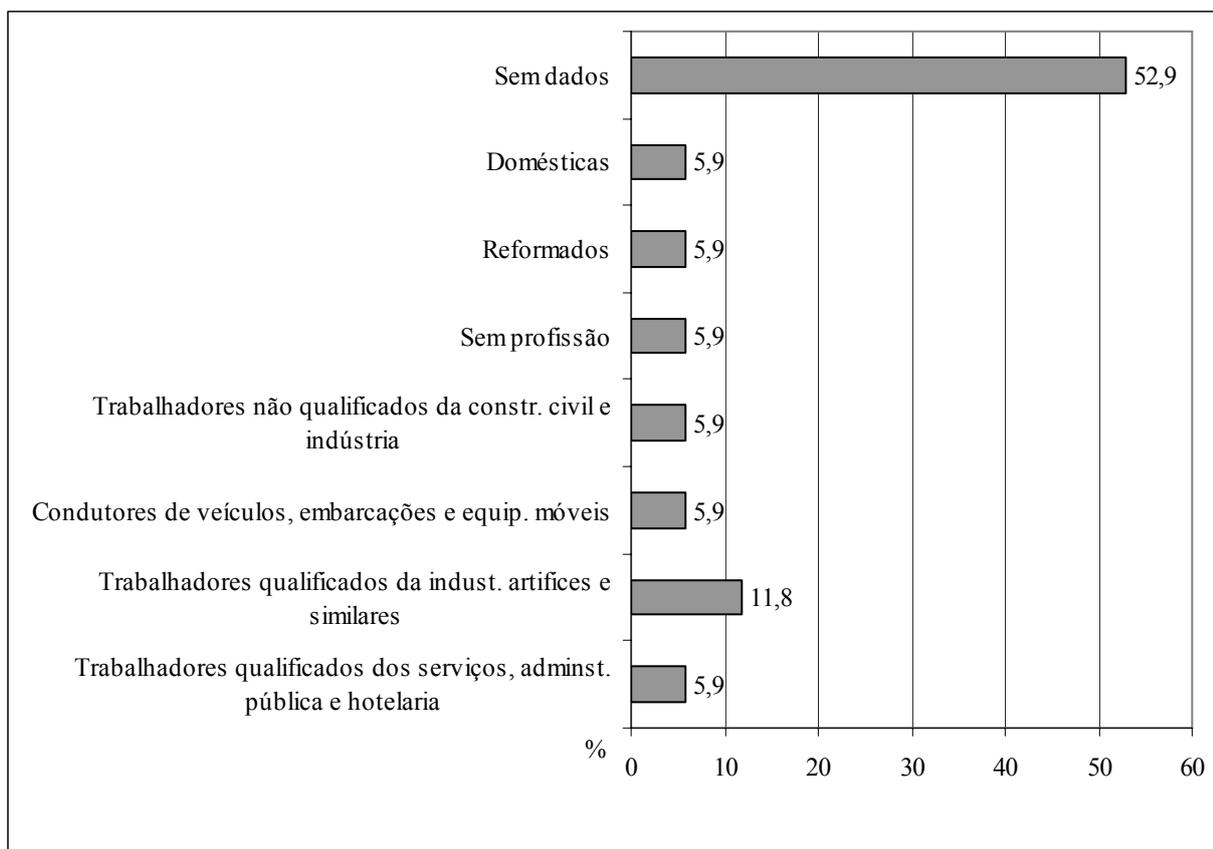
Por último, resta analisar, ainda que de um modo sucinto, a existência de um subgrupo composto por 17 doentes (3,11%), 14 homens e 3 mulheres, todos positivos para o VIH-1, onde se manifesta generalizada ausência de dados sócio-demográficos e clínicos pelo que a inserção em qualquer das categorias de transmissão consideradas não foi de todo possível.

Exceptuando uma mulher de raça negra de 29 anos de idade, todos os indivíduos são caucasianos, maioritariamente nascidos em Portugal, estando presentes duas outras nacionalidades, uma moçambicana e duas brasileiras, sendo a data de infecção anterior à sua permanência em território nacional. Neste contexto, os diagnósticos para a infecção por VIH/SIDA foram maioritariamente efectuados entre os anos de 1990 e 2001, restando 3 casos onde foi absolutamente impossível certificar a data provável de ocorrência da infecção.

Adicionalmente, o grau de escolaridade detido por estes doentes é de todo desconhecido, o mesmo acontecendo com a categoria profissional que é omissa em 52,9% dos casos

(n=9), distribuindo-se os restantes elementos por actividades qualificadas e não qualificadas, tal como pode ser observado na figura 12.6.1.

Figura 12.6.1 - Distribuição da actividade profissional em doentes VIH+com categoria de transmissão desconhecida, internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)

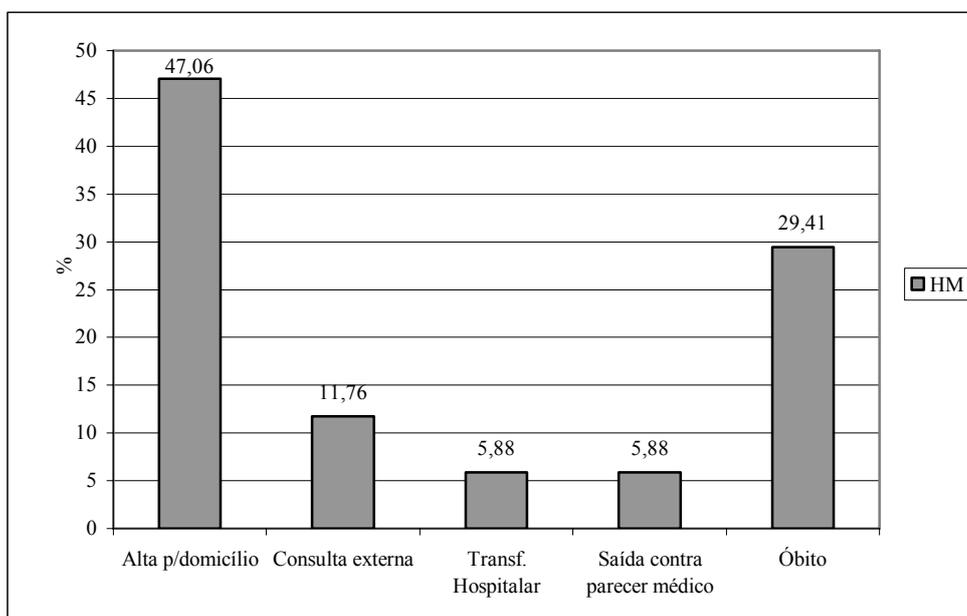


12.6.1 – Abordagem do custo da doença na categoria de transmissão desconhecida

Relativamente à contabilização dos custos da doença nesta categoria de transmissão, foi possível verificar que 27,8% (n=5) dos indivíduos é admitido no serviço de internamento de forma programada, acedendo os restantes 66,7% (n=12) por via da urgência.

Através da observação da variável destino pós alta (Fig. 12.6.1.1), foi possível verificar que 47,06% dos indivíduos (n=8) obteve alta para domicílio seguindo-se, com destaque, a ocorrência de 5 óbitos (29,41%) nesta categoria.

Figura 12.6.1.1 – Distribuição da variável destino após alta para doentes VIH+ com categoria de transmissão desconhecida – HUC (1996-2001)



No que respeita à avaliação da totalidade dos custos da doença, através da consulta dos respectivos GDHs foi possível apurar a existência de 22 internamentos, num total de 452 dias, com um custo directo de 112.601,42€, aos quais devem ser somados 1.450,59€ resultantes de despesas de transporte (Tabela 12.6.1.1).

Tabela 12.6.1.1 – Descrição das componentes *Dias de Internamento*, *Frequência de Internamento*, *Custos de Internamento (GDH)* e *Custos de Transporte* por causa VIH/SIDA e co-morbilidades para a categoria de transmissão desconhecida – HUC (1996-2001)

	Dias de Internamento	Frequência de Internamento	Custo Internamento – GDHs (€)*	Custo de transporte (€)
Mínimo	1	1	288,26	6,34
Máximo	71	5	11.889,72	535,09
Total	452		112.601,42	1.450,59

*GDH calculado de acordo com o previsto na Portaria n.º 189/2001, 9 de Março, Anexo I

Em relação aos *custos indirectos* resultantes da interrupção da actividade profissional por motivo de internamento, foi possível calcular o valor de 5.301,57€, fixando o custo total para a categoria de transmissão em 119.353,58€ (23.928.244\$00) (Tabela 12.6.1.2).

Tabela 12.6.1.2 – Custos Indirectos da Categoria de Transmissão – *Desconhecida* (HUC, 1996 – 2001)

Categoria Profissional	n	Total de Dias de Internamento	Salário Base*(€)	Factor Ponderação Salarial	Salário Dia (€)	Custo de Interrupção de Actividade (€)
Trabalhadores qualificados dos serviços, adminst. pública e hotelaria	1	24	334,14	2,5	27,85	668,28
Trabalhadores qualificados da indust. artífices e similares	2	62	334,14	2,5	27,85	1726,39
Condutores de veículos, embarcações e equip. móveis	1	1	334,14	3	33,41	33,41
Trabalhadores não qualificados da constr. civil e indústria	1	71	334,14	1,4	15,59	1107,12
Sem profissão	1	25	138,27	1	4,61	115,23
Reformados	1	63	334,14	1	11,14	701,69
Domésticas	1	16	138,27	1	4,61	73,74
Sem dados	9	160	138,27	1	4,61	875,71
Total	17	452				5.301,57

12.7 – Análise global do custo da doença VIH/SIDA no Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC (1996 – 2001)

Depois de averiguados os custos directos e indirectos gerados pela infecção por VIH/SIDA e co-morbilidades, de acordo com a respectiva categoria de transmissão e actividade profissional declarada, este estudo prossegue a descrição do comportamento da variável *custo de internamento* (GDHs) ao longo do período de estudo delineado.

Através de uma pesquisa prévia efectuada, destinada a verificar a existência de estudos relacionados com a avaliação de custos hospitalares gerados pela infecção VIH/SIDA em Portugal, foi possível encontrar uma investigação realizada em 1991 no Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de St.^a Maria, publicado por Rosário Giraldes e Eugénio Cordeiro (1993). Embora os autores abordem um conjunto de objectivos que detêm algum nível de semelhança com o presente estudo, a saber, determinação do custo médio/doente/ano decorrente da prestação de cuidados de saúde a doentes VIH+, a metodologia seguida é absolutamente diversa da agora utilizada.

Os valores comunicados pelos autores referem um custo médio/doente/ano de 871.318\$00 [4.346,12€] (Giraldes e Cordeiro, 1993; pp.8), obtidos através da contabilização dos seguintes custos: «diária de internamento», «custo por consulta externa» e «outros custos» - onde se incluem meios auxiliares de diagnóstico, transfusões de sangue, terapêutica, com exclusão de análises clínicas.

No caso do presente estudo a metodologia adoptada, tal como já foi indicado, envolve a avaliação exclusiva dos custos de internamento, alcançados através do cálculo do custo do respectivo GDH, a preços de 2001, cujas vantagens foram anteriormente discutidas.

Assim, após ter sido efectuado o cálculo de todos os GDHs originados por episódios de internamento para cada ano, fixou-se o *custo médio de internamento/doente/ano*. O valor apurado representa o produto entre o custo médio de internamento por cada ano e o número médio de internamentos gerados por cada doentes no mesmo intervalo de tempo, pelo que se obteve o custo médio internamento/doente/ano que varia entre um máximo de 11.434,99€ em 1996 e um custo mínimo de 7.148,51€ em 1997 (Fig. 12.7.1; Tabela 12.7.1).

Figura 13.1 – Variação do custo médio de internamento/doente/ano em doentes VIH/SIDA no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)

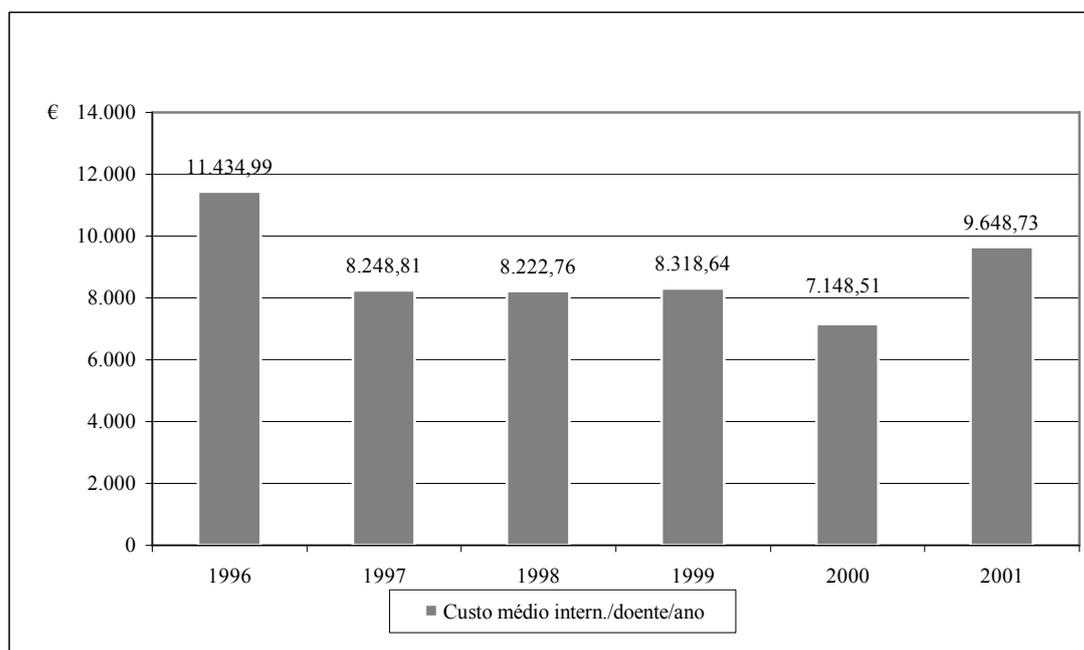


Tabela 12.7.1 - Evolução do movimento e respectivos custos médios/ano gerados por doentes VIH+ internados no serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)

Ano	N.º de doentes internados	N.º de episódios de internamento	N.º médio de internamentos	Custos de Internamento (GDH) €	Custo médio internamento	Custo médio intern./doente/ano (€)
1996	138	225	1,63	1.578.028,29	7.013,46	11.434,99
1997	102	150	1,57	841.379,10	5.609,19	8.248,81
1998	122	186	1,52	1.003.176,17	5.393,42	8.222,76
1999	121	183	1,51	1.006.555,95	5.500,31	8.318,64
2000	131	182	1,39	936.455,00	5.145,36	7.148,51
2001	119	202	1,70	1.148.198,59	5.684,15	9.648,73

Para além do cálculo deste indicador, foi averiguada a duração média dos internamentos gerados em cada ano, para o total dos anos, de modo a que pudesse ser calculado o custo médio de internamento/doente/dia, repartindo o custo médio pela duração média dos dias de internamento verificada (Figura 12.7.2; Tabela 12.7.2), fixando-se num valor máximo de 576,10€ em 1996 e num valor mínimo de 341,21€ em 2000.

Figura 12.7.2 – Variação do custo médio de internamento/doente/dia em doentes VIH+ no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)

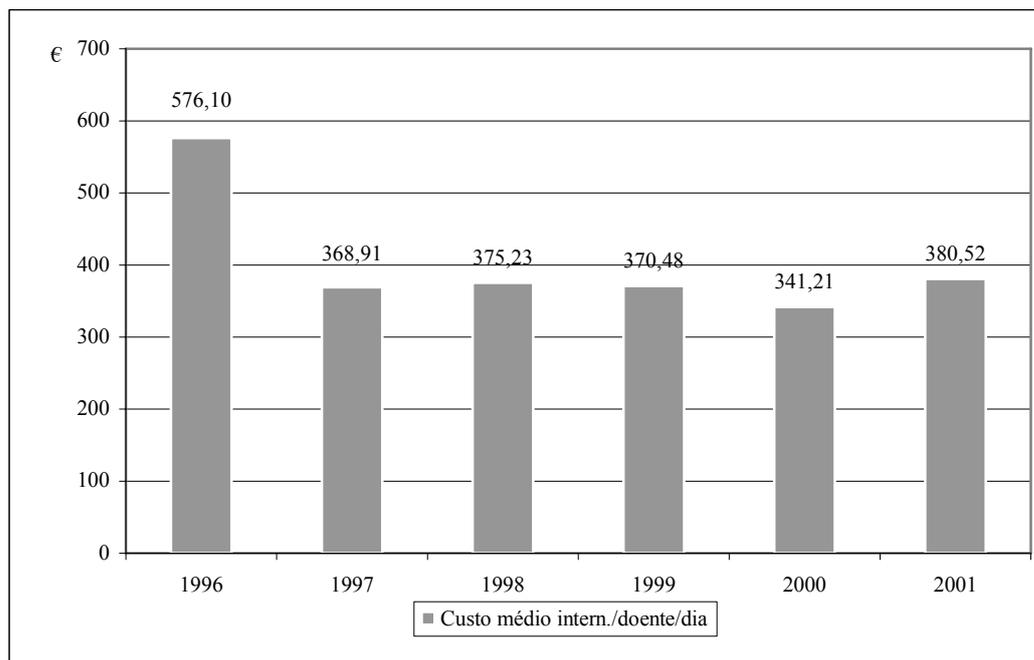


Tabela 12.7.2 - Evolução do movimento e respectivos custos médios/dia gerados por doentes VIH+ internados no serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)

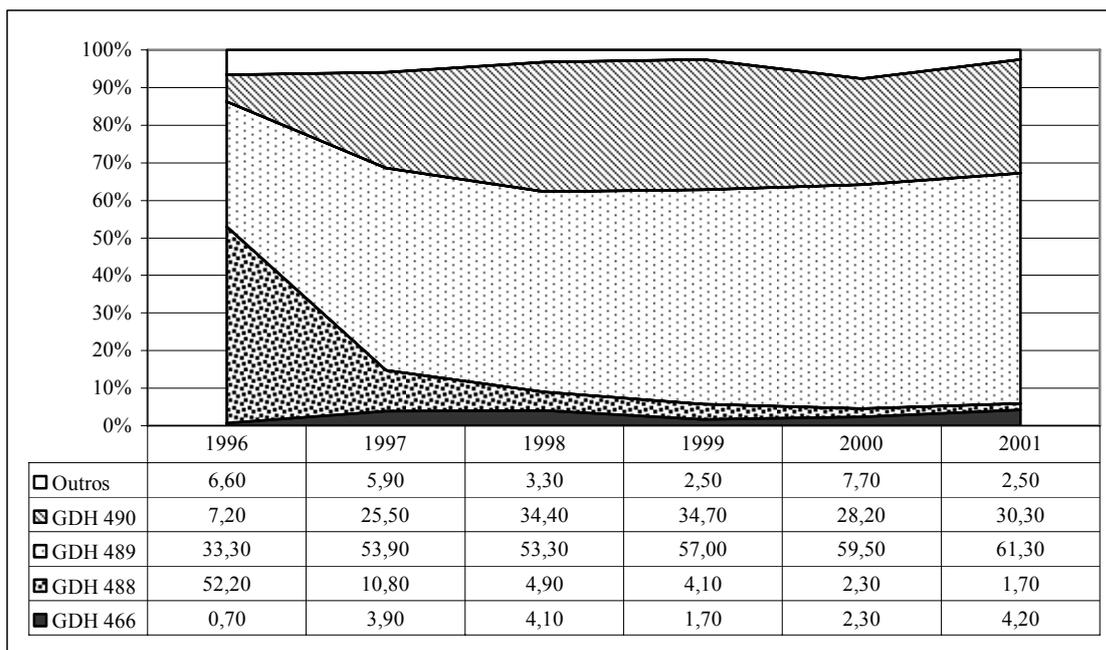
Ano	N.º de dias de internamento	N.º de episódios de internamento	Duração mínima do internamento (dias)	Duração máxima de internamento (dias)	Duração média de Internamento (dias)	Custo médio intern./ doente/dia (€)
1996	4466	225	1	108	19,85	576,10
1997	3354	150	1	275	22,36	368,91
1998	4076	186	1	134	21,91	375,23
1999	4109	183	1	139	22,45	370,48
2000	3813	182	1	166	20,95	341,21
2001	5122	202	1	183	25,36	380,52
Total	24940	1128	-	-	-	-

Tal como podemos verificar, a partir do ano de 1996 obtêm-se valores mais baixo para o *custo médio de internamento/doente/ano* e *custo médio de internamento/doente/dia*, apesar de se verificar um ligeiro acréscimo na duração média do número de dias de internamento, cuja progressão é mais visível em 2001. Tendo presente que os custos calculados tiveram na sua génese a atribuição de um valor constante para a totalidade do intervalo, referenciados pelos preços a cobrar na prestação de serviços de saúde em 2001, a diminuição dos custos pode ser explicada, fundamentalmente, pela conjugação de duas

variáveis que se revelaram particularmente importantes: número de internamentos ano e tipologia do GDH associado ao respectivo internamento.

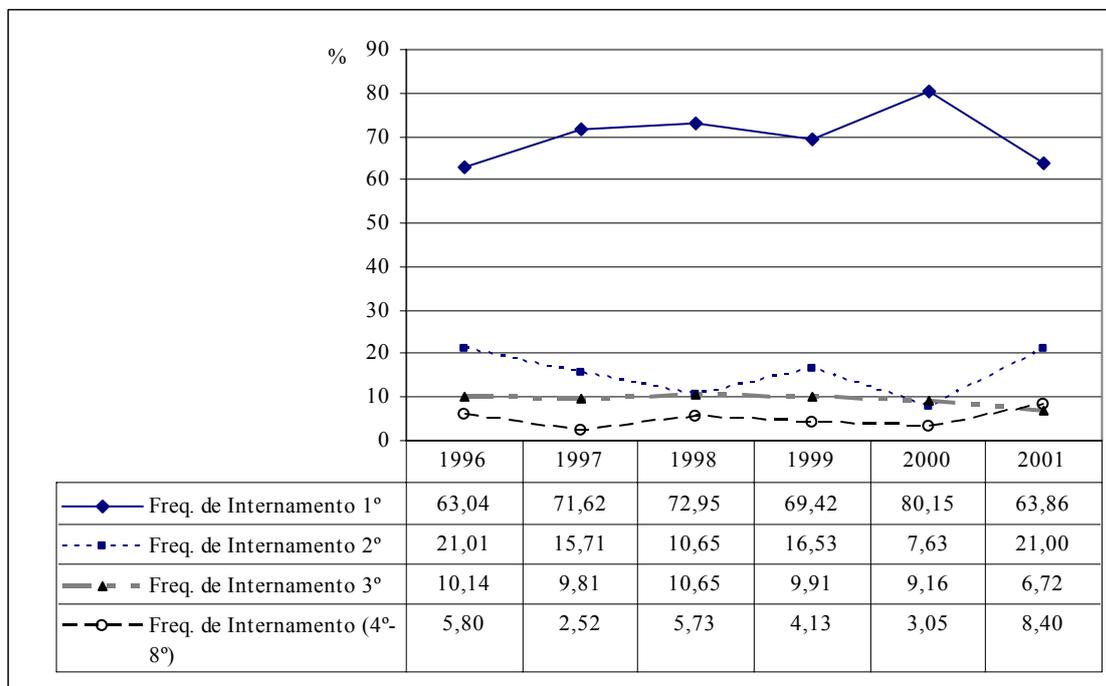
No que se refere ao último factor enunciado, tipologia do GDH associado ao respectivo internamento, podemos verificar que entre 1996 e os demais anos ocorre uma quebra drástica no *GDH 488 (HIV com procedimento extenso em bloco operatório)*, que em média obtém uma redução de -46,84% quando comparado com 1996, sendo de todas as categorias a que apresenta o valor de custo mais elevado por episódio por contemplar intervenção cirurgica, 11.889,72€ (2001; limiar inferior 12 dias; limiar superior 78 dias), passando a ser o *GDH 489 (HIV com situação clínica relacionada significativa)* aquele que detém maior peso relativo, com valores de custo fixados em 7.181,14€ (2001; limiar inferior 5 dias; limiar superior 55 dias), (Fig.12.7.3).

Figura 12.7.3 - Evolução percentual dos GDH contabilizados por ano de estudo, gerados por doentes VIH/SIDA internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



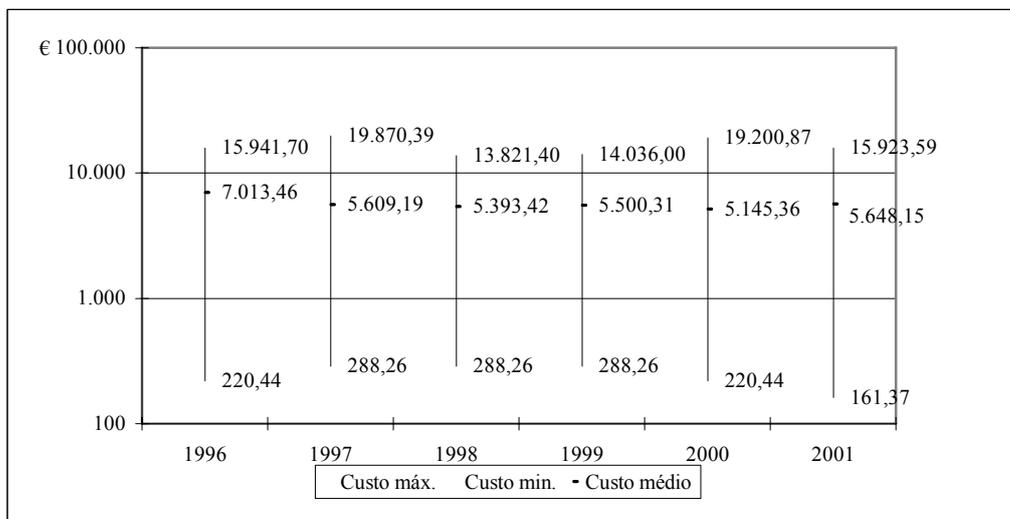
Simultaneamente, verifica-se de igual modo uma redução paulatina na frequência do número de internamentos consecutivos atribuídos ao mesmo doente no mesmo ano, facto particularmente relevante em relação ao segundo internamento, onde se observa, em média, uma redução de 12,63% em relação ao ocorrido em 1996 (Fig. 12.7.4), exibindo, todavia, em 2001, valores semelhantes aos alcançados no início do estudo, processo que será discutido de seguida.

Figura 12.7.4 - Evolução da frequência de internamentos observada em doentes VIH+ internado no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



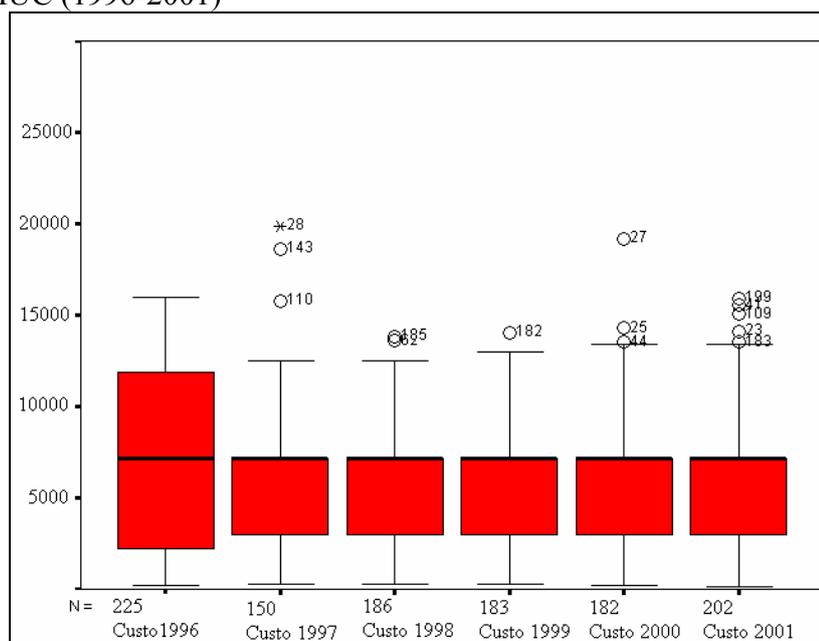
Adicionalmente, procurou-se averiguar se o custo médio/doente/ano era influenciado pela presença de valores extremos, alguns dos quais gerados por internamentos de longa duração, onde o número de dias ultrapassa o limite superior definido para cada GDH. Para tal, numa primeira análise, verificámos que os valores máximos de custos observados em cada ano eram particularmente elevados atingindo, em alguns casos, valores 3,5 vezes superiores à média (Fig. 12.7.5).

Figura 12.7.5 – Distribuição dos valores mínimos, máximos e médios correspondentes aos custos de internamento no Serviço de Doenças Infecciosas por causa VIH/SIDA – HUC (1996-2001)



Consequentemente e por serem menos sensíveis à presença de valores extremos (*outliers*), optamos por proceder à distribuição dos dados referentes ao custo de internamento recorrendo ao diagrama de caixas (*boxplots*), uma vez que nos é permitido comparar os diversos conjuntos de custos ao longo dos seis anos de estudo, demonstrando os respectivos valores mínimos e máximos, e o modo como se distanciam dos respectivos quartis (Q1 e Q3).

Figura 12.7.6 – Distribuição dos custos de internamento por quartis – HUC (1996-2001)



Tal como é demonstrado na figura 12.7.6, observa-se que a distribuição dos custos é predominantemente assimétrica, exceção feita ao ano de 1996, existindo, para além do valor máximo, um outro conjunto de custos que se encontram particularmente afastados da maioria dos dados e que, neste caso, constituem 2 grupos de *outliers* (“*outliers suaves*” e “*outliers extremos*”).

Tendo em conta a sua excepcionalidade, e porque se sabe que a maioria dos valores alcançados correspondem à prestação continuada de cuidados de saúde por causa eminentemente social, optamos por recalcular o custo médio/doente/ano (Fig. 12.7.7) bem como o custo médio/doente/dia (Fig. 12.7.8), expurgando previamente esta categoria de dados (*outliers*), de modo a apurar valores mais próximos do custo gerado por situações clínicas “comuns”, fixando-se um valor máximo do custo médio de internamento/doente/ano em 11.434,99€ em 1996 e um mínimo de 6.827,10€ em 2000, passando o custo médio de internamento/doente/dia a apresentar um máximo de 576,10€ e um mínimo de 356,70€, respectivamente em 1996 e 2000.

Figura 12.7.7 – Variação do custo médio de internamento em doentes VIH/SIDA: internamento/doente/ano corrigido – HUC (1996-2001)

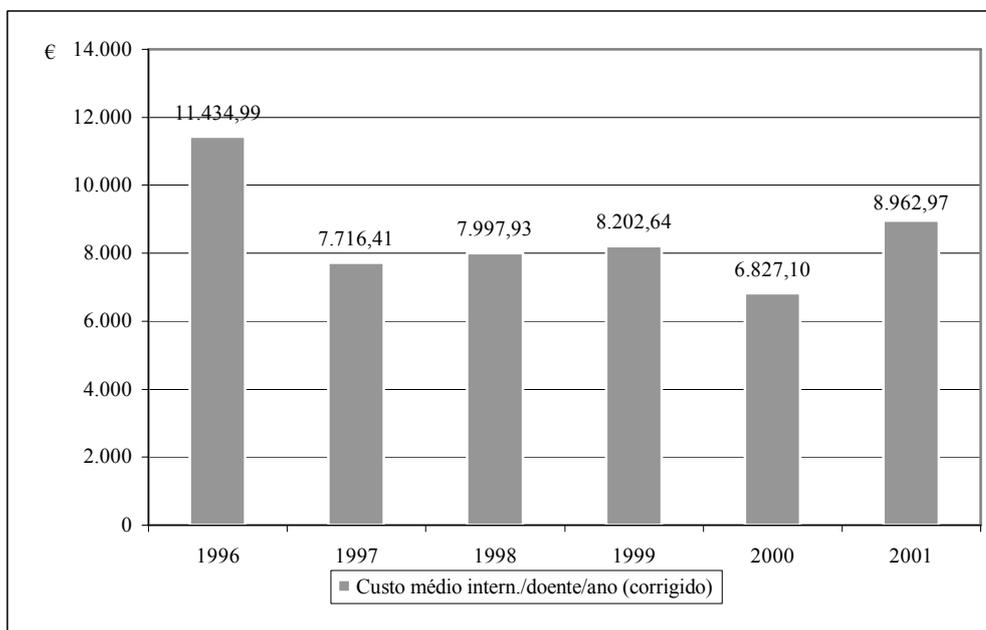


Figura 12.7.8 – Variação do custo médio em doentes VIH/SIDA: internamento/doente/dia corrigido – HUC (1996-2001)

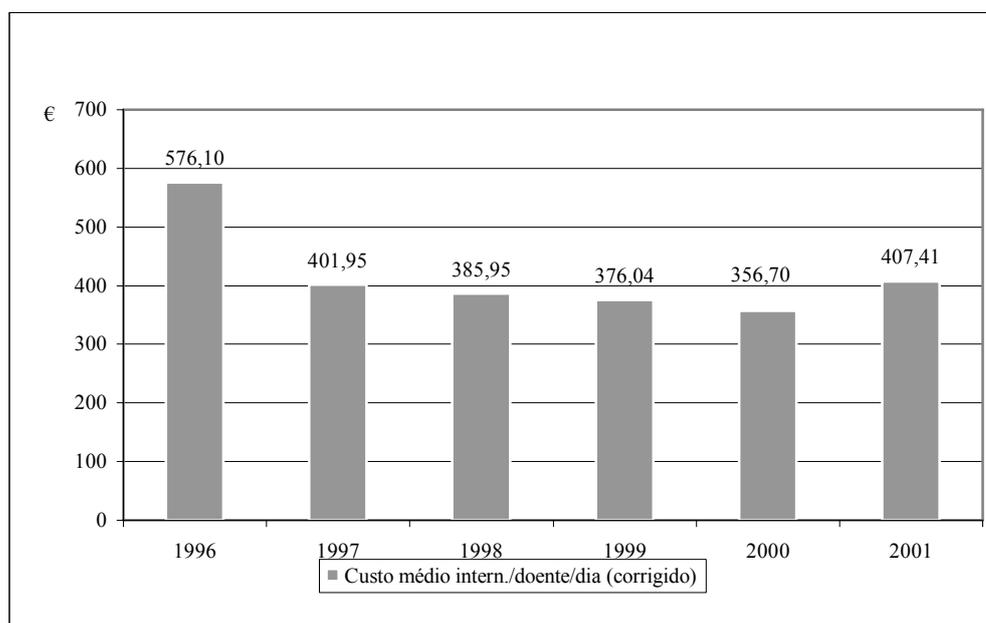


Tabela 12.7.3 - Correção do movimento e respectivos custos médios/dia, com exclusão de valores extremos (*outliers*), gerados por doentes VIH+ internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)

Ano	<i>Outliers</i> /total dias internamento	N. de dias de internamento (<i>corrigido</i>)	N.º de episódios de internamento (<i>corrigido</i>)	Média de dias de internamento (<i>corrigido</i>)	Custo médio intern./doente/dia (<i>corrigido</i>)
1996	0	4466	225	19,85	576,10
1997	532	2822	147	19,20	401,95
1998	263	3813	184	20,72	385,95
1999	139	3970	182	21,81	376,04
2000	387	3426	179	19,14	356,70
2001	788	4334	197	22,00	407,41

Em qualquer das circunstâncias consideradas, a tradução gráfica do comportamento da variável *custo médio internamento/doente/ano* ou *custo médio internamento/doente/dia*, transmite-nos a noção de declínio que ocorre de forma acentuada entre 1996 e os anos subsequentes, excepto em 2001 onde emerge uma tendência de recrudescimento dos custos sem que se atinjam, todavia, os valores máximos de 1996, mercê de um tendencial aumento da procura de cuidados por parte de doentes há muito infectados e cuja falência orgânica progressivamente ditara uma procura mais frequente e mais intensa.

De acordo com a bibliografia consultada, alguns investigadores notaram, de igual modo, um decréscimo dos custos relacionados com os cuidados prestados a doentes VIH+ a partir de 1996 (Bozzette *et al.*, 2001; Sabin, 2002; Krentz, 2003) enunciando diversos

factores que podem concorrer para tal situação: alteração do perfil da procura, envolvendo doentes em estádios mais precoces e que por este motivo requerem cuidados menos frequentes e prolongados, até à introdução de novos esquemas terapêuticos, como os proporcionados pela HAART (1997)¹³, que se revelou mais eficaz no controlo da replicação viral.

Assim, e porque neste estudo não tivemos acesso aos regimes terapêuticos aplicados bem como aos respectivos custos, sabendo seguramente que seguem o “estado da arte”, nem foi possível controlar o estágio de doença correspondente a cada doente internado, procuraremos explicar o comportamento das variáveis averiguadas através de fundamentação encontrada em estudos internacionais cuja semelhança com o agora apresentado autorize algum grau de analogia.

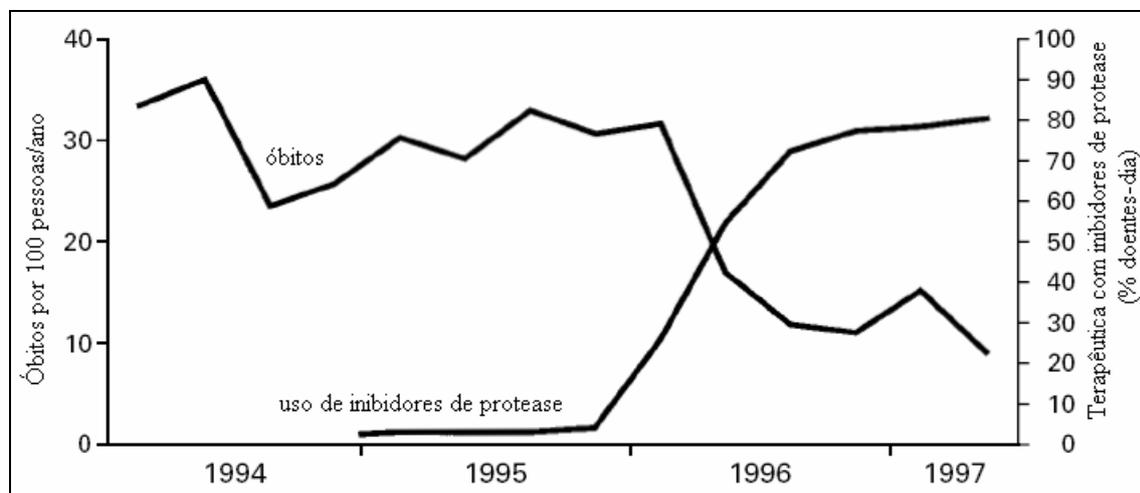
Neste contexto, releva a investigação produzida por Palella *et al.* (1998), envolvendo 1255 doentes VIH+, seguidos entre Janeiro de 1994 e Junho de 1997. Os autores analisaram o comportamento da mortalidade e da morbilidade relacionando-a com a prescrição de esquemas terapêuticos, ajustados para a quimioprofilaxia de infecções oportunistas, variáveis demográficas (sexo, idade e raça) e contagem de CD4⁺.

De acordo com o relatado, durante o estudo foram introduzidas alterações significativas nos esquemas terapêuticos prescritos, aplicadas a doentes com contagens CD4⁺ <100, ampliando o número de doentes a quem foi administrada terapêutica antiretroviral, passando a taxa de cobertura de 72% em 1994 para 95% em Junho de 1997. O aumento mais significativo ocorreu com a aplicação dos inibidores de protease (IPs) que passou de 2% em 1995 para 82% em Junho de 1997. Consequentemente e avaliando o comportamento da mortalidade, os autores informam que os valores mantiveram-se constantes entre 1994 e 1995, registando-se um declínio acentuado da taxa de mortalidade entre 1996 e o início de 1997, passando de 29,4% em 1995 para 16,7% em 1996, atingindo o valor mais baixo de 8,8% em 1997, facto que os autores relacionam com a introdução dos IPs (Fig. 12.7.9).

De igual modo, esclarece-se que a redução observada nas taxas de mortalidade era independente dos factores demográficos controlados no estudo (idade, sexo, raça), diminuindo em todas as categorias de transmissão, embora se mantivesse «consistentemente mais elevada» entre os utilizadores de drogas endovenosas.

¹³ A primeira informação clínica sobre a eficácia terapêutica da combinação antiretroviral ocorreu na *XI International Conference on AIDS*, Vancouver, 1996. Em 1997 a prescrição de esquemas HAART fazia parte das recomendações internacionais e estava introduzido na rotina clínica da maioria dos países desenvolvidos.

Figura 12.7.9 – Mortalidade e frequência do uso de terapêutica antiretroviral combinada incluindo inibidores de protease entre doentes VIH+ com $CD4^+ < 100 \text{ ml}^3$, entre Janeiro de 1994 e Junho de 1997



Fonte: Palella *et al.* (1998) NEJM, Vol.338, n.º 13; March 26, pp. 856

Quando o efeito da terapêutica foi considerado no modelo de avaliação, comparando a variável mortalidade com a aplicação de esquemas de terapêutica antiretroviral administrados, verificou-se que ao aumento da intensidade terapêutica correspondia um benefício significativo em termos de diminuição da mortalidade observada (Palella *et al.*; 1998; pp. 855).

No que concerne à morbidade, foi também registado um declínio significativo na incidência de infecções oportunistas entre 1996 e o início de 1997, tendo os diagnósticos definidores de SIDA decrescido de 50% em 1994 para 28,6% em 1996, atingindo o valor mínimo de 13,3% em 1997. Neste contexto, os autores concluem:

«As reacções observadas nos óbitos e na doença estiveram claramente relacionadas com o aumento do uso de terapêuticas antiretrovirais combinadas, cuja redução mais dramática coincidiu com o aumento do uso de inibidores de protease» (Palella *et al.*, 1998; pp.858)

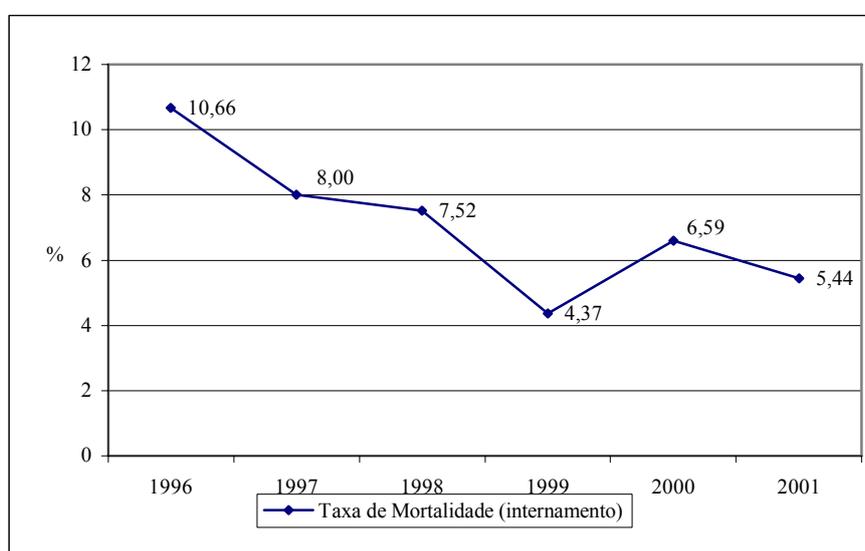
Situação semelhante é relatada por Sabin (2002) que menciona, neste contexto, o apurado pelo estudo CASCADE onde o risco de morte em doentes receptores de HAART¹⁴ foi

¹⁴ Embora a autora relacione claramente o decréscimo de mortalidade com a aplicação da terapêutica HAART - «Much of this reduction can be attribute directly to the use of HAART;», adverte para o facto de que ganhos cumulativos advêm, seguramente, do recurso a profilaxia específica e vacinação contra a doença

reduzido em 64% no intervalo 1997 - 1998, quando comparado com o ocorrido entre 1986 – 1996.

No caso do Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC, para o intervalo em estudo, verifica-se, de igual modo, um decréscimo na taxa de mortalidade ocorrida em situação de internamento (Fig. 12.7.10), apresentando um valor de 10,66% no início do estudo (1996), passando para 8% em 1997, ano a que corresponde o início da introdução de terapêuticas com IPs, exibindo um declínio tendencial nos três anos subsequentes, fixando-se em 6,59% e 5,44% nos dois últimos anos de estudo, respectivamente 2000 e 2001.

Figura 12.7.10 – Variação da taxa de mortalidade registada entre doentes VIH/SIDA internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



Outro estudo capaz de fornecer contributos válidos para a compreensão dos indicadores aqui considerados foi produzido por Bozzette *et al.* (2001), envolvendo a avaliação da variação dos custos dos cuidados de saúde prestados a doentes VIH+ submetidos a HAART.

Os autores procuraram averiguar a existência de uma possível associação entre a redução geral dos custos dos cuidados de saúde prestados e a utilização da HAART, numa amostra de 2864 doentes, representativa dos 231.000 adultos americanos que em 1996 recebiam cuidados de saúde por causa da infecção VIH/SIDA. A amostra foi submetida a um *follow-up* de 36 meses consecutivos, recorrendo a procedimentos de auto-sinalização dos

pneumococica, factos que não devem ser subalternizados quando procuramos uma explicação capaz de justificar a redução da incidência de SIDA (Sabin, 2002; pp. S62).

cuidados de saúde obtidos, ajustando os valores dos custos em função do tempo, da progressão clínica da doença e dos óbitos ocorridos.

Na linha de base, Junho de 1996, os custos médios mensais foram estimados em 1.792\$US, tendo decrescido até um mínimo de 1.410\$US verificado em Outubro de 1998 que, após ajustamento, atingiu o custo médio/doente/mês de 1.503\$US (Tabela 12.7.4)

Tabela 12.7.4 – Custos ajustados e não ajustado para o tratamento de doentes VIH+, de acordo com data média de entrevista

	Junho 1996	Março 1997	Novembro 1997	Outubro 1997
Custo não ajustado	1.792 (1.595-1.989)	1.359 (1.210-1.507)	1.419 (1.249-1.589)	1.410 (1.264-1.555)
Custo ajustado §	1.749 (1.542-1.955)	1,512 (1.368-1.654)	1.534 (1.382-1.686)	1.503 (1.349-1.658)

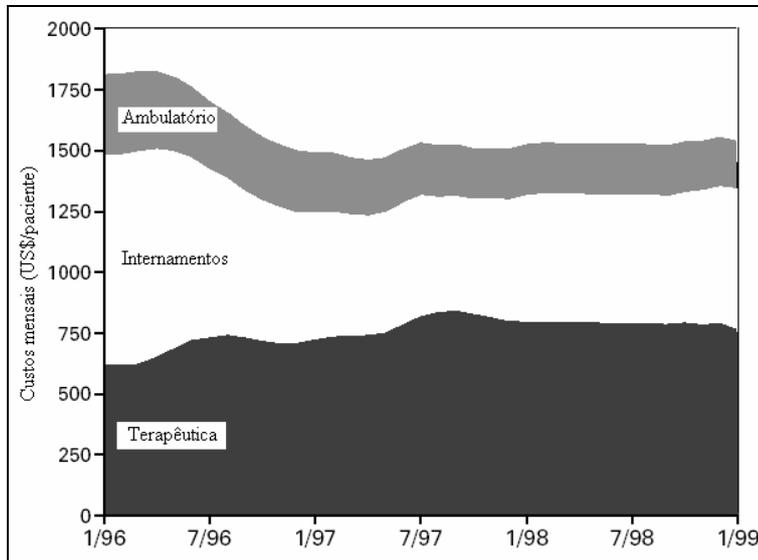
§ custo ajustado para alteração de estadió clínico e óbito;

*valores válidos para 231.000 adultos (aprox.), VIH+ (EUA) nos dois primeiros meses de 1996 e para aproximadamente 220.000, 214.00 e 181.000 doentes que continuam vivos no período correspondente à segunda, terceira e quarta entrevista (Custo: 95% IC).

Fonte:Bozzette *et al.* (2001) NEJM, Vol.344, n.º 11; March 15; pp. 818

De acordo com os autores, o custo total estimado em Janeiro de 1996 era de 1.891\$US por paciente/mês. O decréscimo verificado em meados de 1997, «quando o uso da HAART se tornou comum», levou a um aumento do custo da terapêutica de 618\$US para 821\$US paciente/mês, tendo os respectivos custos hospitalares declinado de 878\$US para 500\$US, resultando numa quebra generalizada da despesa total entretanto fixada em 1.521\$US paciente/mês (Fig. 12.7.11).

Figura 12.7.11 - Média mensal de custos envolvidos no tratamento de adultos americanos VIH+ (serviços de ambulatório, internamento e terapêutica), entre Janeiro 1996 e Janeiro de 1999, ajustado para óbitos e descontinuidade de seguimento



Fonte:Bozzette et al. (2001) NEJM, Vol.344, n.º 11; March 15; pp. 819

De meados de 1997 até ao final de 1998, os *custos totais* ajustados sofreram uma ligeira alteração notando-se todavia o seguinte comportamento:

« (...) no final do período em estudo, os custos hospitalares tinham subido para valores assinalados em meados de 1996, 594\$US paciente/mês» (Bozzette *et al.*, 2001; pp. 820).

Um outro dado interessante que foi possível verificar relaciona-se com a fixação de custos mais elevados de tratamento para doentes beneficiários de seguros privados em relação aos que utilizam esquemas exclusivamente públicos (*Medicaid*, ou sem qualquer cobertura de seguro), o mesmo acontecendo com doentes detentores de níveis de escolaridade mais elevados.

Globalmente, os custos totais gerados obtiveram um decréscimo de 16%, sendo as despesas hospitalares aquelas que exibiram uma quebra mais significativa, 43%, ao passo que os custos terapêuticos aumentarem 33% durante o intervalo em estudo. Todavia, observou-se um aumento dos custos hospitalares no último período do estudo e ao qual já fizemos referência, regressando aos valores próximos dos encontrados em 1996, o que aconselha novas e mais prolongadas investigações:

«Se for sustentada, o aumento da utilização de serviços hospitalares provavelmente reflecte o efeito agregado de falências terapêuticas geradas por resistências ou por intolerância aos fármacos administrados. Esta possibilidade favorece o aumento do investimento na pesquisa de tratamentos e coloca em alerta a necessidade de repor a capacidade de hospitalização que pode ser outra vez necessária» (Bozzette *et al.*, 2001; pp. 821).

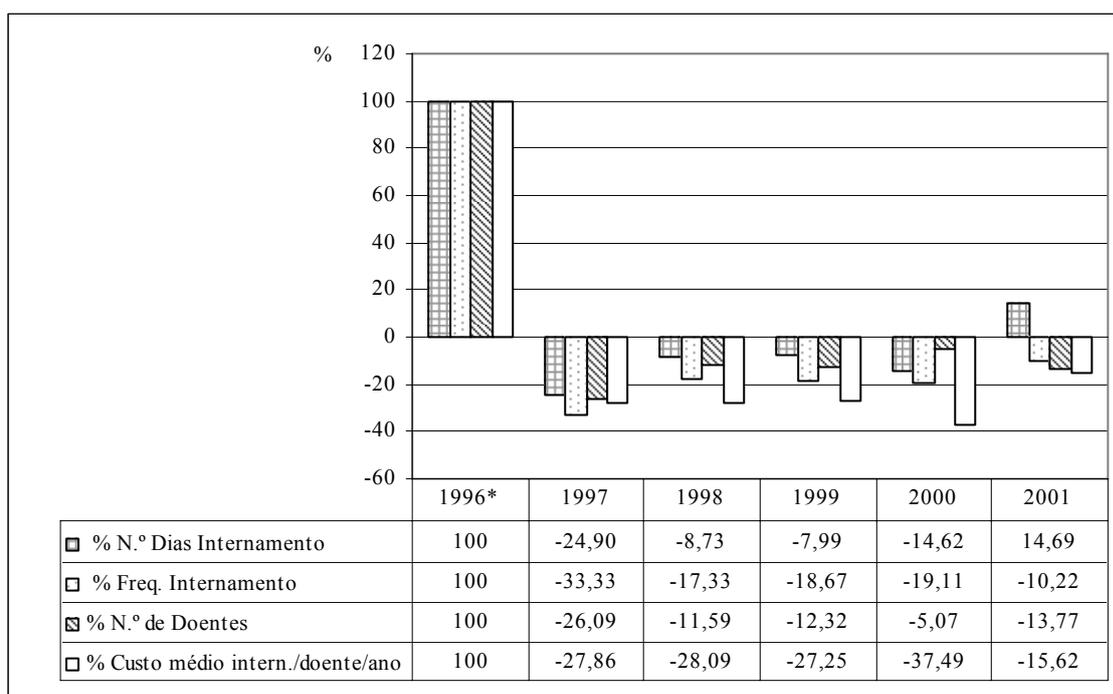
Assim, de uma forma clara, os autores concluem que os ganhos totais alcançados, fundamentalmente baseados nos ganhos proporcionados pela HAART, podem ser temporários, quer em termos de sobrevida quer em termos de custos hospitalares, contudo, as poupanças geradas asseguram que o *ratio* custo/benefício ou os custos do aumento da sobrevida são razoáveis:

«Cálculos simples baseados nestes dados indicam que o aumento da esperança de vida ainda que contendo ampla variação – por exemplo, de 50 a 100%, ou 3 ou 4,5 anos a 30 anos – custará aproximadamente entre os 11.000\$US - 18.000\$US por cada ano de vida salva, o que é compatível com os resultados deste estudo. Obviamente, isto apenas será verdade enquanto os resultados da HAART permanecerem virológicamente efectivos, com efeitos de toxicidade aceitáveis na maioria dos pacientes, o que pode não perdurar por um longo período» (Bozzette *et al.*, 2001; pp. 822).

Situação semelhante é nos descrita por Krentz *et al.* (2003) através de um estudo efectuado no Canadá, envolvendo 654 doentes submetidos a cuidados de saúde por causa VIH/SIDA e beneficiando de HAART. Nesta investigação também foi possível contabilizar um acréscimo de custos relacionados com a terapêutica que em 1995/96 representava 30% do valor total dos cuidados prestados, passando a representar 69% em 2000/01. Da mesma forma, os autores referem a ocorrência do mesmo tipo de decréscimo referenciado por Bozzette *et al.* (2001), atingindo os custos dos serviços prestados em ambulatório, que passam de 27% em 1995/96 para 14% dos custos totais em 2000/01, acontecendo o mesmo aos cuidados prestados em regime de internamento onde é possível mensurar uma diminuição de 26% para 10% no custo total dos cuidados, de acordo com a avaliação efectuada em 2000/01 (Krentz *et al.*, 2003).

No caso do movimento gerado pelos doentes VIH/SIDA internados no Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC (1996-2001), observa-se um comportamento das variáveis em tudo semelhante ao descrito nos estudos anteriores (Fig. 12.7.12),

Figura 12.7.12 – Variação percentual do movimento de internamento e respectivo custo gerado por doentes VIH/SIDA internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



1996 base 100.

verificando-se um decréscimo paulatino da procura de serviços de internamento, quando comparados com os dados referentes a 1996, envolvendo em todos os anos e em termos absolutos menos doentes e menos episódios de internamento, sendo o decréscimo mais visível em 1997, ano correspondente à generalização da HAART, onde se regista uma contracção do número de doentes internados, -26,9% em relação a 1996, tendência que se mantém ao longo do intervalo para a generalidade das variáveis, excepção feita ao ano 2001 onde, apesar do número de doentes e de frequências de internamento ter decrescido, respectivamente -13,77% e -10,22% em relação a 1996, verifica-se um ligeiro aumento no número de dias de internamento, único em todo o intervalo, acumulando o maior número de dados considerados *outliers* em todo o intervalo, somando +14,69% de dias de internamento em relação a 1996, fazendo recordar o sucedido no estudo de Bozzette *et al.*

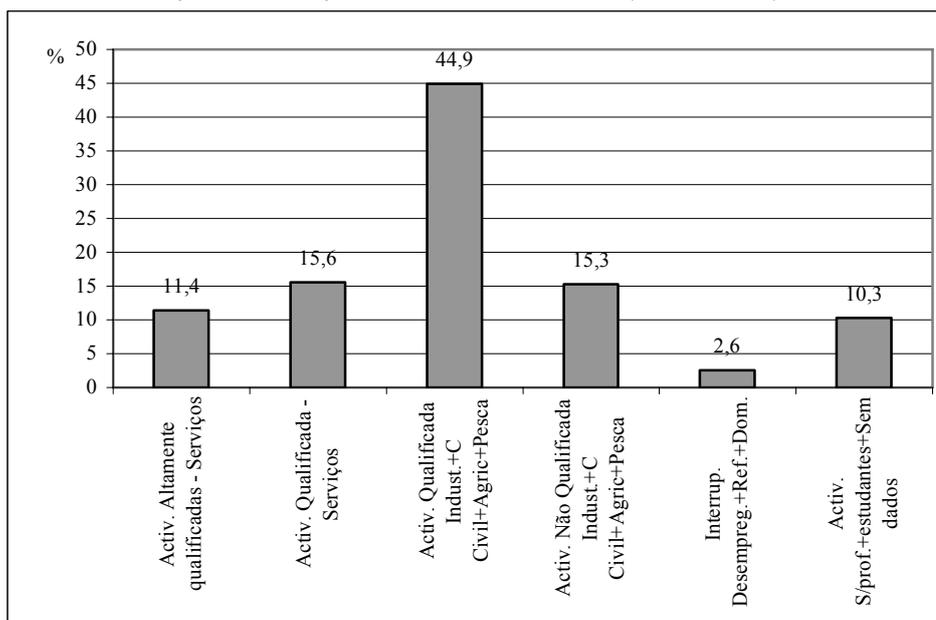
(2001), anteriormente mencionado, onde os custos hospitalares foram de novo fixados em valores próximos dos verificados em 1996.

A hipótese das falências terapêuticas e das resistências reclamarem de novo mais cuidados deve ser seriamente avaliada em novos estudos.

Por último, e de acordo com os dados apresentados na Tabela 12.7.5, estamos em condições de verificar que o total de todos os custos gerados pela patologia VIH/SIDA e co-morbilidades, envolvendo os 547 doentes internados no Serviço de Doenças Infecciosas dos HUC (1996-2001), ascende a 6.986.572,67 € (1.400.682.062\$03), 93,2% dos quais correspondem a custos directos gerados por internamento hospitalar, 6% correspondem a custos estimados por interrupção da actividade laboral e 0,8% derivam de custos estimados para o transporte de doentes.

De igual modo, e no que especificamente diz respeito aos custos relacionados com a interrupção de actividade laboral, fixados em 416.772,67€ (83.555.418\$42), envolvendo um total de 24.940 dias, 44,9% destes custos são imputados à interrupção da actividade laboral envolvendo *trabalhadores qualificados da indústria, construção civil, agricultura e pescas*, os quais representam 20,3% da amostra (Fig.12.7.13), seguindo-se os custos gerados pelos *trabalhadores qualificados dos serviços*, que correspondem a 15,6% e envolvem 5,86% da amostra.

Figura 12.7.13 - Distribuição percentual dos custos indirectos estimados para a interrupção da actividade laboral por causa VIH/SIDA ou co-morbilidades em doentes internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)



Em terceiro lugar encontramos os custos gerados pela interrupção de actividades *não qualificadas produzidas na indústria, construção civil, agricultura e pescas*, que correspondem a 17,63% da amostra e envolvem 15,3% dos custos gerados. Seguem-se, os *prestadores de serviços altamente qualificados* que apesar de representarem 4,58% da amostra compreendem 11,4% do total de custos associados a interrupção de actividade laboral, mercê das elevadas retribuições envolvidas.

Em penúltimo lugar figuram 10,3% dos custos estimados para a interrupção de actividade laboral afecta a um conjunto de indivíduos que se declararam sem profissão, ou que ocultaram a mesma, e estudantes, que de um modo conjunto representam 33,45% da amostra. Por último, são imputados 2,6% dos custos indirectos a um conjunto de indivíduos que se encontravam na condição de desempregados, reformados e domésticas que representam 14,26% da amostra colhida nos HUC.

Tabela 12.7.14 – Custos Totais Gerados pelo VIH/SIDA em Doentes Internados no Serviço de Doenças Infecciosas – HUC (1996-2001)

<i>Custos Directos</i>				<i>Custos Indirectos</i>											
Ano	Custos de Internamento - GDHs (€)	Custos de Transporte (€)	Total Custos Directos	Custo de Interrupção Activ. Altamente Qualificada - Serviços	n.º doentes	%	Custo de Interrupção Activ. Qualificada - Serviços	n.º doentes	%	Custo de Interrupção Activ. Qualificada - Indústria + Contr. Civil+ Agricultura+ Pescas	n.º doentes	%	Custo de Interrupção Activ. Não Qualificada - Indústria + Contr. Civil+ Agricultura+ Pescas	n.º doentes	%
1996	1.578.028,29	9.860,60	1.587.888,89	6174,91	7	5,07	12039,07	8	5,80	28763,89	28	20,29	12813,16	23	16,67
1997	841.379,10	6.314,64	847.693,74	15584,29	6	5,88	5123,46	6	5,88	23740,65	23	22,55	6993,55	19	18,63
1998	1.003.176,17	8.675,02	1.011.851,19	7572,73	6	4,92	6390,98	10	8,20	32507,37	29	23,77	8577,37	19	15,57
1999	1.006.555,95	10.409,62	1.016.965,57	8111,81	7	5,79	11152,48	20	16,53	27780,9	23	19,01	12011,22	24	19,83
2000	936.455,00	9.867,58	946.322,58	938,93	4	3,05	19723,17	18	13,74	29123,64	28	21,37	11326,23	30	22,90
2001	1.148.198,59	10.879,44	1.159.078,03	9191,08	9	7,56	10581,11	10	8,40	45244,78	22	18,49	11868,65	20	16,81
Total (€)	6.513.793,10 (1.305.898.268\$00)	56.006,90 (11.228.375\$32)	6.569.800,00 (1.317.126.643\$00)	47.573,75			65.010,27			187.161,23			63.590,18		

Cont.

<i>Custos Indirectos</i>								Custos Totais por VIH/SIDA	
Ano	Custo de Interrupção - Desempregados + Reformados + Domésticas	n.º doentes	%	Custo de Interrupção Activ. - Sem Profissão+ Estudantes+ Sem Dados	n.º doentes	%	Total Custos Indirectos	Total Custos Directos + Total Custos Indirectos	
1996	1993,7	6	4,35	8790,47	66	47,83	70575,2	1.658.464,09	
1997	902,18	3	2,94	6352,31	45	44,12	58696,44	906.390,18	
1998	879,9	5	4,10	8112,95	53	43,44	64041,3	1.075.892,49	
1999	1403,39	8	6,61	6587,37	39	32,23	67047,17	1.084.012,74	
2000	2015,98	6	4,58	4527,14	45	34,35	67655,09	1.013.977,67	
2001	3463,92	6	5,04	8407,93	52	43,70	88757,47	1.247.835,50	
Total	10.659,07			42.778,17			416.772,67 (83.555.418\$42)	6.986.572,67 (1.400.682.062\$03)	

