

# O MÉDICO DE FAMÍLIA E O DOENTE SEROPOSITIVO PARA O VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

TERESA MARCOS, ANTONIETA BARBOSA, ISABEL ALMEIDA, PAULO BARBOSA,  
CARLOS VASCONCELOS

Centro de Saúde da Batalha. Porto.

Extensão de Saúde de Aníbal Cunha.

Serviço de Medicina 2 do Hospital Geral de Santo António. Porto.

## RESUMO

**Objectivos:** Caracterizar os doentes seropositivos para VIH seguidos na Consulta de Imunologia Clínica do Hospital Geral Santo António, do ponto de vista demográfico e sócio-económico; Determinar a percentagem desses indivíduos que têm Médico de Família; Determinar a frequência de recurso ao Médico de Família por esses doentes; Determinar os motivos de procura/consulta mais frequentes, do Médico de Família, pelos mesmos; Determinar se houve alteração dos motivos de consulta, ao Médico de Família, por parte desses doentes, após estabelecido o diagnóstico de seropositividade para VIH; Determinar quem fez o diagnóstico de seropositividade para VIH; Avaliar sob o ponto de vista desses doentes, se houve alteração da atitude do Médico de Família e vice-versa, pós diagnóstico.

**Caracterização do estudo:** O estudo, transversal descritivo, decorreu no período compreendido entre 30/01/97 e 13/03/97.

**Métodos:** Um questionário composto por 22 perguntas, foi realizado através de entrevista pessoal, a uma amostra acidental de 100 doentes seguidos na Consulta de Imunologia Clínica de H.G.S.A., representando 40 % da população em estudo.

**Resultados:** Responderam ao questionário 100 doentes, sendo 73 do sexo masculino e 27 do sexo feminino, com uma idade média de 34.73 anos. A maioria eram solteiros, representando 44% da amostra, 33% tinham o primeiro ciclo do ensino básico (ou equivalente) e 28% o terceiro ciclo completo ou incompleto. 35% dos indivíduos que constituíram a amostra estavam empregados e 34% desempregados. Quanto à área de residência, a maioria (76%) residia na Área Metropolitana do Porto. A maioria (85%) dos doentes tinham Médico de Família. Mas, aproximadamente 1/3 nunca a ele recorreu ou recorre, e destes, a maioria fá-lo raramente. Depois do diagnóstico de seropositividade para VIH, os motivos de procura do Médico de Família mais vezes mencionados foram do foro administrativo (pedido de receitas – 24,56% seguido do pedido de *Baixa* – 21,05%). Antes do diagnóstico, são os problemas de saúde (27,54%) que ocupam o primeiro lugar. O diagnóstico foi feito em igual proporção (28%) pelos serviços do H.G.S.A. e por instituições de atendimento a toxicod dependentes. Na maior parte dos casos, e na opinião do doente, não houve alteração da atitude do Médico de Família após o diagnóstico de seropositividade para o VIH e vice-versa.

**Comentários:** Apesar da maioria dos doentes que constituíram a amostra ter Médico de Família, a sua procura é reduzida, levando a um desperdício de oportunidades de intervenção em termos de cuidados de saúde primários, secundários e terciários.

## SUMMARY

## The Family Doctor and the HIV positive patient

Objectives: to characterize a subject who is HIV positive and closely observed in the consultation of clinical immunology (Santo António General Hospital), from a demographic and socio-economic point of view; to determine the percentage of these subjects who have a family doctor; how often they go to a family doctor; the reasons for a more frequent visit to the doctor; if there has been any alteration in the reasons for consulting the family doctor after establishing the diagnosis of HIV infection; who made the diagnosis of HIV infection; to evaluate, from these patient's point of view, if there has been any alteration in the family doctor's attitude or vice versa after the diagnosis.

Characterisation of the study: A descriptive, transversal study was carried out from 30/01/97 to 13/03/1997

Method: A questionnaire with twenty-two questions was used in a personal interview of a random sample of 100 patients observed in the Consultation of Clinical Immunology at Santo António General Hospital and represented 40 % of the population studied.

Results: One hundred patients answered the questionnaire, 73 were male and 27 female, with an mean age of 34.73 years. The majority were single, representing 44% of the random sample, 33% had completed primary education (or equivalent), and 28% had attended secondary school (complete or incomplete), 35% of the subjects were employed and 34% unemployed. In what concerns area of residence, the majority live in the metropolitan area of Oporto.

The majority of the patients (85%) had a family doctor. Nevertheless, 1/3 had never paid a visit to their doctor and, as for the others, the majority rarely did. After the diagnosis of HIV infection, the reasons that led patients to see their doctors were merely administrative (prescriptions – 24.56%, sick leave – 21.05%). On the other hand, before the diagnosis, health problems were their major concern and priority (27.54%). The diagnosis was made in equal proportion (28%) by the hospital services and by institutions providing health care for drug addicts. In most cases, from the patient's point of view, there had not been any change in the family doctor's attitude after the diagnosis of HIV infection and vice versa.

Comments: Although the majority of the subjects have a family doctor, their demand is very low, therefore, there is a waste of opportunities in terms of primary, secondary and tertiary medical care.

## INTRODUÇÃO

Embora a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) seja uma entidade clínica recente, conhecida desde a década de 80, rapidamente se transformou num grave problema de saúde à escala mundial. Trata-se de uma doença com repercussão individual, familiar, social, ética, económica e jurídica.

Em Portugal, o total acumulado e declarado de casos de SIDA em 31 de Dezembro de 1996, era de 3782<sup>1</sup>.

Apesar dos enormes avanços verificados relativamente ao conhecimento da doença, incluindo identificação do agente causal, o uso generalizado de testes diagnósticos e o desenvolvimento e aperfeiçoamento de terapêuticas dirigidas contra o próprio vírus, a SIDA permanece uma doença incurável.

A abordagem destes doentes pressupõe uma actuação em equipa multidisciplinar, na medida em que se reco-

nhece evidência de dificuldades e problemas médicos, psicológicos, psiquiátricos e sociais de grande complexidade, que exigem coordenação de esforços e uma abordagem multifacetada de tipo biopsicossocial<sup>2</sup>.

O papel do Médico de Família, como elemento desta equipa multidisciplinar, justifica-se por diversas ordens de factores:

- Como *primeiro contacto* com o Sistema Nacional de Saúde, ele ocupa um lugar privilegiado na relação com o indivíduo, com o seu envolvimento familiar e com a comunidade em que se encontra inserido, que lhe possibilita intervir no sentido de veicular informação com o objectivo de modificar comportamentos que os colocam em risco de poderem vir a ser infectados e/ou reinfectados e ajudando-os a assumir a responsabilidade crescente pela sua própria saúde<sup>3-6</sup>.
- Da mesma forma, o Médico de Família pode desem-

penhar um papel primordial na detecção precoce da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) ao realizar testes serológicos a todas as pessoas em risco<sup>7,8</sup>.

- Como prestador de cuidados personalizados e continuados, em ambulatório, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida de doentes seropositivos para o VIH, nos vários estadios de evolução da doença, atendendo a que um número cada vez maior dos mesmos, pode passar longos períodos integrado na comunidade<sup>9</sup>.

No HGSA, funciona desde 1987 uma consulta semanal, dirigida a indivíduos infectados pelo VIH, nos vários estadios de evolução da doença. Trata-se de uma consulta multidisciplinar em que, actualmente trabalham em equipa, três médicos de Medicina Interna, dois Neurologistas, duas Psicólogas, uma Assistente Social, duas Nutricionistas e uma Enfermeira. Habitualmente, estão presentes Internos de outras especialidades médicas que aí realizam estágios.

A ideia para a realização deste trabalho, surgiu quando se constatou que os doentes aí seguidos recorriam à consulta com uma frequência extremamente elevada e por motivos diversos, sobrecarregando-a muitas vezes.

Assim, os objectivos deste trabalho, foram:

1. Caracterizar os doentes seropositivos para VIH seguidos na Consulta de Imunologia Clínica do HGSA, do ponto de vista demográfico e sócio-económico.
2. Determinar a percentagem desses indivíduos que têm Médico de Família.
3. Determinar a frequência de recurso ao Médico de Família por esses doentes.
4. Determinar os motivos de procura / consulta mais frequentes do Médico de Família, pelos mesmos.
5. Determinar se houve alteração dos motivos de consulta, ao Médico de Família, por parte desses doentes, após estabelecido o diagnóstico de seropositividade para VIH.
6. Determinar quem fez o diagnóstico de seropositividade para VIH.
7. Avaliar sob o ponto de vista desses doentes, se houve alteração da atitude do Médico de Família e vice-versa pós diagnóstico.

## MATERIAL E MÉTODOS

### CHARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Realizou-se um estudo descritivo transversal, dirigido aos doentes seropositivos para VIH, seguidos na Consulta Externa do HGSA, num total de 250 doentes, constituindo estes a população em estudo.

Foi obtida uma amostra acidental, após consentimento informado, num total de 100 doentes, representando 40% da população em estudo.

Foram excluídos os doentes que se apresentaram utilizados e aqueles com mau estado geral, que não lhes permitia colaborar.

Para a colheita de dados utilizou-se um questionário, em que as perguntas foram feitas através de entrevista pessoal, realizada pelos autores previamente treinados, a doentes que vieram à consulta no período compreendido entre 30/01/97 a 13/03/97.

Foi assegurada a confidencialidade aos inquiridos. O questionário foi elaborado pelos autores, tendo sido previamente testado.

Para isso, realizou-se um estudo-piloto, em que se pediu a dez doentes que respondessem ao mesmo, o que permitiu ajustar o questionário inicial.

O questionário é constituído por 24 perguntas de resposta fechada ou aberta, abordando os seguintes aspectos:

- Dados demográficos e caracterização sócio-económica dos inquiridos (oito perguntas)
- Inscrição num Centro de Saúde (duas perguntas)
- Disponibilidade de Médico de Família (duas perguntas)
- Frequência de recurso ao Médico de Família antes e pós diagnóstico (quatro perguntas)
- Motivo de recurso ao Médico de Família antes e pós diagnóstico (duas perguntas)
- Motivo de não recurso ao Médico de Família pós-diagnóstico (uma pergunta)
- Diagnóstico de seropositividade para VIH (uma pergunta)
- Atitude do Médico de Família perante o doente na opinião deste e vice-versa, antes e após o diagnóstico (quatro perguntas).

## ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram registados e analisados manualmente e com suporte informático, utilizando um computador Power Macintosh 9500/132 e o programa Microsoft Excel.

O estudo efectuado é do âmbito da estatística descritiva.

## RESULTADOS

Responderam ao questionário 100 doentes, representando 40% da população em estudo.

A distribuição da amostra por sexo encontra-se representada na Figura 1.

A idade oscilava entre os 21 e os 68 anos, com uma média de 34,7, desvio padrão de 12,6 e mediana de 33 anos.

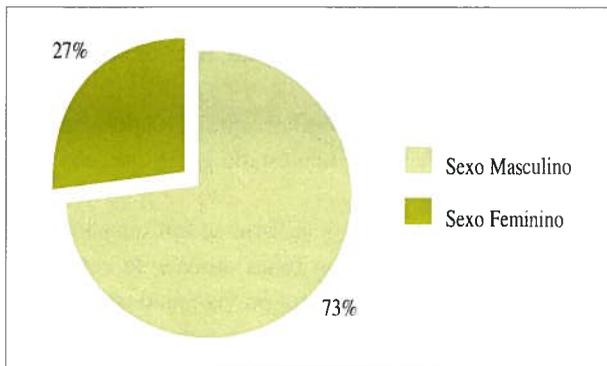


Fig. 1 - Distribuição da amostra por sexo

Quanto à situação marital, a maioria eram solteiros, representando 44% da amostra (Figura 2).

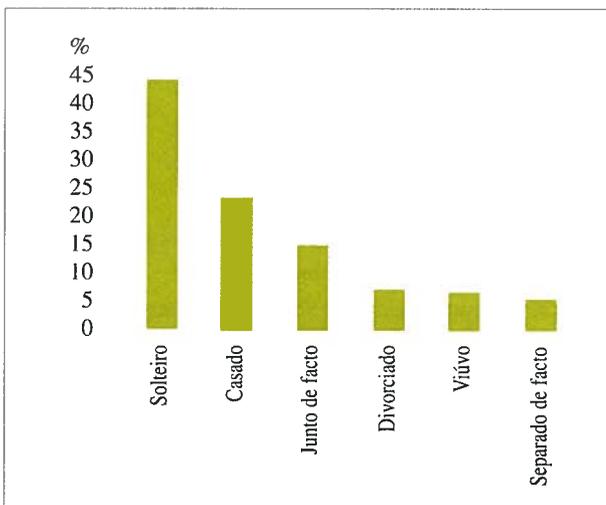


Fig. 2 - Distribuição da amostra por situação marital

Em relação ao nível de escolaridade, 33% tinham o primeiro ciclo do ensino básico completo (ou equivalente) e 28% o terceiro ciclo completo ou incompleto (ou equivalente) (Figura 3).

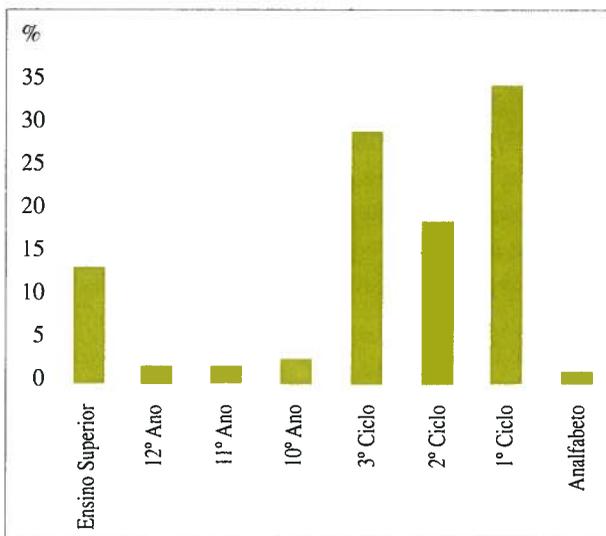


Fig. 3 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade

De acordo com a ocupação, 35% dos indivíduos que constituíram a amostra estavam empregados e 34% desempregados (Figura 4).

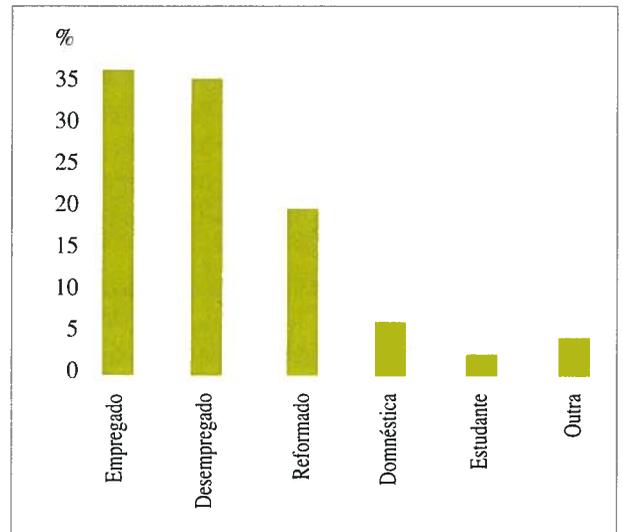


Fig. 4 - Distribuição da amostra de acordo com a ocupação

Quanto aos sectores de actividade económica, 65,7% dos indivíduos empregados pertenciam ao sector terciário e 34,3% ao secundário.

Dos indivíduos desempregados 20,6% encontravam-se nessa situação há mais de seis meses e menos de um ano, encontrando-se em igual percentagem os desempregados há mais de 30 meses (Figura 5).

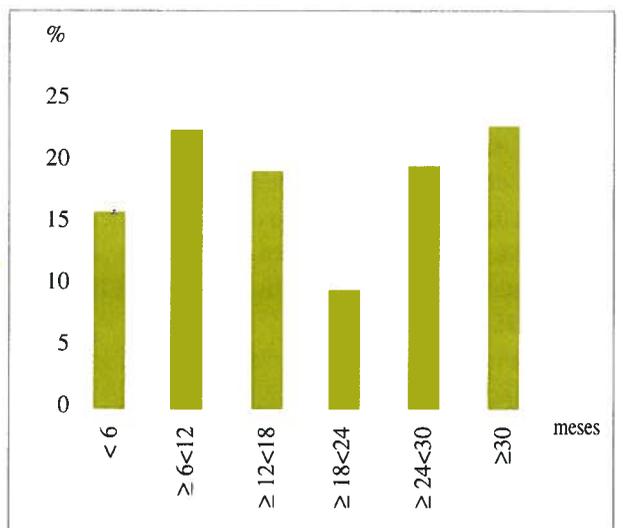


Fig. 5 - Tempo de desemprego

O tempo médio de desemprego calculado para a amostra foi de 18,7 meses, o desvio padrão de 16,3 e a mediana de 12 meses.

O motivo de desemprego mais vezes apontado foi a infecção pelo VIH (Figura 6).

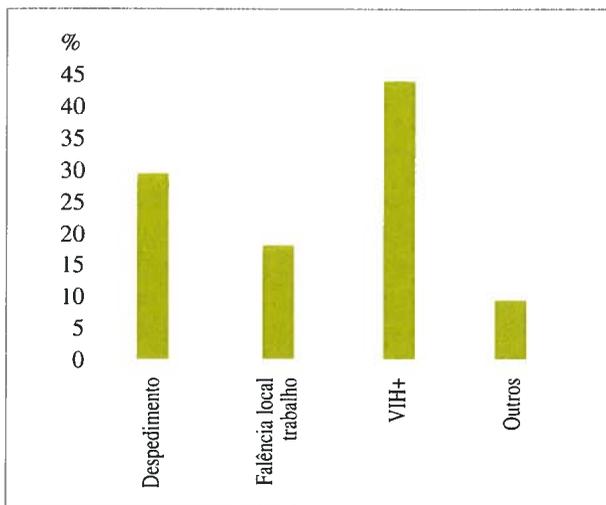


Fig. 6 - Motivo de desemprego

Quanto à área de residência 76% dos inquiridos residia na área metropolitana do Porto (Figura 7).

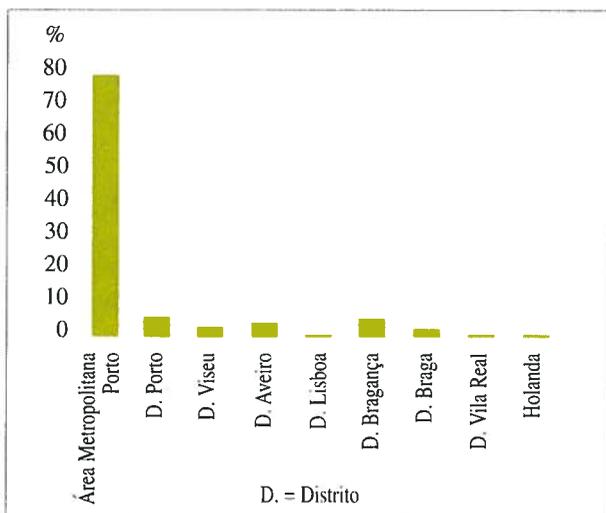


Fig. 7 - Distribuição da Amostra por área de residência

A maioria (85%) dos doentes que constituem a amostra tinha Médico de Família.

Dos 15 doentes que não tinham Médico de Família:

- treze não estavam inscritos em nenhum Centro de Saúde
  - sete pertenciam a outros subsistemas de saúde,
  - cinco pertenciam ao Sistema Nacional de Saúde, mas não apontaram motivo para não estarem inscritos,
  - um residia fora do país.
- dois estavam inscritos no Centro de Saúde da área de residência - os médicos destes centros tinham as suas listas preenchidas e eles eram atendidos na Consulta de Recurso.

Quando avaliamos a frequência com que estes doentes procuravam o Médico de Família antes e após estabelecido o diagnóstico de seropositividade para o VIH, veri-

ficamos que a maioria raramente o procurava, quer antes quer depois, e que cerca de um terço nunca recorreu ou recorre aos seus serviços (Figura 8).

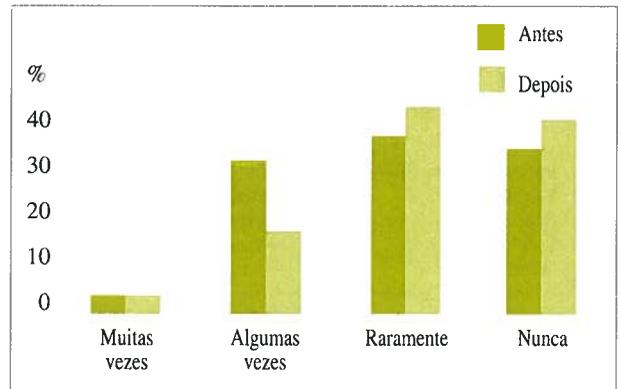


Fig. 8 - Recurso ao Médico de Família, antes e após diagnóstico de seropositividade para VIH

O motivo mais vezes mencionado para não ir ao Médico de Família depois de estabelecido o diagnóstico foi o seguimento na Consulta de Imunologia Clínica do HGSA em 61,3% dos casos (Figura 9).

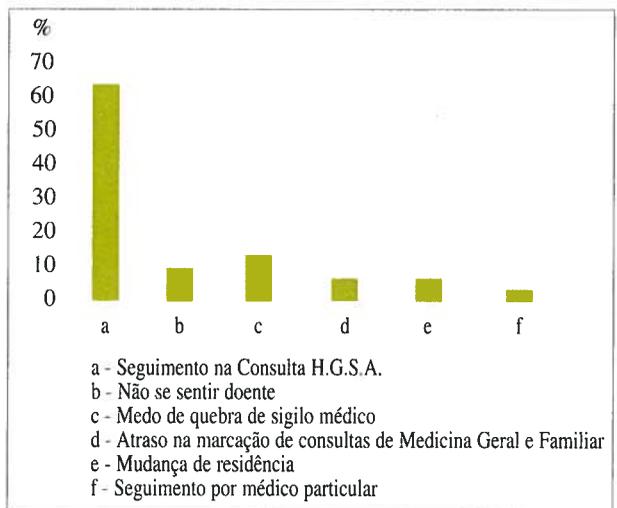


Fig. 9 - Motivo de não recurso ao Médico de Família após o diagnóstico de seropositividade para VIH

Os motivos de procura do Médico de Família mais vezes mencionados antes do diagnóstico foram problemas de saúde em 27,5% dos casos, seguido do pedido de receitas de medicamentos em 17,4%.

Depois do diagnóstico, foram o pedido de receitas de medicamentos em 24,6%, seguido do pedido de *Baixa* ou atestado médico em 21,0% dos casos, que ocuparam os primeiros lugares (Figura 10).

O diagnóstico de seropositividade para VIH foi feito em igual percentagem (28%) pelos serviços do HGSA e pelas instituições de atendimento a toxicodependentes (Figura 11).

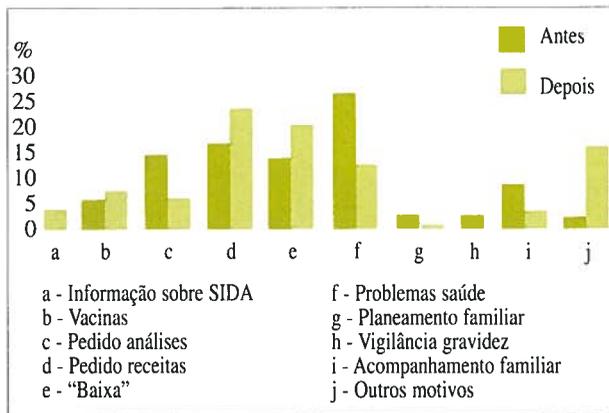


Fig. 10 - Motivo de recurso ao Médico de Família antes e após o diagnóstico de seropositividade para VIH

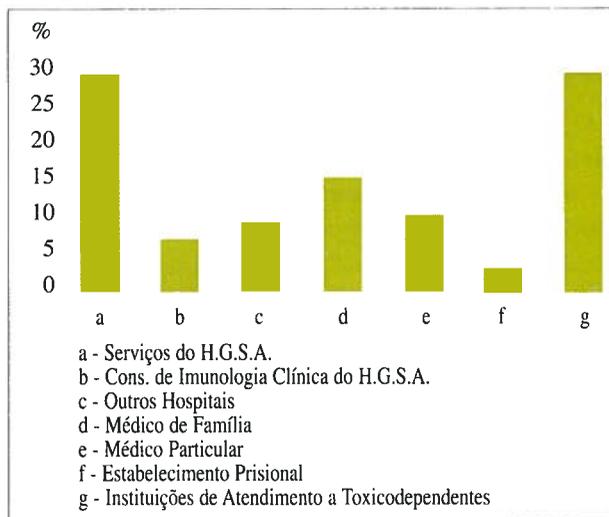


Fig. 11 - Quem fez o diagnóstico de VIH?

48,5% dos doentes, consideraram que o seu Médico de Família os *tratava Bem* (Figura 12) e na maioria dos casos (84,9%) não houve alterações de atitude do Médico de Família perante o doente e na opinião deste, depois de estabelecido o diagnóstico de seropositividade para VIH.

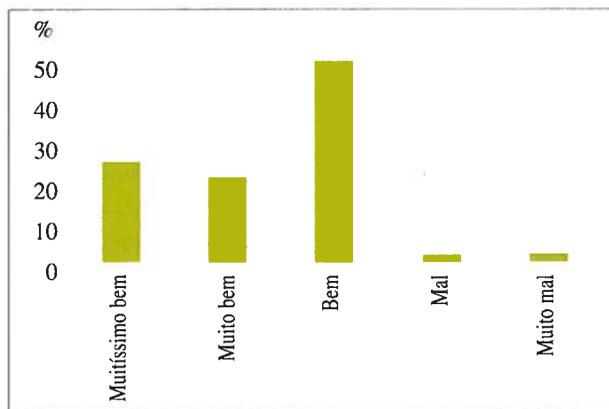


Fig. 12 - Apreciação dos doentes que constituíram a amostra, sobre o modo como são tratados pelo Médico de Família

A maioria (57,6%) dos doentes que tinham Médico de Família considerou que tinha uma boa relação com este antes de estabelecido o diagnóstico de seropositividade e em 81,8% dos casos não houve alteração da mesma pós diagnóstico (Figura 13).

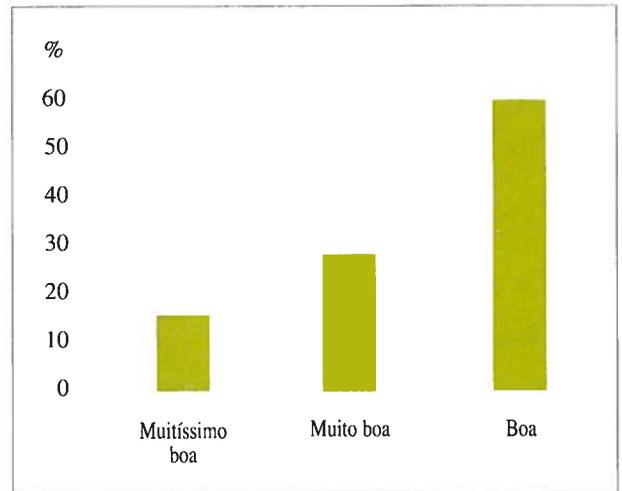


Fig. 13 - Relação doente - Médico de Família antes de estabelecido o diagnóstico VIH

**DISCUSSÃO**

Este estudo apresenta algumas limitações que importa referir:

- A amostra é não probabilística.
- O questionário não foi validado o que pode originar um viés de medição.
- Algumas variáveis são qualitativas, baseadas na opinião emitida pelo doente.

Dos resultados obtidos, são de salientar os seguintes aspectos:

1. A caracterização sociodemográfica da amostra estudada, relativamente ao sexo e idade apresenta características idênticas à população constituída pelos indivíduos em estadio SIDA, declarados até 31 de Dezembro de 1996: a maioria dos sexo masculino e no grupo etário dos 30-34 anos. Relativamente às restantes características sociodemográficas estudadas, não é possível fazer comparações uma vez que após pesquisa bibliográfica na base de dados Medline não se encontrou essa informação.
2. A maioria (85%) dos doentes que constituíram a amostra têm Médico de Família.
3. Mas, aproximadamente um terço nunca a ele recorreu ou recorre, e destes a maioria fá-lo raramente.
4. Quanto ao motivo de procura do Médico de Família, antes de estabelecido o diagnóstico de seropositividade para VIH, são os problemas de saúde que ocupam o primeiro lugar, enquanto que após o diagnóstico, são

- principalmente procedimentos do foro administrativo.
5. Após o diagnóstico de seropositividade, mais de 61,3% dos doentes que nunca recorreram ao Médico de Família, apontam como razão serem seguidos na Consulta de Imunologia Clínica do HGSA.
  6. O diagnóstico de seropositividade para VIH foi feito em igual percentagem (28%) pelos serviços do HGSA e por instituições de atendimento a toxicodependentes.
  7. Na maior parte dos casos, e na opinião do doente, não houve alteração da atitude do Médico de Família após o diagnóstico de seropositividade para VIH.
  8. A maioria dos doentes estudados considera ter uma boa relação doente-Médico de Família, quer antes quer depois de estabelecido o diagnóstico de seropositividade para VIH.

## COMENTÁRIOS

Os comentários que este trabalho nos suscita são os seguintes:

- A procura do Médico de Família pelos doentes que constituem a amostra é reduzida, quer antes quer depois de estabelecido o diagnóstico de seropositividade para o VIH.

Mas, para interpretar este resultado não podemos esquecer que na sua maioria são indivíduos jovens, pertencentes a grupos de risco com comportamentos e estilos de vida próprios que dificilmente aderem às condições das instituições de saúde.

O facto da procura do Médico de Família ser reduzida, condiciona que haja desperdício de oportunidades de intervenção, a vários níveis, de que destacamos:

- oportunidade para a promoção da saúde, prevenção da doença
- diagnóstico precoce e orientação terapêutica atempada das situações associadas a infecção pelo VIH.

Para melhorar esta situação — os Centros de Atendimento de Jovens podem desempenhar um papel

fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença, deste grupo etário. Nestes Centros, criados como uma forma de ajuda global em relação a toda a problemática dos jovens, trabalha uma equipa multidisciplinar, com formação específica, sendo garantidas a confidencialidade, gratuidade e o anonimato.

Estas características, tornam estes serviços de saúde mais atractivos para os jovens do que os Centros de Saúde convencionais, conotados por eles com doença, ou controlo e vigilância por parte dos familiares, factores habitualmente mencionados, como responsáveis da sua diminuta procura.

- A consulta Especializada Hospitalar pode:
  - Estimular o doente a procurar o seu Médico de Família, por exemplo através do envio regular de informação clínica.
  - Contribuir para a informação e actualização dos Médicos de Família na área da infecção pelo VIH, convidando-os a participar periodicamente nas reuniões de equipa.

## BIBLIOGRAFIA

1. CNLCS/CVEDT: Documento SIDA nº 99 (Dezembro 1996).
2. TEIXEIRA JAC: Psicologia da Saúde e SIDA. 1ª Edição, Lisboa: ISPA, 1993.
3. SÁ AB, RIBEIRO AP: Atitudes e Conhecimentos de Utilizadores de Centros de Saúde sobre a Infecção pelo HIV e sobre SIDA. *Rev Port Clin Geral* 1990; 7:370-7.
4. GERBERT B, MAGUIRE BT, COATS TJ: Are Patients Talking to Their Physicians about AIDS? *Am J Public Health* 1990; 80:467-8.
5. WADSWORTH E, MCCANN K: Attitudes Towards and Use of General Practitioner Services among Homosexual Men with HIV Infection or AIDS. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 107-10.
6. MARIA VA: O Papel do Médico de Família no Tratamento e Prevenção da Infecção pelo HIV. *Rev Port Clin Geral* 1991; 8: 78-81.
7. Bartlett JC: *The Johns Hopkins Hospital 1996 Guide to Medical Care of Patients with HIV Infection*. 6th Ed., U.S.A.: William & Wilkins, 1996.
8. SANFORD JP, SANDE MA, GILBERT DN: *Guide to HIV/AIDS Therapy* 1996. 5th Ed., Dallas: Editorial Office, 1996.
9. LEE SS: HIV/AIDS: Role of Primary Care Physicians. *Hong Kong Pract* 1992; 14: 2023-6.