



ISSN: 2230-9926

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

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 01, pp. 43418-43425, January, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.20676.01.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV E AIDS: ANÁLISE DO CONCEITO

Leidyanny Barbosa de Medeiros*¹, Maria Miriam Lima da Nobrega², Séfora Luana Evangelista de Andrade¹, Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal², Sandra Aparecida de Almeida² and Jordana de Almeida Nogueira²

¹Enfermeiras. Doutorandas do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil; ²Enfermeiras. Doutoradas. Docentes do curso de Bacharelado em Enfermagem e da Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 27th October, 2020

Received in revised form

16th November, 2020

Accepted 04th December, 2020

Published online 30th January, 2021

Key Words:

HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Medição de Risco, Formação de Conceito, Assistência à Saúde.

*Corresponding author:

Leidyanny Barbosa de Medeiros,

ABSTRACT

Objetivo: analisar o conceito de estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids, identificando os possíveis antecedentes, os atributos críticos e as consequências desse fenômeno. **Método:** Estudo teórico guiado pelo modelo de análise conceitual proposto por Walker e Avant, contemplando sete das oito etapas desse modelo. A identificação do uso do conceito e das características do fenômeno, foi realizada por meio da análise de um corpus literário composto de 14 manuscritos pertinentes à temática. **Resultados:** Os estudos selecionados trouxeram como principais atributos para o conceito analisado: indicadores sociodemográficos; abuso de substâncias; adesão ao tratamento medicamentoso; monitorização da carga viral e contagem de linfócito T CD4+; comorbidades; acesso aos serviços de saúde; estigma/revelação da soropositividade; manifestações clínicas; comportamento de risco; não comparecimento a consultas médicas; peso; apoio social/apoio financeiro e/ou material e doenças oportunistas. **Conclusão:** A análise do conceito possibilitou identificar as características fundamentais desse fenômeno, os atributos, antecedentes e consequentes, resultando numa definição para melhor operacionalizar o uso desse conceito na prática direcionando a assistência e o cuidado ofertado a esses indivíduos no contexto dessa infecção.

Copyright © 2021, Leidyanny Barbosa de Medeiros et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Leidyanny Barbosa de Medeiros, Maria Miriam Lima da Nobrega, Séfora Luana Evangelista de Andrade et al. 2021. "Estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids: análise do conceito", *International Journal of Development Research*, 11, (01), 43418-43425.

INTRODUCTION

As transformações ocorridas no perfil de morbimortalidade da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) e da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) promoveram mudanças no significado da convivência com a infecção/doença. Sob o prisma de cronicidade, a experiência do adoecimento vem exigindo redirecionamento das práticas em saúde e formas diferenciadas de abordagem que considere a multiplicidade de fatores capazes de influenciar a qualidade e o tempo de vida dos indivíduos com HIV e aids. Portanto, a oferta de serviços e cuidados em saúde deve pautar-se nas necessidades singulares dos usuários, identificando indivíduos mais vulneráveis a desfechos clínicos indesejáveis. Nesta perspectiva, a estratificação de risco como estratégia de medição de risco tem ganhado maior aplicabilidade no manejo clínico de pessoas que convivem com alguma condição

crônica, por permitir diferenciá-los segundo contexto de risco, definindo nas diretrizes clínicas os tipos de atenção e recursos específicos que devem ser equanamente assegurados. Ainda, constitui-se um ponto essencial de racionalização da demanda, por possibilitar estruturar as relações entre os serviços da atenção primária à saúde (APS) e a atenção ambulatorial especializada (AE), assegurar informações para o estabelecimento de padrões clínicos ótimos para a população alvo, normalizar o processo de atenção aos indivíduos, obedecendo à ação coordenadora da atenção primária à saúde e exercer especialmente função gerencial, educacional e comunicacional na organização da rede de atenção à saúde (Mendes, 2019; Rocha et al., 2018). A aplicação desta tecnologia vem demonstrando-se efetiva especialmente como suporte ao manejo de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, na saúde mental e no risco gestacional (Dias et al.,

2016; Garcia *et al.*, 2017; Mendez *et al.*, 2018; Silva Filho, Silva, Barbosa, 2018; Silva, Paulo, Silva-Vergara, 2020; Lopes *et al.*, 2019; Leite, Gasquez, Bertocim, 2019). Entretanto, no contexto da assistência à saúde das pessoas vivendo com HIV e aids o conceito de estratificação de risco ainda é pouco aplicado e indefinido. Isso indica a necessidade da realização de estudos que visem dirimir as ambiguidades referentes ao uso e formação de conceito e, conseqüentemente, a elaboração de uma definição consensual para o fenômeno, visto que a estratificação de risco no contexto de vida dessas pessoas se caracteriza como uma estratégia potencial para nortear ações e fluxos para promoção de cuidados universais, equânimes e eficientes (Leadebal *et al.*, 2018). Um conceito é caracterizado como um rótulo ou expressão que resume determinado fenômeno que tenha sua origem na natureza ou no próprio pensamento, por meio de experiências diretas ou indiretas, podendo ser observáveis ou não. O objetivo principal de um conceito é conseguir descrever situações e permitir que a comunicação entre os indivíduos seja efetiva e clara (Sousa *et al.*, 2018). A análise de conceito busca compreender uma palavra ou um termo que vem sendo empregado, de modo que a sua aplicação posteriormente seja feita de forma clara sem vieses de confundimento, diferenciando-a de outras palavras, eliminando assim terminologias vagas, ambíguas e inconsistentes, tornando o conceito mais operacional na teoria, na investigação e na prática (Sabino *et al.*, 2016; Sousa *et al.*, 2018). Desse modo, uma definição consensual de estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids, necessita de esclarecimento e definição na perspectiva de ser utilizada com maior entendimento do seu sentido e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade da assistência. Considerando a problemática em questão, optou-se por analisar o conceito de *estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids* de acordo com o modelo de Walker e Avant (2011), identificando os possíveis antecedentes (ou preditores), os atributos críticos e as conseqüências desse fenômeno.

MÉTODOS

Estudo teórico conduzido com base no modelo de análise conceitual proposto por Walker e Avant (2011), contemplando as seguintes etapas: 1 - seleção do conceito; 2 - determinação do objetivo da análise conceitual; 3 - identificação dos possíveis usos do conceito por meio da busca na literatura para identificar como o conceito em questão está sendo aplicado; 4 - determinação dos atributos, ou seja, palavras ou expressões que aparecem repetidamente na literatura que mostram a essência do conceito; 5 - desenvolvimento de caso modelo; 6 - construção de outros casos que contribuam para o entendimento do que o conceito é de fato e 7 - identificação de antecedentes e conseqüentes do conceito. Optou-se por, essas etapas por entender que são suficientes para o alcance do objetivo proposto. Desse modo, a última etapa de definição de referências empíricas não foi contemplada nesta análise, o que não compromete seus resultados, uma vez que o próprio modelo permite essa flexibilização quanto a seleção de algumas de suas etapas. Para identificar os usos do conceito foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Inicialmente buscou-se nas bases de dados: *Publications Medical* (PUBMED), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cochrane Library (CLIB) e outras fontes

(manuscrtos citados por outros manuscrtos, encontrados aleatoriamente), combinando os DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e palavras-chaves: HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, *Risk Assessment*, *Risk Stratification*. Essa etapa foi norteadas pelas seguintes questões: Qual conceito está sendo utilizado atualmente para estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids? Quais características determinam a estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids? Quais os fenômenos que antecedem o conceito? Quais as conseqüências do uso desse conceito?

A busca foi realizada durante os meses de julho e agosto de 2019, considerando como critérios de inclusão: estudos publicados no idioma português, inglês ou espanhol, que abordassem o uso do conceito de *estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids*. Foram excluídos estudos repetidos nas bases de dados/biblioteca/plataforma utilizadas. Não houve recorte temporal na busca para seleção dos estudos. Após leitura de títulos e resumos, foram identificadas 1.099 publicações. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, 14 manuscrtos foram selecionados para a análise do conceito (Figura 1). Na etapa de análise dos artigos, segundo os critérios estabelecidos pela metodologia de Walker e Avant (2011), realizou-se leitura das publicações selecionadas para identificar os atributos do conceito em estudo. A identificação dos atributos permitiu o desenvolvimento de caso-modelo e outros casos (por exemplo: limítrofe, relacionado e contrário) para auxiliar na decisão quanto aos atributos realmente importantes para o conceito. O caso-modelo é um exemplo real da utilização do conceito contendo todos os seus atributos, sendo definido como um exemplo paradigmático do conceito. Os casos limítrofes são exemplos de casos que contém alguns atributos do conceito, mas não engloba todos. Os casos relacionados são conceitos relacionados com o conceito em estudo, mas não contém os atributos definidores. Já os casos contrários dão exemplos do que o conceito não é. Logo, estes casos ajudam o investigador a ver mais facilmente o que o conceito não é, e a descobrir o que é verdadeiramente o conceito (Pereira, 2014). Concomitante a essa etapa, procedeu-se o levantamento dos eventos/incidentes que aconteceram *a priori* e *posteriori* ao fenômeno, culminando na identificação dos antecedentes e conseqüentes do conceito. Os antecedentes são entendidos como acontecimentos, inventos ou incidentes que ocorrem antes da ocorrência do fenômeno e os conseqüentes definidos como os acontecimentos e incidentes que ocorrem como resultado da utilização do conceito (Pereira, 2014; Moysés *et al.*, 2017). Considerando que a análise do conceito em questão foi baseada no levantamento teórico dos dados apenas de referências na literatura e que ainda o uso desse conceito é recente, não foi possível determinar as referências empíricas para os atributos definidores. Portanto essa fase não será contemplada, sendo necessário testar o conceito empiricamente para confrontar a teoria com a prática, de modo a se construir tais referências. Ressalta-se, ainda, o emprego ético dos conteúdos extraídos das citações e respeito aos direitos autorais dos dados de artigos de domínio public

RESULTADOS

Na primeira etapa da análise foi selecionado o conceito de *estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids*, em seguida objetivou-se analisar esse conceito ainda pouco utilizado e indefinido para fundamentar sua aplicação

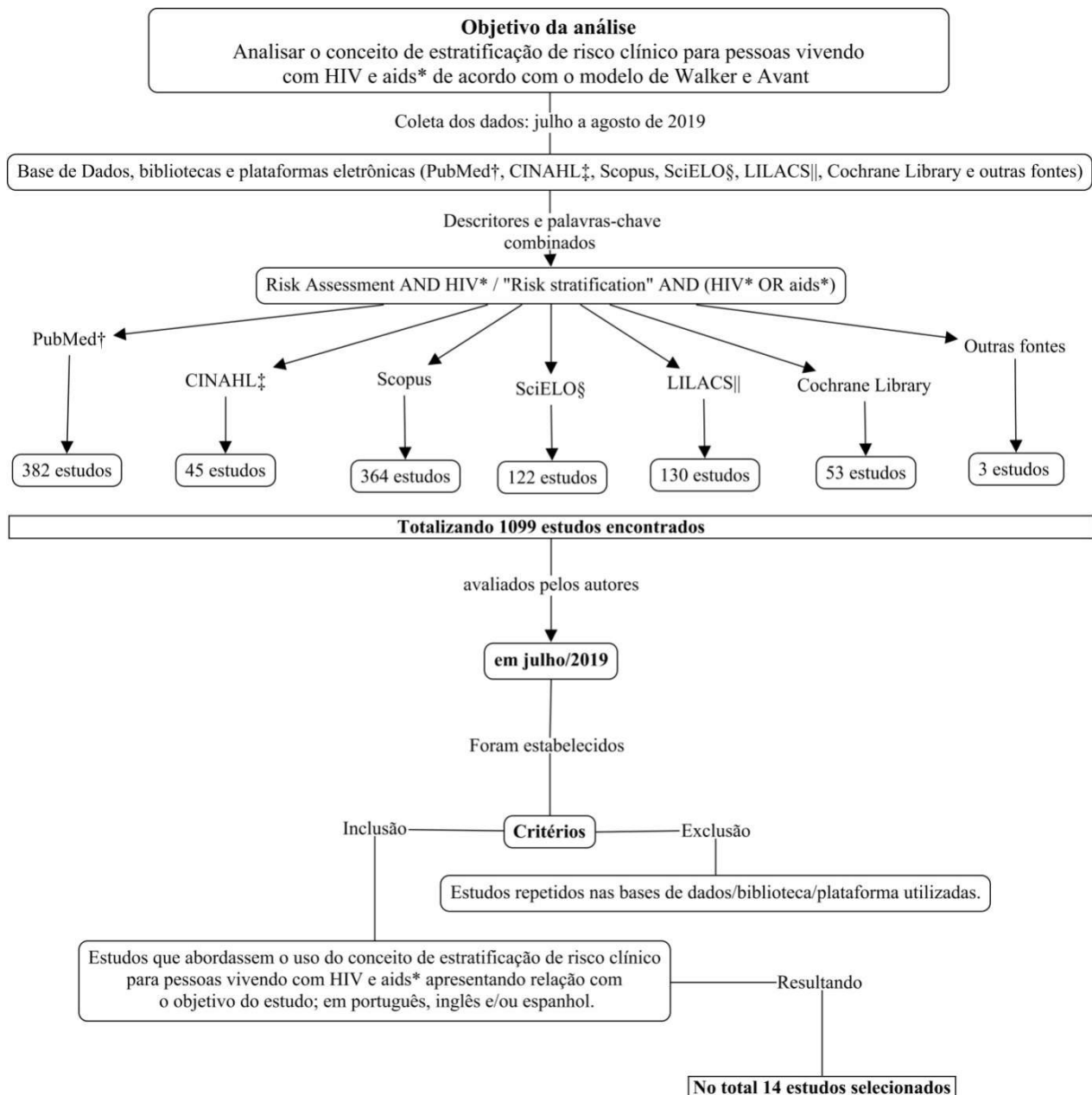
prática. Na terceira etapa, identificação dos possíveis usos do conceito, foi realizada uma revisão na literatura, sendo selecionados 14 estudos, dentre estes nove trouxeram alguma definição para o conceito, permitindo um direcionamento para a realização da análise proposta (Quadro 1).

Na quarta etapa foram identificados 13 atributos definidores para o conceito analisado (Tabela 1). Entre esses atributos os mais citados foram os indicadores sociodemográficos, a adesão ao tratamento medicamentoso, o abuso de substâncias, a presença de comorbidades e a monitorização de carga viral e

Quadro 1. Definições do conceito de estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids* segundo alguns estudos selecionados. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020

Definições
Ferramenta de avaliação baseada em evidências que usa a história médica do paciente, o exame físico e resultado de testes diagnósticos para auxiliar na tomada de decisão médica (Kahleet al., 2013; Balkus et al., 2016; Dijkstra et al., 2017; Morillo-Verdugo et al., 2017)
Escore de risco criado com base em indicadores que predizem a progressão a curto ou em longo prazo (Lundgren et al., 2002; Mocroft et al., 2007; Sanders et al., 2015; Dijkstra et al., 2017)
Estratégia de avaliação com classificação de risco (baixo, médio e alto risco) para determinado desfecho (Woodward et al., 2015)
Identificação de preditores para calcular o escore de risco de cada paciente/indivíduo (Powers et al., 2007)

* = Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids).
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.



* = Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids); † = Publications Medical; ‡ = Cummulative Index toNursingandAllied Health Literature; § = ScientificElectronic Library Online; || = Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 1. Fluxograma da estratégia de busca para levantamento dos estudos. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020

Tabela 1. Distribuição dos atributos definidores do conceito de estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids*, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020

Atributos	N (%) [†]
Indicadores sociodemográficos (Idade/idade avançada, sexo, estado civil/ casado) (Mlisana et al., 2013; Mocroft et al., 2015; Balkus et al., 2016; Rutstein et al., 2016)	4 (28,6)
Abuso de substâncias (uso de álcool/uso de drogas injetáveis nos últimos 3 meses) (Powers et al., 2007; Mocroft et al., 2015; Woodward et al., 2015; Balkus et al., 2016)	4 (28,6)
Adesão ao tratamento medicamentoso (falha no tratamento anterior/ tempo de tratamento) (Mocroft et al., 2015; Woodward et al., 2015; Rutstein et al., 2016; Bergmann et al., 2018)	4 (28,6)
Monitorização da carga viral e contagem de linfócitos T CD4+ (baixo)(Mocroft et al., 2015; Woodward et al., 2015; Rutstein et al., 2016)	3 (21,4)
Comorbidades (doença cardiovascular, hepatite C, hipertensão, diabetes, doença renal) (Falcone et al., 2011; Mocroft et al., 2015; Bergmann et al., 2018)	3 (21,4)
Acesso aos serviços de saúde (falta de transporte, mobilidade geográfica) (Woodward et al., 2015; Morillo-Verdugo et al., 2017)	2 (14,3)
Estigma/revelação da soropositividade (Woodward et al., 2015; Bergmann et al., 2018)	2 (14,3)
Manifestações clínicas (anemia, fadiga, cefaleia, mialgia, náuseas, sudorese noturna, faringite, ou erupção cutânea, artralgia, diarreia, febre, úlceras genitais, linfadenopatia, candidíase oral, vômitos ou perda de peso, perda de apetite) (Powers et al., 2007; Mlisana et al., 2013)	2 (14,3)
Comportamento de risco (múltiplos parceiros) (Powers et al., 2007; Dijkstra et al., 2017)	2 (14,3)
Não comparecimento às consultas médicas (retenção no cuidado) (Woodward et al., 2015)	1 (7,1)
Controle do peso corporal (Lundgren et al., 2002)	1 (7,1)
Apoio social/apoio financeiro ou material (Bergmann et al., 2018)	1 (7,1)
Doenças oportunistas (Infecções Sexualmente Transmissíveis - vírus herpes simples tipo 2, úlceras orais) (Balkus et al., 2016)	1 (7,1)

* = Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids); [†] O somatório ultrapassa 100% pela possibilidade de identificar mais de um atributo por estudo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Tabela 2. Distribuição dos antecedentes e consequentes do conceito de estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids*. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020

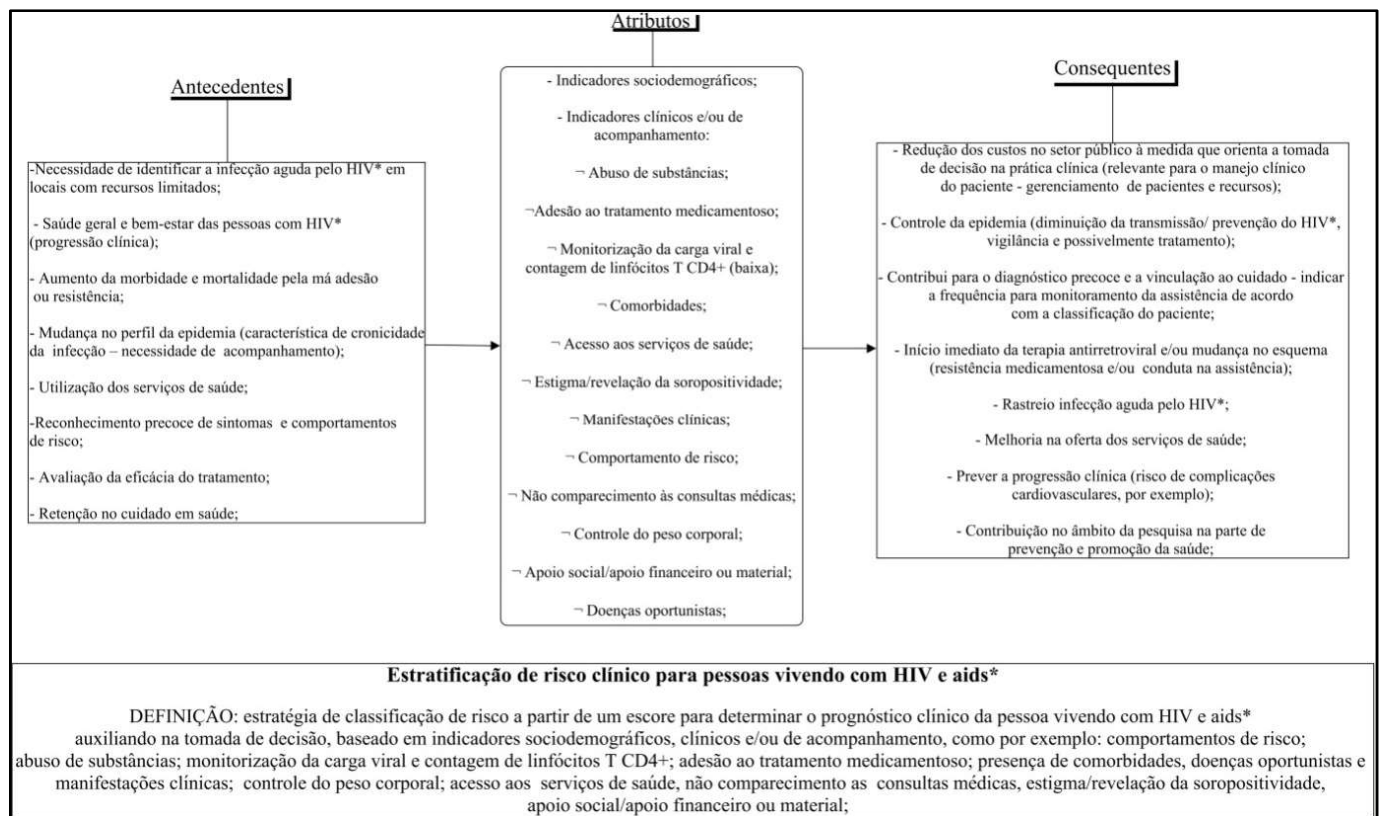
Antecedentes	N (%) [†]
Necessidade de identificar a infecção aguda pelo HIV em locais com recursos limitados (Powers et al., 2007; Mlisana et al., 2013; Sanders et al., 2015; Rutstein et al., 2016; Balkus et al., 2016; Dijkstra et al., 2017)	6 (42,9)
Saúde geral e bem-estar das pessoas com HIV e aids* (progressão clínica) (Lundgren et al., 2002; Mocroft et al., 2007; Mlisana et al., 2013; Bergmann et al., 2018)	4 (28,6)
Aumento da morbidade e mortalidade pela má adesão ou resistência (Mocroft et al., 2015; Rutstein et al., 2016)	2 (14,3)
Mudança no perfil da epidemia (característica de cronicidade da infecção – necessidade de acompanhamento) (Kahle et al., 2013; Morillo-Verdugo et al., 2017)	2 (14,3)
Utilização dos serviços de saúde (Bergmann et al., 2018)	1 (7,1)
Reconhecimento precoce de sintomas e comportamentos de risco (Dijkstra et al., 2017)	1 (7,1)
Avaliação da eficácia do tratamento (Rutstein et al., 2016)	1 (7,1)
Retenção no cuidado em saúde (Woodward et al., 2015)	1 (7,1)
Consequentes	
Redução dos custos no setor público à medida que orienta a tomada de decisão na prática clínica - relevante para o manejo clínico do paciente (gerenciamento de pacientes e recursos) (Lundgren et al., 2002; Mocroft et al., 2007; Mlisana et al., 2013; Mocroft et al., 2015; Sanders et al., 2015; Woodward et al., 2015; Rutstein et al., 2016; Morillo-Verdugo et al., 2017)	8 (57,1)
Controle da epidemia (diminuição da transmissão/ prevenção do HIV*, vigilância e possivelmente tratamento) (Powers et al., 2007; Kahle et al., 2013; Mlisana et al., 2013; Rutstein et al., 2016; Balkus et al., 2016; Dijkstra et al., 2017)	6 (42,9)
Contribui para o diagnóstico precoce e a vinculação ao cuidado - indicar a frequência para monitoramento da assistência de acordo com a classificação do paciente (orientar quando seria ideal o paciente retornar ao serviço com 3 ou 6 meses) (Woodward et al., 2015; Rutstein et al., 2016; Dijkstra et al., 2017)	3 (21,4)
Início imediato da terapia antirretroviral e/ou mudança no esquema (resistência medicamentosa e/ou conduta na assistência) (Rutstein et al., 2016; Dijkstra et al., 2017)	2 (14,3)
Rastreamento infecção aguda pelo HIV* (Sanders et al., 2015; Dijkstra et al., 2017)	2 (14,3)
Melhoria na oferta dos serviços de saúde (Bergmann et al., 2018)	1 (7,1)
Prever a progressão clínica (risco de complicações cardiovasculares, por exemplo) (Falcone et al., 2011)	1 (7,1)
Contribuição no âmbito da pesquisa na parte de prevenção e promoção da saúde (Balkus et al., 2016)	1 (7,1)

* = Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids); [†] O somatório ultrapassa 100% pela possibilidade de identificar mais de um atributo por estudo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

contagem de LT-CD4. Além da definição do conceito a identificação dos atributos permitiu o desenvolvimento de caso-modelo e outros casos que contribuíram para o entendimento do que de fato é a definição do conceito. A partir da identificação dos atributos foi possível construir um caso modelo e três outros casos para auxiliar os leitores na compreensão desse conceito. *Caso modelo*: Sra. Marluce, 52 anos, separada, diagnosticada com HIV há três anos, adquiriu a infecção através do seu ex-marido (único parceiro na sua vida sexual), desempregada há dois anos, não revela sua soropositividade para os familiares/amigos por medo do preconceito/estigma, desse modo não tem nenhum apoio social, além da assistência no serviço de saúde. Paciente com baixa retenção nos cuidados de saúde e refere falha na adesão a TARV (vez ou outra se esquece de tomar as doses diárias do

medicamento), relata desmotivação para continuar a viver após receber o diagnóstico associado também a infidelidade conjugal. Procurou o Serviço de Assistência Especializada em HIV e aids (SAE/HIV e aids) na capital do estado, há 100 km da cidade onde reside, apresentando as seguintes queixas nos últimos meses: inapetência, perda de peso, febre, diarreia e úlcera vaginal. Foram realizados exames laboratoriais demonstrando anemia, queda da contagem de linfócitos T CD4+ comparado aos últimos resultados e elevação considerável da carga viral. Durante a consulta de enfermagem a enfermeira constatou, utilizando uma ferramenta para estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids, que a paciente apresentava alto risco para desfechos clínicos indesejáveis com base nas informações coletadas e nos exames apresentados.



* = Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids).

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 2. Estrutura conceitual de Estratificação de Risco Clínico para pessoas vivendo com HIV e aids*.
João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2020

A partir da identificação desse alto risco e das necessidades identificadas da paciente, a equipe reorganizou a assistência à saúde direcionada a essa paciente, de acordo com a sua singularidade, objetivando evitar piora na sua progressão clínica, de modo resolutivo e eficaz.

Caso limítrofe: Carlos, 22 anos, solteiro, arquiteto, diagnosticado com a infecção do HIV há oito meses, múltiplos parceiros, não revela sua soropositividade para os familiares/amigos por medo do preconceito/estigma. Paciente com boa retenção nos cuidados de saúde, porém com falha na adesão a TARV (não toma as doses no final de semana quando ingere bebida alcoólica). Procurou o Serviço de Assistência de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE/HIV/Aids) no município onde reside, apresentando as seguintes queixas nos últimos meses: inapetência e perda de peso acompanhado de episódios de diarreia. Foram realizados exames laboratoriais demonstrando contagem de linfócitos T CD4+ acima de 350 células/mm³ e carga viral indetectável. Durante a consulta de enfermagem a enfermeira informou o risco de agudização do quadro devido a descontinuidade do tratamento medicamentoso e orientou a importância da adesão.

Caso relacionado: Ana, 24 anos, diagnosticada com a infecção do HIV há poucos meses. Foi informada do diagnóstico após realizar uma doação de sangue para um familiar. Após o diagnóstico foi orientada a procurar o serviço especializado na cidade para iniciar o acompanhamento e o tratamento medicamentoso. No momento não apresenta nenhuma queixa e por sentir-se bem de saúde, mesmo após a orientação, não viu a necessidade de acompanhamento e não procurou o serviço.

Caso contrário: Sr. Joaquim, 61 anos, viúvo, aposentado, diagnosticado com aids há dez anos, alcoolista, em uso de TARV. Comparece ao serviço de saúde para o acompanhamento de rotina. No momento da consulta de enfermagem é aferida a pressão arterial e o peso e registrados no prontuário, a enfermeira anexa os últimos exames realizados e questiona se está fazendo uso correto da medicação. Em seguida a equipe orienta o paciente a aguardar pela consulta médica sem outras orientações, desconsiderando todos os fatores de risco apresentados pelo paciente que podem contribuir para um desfecho clínico indesejável. Concomitante a identificação dos atributos foi realizado o levantamento dos antecedentes e consequentes do conceito. Na análise realizada foram identificados oito antecedentes e oito consequentes para a ocorrência do conceito de estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids (Tabela 2). A partir da identificação dos atributos, dos antecedentes e consequentes de acordo com a análise realizada teríamos a seguinte estrutura conceitual de *Estratificação de Risco Clínico para pessoas vivendo com HIV e aids** e a definição para o conceito (Figura 2).

DISCUSSÃO

A análise do conceito de *estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids* resultou na definição desse conceito como uma estratégia de classificação de risco a partir de um escore para determinar o prognóstico clínico da pessoa vivendo com HIV e aids auxiliando na tomada de decisão, baseado em indicadores sociodemográficos, clínicos e/ou de acompanhamento, tal definição foi uma síntese da interpretação trazida por diferentes estudos (Lundgren *et al.*, 2002; Powers *et al.*, 2007; Mocroft *et al.*, 2007; Kahle *et al.*,

2013; Sanders *et al.*, 2015; Woodward *et al.*, 2015; Balkus *et al.*, 2016; Dijkstra *et al.*, 2017; Morillo-Verdugo *et al.*, 2017). Atualmente, a infecção pelo HIV se configura como uma enfermidade infecciosa emergente de expressiva magnitude. Nota-se que além das mudanças ocorridas no perfil clínico da infecção pelo HIV, houve mudanças também no perfil sociodemográfico das pessoas que vivem com essa infecção. O que antes era restrito a grupos de risco como homossexuais, hemofílicos e usuários de droga, atualmente, afetam os indivíduos vulneráveis nos aspectos sociais, econômicos e culturais seguindo tendências a heterossexualização, interiorização, pauperização, feminilização, envelhecimento e juvenilização (Guerrero *et al.*, 2019). A condição da infecção pelo HIV exige ainda adesão à terapia medicamentosa de alta complexidade, essencial para combater o avanço da infecção por meio da supressão viral. A adesão medicamentosa contribui para reduzir a incidência de doenças oportunistas e internações hospitalares, promovendo melhoria na expectativa de vida dos indivíduos, sendo um atributo importante para prever o prognóstico clínico do paciente (FORESTO *et al.*, 2017).

Vários são os fatores que dificultam a adesão ao tratamento como o uso abusivo de álcool e outras drogas, a não aceitação da soropositividade, presença de transtornos mentais, relação com os profissionais dos serviços de saúde, crenças negativas, informações equivocadas referentes ao tratamento e falta de suporte social e financeiro (Foresto *et al.*, 2017; Carvalho *et al.*, 2019). O uso da terapia antirretroviral foi determinante no aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV e aids, atribuindo o perfil crônico a infecção. Essa nova característica da infecção expõe os indivíduos a efeitos degenerativos da doença em outros aspectos da sua saúde, ocasionando o aparecimento de comorbidades não infecciosas associadas ao envelhecimento (Morillo-Verdugo *et al.*, 2017; Carvalho *et al.*, 2019). A presença dessas comorbidades não infecciosas aumenta o risco dos indivíduos a desfechos clínicos indesejáveis se configurando dessa forma como um atributo definidor para o conceito de estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids. A quantificação da carga viral e contagem de LT-CD4 foram outros atributos definidores para o conceito, sendo os mais utilizados na prática clínica para monitoramento da infecção pelo HIV, para avaliar a eficácia da terapia e a resposta ao tratamento, detectando inclusive a adesão do paciente a terapia medicamentosa (Carvalho, Barroso, Coelho, 2019; Coutinho, O'Dwyer, Frossard, 2018).

A quantificação da carga viral é considerada o padrão-ouro para monitorar a efetividade e adesão a terapia medicamentosa e também identificar problemas de falha virológica (Coutinho, O'Dwyer, Frossard, 2018). Níveis detectáveis de carga viral podem sinalizar falha na adesão ao tratamento, agudização do quadro infeccioso e risco aumentado do indivíduo ter complicações de saúde comprometendo seu bem-estar geral e, portanto, aumentando o risco para desfechos clínicos indesejáveis. Já a contagem de LT-CD4+ é um dos biomarcadores mais importantes para avaliar a urgência de início da TARV e a indicação das imunizações e das profilaxias para as infecções oportunistas, avaliando o grau de comprometimento do sistema imune dos indivíduos e determinando o momento oportuno para interromper as profilaxias, sendo crucial para a avaliação inicial após o diagnóstico da infecção e identificação de risco para piora do quadro clínico do paciente (BRASIL, 2018). Parte dos

atributos identificados, são sinalizadores do diagnóstico tardio da infecção, da falha na terapia medicamentosa ou da dificuldade de adesão aos cuidados em saúde, atributos importantes para determinar a estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids e nortear as ações de saúde para cada indivíduo (Morillo-Verdugo *et al.*, 2017). Nessa perspectiva observa-se que os atributos definidores do conceito apresentam relação entre si e contribuem ao final para a concretização do fenômeno. Além dos atributos foi possível identificar os antecedentes e os consequentes para a ocorrência do conceito de estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids. Verificou-se que a maioria dos antecedentes está relacionada com a busca pelo enfrentamento da epidemia, seja pelo diagnóstico precoce da infecção, pelas mudanças ocorridas no perfil da epidemia ou a preocupação quanto à progressão clínica da doença.

O uso do conceito de estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids pode contribuir no controle da epidemia, reduzir os custos no setor público, contribuir para o diagnóstico precoce, prever a progressão clínica da doença e melhorar a oferta dos serviços de saúde, esses pontos foram os identificados como consequentes ao uso do conceito. Nos últimos anos surgiram novos desafios para o enfrentamento da epidemia, mas também novas respostas e recomendações para subsidiar as ações de gestores e profissionais de saúde, organizando a rede de assistência as pessoas vivendo com HIV e aids (Leadebal *et al.*, 2019). O número crescente de pessoas vivendo com a infecção ou doença, bem como a complexidade no tratamento tem impulsionado o desenvolvimento e a utilização de ferramentas de estratificação de risco clínico, objetivando melhorar o uso dos recursos disponíveis (Morillo-Verdugo *et al.*, 2017). Após a análise nota-se a importância da estratificação de risco clínico no contexto de vida das pessoas vivendo com HIV e aids, no entanto, sabe-se ainda, que o objeto final de uma análise de conceito não pode ser entendido como produto acabado, pois expressa o momento atual daquele conceito, mesmo sendo realizada de forma rigorosa e precisa. Como tudo na ciência o conceito também é algo mutável com o passar do tempo (Walker, Avant, 2011; Sousa, 2018).

Conclusão

A análise do conceito de *estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids* possibilitou identificar as características fundamentais desse fenômeno, os atributos, antecedentes e consequentes, resultando numa definição para melhor utilização desse conceito na prática, alcançando os objetivos propostos pelo estudo. Entre as limitações encontradas para a realização da análise foi a inexistência do descritor “estratificação de risco” nas bases de dados, configurando-se como uma dificuldade para identificar estudos que abordassem o uso desse conceito. A estratificação de risco clínico para as pessoas vivendo com HIV e aids pode nortear os profissionais de saúde no manejo clínico desses pacientes conduzindo o processo de tomada de decisão e contribuindo para a efetividade das ações direcionadas a gestão do cuidado. Desse modo, torna-se importante compreender esse conceito para sua adequada utilização na prática. Esta análise permitiu uma percepção acerca do conceito em estudo, nota-se que não há clareza quanto ao uso do conceito de *estratificação de risco clínico para pessoas vivendo com HIV e aids* e a sua utilização é bem contemporânea, sendo necessários que outros estudos sejam

realizados para clarificar a utilização desse conceito e permitir a construção de referências empíricas, contribuindo para o entendimento desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

- Balkus JE, Brown E, Palanee T, Nair G, Gafoor Z, Zhang J, *et al.* (2016) An Empiric HIV Risk Scoring Tool to Predict HIV-1 Acquisition in African Women. *J Acquir Immune Defic Syndr.*; 72,3, p.333-43. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000974>
- Bergmann T, Sengupta S, Bhrushundi MP, Kulkarni H, Sengupta PP, Fergus I. (2018) HIV related stigma, perceived social support and risk of premature atherosclerosis in South Asians. *Indian Heart J.*;70,5, p.630-636. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2018.06.018>
- Brasil, Ministério da Saúde (2018) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos [Internet]. Ministério da Saúde; [citado 10 dez 2019]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
- Carvalho PP, Barroso SM, Coelho HC, Penaforte FRO. (2019) Factors associated with antiretroviral therapy adherence in adults: an integrative review of literature. *Ciê. Saúde Coletiva.* 24(7):2543-55. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>
- Coutinho MFC, O'Dwyer G, Frossard V. (2018) Antiretroviral treatment: adherence and the influence of depression in users with HIV/Aids treated in primary care. *Saúde debate.* 42(116):146-61. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811612>
- Dias J, Pina J, Costa, Carmo S, Leal C, Bilhim T, *et al.* (2016) The utility of apparent diffusion coefficient values in the risk stratification of prostate cancer using a 1.5T magnetic resonance imaging without endorectal coil. *Acta Urológica Portuguesa.* 33(3):81-86. <https://doi.org/10.1016/j.acup.2016.06.002>
- Dijkstra M, Bree GJ, Stolte IG, Davidovich U, Sanders EJ, Prins M, *et al.* (2017) Development and validation of a risk score to assist screening for acute HIV-1 infection among men who have sex with men. *BMC Infectious Diseases.* 17(425). <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2508-4>
- Mendes EV (2019). *Desafios do SUS*. Brasília, DF: CONASS.
- Falcone EL, Mangili A, Skinner S, Alam A, Polak JF, Wanke CA. (2011) Framingham risk score and early markers of atherosclerosis in a cohort of adults infected with HIV. *Antivir Ther.* 16(1):1-8. <https://doi.org/10.3851/IMP1682>
- Foresto JS, Melo ES, Costa CRB, Antonini M, Gir E, Reis RK. (2017) Adherence to antiretroviral therapy by people living with HIV/AIDS in a municipality of São Paulo. *Rev. Gaúcha Enferm.* 38(1):e63158. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>
- Garcia GT, Stamm AMNF, Rosa AC, Marasciulo AC, Marasciulo RC, Battistella C *et al.* (2017) Grau de Concordância entre Instrumentos de Estratificação de Risco Cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol.* 108(5):427-435. <https://doi.org/10.5935/abc.20170057>
- Guerrero AFH, Santos LE, Oliveira RG, Sales PS, Hurtado-Guerrero JC. (2019) Perfil sociodemográfico e epidemiológico preliminar de pessoas vivendo com HIV/Aids no município de Coari, Amazonas, Brasil, no período de 2005 a 2016. *Rev. Saúde Públ. Paraná.* 2(1):103-12. <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p103>
- Kahle EM, Hughes JP, Lingappa JR, John-Stewart G, Celum C, Nakku-Joloba E, *et al.* (2013) An empiric risk scoring tool for identifying high-risk heterosexual HIV-1-serodiscordant couples for targeted HIV-1 prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 62(3):339-47. <https://doi.org/10.1097/qai.0b013e31827e622d>
- Leadebal ODCP, Medeiros LB, Nascimento JA, Monroe AA, Nogueira JA. (2018) Classification of clinical risk in people with AIDS followed up in specialized care. *Rev Bras Enferm.* 71(5):1235-42. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0559>
- Leadebal OD, Pereira RB, Nóbrega LM, Oliveira JÁ, Chaves RB, Medeiros LB, *et al.* (2019) Prevalence of clinical complications high risk associated with AIDS death. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 32(6):683-90. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900094>
- Leite VC, Gasquez AS., Bertocim, KRI. (2019) Estratificação de risco em gestantes no pré-natal. *Rev. UNINGÁ* [Internet]. [cited 02 dez 2019];56:184-93. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2160>.
- Lopes FP, Paiano M, Miguel MEGB, Salci MA. (2019) Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem. *R. Saúde Públ.* 2(1):68-79. <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p68>
- Lundgren JD, Mocroft A, Gatell JM, Ledergerber B, D'Arminio Monforte A, Hermans P, *et al.* (2002) A clinically prognostic scoring system for patients receiving highly active antiretroviral therapy: results from the EuroSIDA Study. *J Infect Dis.* 185(2):178-87. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2018.06.018>
- Mendez RDR, Santos MA, Wysocki AD, Ribeiro BAB, Stauffer LF, Duarte SJH. (2018) Cardiovascular risk stratification among hypertensive patients: the influence of risk factors. *Rev. Bras. Enferm.* 71(4):1985-1991. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0528>
- Moysés AMB, Almeida AM, Durant LC, Gozzo TO. (2017) Diagnóstico de enfermagem "náusea" durante a quimioterapia: análise de conceito. *Rev. Eletr. Enf.* 19:a53. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.42062>
- Mlisana K, Sobieszczyk M, Werner L, Feinstein A, Van Loggerenberg F, Naicker N, *et al.* (2013) Challenges of diagnosing acute HIV-1 subtype C infection in African women: performance of a clinical algorithm and the need for point-of-care nucleic-acid based testing. *PLoS One.* 8(4):e62928. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062928>
- Mocroft A, Lundgren JD, Ross M, Law M, Reiss P, Kirk O, *et al.* (2015). Development and validation of a risk score for chronic kidney disease in HIV infection using prospective cohort data from the D:A:D Study. *PLoS Med.* 12(3):e1001809. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001809>
- Morillo-Verdugo R, Martínez-Sesmero JM, Lázaro-López A, Sánchez-Rubio J, Navarro-Aznárez H, DeMiguel-Cascón M. (2017) Development of a risk stratification model for pharmaceutical care in HIV patients. *Farm Hosp.* 41(3):346-356. <https://doi.org/10.7399/fh.2017.41.3.10655>
- Mocroft A, Ledergerber B, Zilmer K, Kirk O, Hirschel B, Viard JP, *et al.* (2007). Short-term clinical disease progression in HIV-1-positive patients taking combination

- antiretroviral therapy: the EuroSIDA risk-score. *AIDS*. 21(14):1867-75. <https://doi.org/10.1097 / QAD.0b013e328270b877>
- Pereira FAC. (2014) Autocuidado na insuficiência cardíaca: análise do conceito de acordo com a metodologia tradicional de Walker e Avant. *Revista Enfermagem Integrada* [Internet]. Ipatinga: Unileste, [cited 10 dez 2019]; 7(1). Available from: <https://www.unileste.edu.br/enfermagemintegrada/artigo/v7/01-autocuidado-na-insuficiencia-cardiaca-analise-do-conceito-de-acordo-com-a-metodologia-tradicional-de-walker-e-avant.pdf>
- Powers KA, Miller WC, Pilcher CD, Mapanje C, Martinson FE, Fiscus AS, *et al.* (2007) Improved detection of acute HIV-1 infection in sub-Saharan Africa: development of a risk score algorithm. *AIDS*. 21(16):2237-42. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3282f08b4d>
- Rutstein SE, Hosseinipour MC, Weinberger M, Wheeler SB, Biddle AK, Wallis CL, *et al.* (2016) Predicting resistance as indicator for need to switch from first-line antiretroviral therapy among patients with elevated viral loads: development of a risk score algorithm. *BMC Infect Dis*. 16:280. <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1611-2>
- Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. (2018) Mental health in primary care: na evaluation using the Item Response Theory. *RevSaude Publica*. 52:17. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000051>
- Sabino LMM, Brasil DTM, Caetano JA, Santos MCL, Alves MDS. (2016) Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. *Aquichan*. 16(2): 230-239. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.10>
- Sanders EJ, Wahome E, Powers KA, Werner L, Fegan G, Lavreys L, *et al.* (2015) Targeted screening of at-risk adults for acute HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 29 Suppl3:S221-30. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000924>
- Silva Filho JCB, Silva CJ, Barbosa AT. (2018) Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos aplicada por uma equipe da estratégia de saúde da família em Fortaleza – Ceará. *Cadernos Esp Ceará* [Internet]. [cited 02 dez 2019]; 12(1):57-68. Available from: <http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/131/136>
- Silva AG, Paulo RV, Silva-Vergara ML. (2020) Subclinical Carotid Atherosclerosis and Reduced DAD Score for Cardiovascular Risk Stratification in HIV-Positive Patients. *Arq. Bras. Cardiol*. 114(1):68-75. <http://www.dx.doi.org/10.5935/abc.20190227>
- Sousa LMM, Firmino CF, Carteiro DMH; Frade F, Marques JM, Antunes AV. (2018) Análise de conceito: conceitos, métodos e aplicações em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem* [Internet], [cited 02 dez 2019]; 9-19. Available from: https://www.researchgate.net/publication/330205622_ANALISE_DE_CONCEITO_CONCEITOS_METODOS_E_APLICACOES_EM_ENFERMAGEM
- Woodward B, Person A, Rebeiro P, Kheshti A, Raffanti S, Pettit A. (2015) Risk prediction tool for medical appointment attendance among HIV-infected persons with unsuppressed viremia. *AIDS Patient Care STDS*. 29(5):240-7. <https://doi.org/10.1089/apc.2014.0334>
- Walker LO, Avant KC. (2011) *Strategies for theory construction in nursing*. 5th ed. Prentice Hall.
