



CADERNOS BRASILEIROS DE MEDICINA

ABR A JUN - 2012 - VOL. XXV - N° 2

Editorial

Como Estudar Melhor e Aprender Mais

How to Study Better and Learn More

Mario Barreto Corrêa Lima 06

Forma Agressiva do Sarcoma de Kaposi em Mulher Portadora do HIV

Aggressive Form of the Kaposi's Sarcoma in a HIV Positive Woman

Guilherme Almeida Rosa da Silva, Ricardo de Souza Carvalho, Rogerio Neves Motta, Carlos Alberto Basílio de Oliveira, Larissa Araújo Fernandes, Karina Lebeis Pires, Jorge Francisco da Cunha Pinto, Diogo Cerqueira de Salles Soares, Marcos Rosa Ferreira, Fernando Raphael de Almeida Ferry 08

Herpes Zoster Oftálmico como Manifestação de Síndrome de Reconstituição Imune em um Paciente com AIDS - Relato de Caso

Ophthalmic Herpes Zoster as a Presentation of Immune Inflammatory Reconstitution Syndrome in one AIDS Patient - Case Report

Guilherme Almeida Rosa da Silva, Marcelo Costa Velho, Rogerio Neves Motta, Jorge Francisco da Cunha Pinto, Carlos Alberto Moraes de Sá, Fernando Raphael de Almeida Ferry 15

Prevalência de *Delirium* em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário do Rio de Janeiro

Delirium Prevalence in the Intensive Therapy Unity of University Hospital of Rio de Janeiro

Aureo do Carmo Filho, Felipe Rodrigues Gonçalves, Ana Carolina Andorinho de Freitas Ferreira, Gabriel Amorelli Medeiros da Silva, Samira Almeida Maia, Felipe de Oliveira Pinto, Julia Pinheiro Costa, Maria Eduarda Mansur Moreira Alves 19

Avaliação Cognitiva dos Idosos Infectados pelo HIV

Cognitive Evaluation of Aged Infected by HIV

Max Kopti Fakoury, Aureo do Carmo Filho, Fernando Raphael de Almeida Ferry 25

Relato de Caso: Escabiose Disseminada em Paciente com AIDS

Disseminated Scabies in a Patient with AIDS: A Case Report

Guilherme Almeida Rosa da Silva, Ricardo de Souza Carvalho, Rogerio Neves Motta, Jorge Francisco da Cunha Pinto, José Alvimar Ferreira, Carlos José Martins, Carlos Alberto Basílio de Oliveira, Fernando Raphael de Almeida Ferry . 36

Risco Cardiovascular em Hipertensos na Clínica Médica de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro, RJ

Cardiovascular Risk in Hypertensive Patients of the Internal Medicine Department of a University Hospital of Rio de Janeiro. RJ

Rafael Lessa da Costa, Maria do Carmo Valente de Crasto, Lygia Maria Soares Fernandes Vieira 42

Saúde no Trabalho: Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças

Workplace Health: Health Promotion and Disease Prevention

Bruna de Lacerda Bouzon, Julia Guarnieri Kohler, Lucas Pereira Jorge de Medeiros 50

Avaliação Cognitiva dos Idosos Infectados pelo HIV

Max Kopti Fakoury¹, Aureo do Carmo Filho², Fernando Raphael de Almeida Ferry³

RESUMO

Introdução e objetivos: AIDS em idosos é fato novo na medicina e constatamos que existe preocupação dos principais centros de pesquisa em AIDS, pelo aumento do número de casos, pelas repercussões em longo prazo da infecção pelo HIV, da terapia antirretroviral e as interações medicamentosas nas funções cognitivas dos idosos. Sendo o HIV a principal causa infecciosa de demência e a idade o principal fator de risco de demência, encontramos um ambiente onde é extremamente importante avaliar a cognição. Verificamos a frequência de distúrbios cognitivos em pacientes idosos infectados pelo HIV. **Metodologia:** Estudo transversal com 72 pacientes HIV+ com idade ≥ 60 anos, atendidos no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Para avaliação cognitiva foram utilizados testes neuropsicológicos breves como mini-exame do estado mental e o teste de fluência verbal e para as atividades de vida diária, o índice de Katz e a escala de Lawton-Brody. Dividimos a amostra em dois grupos (com e sem déficit cognitivo) e fizemos a análise das variáveis. **Resultados:** Sem distúrbios cognitivos foram 51 pacientes (70,8%) e com distúrbios cognitivos 21 pacientes (29,2%), ao compararmos, encontramos diferenças estatisticamente significativas nas variáveis: Idade, escolaridade, idade de diagnóstico da infecção pelo HIV, uso de nevirapina, no MEEM e no TFV. **Conclusões:** A frequência de distúrbios cognitivos nestes idosos é alta, atingindo cerca de 30%, o que reforça a importância desta avaliação; A idade, idade de diagnóstico da infecção pelo HIV, uso de nevirapina tiveram associação com distúrbios cognitivos, já a escolaridade teve relação inversa com distúrbios cognitivos.

Palavras-chave: Triagem de demência, Demência e HIV, Aids em idosos.

Cognitive Evaluation of Aged Infected by HIV

ABSTRACT

Introduction and objectives: AIDS in old people is a new fact in medicine. There are preoccupation in the main centers on AIDS research, in function of the increase of the number of cases, of the long term repercussions of the HIV infection, of the antiretroviral therapy and of the drugs interactions in the cognitive functions of old people. As the HIV is the main infectious cause of dementia, as the age is the main general risk, we feel that is extremely important to evaluate the cognition. We verified the frequency of the cognitive disturbances in old patients infected by the HIV. **Methodology:** Transversal study with 72 HIV+ ≥ 60 years old, seen at the Gaffrée Guinle University Hospital. For the cognitive evaluation short neuropsychological tests were used as the mini-mental status examination MMSE, the verbal fluency and the daily life activities, the Katz index and the Lawton-Brody scale, we divided the sample in two groups (with and without cognitive deficit) and we made the analysis of the variables. **Results:** Without cognitive disturbances 51 patients (70,8%), 21 with disturbances (29.2%). Comparing we did find statistically significant differences in the variables: Age, schooling level, age when the HIV diagnosis was made, nevirapine use, MMSE and TFV. **Conclusions:** The frequency of cognitive disturbances in these old people is high, around 30%, which reinforces the importance of this evaluation. The age, moment of diagnosis of the infection of

Correspondência

Flávia Regina Peixoto Pereira
Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias
Rua Silva Ramos, 32 - Tijuca
20270-330 - Rio de Janeiro/RJ
Brasil
E-mail: flaviarpp@hotmail.com

the HIV, the use of nevirapine were associated with cognitive disturbances. The schooling had an inverse relation with the cognitive disturbances.

Key words: Screening of dementia, Dementia and HIV, AIDS in the elderly.

¹Serviço de Clínica Médica A - Divisão Médico-Hospitalar do HUGG - UNIRIO.
²Centro de Terapia Intensiva do HUGG - UNIRIO. ³Departamento de Medicina Geral - UNIRIO.

INTRODUÇÃO

O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) é referência no Brasil no tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Tem ambulatório específico de AIDS desde 1983 e em 2001 foi organizado o horário para o atendimento de idosos com esta infecção devido ao aumento expressivo de casos nesta faixa etária.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ é considerado idoso, nos países em desenvolvimento, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, como é o caso do Brasil, onde o Estatuto do Idoso² seguiu esta orientação.

Sendo o HIV a principal causa infecciosa de demência³ e a idade o principal fator de risco de demência⁴, encontramos um ambiente onde é extremamente importante avaliar a cognição.

A AIDS em idosos é fato novo na medicina⁵⁻⁶, ao fazermos revisão sobre o tema, constatamos preocupação dos principais centros de pesquisa em AIDS, pelo aumento do número de casos, repercussões em longo prazo da infecção pelo HIV e da terapia antirretroviral (TARV) e das interações medicamentosas nas funções cognitivas dos idosos⁷.

Já é rotina da prática do geriatra e do neurologista a avaliação cognitiva dos idosos e é recomendação do Ministério da Saúde⁸, que todo paciente infectado pelo HIV tenha sua função cognitiva avaliada, pois o HIV, por ser um retrovírus, tem tropismo pelo sistema nervoso central (SNC) e pode levar a distúrbios cognitivos em qualquer fase da infecção, porém o risco é maior se a carga viral for alta ou a contagem de linfócitos CD4 for baixa⁹⁻¹⁰.

A detecção de distúrbios cognitivos é também importante por interferir diretamente no tratamento, pois sendo a terapia antirretroviral de alta atividade (TARV), por si, complexa, isto piora quando os idosos necessitam de tratamento ou profilaxias para infecções oportunistas, além das doenças crônico-degenerativas comuns à faixa etária, onde a interação destes é também outro fator complicador.

Para avaliação cognitiva seguimos as recomendações da Academia Brasileira de Neurologia⁴ usando testes neuropsicológicos breves, como o mini-exame de estado mental (MEEM) e o teste de fluência verbal (TFV) junto com as escalas de atividades de vida diária (índice de Katz e escala

de Lawton-Brody).

Os idosos com AIDS atendidos no serviço público encontram no médico que os trata sua referência, pela dificuldade de acesso a outros especialistas, por ter consultas regulares, pelo local onde não se sente rejeitado, pela carência social, familiar e financeira, local onde quer resolver todos os problemas de saúde, aumentando muito a responsabilidade deste médico, que deve tratar não só a infecção pelo HIV, mas todos os problemas relacionados.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Verificar a frequência de distúrbios cognitivos em idosos com AIDS, atendidos no HUGG.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar as possíveis associações de variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade, idade quando foi feito diagnóstico) e biomédicas (carga viral, contagem de linfócitos CD4, terapia antirretroviral) com a presença de distúrbios cognitivos.

PACIENTES E MÉTODOS

DELINEAMENTO

Estudo transversal.

LOCAL E PARTICIPANTES

O trabalho foi realizado no ambulatório de AIDS do HUGG. Os pacientes que participaram desta pesquisa foram atendidos de janeiro de 2008 até julho de 2009, sendo o total de 75 pacientes.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Diagnóstico de certeza de infecção pelo HIV;
- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Capacidade de ouvir, entender e responder às perguntas.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Presença de doença aguda e/ou complicação aguda de doença crônica, no último mês, que tenha causado alteração perceptível no estado mental ou no humor do paciente, incluindo uso de álcool e drogas;
- Uso contínuo, nos últimos 6 meses antes da consulta, de medicamentos psicotrópicos, que

possam interferir nos resultados.

INSTRUMENTOS

● MEEM [11], na tradução proposta por Bertolucci¹² e Almeida¹³ com as adaptações de Lourenço e Veras¹⁴. Com os seguintes pontos de corte:

- Indivíduos analfabetos, o escore maior ou igual a 19, o resultado normal e o escore igual ou menor que 18, o resultado anormal.

- Indivíduos alfabetizados (mais de 4 anos de estudo), o escore maior ou igual a 24, resultado normal e o escore igual ou menor que 23, resultado anormal.

● TFV de Spreen e Benton, validado por Brucki¹⁵. Com os seguintes pontos de corte:

- Indivíduos analfabetos, o escore maior ou igual a 9, resultado normal e o escore igual ou menor que 8, resultado anormal.

- Indivíduos alfabetizados (8 ou mais anos de estudo), o escore final maior ou igual a 14, resultado normal e o escore final igual ou menor que 13, resultado anormal.

● Índice de Katz¹⁶, lembrando que o comprometimento do controle esfinteriano, isoladamente, não pode refletir um grau mais alto de dependência, por ser uma função e não uma atividade¹⁷, por isso os pacientes que tiveram perdas apenas neste item não foram classificados como anormais para triagem cognitiva, mas a perda em qualquer um dos outros itens foi considerada anormal.

● Escala de Lawton-Brody¹⁸ com sete itens, onde consideramos anormal para triagem cognitiva dependência em qualquer um dos itens (escore de 1).

PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG. Todos os participantes tomaram ciência do conteúdo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Seguiu os termos da resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. O pesquisador responsável pelo estudo não foi subvencionado.

Não há interesse, particular ou financeiro, por parte dos autores na indicação de qualquer tratamento ou conduta médica que não seja con-

senso estabelecido e recomendado pela literatura científica mundial e/ou que não esteja de acordo com a rotina do HUGG. Esta pesquisa não trouxe ônus para o HUGG ou seus participantes.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Avaliados 75 pacientes, porém 03 foram excluídos do estudo, pois 02 apresentavam doença aguda no dia da consulta e 01 estava em uso contínuo de psicotrópicos.

Fizemos a descrição geral de nossa amostra com as variáveis categóricas. Posteriormente, dividimos a amostra em 2 grupos, de acordo com a presença ou não de déficit cognitivo na triagem inicial, ou seja, resultado anormal em qualquer um dos testes usados.

O grupo I (G.I) foi composto pelos pacientes sem déficit cognitivo, 51 pacientes (70,8%) e o grupo II (G.II) pelos pacientes com déficit cognitivo, 21 pacientes (29,2%), fizemos a análise bipartida e comparamos as variáveis entre os grupos I e II depois fizemos a análise dos resultados. Utilizamos o Teste Exato de Fisher para comparar variáveis categóricas e o Teste de Mann-Whitney para comparar variáveis numéricas entre os grupos. Utilizamos o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows - versão 14.0. Admitimos como estatisticamente significativos os resultados que apresentaram o p-valor < 0,05.

RESULTADOS

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

No sexo tivemos 37 mulheres (51,4%) e 35 homens (48,6%). A idade variou de 60 a 84 anos, com média de 67,5 anos e desvio-padrão de 5,7. A escolaridade variou de analfabetos até 17 anos de estudo, com média de 6,6 anos de estudo e desvio-padrão de 4,6. A idade do diagnóstico da infecção pelo HIV variou de 44 a 81 anos, sendo a média de 59,8 anos e desvio padrão de 7,0.

VARIÁVEIS BIOMÉDICAS

Os sedentários representaram 88,9% da amostra. As demais comorbidades consideradas foram hipertensão arterial com 50% dos pacientes, dislipidemia 36,1%, são fumantes 13,9% e 18,1% com diabetes mellitus. Em relação ao peso consideramos obesos 11,1%, com índice de massa corporal igual ou maior que 30 Kg/m² e desnutridos os pacientes com índice de massa corpo-

ral igual ou menor que 18,5 Kg/m², que foram 13,9%.

No gráfico 1 apresentamos os esquemas antirretrovirais em uso no dia da avaliação e avaliamos a eficácia destes esquemas fazendo a análise da carga viral e da contagem de linfócitos T

CD 4 à época do diagnóstico da infecção pelo HIV e o último resultado antes da avaliação, com os resultados apresentados na tabela 1. A média de tempo de tratamento (uso de TARV) de todo grupo foi de 7,75 anos com desvio padrão de 4,42 anos.

Gráfico 1. Distribuição em porcentagem dos esquemas antirretrovirais

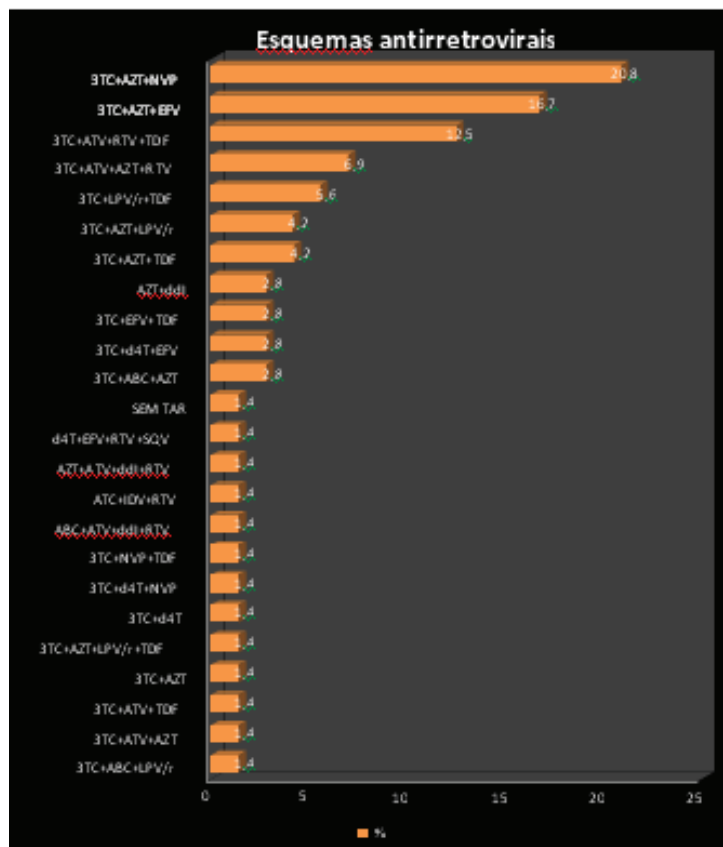


Tabela 1. Média e desvio-padrão dos linfócitos t cd 4 e carga viral

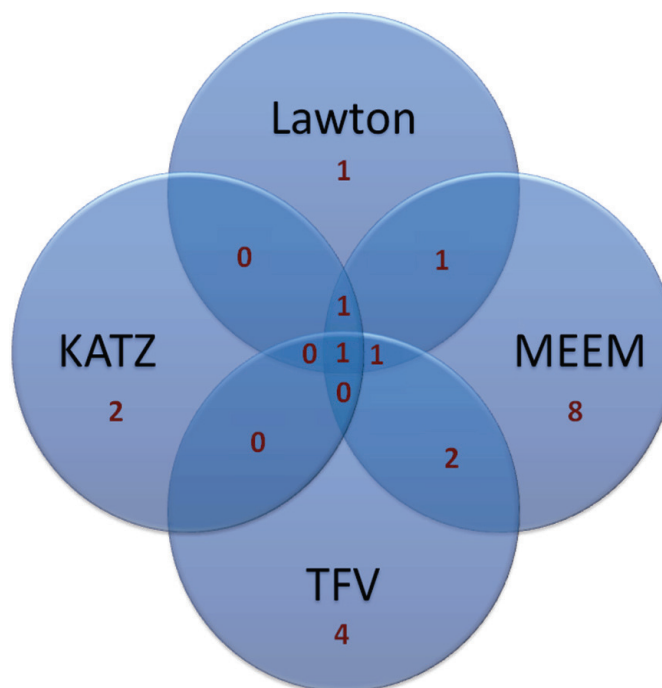
	Na época do diagnóstico da infecção pelo HIV	Último exame antes da consulta
LINFÓCITOS T CD 4	234 + ou - 194	498 + ou - 313
CARGA VIRAL	171139 + ou - 272370	11701 + ou - 54175

TESTES NEUROPSICOLÓGICOS

Utilizando os pontos de corte de acordo com a escolaridade, e no MEEM tivemos 13 pacientes (18,1%), com resultados anormais e no TFV tiveram 9 pacientes (12,5%) com resultados anormais. No índice de Katz tivemos resultados anormais em 3 pacientes

(4,2%). Já na escala de Lawton-Brody tiveram resultados anormais 4 pacientes (5,6%).

Tivemos o total de 21 pacientes (29,2%) com distúrbios cognitivos na triagem inicial, pois existem pacientes que tiveram os resultados anormais em mais de um teste (gráfico 2).

Gráfico 2. Pacientes com resultados anormais e a intersecção entre os testes

DIVISÃO DOS GRUPOS

Dividimos em grupo 1 (GI) os pacientes com resultados normais, sem distúrbios cognitivos na triagem inicial, que são 51 (70,8%) e em grupo 2 (GII) os pacientes que tiveram resultados anormais, com distúrbios cognitivos na triagem inicial, que são 21 (29,2%).

Analisamos todas as variáveis apresentadas comparando os dois grupos e encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas seguintes variáveis: Idade, escolaridade, idade de diagnóstico da infecção pelo HIV, uso de nevirapina, no MEEM e no TFV.

Quanto ao uso da nevirapina, no GI 7 pacientes usando a medicação e no GII tivemos 10 pacientes, sendo o $p = 0,005$ ao compararmos os grupos, resultado confirmado após regressão logística, mostrando associação com distúrbios cognitivos. Nenhum outro antirretroviral teve diferença estatisticamente significativa.

Ao analisarmos as comorbidades nenhuma delas teve diferença estatística ao compararmos os grupos.

A idade no GI teve média de 66,3 anos com desvio-padrão de 4,65 e no GII a média foi de 70,41 com desvio-padrão de 6,89 e o $p = 0,018$, mostrando associação com distúrbios cognitivos. Na variável tempo de tratamento, no GI a média foi de 7,81anos de tratamento com desvio padrão

de 4,68 e no GII a média foi de 7,62 com desvio-padrão de 3,82 e o $p = 0,859$.

A escolaridade teve no GI a média de 7,61 anos de estudo com desvio-padrão de 4,96 e no GII a média foi de 4,52 com desvio-padrão de 3,29 e o $p = 0,003$, mostrando os anos de estudo tiveram influência protetora na cognição.

No GI tivemos 24 pacientes do sexo feminino e 27 pacientes do sexo masculino e no GII tivemos 13 pacientes do sexo feminino e 8 do sexo masculino, na análise estatística encontramos o $p = 0,305$, sem valor significativo.

Em relação à idade de quando foi feito o diagnóstico da infecção pelo HIV tivemos o $p = 0,04$, sendo no GI a média de 58,5 anos e desvio-padrão de 6,02 e no GII a média de 62,8 anos e desvio-padrão de 8,3, mostrando associação com distúrbios cognitivos.

Na contagem de linfócitos T CD 4 à época do diagnóstico da infecção pelo HIV e a última dosagem tivemos respectivamente o $p = 0,44$ e $p = 0,446$. O mesmo fizemos com a carga viral, onde o resultado foi, respectivamente, $p = 0,188$ e $p = 0,576$.

Nos testes neuropsicológicos e escalas de atividades de vida diária tivemos no MEEM o GI com média de 27,47 pontos e desvio-padrão de 2,12 e o GII com média de 21,38 pontos e desvio-padrão de 4,75, com $p = 0,000$, no TFV o GI

com média de 16,14 pontos e desvio-padrão de 2,75 e o GII com média de 10,43 e desvio-padrão de 3,31, com $p=0,000$ e o índice de Katz e a escala de Lawton-Brody tiveram um número muito pequeno de paciente com alterações, o que fez a comparação entre os grupos não ter valor estatístico.

tico.

Ao compararmos os grupos para avaliar a associação de distúrbios cognitivos e sexo, não encontramos valores estatisticamente significativos.

Todos os resultados são apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Todas as variáveis estudadas

	Amostra total (n/%)	G.I (n/%)	G.II (n/%)	p
Mulheres	37/51,4	24 / 47,1	13 / 61,9	0,305
Sedentarismo	64 / 88,9	43 / 84,3	21 / 100	0,095
HAS	36 / 50	26 / 51,0	10 / 47,6	0,605
Dislipidemia	26 / 36,1	21 / 41,2	5 / 23,8	1,000
Diabetes	13 / 18,1	8 / 15,7	5 / 23,8	0,504
Obesidade	12 / 16,7	5 / 9,80	3 / 14,3	0,684
Baixo peso	11 / 15,3	9 / 17,6	7 / 33,3	0,249
Tabagismo	10 / 15,3	8 / 15,7	2 / 9,5	0,713
Religiosidade	36 / 50	24 / 47,1	12 / 57,1	0,605
NVP	17 / 23,6	5 / 13,7	10 / 47,6	0,005
EFV	17 / 23,6	15 / 29,4	2 / 9,5	0,125
d4T	5 / 6,9	5 / 9,8	0 / 0	0,312
SQV	1 / 1,4	1 / 2,0	0 / 0	1,000
RTV	18 / 25	14 / 27,5	4 / 19,1	0,558
AZT	47 / 65,3	31 / 60,8	16 / 76,2	0,280
ddI	4 / 5,6	2 / 3,9	2 / 9,5	0,575
3TC	66 / 91,7	47 / 92,2	19 / 90,5	1,000
ABC	4 / 5,6	2 / 3,9	2 / 9,5	0,575
LPV/r	9 / 12,5	7 / 13,7	2 / 9,5	1,000
TDF	22 / 30,6	17 / 33,3	5 / 23,8	0,576
ATV	18 / 25	14 / 27,5	4 / 19,1	0,558
IDV	1 / 1,4	1 / 2,0	0 / 0	1,000

	Amostra total (med ± dp)	G.I (med ± dp)	G.II (med ± dp)	p
CD4 no diag	234 ± 194	239 ± 203	365 ± 727	0,440
CD4 atual	498 ± 313	479 ± 304	545 ± 339	0,446
CV no diag	171139 ± 272370	157194 ± 242571	203017 ± 335295	0,576
Log da CV média - diag	5,23 ± 5,43	5,20 ± 5,44	5,31 ± 5,53	
CV atual	11701 ± 54175	11237 ± 54459	12829 ± 54799	0,911
Log da CV média - atual	4,07 ± 4,73	4,05 ± 4,74	4,11 ± 4,74	
Tempo de tto (anos)	7,8 ± 4,4	7,8 ± 4,7	7,6 ± 3,8	0,859
Idade atual (min-max)	60-84 67,5 ± 5,7	66,3 ± 4,7	70,4 ± 6,9	0,018
Idade ao diag (min-max)	44-81 59,8 ± 7,0	58,5 ± 6,0	62,8 ± 8,3	0,040
Escolaridade (min-max)	0-17 6,6 ± 4,6	7,61 ± 5,0	4,5 ± 3,3	0,003
IMC	23,9 ± 5,6	24,0 ± 4,2	23,8 ± 8,1	0,937

DISCUSSÃO

Além dos já conhecidos grupos de risco, a AIDS está acometendo a população idosa de forma alarmante e apresenta para medicina novos e grandes desafios, dentre eles, a maior prevalência de distúrbios cognitivos, pois possuem dois grandes fatores de risco já conhecidos: A idade e a infecção pelo HIV.

Na amostra estudada tivemos uma frequência alta de pacientes que apresentaram déficit cognitivo na triagem inicial (29,2%), lembrando que estudamos pacientes ambulatoriais, não tendo a avaliação de pacientes internados, dos que não vieram às consultas e dos casos não diagnosticados, isso nos leva a acreditar que a frequência de déficit cognitivo na população idosa com AIDS é maior do que a encontrada neste estudo, reforçando a importância da avaliação cognitiva.

Nas variáveis demográficas tivemos uma divisão equilibrada entre os sexos (37 mulheres e 35 homens), que é interessante, pois segundo as notificações de AIDS no Brasil até junho de 2009 temos 8959 casos em homens e 4696 casos em mulheres¹⁹⁻²⁰, que nos dá uma proporção de casos em homens 1,9 vezes maior, diferente de nossa amostra, onde a proporção ficou de 1,06 vezes maior para as mulheres.

Tivemos uma média de idade alta para todo o grupo (67,5 anos), atentando para mudança do padrão cultural, onde em nosso país ainda é um tabu falar de sexo para idosos, por isso devemos aumentar as campanhas de informação para este perfil de pacientes, indo de encontro ao que Gorinchteyn²¹ alertou sobre, deixar este grupo de pacientes expostos ao risco por não incluí-los em campanhas de prevenção, além dos médicos não estarem adequadamente treinados para o pronto diagnóstico de DST's nesta faixa etária²².

Observamos uma boa distribuição entre os anos de estudo, sendo a minoria analfabetos e a média de anos de estudo em 6,6, de acordo com o novo perfil da epidemia de AIDS²³⁻²⁴. Por ser variável que influencia no ponto de corte dos testes neuropsicológicos e existir uma relação inversamente proporcional entre a prevalência de demência e a escolaridade²⁵, esta distribuição foi favorável para a nossa pesquisa.

Na idade de diagnóstico da infecção pelo HIV temos 44 pacientes que se contaminaram antes dos 60 anos de idade e com a TARV e ultrapassaram esta faixa etária, sendo a média de idade

à época do diagnóstico de 59,8 anos e a média da idade atual de 67,5 anos, de acordo com o descrito por Yun²⁶, de que a AIDS não é mais uma doença fatal e sim uma doença crônica quando tratada. Entre as comorbidades estão as mais prevalentes na população idosa, sendo importante destacar a frequência de sedentários, que foi de 88,9%.

Resultados animadores foram em relação a TARV, quando analisamos a contagem de linfócitos T CD 4 e a carga viral na época do diagnóstico e na última dosagem antes da avaliação, observamos um aumento importante da contagem de linfócitos T CD 4 e uma queda da carga viral. Sabemos que o aumento de linfócitos T CD 4 costuma ser menor nos idosos em relação aos jovens, já a diminuição da carga viral é semelhante²⁷. Alguns estudos não evidenciaram diferenças entre jovens e idosos, no que se refere à carga viral e contagem de linfócitos T CD 4⁹⁻¹⁰.

Nesta pesquisa seguimos as orientações da Academia Brasileira de Neurologia⁴ para o uso integrado dos testes neuropsicológicos associados às escalas de atividades de vida diária²⁸ aumentando, em relação ao MEEM usado isoladamente, a amostra de 13 para 21 pacientes com déficits cognitivos na triagem inicial, que foi importante, pois é melhor considerar o paciente inicialmente com déficit cognitivo, do que deixar passar sem diagnóstico algum paciente com doença incipiente, que perderia um bom momento para tratar, que é na fase inicial²⁹.

O MEEM foi o teste com maior sensibilidade, onde 13 pacientes tiveram resultados anormais, seguido do TFFV com 9 pacientes apresentando resultados anormais, a escala de Lawton-Brody com 4 pacientes com resultados anormais e o índice de Katz, 3 pacientes tiveram resultados anormais. Observamos que o uso isolado de um único teste deixaria passar na avaliação inicial alguns pacientes.

A frequência de déficit cognitivo ficou muito acima do que era esperado, pois segundo a literatura, a prevalência de demência aumenta a cada cinco anos após os 60 anos de idade, passando de 5% entre os indivíduos com 60 anos para 20% nos indivíduos com mais de 80 anos³⁰, sendo que nossa amostra tinha uma média de idade de 67,5 anos e a frequência de distúrbios cognitivos ficou em 29,2%. No estudo de uma população brasileira, a prevalência de demência foi de 1,6% na faixa etária entre 65 e 69 anos²⁵.

O uso de testes de fácil aplicação para triagem cognitiva deve servir de estímulo para prática rotineira nos serviços que atendem este perfil de pacientes, pois se mostrou eficaz para uma triagem cognitiva inicial.

Não existe consenso na literatura mundial para o uso da terapia antirretroviral nos idosos com AIDS⁶⁻³¹ além de se esperar complicações desta terapia em longo prazo³² e dos efeitos adversos já conhecidos, no qual os idosos estão mais propensos⁵, da preocupação da associação da AIDS com outras doenças crônico-degenerativas e a interação medicamentosa para o tratamento destas.

Não se discute mais, que a terapia antirretroviral trouxe grandes benefícios para os pacientes com AIDS, mudando o curso de uma doença que antes era fatal, porém existe grande preocupação com as novas complicações pela infecção, principalmente em relação aos distúrbios cognitivos, pois a infecção crônica induz um processo inflamatório no SNC além da ação tóxica dos anti-retrovirais no SNC³³⁻³⁴.

A nevirapina foi o único antirretroviral que apresentou resultados mostrando associação com distúrbios cognitivos, o que foi surpreendente, pois o trabalho de Valcour³³, sugere que alguns antirretrovirais, dentre eles a nevirapina, por terem boa penetração no SNC, teriam um efeito protetor, diferente deste resultado, onde encontramos a nevirapina associada ao GII com déficits cognitivos, que poderia ser explicado por outro trabalho de Valcour e Paul³², onde a TARV em longo tempo de uso teria um efeito neurotóxico.

No trabalho de Von Giensen³⁵, que comparou a nevirapina com o efavirenz, não encontrou diferença entre eles e nem uma maior associação com efeitos neuropsiquiátricos severos. Não há na literatura explicação para a associação de nevirapina com distúrbios cognitivos, necessitando de outras pesquisas; em nossa opinião esta associação não pode ser explicada no momento, pois é uma limitação do estudo, por este ser transversal.

A idade é o principal fator de risco para demência³⁶ e com o aumento da expectativa de vida da população já se observa um aumento do número de queixas de déficits cognitivos, principalmente pelos médicos que atendem a clientela idosa²⁸. Logo era esperado o resultado, ao se comparar o GI e o GII com a variável idade, onde a

média de idade dos pacientes com déficits cognitivos foi maior.

Era esperado também o que observamos com a escolaridade, onde tivemos uma associação estatisticamente positiva, sendo que nesse caso, quanto maior o número de anos de estudo, este funciona como um fator protetor contra a demência³⁷ e foi o que encontramos em nossa pesquisa.

Em relação ao sexo, não encontramos associação estatisticamente significativa, porém observamos, que apesar da amostra inicial com 72 pacientes ter 37 mulheres (51,4%) e 35 homens (48,6%), ao dividirmos os dois grupos, o GI teve 24 mulheres (47,1%) e 27 homens (52,9%) e o GII teve uma tendência para o sexo feminino com 13 mulheres (61,9%) e sexo masculino com 8 homens (38,1%).

A idade dos pacientes quando foi feito o diagnóstico da infecção pelo HIV teve diferença com significado estatístico, com associação de déficit cognitivo com o GII, o que representa maior risco de distúrbios cognitivos quanto mais idoso for o paciente ao fazer o diagnóstico de infecção pelo HIV, pois como a idade é o principal fator de risco para demência e associado à infecção pelo HIV, que tem tropismo pelo SNC, temos um aumento expressivo de déficits cognitivos nestes casos, e que segundo alguns autores alguns autores existe também uma melhora dos sintomas relacionados aos déficits cognitivos com o tratamento antirretroviral³⁸⁻³⁹, o que pode justificar uma menor incidência desses distúrbios no GI, por terem seu diagnóstico há mais tempo e há mais tempo estão tratando.

CONCLUSÃO

A frequência de distúrbios cognitivos em idosos infectados pelo HIV, atendidos no HUGG, é alta, atingindo cerca de 30% dos pacientes avaliados na triagem cognitiva inicial, o que reforça a importância deste tipo de avaliação.

As variáveis, que apresentaram associação positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,05$), quando comparamos os grupos foram as seguintes:

- . Nevirapina - O uso era maior no grupo com anormalidades. Fato este que merece outros estudos.
- . Idade - A média de idade era maior no grupo com anormalidades. De acordo com o que a literatura informa, que este é o principal fator de

risco para distúrbios cognitivos.

. Escolaridade - A média de anos de estudo era menor no grupo com anormalidades. Reforçando que mais anos de estudos tem ação protetora contra déficits cognitivos.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/em>. Acesso em: 15 de Nov. 2008.
2. BRASIL. Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm. Acesso em: 19 de nov. 2009.
3. FILHO, E.T.C.; NETTO, M.P. Geriatria: Fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2005.
4. NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C.M.C.; DAMASCENO, B.P.; BRUCKI, S.M.D.; ANGHINAH, R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: Avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arquivos Neuropsiq., São Paulo, v. 63, n. 3-A, p. 720-727, 2005.
5. MANFREDI, R. HIV infection and advanced age emerging epidemiological, clinical, and management issues. Ageing Res Rev., [S.l.], v. 3, n. 1, p. 31-54, 2004.
6. MANFREDI, R.; CALZA, L. HIV infection and AIDS in advanced age. Epidemiological and clinical issues, and therapeutic and management problems. Infez Med., [S.l.], v. 12, n. 3, p. 152-142, 2004.
7. STOFF, D. Mental Healthresearch in HIV/aids and aging: problems and prospects. AIDS, [S.l.], v. 18, n. Suppl. 1, p. S3-S10, jan. 2004.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de DST e AIDS. Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. ADEYEMI, O.M.; BADRI, S.M.; MAX, B.; CHINOMONA, N.; BARKER, D. HIV infection in older patients. Clin Infect Dis., [S.l.], v. 36, n. 10, p. 1347-1347, 2003.
10. MANFREDI, R.; CHIODO, F. A case-control study of virological and immunological effects of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients with advanced age. AIDS, [S.l.], v. 14, n. 10, p. 1475-1477, 2000.
11. FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. J Psychiatr Res., [S.l.], v.12, p. 189-198, 1975.
12. BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S.M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr., São Paulo, v. 52, p. 1-7, 1994.
13. ALMEIDA, O.P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. Arq Neuropsiquiatr., São Paulo, v. 56, n. 3B, p. 605-612, set. 1998.
14. LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: Características Psicométricas em idosos ambulatoriais. Revista de Saúde Pública, [S.l.], v.40, n. 4, p. 712-719, 2006.
15. BRUCKI, S.M.; MALHEIROS, S.; OKAMOTO, I.; BERTOLUCCI, P. Dados normativos para o uso de teste de fluência verbal (categoria animal), em nosso meio. Arq Neuropsiquiatr., São Paulo, v. 55, p. 56-61, 1997.
16. KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. J Am Med Ass., [S.l.], v. 185, p. 914-919, sept. 1963.
17. MORAES, E.N. Avaliação Multidimensional do Idoso: Instrumentos de Rastreamento. Belo Horizonte: Folium, 2008. 64 p.
18. LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist., [S.l.], v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS e DST. Ano V nº1. Julho a dezembro de 2007 e janeiro a julho de 2009. 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 05 de novembro. 2009.
20. DATASUS - Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 16 de jul. 2009.
21. GORINCHTEYN, J.C. Avanço da AIDS na terceira idade. Prática Hospitalar. v. 7, n. 38, mar./abr. 2005. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br>. Acesso em: 16 de jul. 2009.
22. GOMES, S.F.; SILVA, C.M. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/AIDS: uma revisão. Vittalle, Rio Grande, v. 20, n. 1, p. 107-122, 2008.
23. FONSECA, M.G.P.; SZWARCOWALD, C.L.; BASTOS, F.I. A sociodemographic analysis of the AIDS epidemic in Brazil, 1989-1997. Rev Saude Publica, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 678-85, 2002.
24. SZWARCOWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ESTEVES, M.A.P.; ANDRADE, C.L.T. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, Sup. 1, p. 7-19, 2000.
25. HERRERA, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil. Rev Psiquiatr., [S.l.], v. 25, p. 70-73, 1998.
26. YUN, L.W.H.; MARAVI, M.B.S.; KOBAYASHI,

- J.S.; BARTON, P.L.; DAVIDSON, A.J.; Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, [S.l.], v. 38, n. 4, p. 432-438, apr. 2005.
27. TUMBARELLO, M.; RABAGLIATI, R.; DONATI, K.G.; BERTAGNOLIO, S.; TAMBURRINI, E.; TACCONELLI, E.; CAUDA, R.; Older HIV-positive patients in the era of highly active antiretroviral therapy: changing of a scenario. *AIDS*, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 128-131, 2003.
 28. CARAMELLI, P.; BARBOSA, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Rev Bras Psiqu.*, [S.l.], v. 24, n. Supl. I, p. 7-10, 2002.
 29. ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.*, São Paulo, v. 57, n. 2B, jun. 1999.
 30. BEARD, C.M.; KOKMEN, E.; O'BRIEN, P.C.; KURLAND, L.T. The prevalence of dementia is changing over time in Rochester, Minnesota. *Neurology*, [S.l.], v. 45, p. 75-79, 1995.
 31. VALCOUR V.; SACKTOR N. HIV-associated dementia and aging. *J Ment Health Aging*, [S.l.], v. 8, p. 295-306, 2006.
 32. VALCOUR, V.; PAUL, R. HIV infection and Dementia in Older Adults. *Clin Infect Dis.*, [S.l.], v. 42, n. 10, p. 1449-1454, may. 2006.
 33. VALCOUR, V.G.; SHIKUMA C.M.; WATTER M.R.; SACKTOR N.C. Cognitive impairment in older HIV-1-seropositive individuals: Prevalence and potential mechanisms. *AIDS*, [S.l.], v. 18, p. Suppl. 1, p. S79-S86, 2004.
 34. MOULIGNIER, A. Le complexe démentiel associé au VIH: aspects particuliers chez les sujets âgés. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 193-207, 2007.
 35. VON GIESEN, H.J.; KOLLER, H.; DE NOCKER, D.; HASLINGER, B.A.; ARENDT, G. Long-term safety and efficacy of NNRTI within the central system. *HIV Clin Trials*, Nov-Dec; 4(6): 382-390, 2003.
 36. TOMBAUGH, T.N.; MCINTYRE, N.J. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc.*, [S.l.], v. 40, p. 922-935, 1992.
 37. BUTLER, S.M.; ASHFORD, J.W.; SOWDON, D.A. Age, education, and changes in the mini-mental state exam scores of older women: findings from the Nun Study. *JAGS.*, [S.l.], v. 44, p. 675-681, 1996.
 38. RITOLA, K.; ROBERTSON, K.; FISCUS, S.; HALL, C.; SWANSTROM, R. Increased Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) env Compartmentalization in the Presence of HIV-1-Associated Dementia. *Journal of Virology.*, [S.l.], v. 79, n. 16, p. 10830-10834, aug. 2005.
 39. WOJNA, V.; SKOLASKY, R.L.; MCARTHUR, J.C.; MALDONADO, E.; HECHAVARRIA, R.; MAYO, R.; SELNES, O.; GINEBRA, T.; DE LA TORRE, T.; GARCIA, H.; KRAISELBURD, E.; MELENDEZ-GUERRERO, L.M.; ZORRILLA, C.D.; NATH, A. Spanish Validation of the HIV Dementia Scale for Women. *AIDS Patient Care & STDs.*, [S.l.], v. 21, n. 12, p. 930-941, 2007.