



Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC/JF
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora - FAME/JF



2016/04

**Perfil Clínico e Epidemiológico dos Pacientes com AIDS Atendidos no
Serviço de Assistência Especializada da Prefeitura Municipal de Juiz de
Fora - MG**

Dalila de Sá e Silva

Ivone Cangussú Dias

Luana Cristina dos Santos

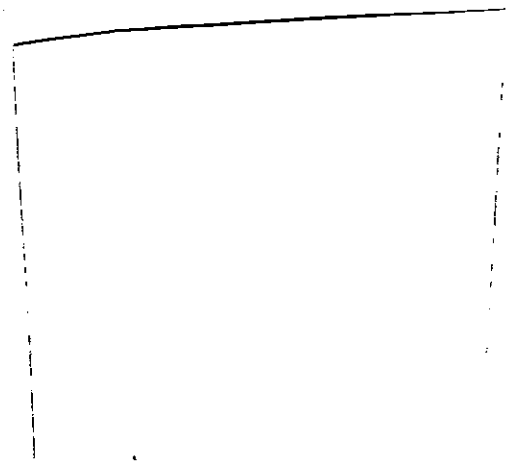
Lucianne Almeida Muniz

Maressa Sales Valentim

Otávia Rezende Rodrigues

Rodrigo Iânace Faria de Castro

Juiz de Fora - MG
Maio de 2014



**Perfil Clínico e Epidemiológico dos Pacientes com AIDS Atendidos no
Serviço de Assistência Especializada da Prefeitura Municipal de Juiz de
Fora - MG**

Dalila de Sá e Silva

Ivone Cangussú Dias

Luana Cristina dos Santos

Lucianne Almeida Muniz

Maressa Sales Valentim

Otávia Rezende Rodrigues

Rodrigo Iânace Faria de Castro

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosângela Maria de Castro Cunha

Co-orientadores: Prof. Dr. Guillermo Patricio Ortega Jácome

Prof^ª. Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo Mendes

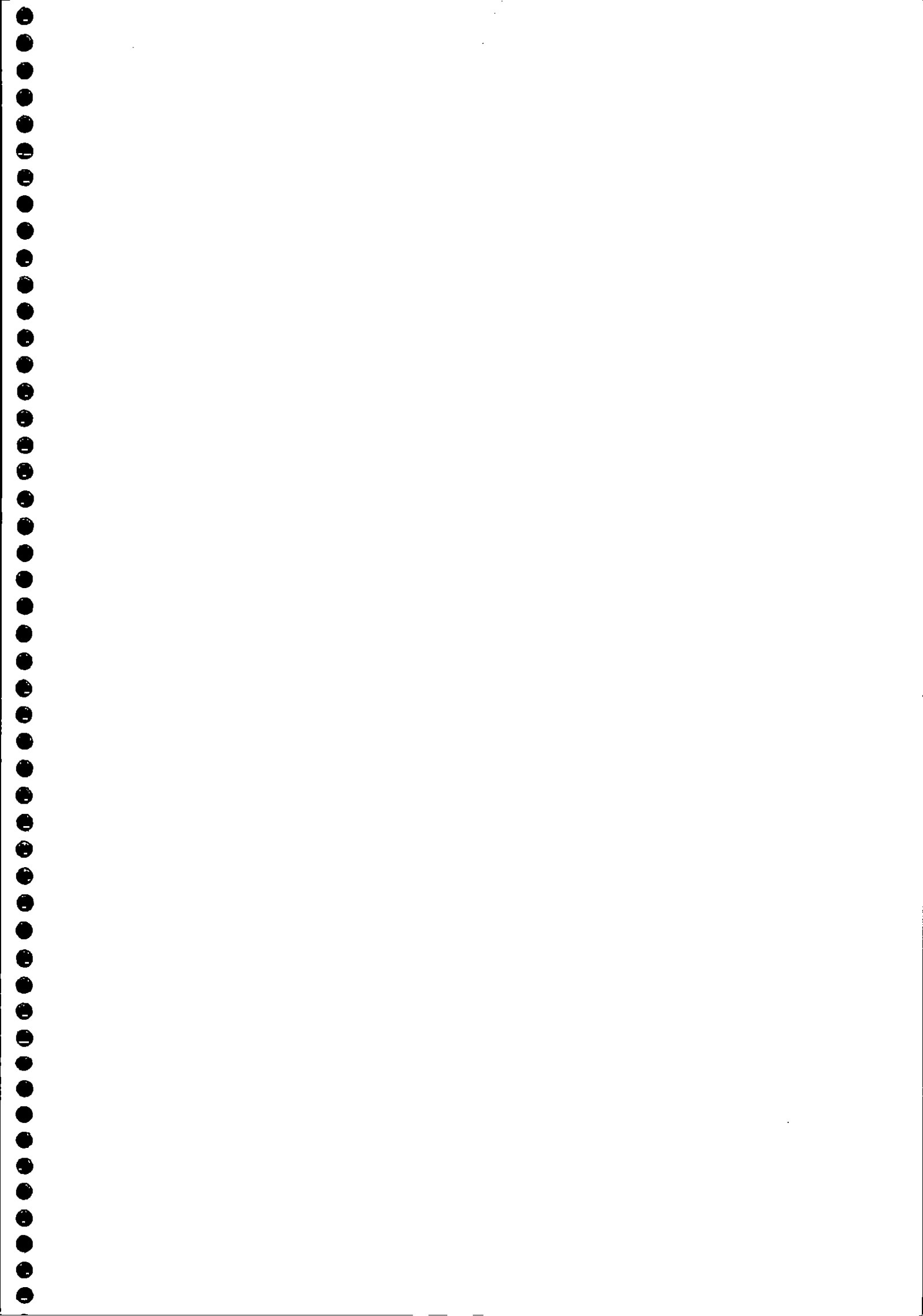
Trabalho apresentado à disciplina de Saúde Coletiva,

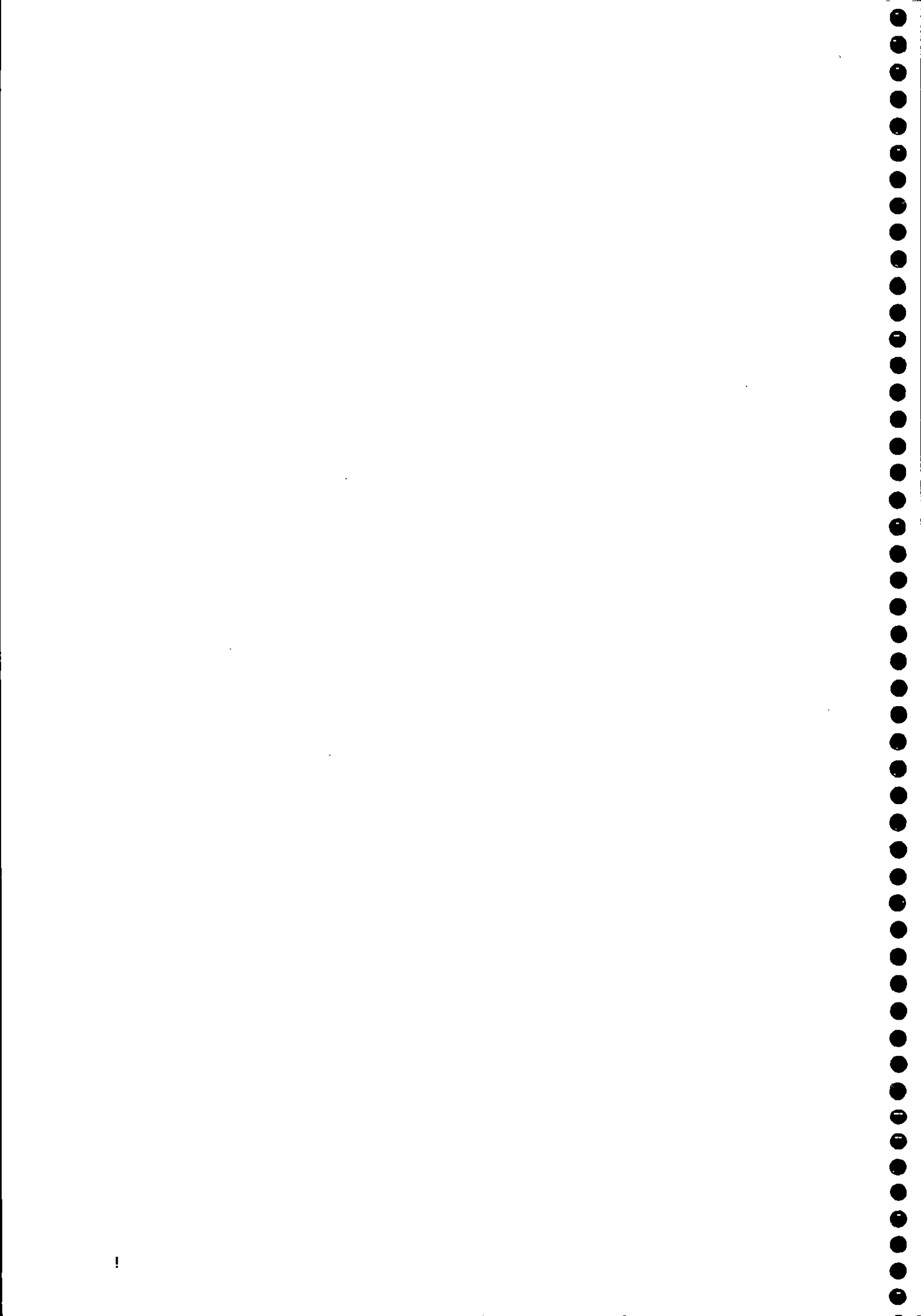
da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora, da

Universidade Presidente Antônio Carlos.

Juiz de Fora - MG

Maio de 2014





Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus,
por ser essencial na vida, nosso guia e socorro
presente na hora da angústia.



“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.” Charles Chaplin



AGRADECIMENTOS

À Profª. Dra. Rosângela Maria Castro Cunha, pela orientação competente, críticas e sugestões que foram concedidas durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos Co-orientadores Prof. Dr. Guillermo Patricio Ortega Jácome e Profª. Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo Mendes, pela atenção, paciência, grande interesse e apoio no desenvolvimento deste trabalho.

À Universidade Presidente Antônio Carlos, que incentivou e permitiu a conclusão deste trabalho.

Aos colegas do SAE que contribuíram indiretamente no desenvolvimento deste trabalho, proporcionando total acesso ao material.

Aos familiares, amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

PAIS E DEUS



SUMÁRIO

	Páginas
1 – INTRODUÇÃO	01
2 – JUSTIFICATIVA	08
3 – OBJETIVOS	08
3.1 – Geral.....	08
3.2 – Específicos.....	08
4 – MATERIAL E MÉTODOS.....	09
5 – RESULTADOS.....	09
6 – DISCUSSÃO....	18
7 – CONCLUSÃO.....	18
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
9 – ANEXOS.....	24
9.1 - Carta de autorização	
9.2 – Parecer Consubstanciado do CEP	
9.3 – Protocolo de Pesquisa	



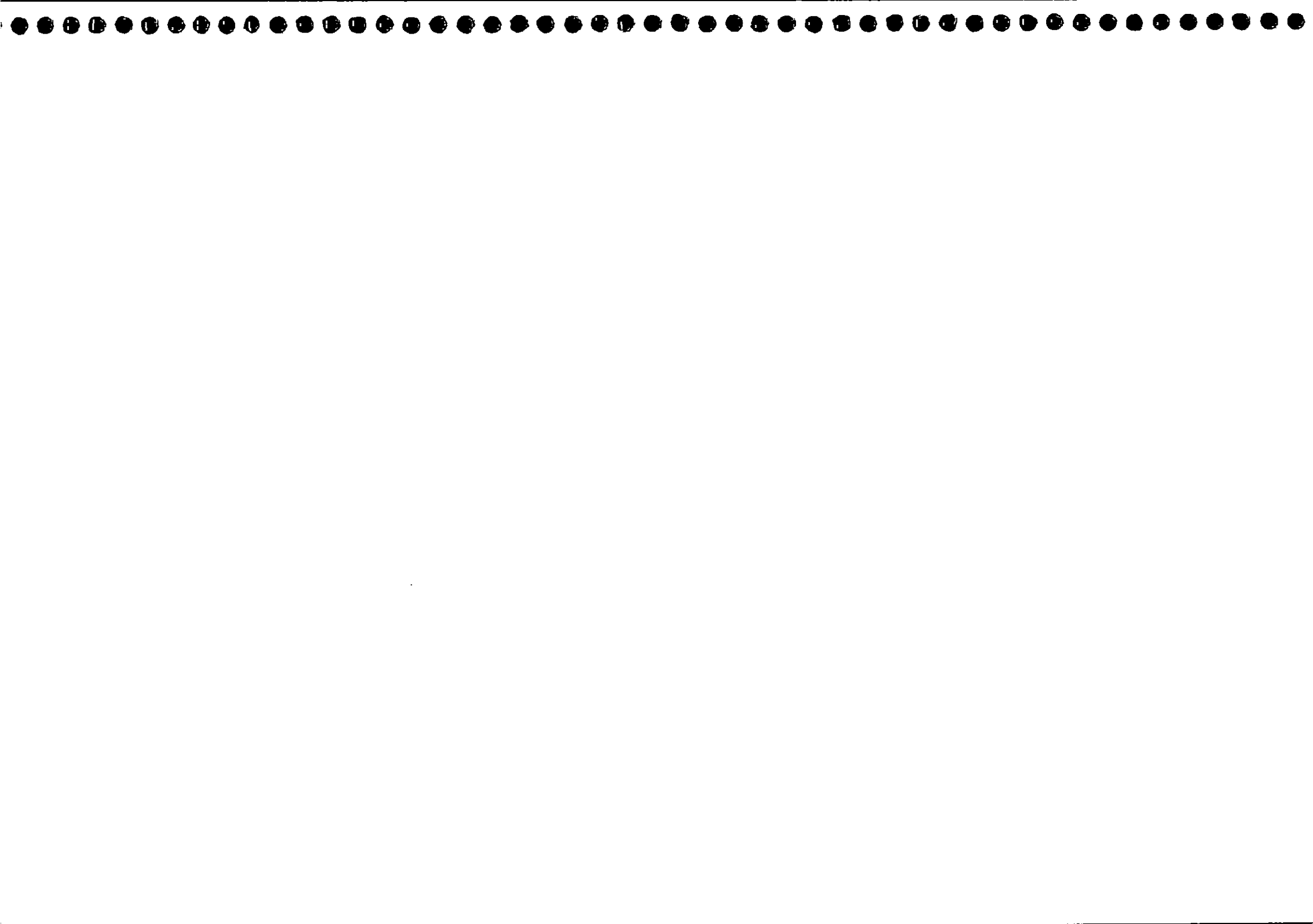
LISTA DE TABELAS

	Páginas
Tabela 1: Distribuição dos pacientes portadores do HIV/AIDS no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012 cadastrados no SAE de Juiz de Fora.....	11
Tabela 2: Distribuição da contagem de LT-CD4+ em função dos principais sintomas, infecções oportunistas e óbito.....	12
Tabela 3: Distribuição da profilaxia e das infecções oportunistas em função do ano.....	13
Tabela 4: Distribuição da transmissão e tratamento dos pacientes portadores de HIV, cadastrados no SAE em função do ano.....	14
Tabela 5: Distribuição do tratamento em função do gênero.....	15
Tabela 6: Frequência de óbito relacionado com diversos fatores sobre a AIDS	17



RESUMO

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma infecção crônica caracterizada pelo declínio de linfócitos T CD4+, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sendo considerada um dos principais problemas de saúde pública pelo mundo. Ela favorece o aparecimento de várias doenças oportunistas que acometem os pacientes com HIV, entretanto, com a melhoria da terapia antirretroviral, notou-se uma diminuição da morte imediata pela doença, porém observa-se uma forte presença de co-infecção. Como objetivo, procuramos analisar o perfil clínico, epidemiológico e demográfico de pacientes com HIV/AIDS, atendidos no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) na cidade de Juiz de Fora. Foi realizada uma pesquisa retrospectiva de revisão de prontuários de pacientes com AIDS/HIV atendidos no SAE durante o período de 2008 a 2012. Analisamos 1.047 prontuários de pacientes portadores do HIV/AIDS, sendo avaliado do ponto de vista sócio-demográfico e as variáveis que descreveram o tempo entre o diagnóstico e o início da terapia antirretroviral. A relação entre homem:mulher foi de 1,67:1. Em relação ao estado civil, etnia, escolaridade, religião, filhos e procedência, 64,5% solteiros; 51,5% de etnia branca; 37,4% com escolaridade no ensino fundamental; 55,4% seguidores da religião católica; apenas 40,8% tinham filhos e destes, 0,6% eram portadores do HIV; a procedência em sua maioria era de outras cidades. O tempo transcorrido entre o diagnóstico de infecção pelo HIV/AIDS e o início da terapia antirretroviral mais comum situou-se de seis meses ou menos em 38,2% dos casos. As queixas mais frequentes ao diagnóstico foram emagrecimento (2,4%), diarreia (1,5%), aumento da temperatura corpórea (1,2%), tosse (0,7%), vômitos (0,2%), hiporexia (0,2%), fadiga (0,1%) e náuseas (0,1%). A terapêutica antirretroviral foi anotada em 64,8% dos pacientes. A contagem de linfócitos T CD4 foi superior a 500 células/mm³ em 84,8%; a carga viral superior a 100.000 cópias/mm³, em 83,2%. A quimioprofilaxia foi realizada em 22,6% dos casos. Foi estatisticamente significativa o tempo transcorrido entre o diagnóstico e o início da terapia e o controle ambulatorial em relação ao desfecho óbito. As infecções oportunistas encontradas foram tuberculose (5,7%), toxoplasmose (4,9%), hepatite C (4,2%), candidíase (3,6%), herpes (2,6%), pneumonia (2,9%), hepatite B (2,4%), sífilis (2,1%), pneumocistose (1,9%) e HPV (1,1%). As principais profilaxias de infecções oportunistas realizadas foram: pneumonia (2,1%), hepatite B (1,9%),



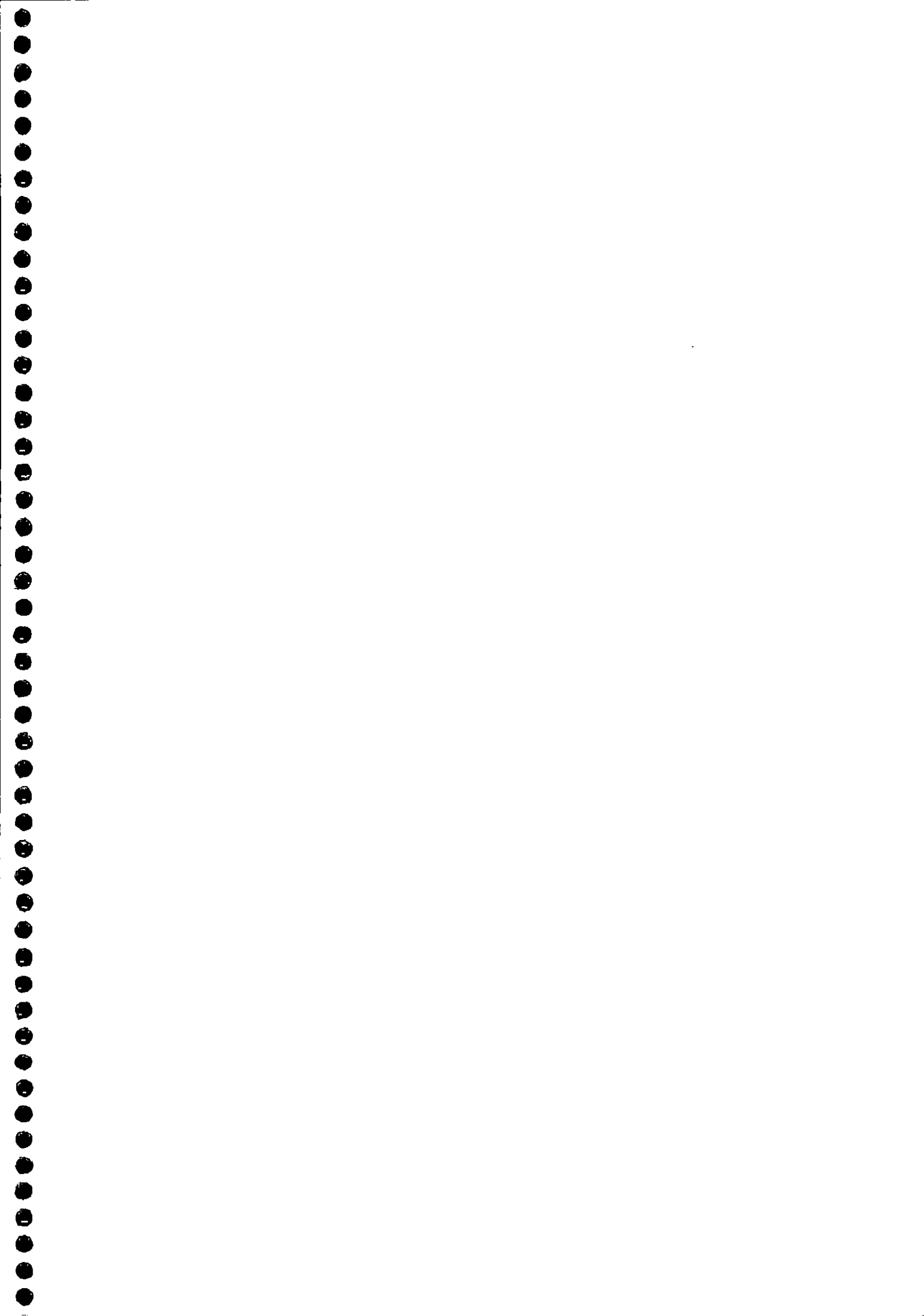
toxoplasmose (1,5%), pneumocistose (1%) candidíase (0,8%) e tuberculose (0,8%). A mortalidade foi de 6% durante o período de 2008 a 2012, com 34 óbitos em pacientes com a contagem de L TCD4 menor que nos que 500 células/mm³. Concluímos que a importância da transmissão sexual demonstra que a educação básica de saúde pode esclarecer e impedir os riscos de contaminação, em especial, quanto aos adultos jovens. Houve tendência a equivalência entre os sexos, apesar da prevalência expressiva do sexo masculino. Esse resultado mostra a necessidade da implementação e intensificação de ações específicas para o entendimento e prevenção do contágio para o grupo. A adesão à terapia antirretroviral é fundamental para aumentar a sobrevida, assim como o controle ambulatorial adequado.

Palavras-chave: HIV, AIDS, perfil clínicoepidemiológico.



ABSTRACT

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) is a chronic infection characterized by the decline of CD4 + T lymphocytes, caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and is considered one of the major public health problems worldwide. She favors the appearance of various opportunistic infections that affect HIV patients, however, with the improvement of antiretroviral therapy, became noticed a decrease in immediate death by disease, but there is a strong presence of co -infection rates still. As objective this paper analyzed the clinical, demographic and epidemiological profile of patients with HIV/AIDS, attended in the Serviço de Atendimento Especializado (SAE) in the city of Juiz de Fora. The retrospective chart review study of patients with AIDS/HIV treated at SAE during the period 2008 to 2012 as performed. Analyzed medical records of 1,047 patients with HIV/AIDS, and evaluated from the point of view and socialdemographic variables that described the time between diagnosis and initiation of antiretroviral therapy. The ratio of male: female was 1, 67:1. Regarding marital status, ethnicity, education, religion, children and origin, 64.5 % single; 51.5 % were white; 37.4 % with education in elementary education; 55.4 % followers of the Catholic religion; only 40.8 % had children, and of these, 0.6 % were HIV - positive; the cases was mostly in other cities. The time between the diagnosis of HIV/AIDS and the beginning of the most common antiretroviral therapy stood six months or less in 38.2 % of cases. The most frequent complaints were weight loss at diagnosis (2.4%), diarrhea (1.5 %), increase in body temperature (1.2%), cough (0.7 %), vomiting (0.2 %), appetite loss (0.2%), fatigue (0.1%) and nausea (0.1%). Antiretroviral therapy was noted in 64.8 % of patients. The CD4+ T lymphocyte count was 500 cells/mm³ for more than 84.8 %; a viral load above 100,000 copies/mm³ in 83.2 %. Chemoprophylaxis was performed in 22.6 % of cases. It was statistically significant time elapsed between diagnosis and initiation of therapy and outpatient control in relation to the outcome death. Opportunistic infections found were tuberculosis (5.7 %), toxoplasmosis (4.9%), hepatitis C (4.2%), Candida diseases (3.6%), herpes (2.6%), pneumonia (2,9%), hepatitis B (2.4%), syphilis (2.1%), PCP (1.9%), and HPV (1.1%). The main prophylaxis of opportunistic infections were performed pneumonia (2.1%), hepatitis B (1.9%), toxoplasmosis (1.5%), PCP (1%), Candida disease (0.8%) and TB (0,8%). The mortality rate was 6 % during the period 2008-2012, with 34 deaths in patients with CD4 + T



lymphocyte count less than 500 cells/mm³. We conclude that the importance of sexual transmission shows that the basic health education can clarify and prevent the risk of contamination, especially as young adults. Tended the equivalence between the sexes, despite the significant prevalence of males. This result shows the need for the implementation and enhancement of specific actions for the understanding and prevention of contagion for the group. Adherence to antiretroviral therapy is critical to improve survival as well as the appropriate outpatient.

Key-words: HIV, AIDS, socioeconomic profile.



1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), pertencente à família dos retrovírus e à subfamília *Lentiviridae*, que age suprimindo o sistema imunológico e tem como via de infecção principal a transmissão sexual (Ministério da Saúde, 2011). O retrovírus infecta os linfócitos T CD4+, que é seu receptor principal, e as moléculas de CCR5 ou CXCR4, que são co-receptores (Klimas *et al.*, 2008).

A AIDS é uma infecção crônica caracterizada pelo declínio de linfócitos T CD4+ e pela disseminação do vírus para tecidos linfoides, que se manifesta com sintomas semelhantes ao da gripe e posteriormente favorece o aparecimento de doenças oportunistas nos pacientes acometidos (Klimas *et al.*, 2008; Ministério da Saúde, 2008). Além disso, é considerada como um dos principais problemas de saúde pública do mundo (Almeida, 2011).

O HIV apresenta dois tipos: o HIV-1 e o HIV-2, sendo o primeiro encontrado na África equatorial ocidental, considerada o epicentro da pandemia, e posteriormente, nos Estados Unidos, Europa e outros países; e o segundo, é endêmico na África ocidental. Ambos possivelmente surgiram através de transmissões entre primatas não humanos e humanos (Gao *et al.*, 1999). O principal tipo é o HIV-1, que se divide em três grupos: M (Major), O (Outlying) e N (New). A maioria dos casos de infecção está relacionado ao grupo M, que pode ser dividido em pelo menos 10 subtipos (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J e K) e ter várias formas recombinantes (Taylor; Hammer, 2008; Thomson *et al.*, 2009).

A primeira publicação científica que definiu o que hoje é conhecido como AIDS ocorreu em 5 de junho de 1981, a qual descreveu a doença como nova e mortal, ocorrendo predominantemente em pessoas previamente saudáveis e manifestando-se com pneumonia causada por *Pneumocystis jirovecii* e por Sarcoma de Kaposi. Dois anos depois foi identificado o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) como agente causador (CDC Morbidity and Mortality Weekly Report – Thirty Years of HIV).

O início da epidemia da AIDS no Brasil nasceu na década de 80. Desse período até junho de 2011, o Brasil tem registrado 608.230 casos de AIDS de acordo com o Boletim Epidemiológico (2011).

No início dos anos 90, houve aumento da prevalência de transmissão pelo vírus da AIDS mesmo com adoção de medidas preventivas. A epidemia assumiu outro perfil: a transmissão por contato heterossexual passou a ser a principal via de infecção pelo HIV, a qual vem apresentando maior tendência de crescimento, seguida de expressiva participação



das mulheres na dinâmica da epidemia. A taxa de crescimento da AIDS para o sexo masculino foi de 100% a 200% no intervalo de 1990 a 2004, enquanto para o sexo feminino o aumento da taxa correspondeu a 200% a 300% (Ministério da Saúde, 2010; Prado; Castilho, 2009).

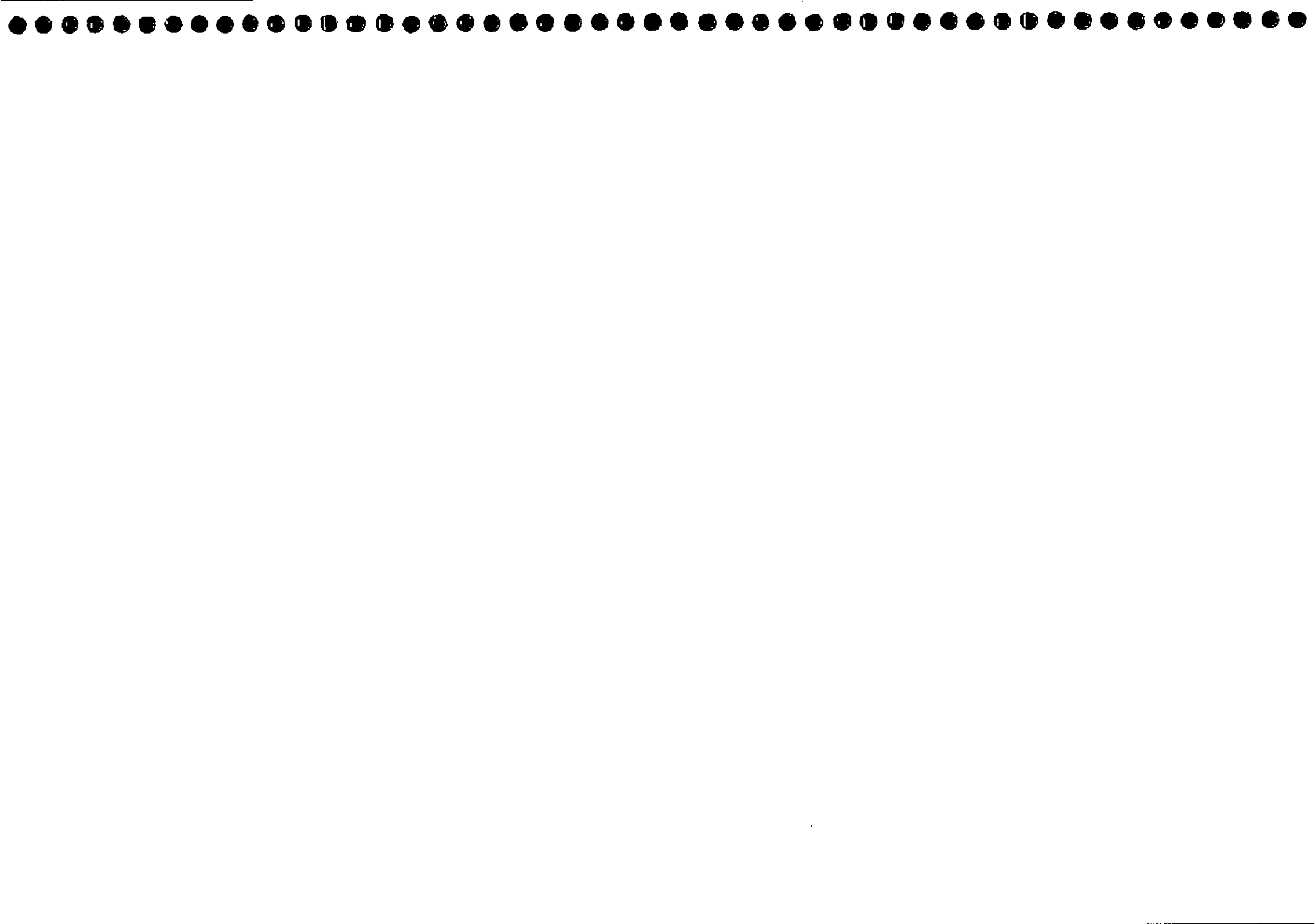
Dos 3.565 casos de AIDS estudados, no ano de 1990 a 2000, 10,8% correspondiam às pessoas com idade igual ou superior a 50 anos; e 89,2% às pessoas com idade entre 20 e 39 anos. Tanto entre o grupo etário mais jovem quanto entre o grupo de idade avançada prevaleceu o sexo masculino (75%). A distribuição dos casos ano a ano, no período de 1990 a 2000, comportou-se de maneira semelhante quando comparados os dois grupos etários. A partir do ano de 1996, foi observado, ainda, que o incremento de casos entre os jovens apresentou diminuição nos últimos anos, ao contrário do grupo mais velho (Pottes *et al.*, 2007).

A epidemia do HIV na América Latina continuou crescente de 1,1 milhões em 2001 para 1,4 milhões em 2009. Estatísticas e características de AIDS e HIV na América do Sul e Central do ano de 2009 revelaram que 1,4 milhões de adultos e crianças vivem com HIV; enquanto 92.000 adultos e crianças foram recentemente infectados com HIV; o adulto predomina com 0,5%; por fim, 58.000 crianças e adultos morreram por AIDS neste mesmo período (UNAIDS, 2010).

Em 2005, foram notificados 33.166 casos da doença e a taxa de incidência no Brasil foi cerca de 18 casos por 100 mil habitantes. Já em 2010, foram notificados 34.218 casos e a taxa de incidência no Brasil foi de 17,9 casos por 100 mil habitantes. Destacando-se a epidemia por região no período de 2005 a 2010, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 21,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes; e na região Centro-Oeste decaiu de 16,7 para 15,7. Nas outras regiões, cresceu: 26,5 para 28,8 no Sul; 12,8 para 20,6 no Norte; 10,0 para 12,6 no Nordeste (Ministério da Saúde, 2011).

O Estado de Minas Gerais, com cerca de 19.237.450 habitantes em 2005, distribuídos em 853 municípios, 75 microrregiões de saúde e 13 macrorregiões, registrou o primeiro caso de AIDS em 1982. Desde então, já foram notificados 21.663 casos, 69% do sexo masculino e 31% do sexo feminino, em 602 municípios, até outubro de 2005 (Secretaria do Estado de saúde de MG, 2006). A taxa de incidência por 100.000 habitantes de casos notificados passou de 13,8 casos por 100 mil habitantes em 2005 para 12,0 casos por 100 mil hab. em 2010. Vale ressaltar que houve queda de 13,04% em 5 anos (Secretaria de Saúde de Minas Gerais, 2011).

A primeira cidade do Estado de Minas Gerais a apresentar o maior registro de casos de HIV/AIDS no Estado foi Belo Horizonte, seguido por Juiz de Fora, a qual apresentou taxas



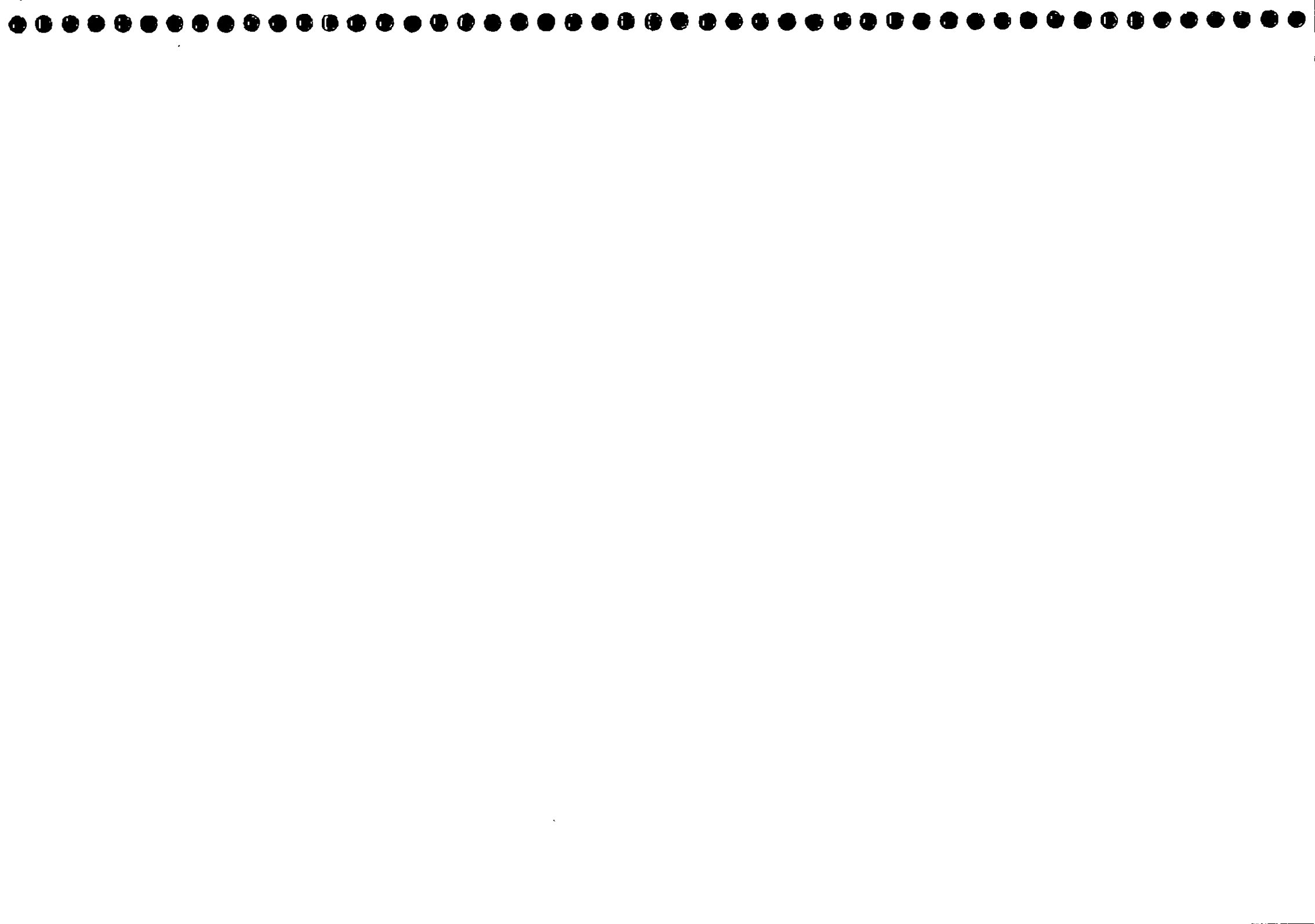
médias de incidência para os períodos de 1988 a 1992, 1993 a 1996 e 1997 a 2002, respectivamente, de 26,05, 40,82 e 41,57 por 100 mil habitantes. O fluxo construído para o ano 2004 contabilizou 852 internações hospitalares por HIV/AIDS. A maioria (96,83%) ocorreu em hospitais de referência em Juiz de Fora. Do total de 825 internações efetuadas neste município, 68,85% foram de residentes do próprio município e 31,15% originaram de residentes dos demais municípios da Zona da Mata (Reis *et al.*, 2008). Entretanto, em 2010 foram notificados 1.309 casos de HIV/AIDS, sendo que 51 casos foram notificados em Juiz de Fora, ou seja, aproximadamente 4% do total de casos notificados em Minas Gerais, sendo 65% pertencente ao sexo masculino e 35%, feminino, com predominância de 25% na faixa etária entre 50 – 59 anos, 46% na raça branca e 21% com nível escolar de ensino fundamental (DATA SUS, 2012).

O perfil de pacientes com HIV/AIDS encontrado no estudo realizado por Ferreira e colaboradores (2008) identificou que o grau de informação sobre a AIDS não é suficiente para que um indivíduo adote comportamento protetor em relação à doença. Porém a falta de informações básicas contribui substancialmente para aumentar a vulnerabilidade ao HIV. Apesar do nível de conhecimento da população em geral sobre a AIDS ter se elevado, foi verificada a falta de crescimento significativo do nível de conhecimento sobre a mesma entre os jovens de 16 a 24 anos.

Em uma análise sobre as características sócio-demográficas relacionadas à transmissão vertical em Presidente Prudente foi indicada maior incidência em: união consensual (61,1%), nível escolar de 4 a 7 anos (50%) e residência em zona urbana (83,3%) e concluiu-se o aumento da prevalência e comprometimento da profilaxia pré-natal em parturientes associados à baixa escolaridade e à residência fora do município de atendimento (Alves *et al.*, 2009).

Abordando sobre o mesmo tema, Gumbo e colaboradores (2010) analisaram características sociodemográficas por esse tipo de transmissão, e foi verificada maior incidência de infectados mulheres multíparas (67,7%), casadas (68,2%), com parceiros não circuncidados (67,7%). E Duarte *et al.*, (2005) verificou que na infecção de HIV-1, os principais fatores encontrados que aumentaram o risco de transmissão vertical foram: a carga viral elevada, a passagem transplacentária do vírus, a amniocentese, a amamentação, a integridade da pele do feto, a sua resposta imune celular e a presença constitucional de genes que expressam os receptores secundários, todos relacionados ao HIV-1.

Em relação às características gestacionais, houve maior incidência em gestantes que obtiveram assistência pré-natal (83,3%) com início antes de 22 semanas de idade gestacional



(IG), sendo que 77,8% destas foram encaminhadas ao serviço de infectologia e 94% iniciaram a profilaxia. As infecções vaginais como *C. albicans*, *T. vaginalis* e *B. vaginosis* foram consideradas como fatores de risco muito importante para esse tipo de transmissão (Gumbo *et al.*, 2010). Entretanto, Gianvecchio e Goldberg (2005) verificaram as variáveis comportamentais, demográficas e obstétricas referentes às gestantes, ao parto e ao recém-nascido, encontrando como a média de 25,5 anos de idade das gestantes infectadas, sendo a maioria dimíparas (25,5%); verificando a ausência de sintomas clínicos em 48,9%; e a realização da cesária como método de via de parto em 46%.

A comunidade de coletores de lixo é considerada muito vulnerável à infecção, sendo significativamente associada à exposição sexual e parenteral, além das características socioeconômicas que a comunidade apresenta (Rozman *et al.*, 2008).

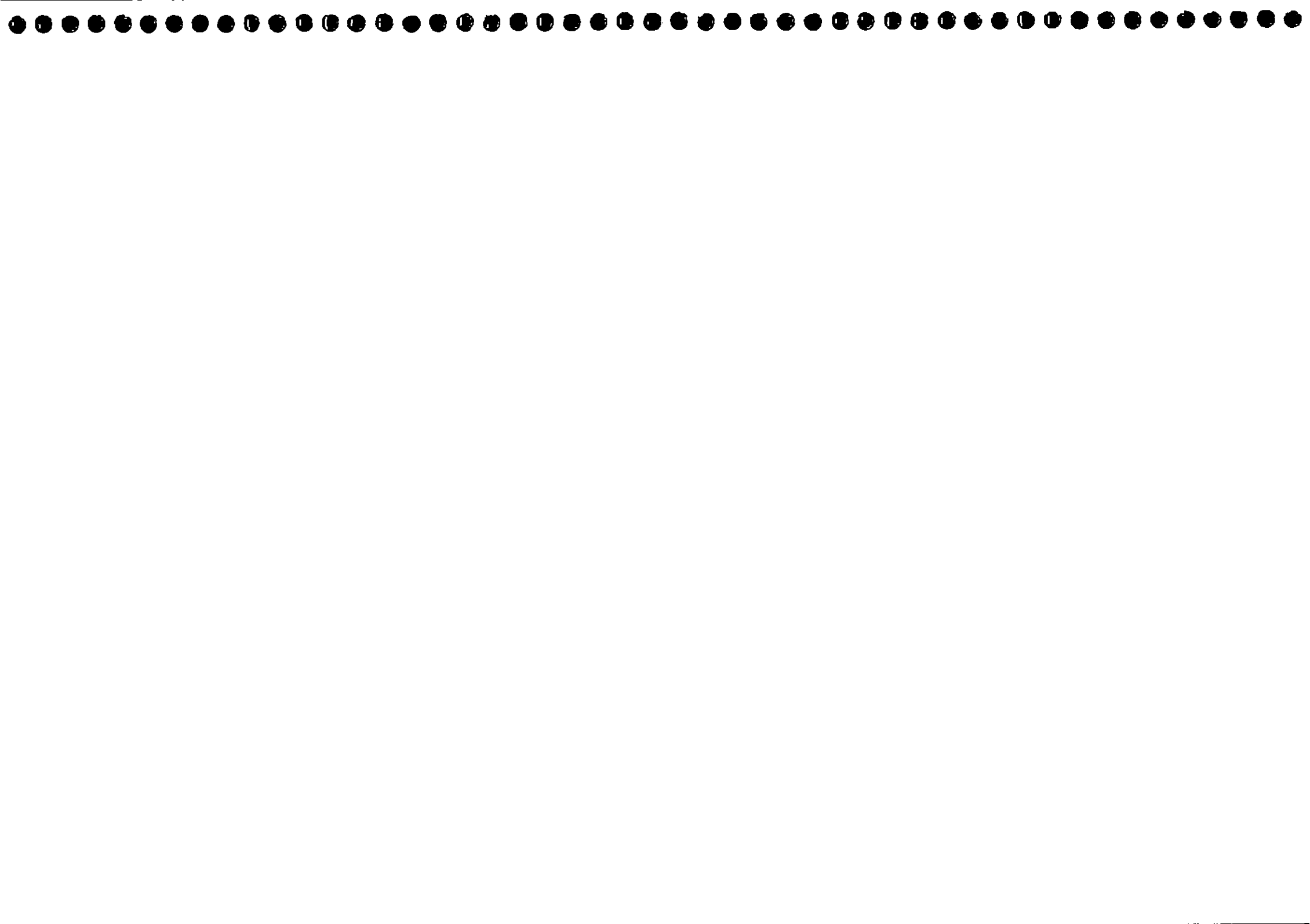
Além disso, a via de transmissão torna outros grupos susceptíveis à infecção, como profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (Ministério da Saúde, 2003).

Vários trabalhos têm relatado altas prevalências de HIV na população prisional, no Brasil e no Mundo. É fato bem conhecido que, em algumas prisões, a exposição aos fatores de risco para a aquisição do HIV relacionadas às condições de confinamento pode ser muito alta, com o comportamento sexual de risco e o uso de drogas injetáveis. Além do confinamento, outros fatores contribuem para a alta prevalência, como a marginalização social, a dependência de drogas, o baixo nível socioeconômico e as precárias condições do serviço de saúde (Kramer *et al.*, 2008).

Isso pode ser demonstrado em um trabalho realizado por Coelho e colaboradores (2007), que verificou a alta prevalência de HIV em prisioneiros pertencentes ao grupo acima de 30 anos (24,1%) e hemotransfundidos (12,5%). Entre os envolvidos com sentença menor ou igual à 5 anos a prevalência foi de 11,8% e com tempo de estudo inferior à 2 anos, 7,8% e entre 5 a 8 anos 7,4%.

Diversos avanços significativos foram conquistados ao longo destes 30 anos de descoberta da doença, porém ainda não existe um tratamento curativo para a AIDS. O conhecimento dos mecanismos de virulência e replicação do agente causador permitiu o desenvolvimento de medicamentos antirretrovirais para o tratamento da AIDS, promovendo melhor qualidade de vida aos pacientes através do controle do sistema imunológico e supressão da replicação viral (Palmisano; Vella, 2011).

O primeiro antirretroviral aprovado pela Food And Drug Administration (FDA) foi em 19 de março de 1987, denominado Zidovudine (AZT) e classificado como um Inibidor Nucleosídeo da Enzima Transcriptase Reversa (NRTIs). Ao longo dos anos foram



desenvolvidos mais de 20 antirretrovirais aprovados pela FDA e classificados de acordo com a ação no ciclo de vida do vírus, são eles: Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (NNRTIs), Inibidores da Protease (PI), Inibidores de Fusão (FI) e Inibidores da Integrase (II). Além de antirretrovirais combinados (HIV and Its Treatment – FDA-Approved Anti-HIV Medications).

De acordo com as Recomendações Para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV do Ministério da Saúde, o tratamento deve ser recomendado em indivíduos assintomáticos, com contagem de linfócitos LT-CD4+ entre 200 e 350/mm³. Quanto mais próxima de 200 células/mm³ estiver a contagem de LT-CD4+ associada à carga viral plasmática elevada (maior que 100.000 cópias/mm³), maior o risco. Nesses indivíduos, a decisão de iniciar o tratamento dependerá da tendência de queda da contagem de linfócitos T CD4+ e/ou de elevação da carga viral, da motivação do paciente para iniciar o tratamento, sua capacidade de adesão e a presença de comorbidades. Desde 1996 o Brasil distribui o coquetel com a combinação de antirretrovirais para aqueles que necessitam do tratamento.

Um estudo realizado com 816 pacientes infectados com HIV no Haiti, acompanhados por 21 meses, demonstrou que o tratamento iniciado precocemente (mesmo em contagem de linfócitos maior que 350/mm³ e assintomáticos) diminuiu a taxa de mortalidade e do aparecimento de tuberculose nos pacientes infectados (Severe *et al.*, 2010).

O entendimento do uso dos antirretrovirais por parte dos pacientes e o conhecimento dos efeitos colaterais que podem surgir, consistem em fatores primordiais para bom desenvolvimento e eficácia do tratamento. Um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro conclui que existem períodos mais vulneráveis para que ocorra abandono do tratamento, como as fases iniciais. Além disso, foram identificados como fatores relacionados ao abandono a falta de uma rede social de apoio, as dificuldades socioeconômicas e aquelas relacionadas ao uso de antirretrovirais (Schilkowsky *et al.*, 2011).

Com relação aos efeitos que os antirretrovirais podem trazer aos pacientes, as Recomendações Para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV do Ministério da Saúde (2008) indicam que o aparecimento de distúrbios metabólicos secundários ao uso de antirretrovirais vem modificando o cuidado em HIV e AIDS. Um dos efeitos mais importantes é o risco de eventos cardiovasculares. Em um estudo realizado com idosos que fazem uso de terapia antirretroviral concluiu-se que esta utilização está associada com desenvolvimento de dislipidemia, diabetes e resistência à insulina, as quais se constituem em fatores de risco para doença cardiovascular. Mas o mecanismo fisiopatológico das alterações metabólicas ainda não está completamente entendido (Kramer *et al.*, 2009).



Segundo Soares e colaboradores (2008), existem várias doenças oportunistas infecciosas que acometem os pacientes com HIV. Sendo que as mais frequentes são candidíase oral e esofágica, pneumonia, toxoplasmose cerebral e ocular, tuberculose pulmonar, leishmaniose, sepses e *Cryptococcus sp.*

De acordo com Oliveira e colaboradores (2008), a prevalência de infecções vaginais como vaginose bacteriana, candidíase vaginal e tricomoníase é maior em mulheres infectadas pelo HIV.

Atualmente, as complicações oftalmológicas associadas ao HIV apresentaram diminuição significativa após o surgimento do uso combinado dos antirretrovirais inibidores de transcriptase e inibidores de protease (HAARTH - Highly Active Anti Retroviral Therapy). No período pós-HAART houve um aumento significativo do número de pacientes com exame oftalmológico normal e diminuição dos casos de retinite por citomegalovírus (CMV), quando comparados com os casos examinados no período pré-HAART (Arruda *et al.*, 2004).

Dos 100 pacientes estudados por Gerente e colaboradores (2004) 36% apresentaram alterações oculares associadas ao HIV, ativas ou inativas, sendo a transmissão predominante entre os pacientes heterossexuais; e a manifestação ocular mais frequente foi retinocoroidite por toxoplasmose.

Segundo Amorim e colaboradores (2009), a AIDS merece uma maior atenção por parte dos pesquisadores e dos órgãos de saúde por causa de sua gravidade, porém não apenas pelo alto índice de morbidade que ela provoca, mas também pelo âmbito social, econômico e de saúde pública. No estudo realizado, a distribuição etária foi ampla, acometendo indivíduos de 1 a 72 anos, revelando que a AIDS não atinge apenas a população sexualmente ativa. Constatou-se 9 casos de AIDS em crianças entre 1 e 8 anos, evidenciando a existência de transmissão da infecção do vírus pela mãe.

Segundo Havlir e colaboradores (2011), a tuberculose é uma das comorbidades mais prevalentes entre os pacientes HIV positivos, dentre os 806 indivíduos participantes da pesquisa 374 estavam com o diagnóstico confirmado da doença.

De acordo com Fernandes e colaboradores (2000), a criptococose é considerada umas das micoses mais frequentes em pacientes com AIDS e acomete principalmente o sistema nervoso central. A infecção pelo *C. neoformans var neoformans* é maior em relação ao *C. neoformans var gattii* independente da área geográfica de distribuição. Este fato ocorre devido à maior exposição dos indivíduos ao habitat deste fungo, que está relacionado na maioria dos casos a excrementos de fezes de pombos e aves; já o *C. neoformans var. gattii* é



encontrado em áreas com árvores de eucalipto. Em pacientes com meningite criptocócica, as manifestações clínicas são: cefaleia, vômito e febre. A incidência maior ocorreu em homens e o predomínio na faixa etária entre 20 e 30 anos, raramente acometendo crianças com AIDS.

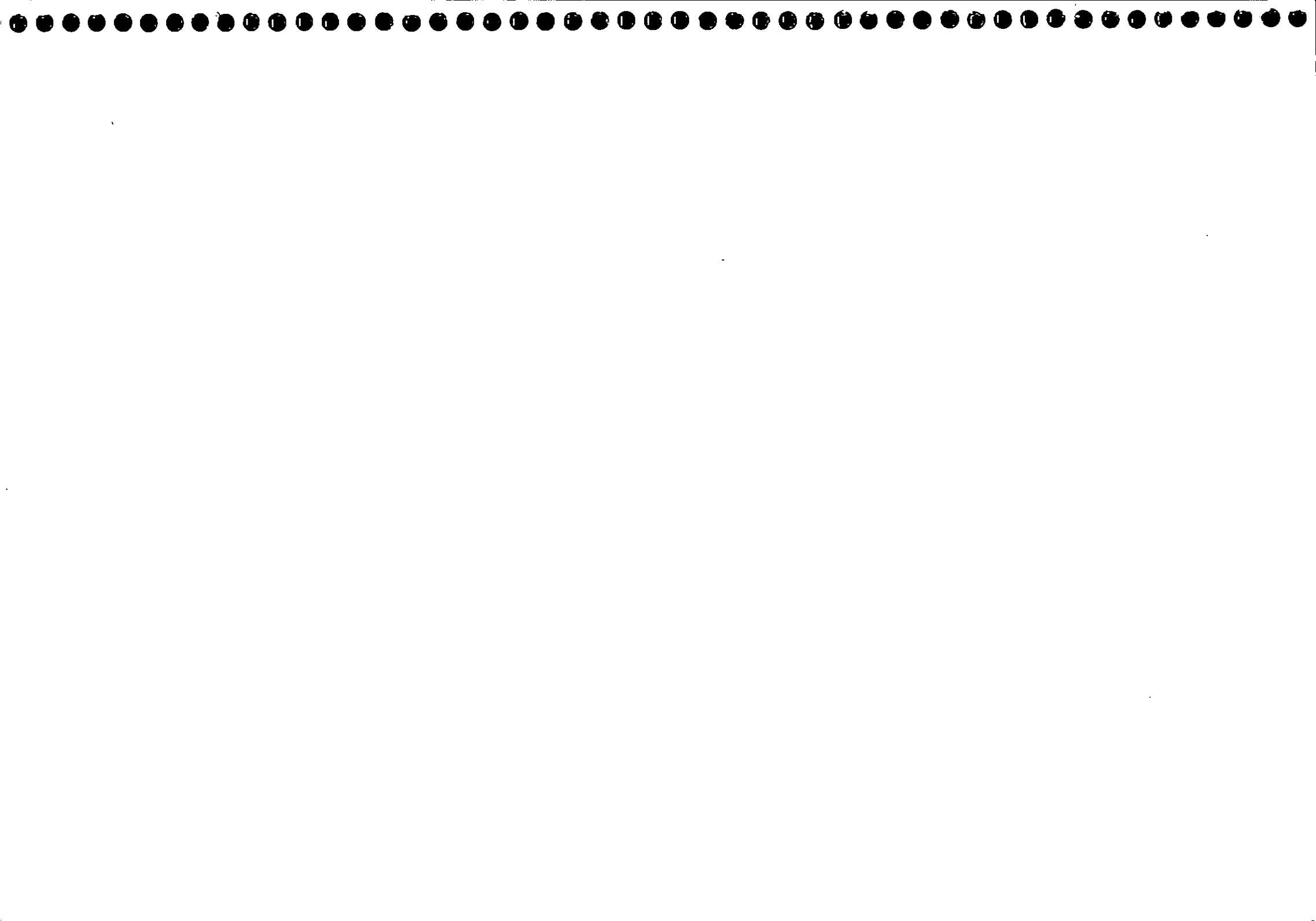
A maioria das doenças estomatológicas em pacientes HIV positivos foram descobertas durante o exame clínico e a lesão com prevalência isolada foi a candidíase oral. Outras lesões também foram encontradas como: a ulceração aftosa recorrente, herpes labial, gengivite ulcerativa necrosante aguda, carcinoma epidermoide e língua saburrosa (Amorim *et al.*, 2009).

De acordo com Campos e colaboradores (2008), a co-infecção paracoccidioidomicose/AIDS foi relativamente baixa no pacientes estudado cerca de 6,6% num total de 76 pacientes. Os pacientes infectados habitavam a área urbana, sendo incomum quando comparada as outras micoses sistêmicas e superficiais.

A maioria dos pacientes com co-infecção HIV/hepatite C pertence à categoria de aposentado/afastado, sendo considerados fatores de risco: manipular sangue na atividade profissional; beber moderada ou excessivamente; início da vida sexual antes dos 15 anos; ter relação sexual com 4 ou mais parceiros sexuais na vida; ser homem homossexual; realizar prática de sexo anal e oral; ter histórico de pelo menos uma DST; ter parceiro sexual infectado ou desconhecer o status sorológico do parceiro; ter parceiro sexual hemotransfundido; ser separado/viúvo; uso pregresso ou atual de drogas ilícitas; e compartilhar seringas e canudos (Silva; Barone, 2006).

Na última década, a infecção pelo HIV passou a ser considerada como uma doença crônica, com possibilidades de complicações de longo prazo observadas no decorrer do tratamento. Com a melhoria da terapia antirretroviral, notou-se uma diminuição da morte imediata pela doença, o que representou uma queda de 50% da mortalidade por AIDS no país e a sobrevida dos portadores cresceu 12 vezes, passando de cinco meses, quando do aparecimento da doença e quando não havia tratamento, para quase cinco anos. Com isso notou-se a necessidade de se dar mais atenção ao acometimento de doenças crônicas como: aumento de peso, redistribuição de gordura corporal e obesidade, fatores de risco para uma série de novas patologias associadas a doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e diminuição da densidade óssea além de problemas no fígado, em pacientes com hepatite tipo B ou C (Pereira *et al.*, 2009).

Entretanto, ainda observa-se uma forte presença de doenças oportunistas, como a elevação das taxas de co-infecção pelo vírus do HIV e bacilo da tuberculose que são os principais responsáveis pelo aumento da mortalidade entre os pacientes co-infectados, por



isso é imprescindível agir no sentido de diminuir a prevalência da infecção pelo *M. tuberculosis* para diminuir a incidência da tuberculose na população infectada com o HIV (Jamal *et al.*, 2007).

2.JUSTIFICATIVA

Juiz de Fora é considerado o segundo maior complexo de assistência às pessoas com AIDS de Minas Gerais, sendo atualmente o polo de atendimento e referência para 110 municípios da região. É importante conhecer as características dessa enfermidade de alta prevalência e morbidade para determinar o prognóstico e a sobrevida dos pacientes atendidos no Serviço de Atendimento Especializado (SAE). Através da comparação dos dados encontrados com os dados epidemiológicos do Brasil, pode-se obter o nível de desenvolvimento e a resposta dos pacientes acometidos que são tratados por meio do serviço público oferecido pelo país.

3.OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever as características clínicas, epidemiológicas e demográficas de pacientes com HIV/AIDS, atendidos no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Juiz de Fora - MG.

3.2 Específicos

- 3.2.1 Indicar qual é a fonte de transmissão predominante nos pacientes.
- 3.2.2 Verificar quais são as infecções oportunistas mais prevalentes.
- 3.2.3 Analisar o uso de terapia antirretroviral dos pacientes atendidos.



4. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho resultou de um estudo retrospectivo de revisão de prontuários de pacientes HIV/AIDS, devidamente cadastrados no Serviço de SAE, durante o período de 2008 a 2012.

Foi realizada uma análise descritiva das características clínicoepidemiológicas dos pacientes e avaliação de: dados de identificação, escolaridade, estado laboral atual, mecanismo de transmissão, tempo de diagnóstico do HIV, exames laboratoriais (contagem de LT-CD4+, carga viral), terapia antirretroviral, infecções oportunistas e status de acompanhamento. Os dados usados neste trabalho foram coletados no período entre outubro de 2012 a janeiro de 2014 em protocolo específico (Anexo 1).

Uma vez realizada a coleta de dados, os mesmos foram tabulados, foi criado um banco de dados e armazenado no programa Access 2007, Microsoft® Corporation, USA. Procedeu-se para a análise estatística, utilizando o programa estatístico Epi Info 3.5.3, Centers for Disease Control and Prevention®, USA. Foram calculadas medidas de frequência com intervalos de confiança de 95%. Utilizou-se o teste *t* de student para comparar variáveis contínuas e o teste de qui-quadrado para variáveis categóricas. Foi fixado em 5% o nível de rejeição para a hipótese de nulidade. Para uma melhor visualização dos resultados, os dados foram agrupados e apresentados em tabelas e gráficos.

Este estudo foi realizado, considerando os aspectos éticos pertinentes a pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS 466/12 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde). Todas as informações obtidas serão confidenciais e asseguramos sigilo absoluto.

A pesquisa foi realizada após obter a aprovação dos Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil, mediante o Parecer nº 171.396 (Anexos 2).

5. RESULTADOS

Foram analisados 1.047 prontuários de pacientes portadores do HIV/AIDS que foram cadastrados no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Juiz de Fora, durante o período de 60 meses desde 01/01/2008 a 31/12/2012.



Foi realizada uma análise retrospectiva de revisão de prontuários de pacientes portadores do HIV/AIDS do ponto de vista sócio demográfico e de variáveis do provável modo de transmissão, o uso de terapia antirretroviral e de infecções oportunistas.

A distribuição quanto ao gênero dos pacientes apresentou prevalência do sexo masculino (62,6%). A maioria dos pacientes pertenciam à raça branca (51,5%); 64,5% eram solteiros; 37,4% com escolaridade no ensino fundamental; 55,4% informando ser da religião católica; apenas 40,8% tinham filhos e destes, 0,6% eram portadores do HIV; a procedência em sua maioria era de outras cidades (Tabela 1).

A queixa principal que levou os pacientes a procurarem o atendimento médico para o diagnóstico foi o emagrecimento (2,4%), seguido de diarreia (1,5%) (Tabela 2).

As principais infecções oportunistas encontradas em ordem decrescente de frequência foram tuberculose (5,7%) e toxoplasmose (4,9%). As principais profilaxias de infecções oportunistas realizadas em ordem decrescente foram: pneumonia (2,1%), hepatite B (1,9%), toxoplasmose (1,5%), pneumocistose (1%) candidíase (0,8%) e tuberculose (0,8%). As principais infecções oportunistas encontradas em ordem decrescente de frequência foram tuberculose (5,7%) e toxoplasmose (4,9%). As principais profilaxias de infecções oportunistas realizadas em ordem decrescente foram: pneumonia (2,1%), hepatite B (1,9%), toxoplasmose (1,5%), pneumocistose (1%) candidíase (0,8%) e tuberculose (0,8%) (Tabela 3).

A forma de infecção mais frequente foi a sexual, correspondendo a 36,5% dos casos. O uso de medicação antirretroviral foi anotada em 64,8% dos pacientes, sendo a contagem de LT-CD4+ menor que 300 o principal motivo para início da TARV. A contagem de LT-CD4 superior a 500 células/mm³ estava presente em cerca de 84,8% dos pacientes, sendo que a maioria dos pacientes apresentou a contagem de LT-CD4+ entre 200 e 350 células/mm³ (16,8%). A carga viral superior a 100.000 cópias/mm³ foi encontrada em 83,2%. A quimioprofilaxia estava sendo realizada em 22,6% dos pacientes (Tabela 4).

O tempo transcorrido entre o diagnóstico de infecção pelo HIV/AIDS e o início da terapia antirretroviral mais frequentemente encontrado foi de seis meses ou menos em 38,2% dos casos (Tabela 5).

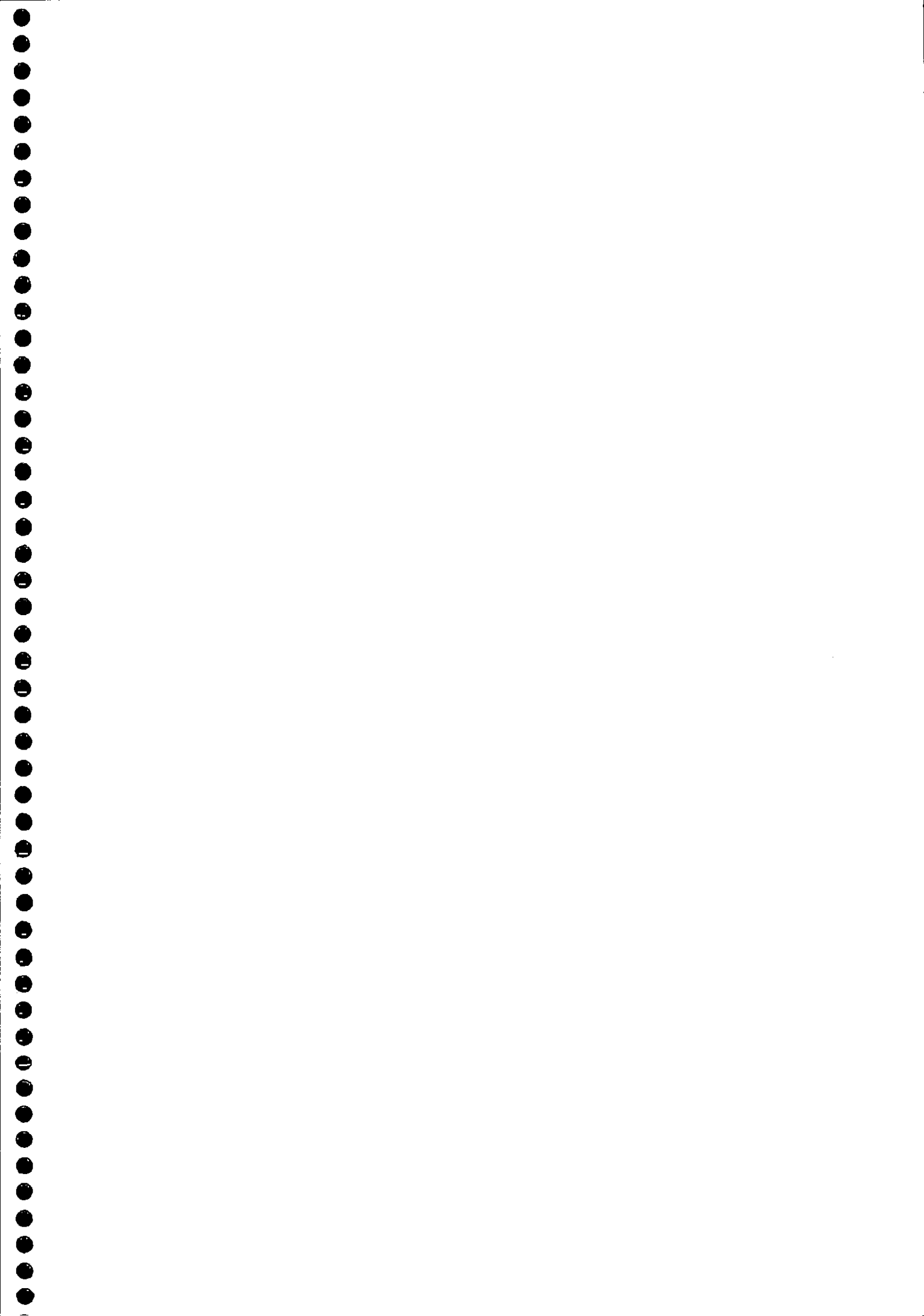
A mortalidade foi de 6% durante o período de 2008 a 2012, com 34 óbitos em pacientes com a contagem de LT-CD4+ menor que 500 células/mm³ (Tabela 2).

Foi estatisticamente significativa o tempo entre o diagnóstico e o início da terapia e o controle ambulatorial em relação ao desfecho óbito (Tabela 6).



Tabela 1 - Distribuição dos pacientes portadores do HIV/AIDS no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012 cadastrados no SAE de Juiz de Fora.

	N	%		N	%
Sexo			Naturalidade		
Masculino	655	62,5	Juiz de Fora	405	38,6
Feminino	392	37,5	Outra cidade	641	61,4
Etnia			Filhos		
Branca	539	51,4	Sim	428	40,8
Parda	183	17,5	Não	579	55,2
Negra	287	27,4	Não informado	39	3,0
Outra	2	0,1			
Não informado	34	3,6			
Estado civil			Religião		
Solteiro	676	64,5	Católica	581	55,4
Casado	187	17,8	Evangélica	180	17,2
Separado	40	3,8	Espírita e outras	70	6,7
Divorciado	63	6,0	Não informado	217	20,7
Viúvo	50	4,8			
Não informado	30	3,1			
Escolaridade			Filhos portadores do HIV		
Analfabeto	7	0,6	Sim	7	0,6
Primário	199	18,9	Não	67	6,4
Ensino Fundamental	392	37,4	Não informado	972	93,0
Ensino Médio	304	29,0			
Superior	87	8,3			
Não informado	58	5,8			



A associação entre a sintomatologia ao diagnóstico e a contagem de LT-CD4+ não foi estatisticamente significativo.

Não foi detectada associação significativa das infecções oportunistas: hepatite B, hepatite C, toxoplasma, herpes, pneumonia, HPV e pneumocistose. Entretanto, foi estatisticamente significativo em: tuberculose, sífilis e candidíase.

Houve maior mortalidade em pacientes com contagem de LT-CD4+ maior que 500 células/mm³, não sendo estatisticamente significativo.

Tabela 2 - Distribuição da contagem de LT-CD4+ em função dos principais sintomas, infecções oportunistas e óbito.

	Contagem de Linfócito TCD4							p-valor
	Menor que 500		Maior que 500		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Sintomas								
Febre	7	1,40	1	1,10	8	1,30	0,829	
Emagrecimento	20	3,90	1	1,10	21	3,50	0,174	
Hiporexia	2	0,40	-	-	2	0,30	0,548	
Diarreia	11	2,10	-	-	11	1,80	0,156	
Tosse	4	0,80	-	-	4	0,70	0,395	
Outros	28	0,06	2	0,02	30	0,05	0,18	
Infecções oportunistas								
Hepatite B	15	2,90	4	4,30	19	3,10	0,473	
Hepatite C	24	4,70	6	6,50	30	5,00	0,456	
Tuberculose	42	8,20	1	1,10	43	7,10	0,015	
Toxoplasma	30	5,9	6	6,50	36	6,00	0,805	
Sífilis	9	1,80	5	5,40	14	2,30	0,031	
Candidíase	34	6,60	1	1,10	35	5,80	0,036	
Herpes	18	3,50	-	-	18	3,00	0,068	
Pneumonia	20	3,90	2	2,20	22	3,60	0,414	
HPV	9	1,80	-	-	9	1,50	0,200	
Pneumocistose	13	2,50	2	2,20	15	2,50	0,836	
Óbito								
Sim	34	6,60	2	2,20	36	6,00		
Não	478	93,40	90	97,80	568	94,00	0,096	



Não foi detectada associação significativa do ano em função das principais infecções oportunistas (hepatite C, tuberculose, candidíase, pneumonia, pneumocistose e herpes) e as principais profilaxias de infecções oportunistas (toxoplasmose, pneumocistose e tuberculose). Porém, a associação do ano em função das principais infecções oportunistas (hepatite B, toxoplasmose e sífilis) e as principais profilaxias de infecções oportunistas (pneumonia, hepatite B e candidíase) foi estatisticamente significativo.

Tabela 3 - Distribuição da profilaxia e das infecções oportunistas em função do ano.

	Ano												
	2008		2009		2010		2011		2012		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Infecções oportunistas													
Hepatite B	4	1,90	2	0,90	2	1,20	11	4,90	6	2,80	25	2,40	0,044
Hepatite C	7	3,30	8	3,60	9	5,20	12	5,40	8	3,70	44	4,20	0,731
Tuberculose	9	4,20	11	5,00	15	8,70	10	4,50	15	6,90	60	5,70	0,262
Toxoplasma	12	5,60	6	2,70	9	5,20	19	8,50	5	2,30	51	4,90	0,018
Sífilis	3	1,40	1	0,50	2	1,20	9	4,00	7	3,20	22	2,10	0,048
Candidíase	12	5,60	8	3,60	7	4,10	6	2,70	5	2,30	38	3,60	0,397
Herpes	6	2,80	6	2,70	2	1,20	5	2,20	8	3,70	27	2,60	0,624
Pneumonia	9	4,20	6	2,70	3	1,70	7	3,10	5	2,00	30	2,90	0,656
HPV	1	0,50	2	0,90	2	1,20	4	1,80	3	0,01	12	1,10	0,748
Pneumocistose	7	3,30	6	2,70	-	-	5	2,20	2	0,90	20	1,90	0,114
Profilaxia da infecção oportunista													
Tuberculose	-	-	4	1,80	1	0,60	2	0,90	1	0,50	8,0	0,80	0,265
Toxoplasmose	3	1,40	5	2,30	1	0,60	5	2,20	2	0,90	16	1,50	0,538
Pneumonia	1	0,50	11	5,00	4	2,30	2	0,90	4	1,90	22	2,10	0,010
Pneumocistose	3	1,40	1	0,50	1	0,60	5	2,20	-	-	10	1,00	0,122
Hepatite B	-	-	-	-	-	-	-	-	20	9,30	20	1,90	0,000
Candidíase	-	-	1	0,50	5	2,90	2	0,90	-	-	8,0	0,80	0,007



Não foi detectada associação significativa da comparação entre os anos do sexo e contagem de LT-CD4+. Porém, foi estatisticamente significativo em relação ao modo de aquisição, uso de Terapia Antirretroviral, contagem de carga viral, profilaxia das infecções oportunistas e controle ambulatorial.

Tabela 4 - Distribuição da transmissão e tratamento dos pacientes portadores de HIV, cadastrados no SAE em função do ano.

	2008		2009		2010		Ano 2011		2012		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo													
Feminino	88	40,9	93	42,1	64	37,2	70	31,3	77	35,6	392	37,4	0,139
Masculino	127	59,0	128	57,9	108	62,7	153	68,6	139	64,3	655	62,5	
Modo de aquisição													
Transfusão sanguínea	-	-	3	1,4	1	0,6	-	-	1	0,5	5	0,5	0,000
Sexual	72	33,5	62	28,1	52	30,2	49	22,0	116	53,7	351	33,5	
Drogas injetáveis	6	2,8	2	0,9	9	5,2	14	6,3	6	2,8	37	3,5	
Outro	-	-	8	3,6	-	-	-	-	1	0,5	9	0,9	
Não informado	137	63,7	146	66,1	110	64,0	160	71,7	92	42,6	645	61,6	
Terapia Antirretroviral													
Sim	136	63,3	162	73,3	118	68,6	137	61,4	125	57,9	678	64,8	0,007
Não	79	36,7	59	26,7	54	31,4	86	38,6	91	42,1	369	35,2	
Contagem de LT-CD4+													
Até 100	33	15,3	33	14,9	22	12,8	29	13	24	11,1	141	13,5	0,079
100 a 200	22	10,2	30	13,6	21	12,2	25	11,2	23	10,6	121	11,6	
200 a 350	39	18,1	39	17,6	34	19,8	26	11,7	38	17,6	176	16,8	
350 a 500	7	3,3	20	9,0	14	8,1	13	5,8	23	10,6	77	7,4	
Mais de 500	11	9,8	19	13,5	12	11,7	26	21,8	24	18,2	92	15,2	
Não informado	103	47,9	81	36,7	69	40,1	105	47,1	85	39,4	443	42,3	
Contagem de carga viral													
Menos de 100.000	171	79,5	170	76,9	152	88,4	195	87,4	183	84,7	871	83,2	0,000
Mais de 100.000	44	20,5	51	23,1	20	11,6	28	12,6	33	15,3	176	16,8	
Não informado	14	6,5	13	5,9	5	2,9	25	11,2	16	7,5	73	7,0	
Profilaxia de infecção oportunista													
Sim	20	9,3	48	21,7	51	29,7	69	30,9	48	22,4	236	22,6	0,000
Não	181	84,2	160	72,4	116	67,4	129	57,8	150	70,1	736	70,4	
Controle ambulatorial													
Adequado	105	48,8	121	54,8	92	53,5	118	52,9	147	68,1	583	55,7	0,001
Não adequado	110	51,2	100	45,2	80	46,5	105	47,1	69	31,9	464	44,3	



Não foi detectada associação significativa do desfecho óbito em função do uso da terapia antirretroviral, tempo entre o diagnóstico e início da terapia antirretroviral, contagem de carga viral e controle ambulatorial. Todavia, a associação do gênero em função do motivo do início da terapia antirretroviral, contagem de LT-CD4+ e profilaxia de infecção oportunista foi estatisticamente significativo.

Tabela 5 - Distribuição do tratamento em função do gênero.

	Gênero						p-valor
	Feminino		Masculino		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Uso da Terapia Antirretroviral							
Sim	246	62,8	432	66,0	678	64,8	0,264
Não	146	37,2	223	34,0	369	35,2	
Motivo de início da Terapia Antirretroviral							
LT-CD4+ < 300	96	24,6	202	31,0	298	28,6	0,005
Infecção oportunista ou outra condição definidora de AIDS	77	19,7	168	25,8	245	23,5	
Gestação	46	11,8	-	-	46	4,4	
Outra	17	4,3	20	3,1	37	3,6	
Não informado	155	39,6	261	40,1	416	39,9	
Tempo entre o diagnóstico e início da Terapia Antirretroviral							
6 meses ou menos	154	39,3	250	38,2	404	38,6	0,241
Até 1 ano	38	9,7	61	9,3	99	9,5	
Entre 2 a 5 anos	32	8,2	55	8,4	87	8,3	
Entre 5 a 10 anos	2	0,5	18	2,7	20	1,9	
Mais de 10 anos	1	0,3	1	0,2	2	0,2	
Não informado	155	42,1	270	41,2	435	41,5	
Contagem de LT-CD4+							
Mais de 500	171	78,1	341	88,6	512	84,8	0,001
Menos de 500	48	21,9	44	11,4	92	15,2	
Contagem de carga viral							
Menos de 100.000	60	15,3	116	17,7	176	16,8	0,314
Mais de 100.000	332	84,7	539	82,3	871	83,2	
Profilaxia de infecção oportunista							
Sim	65	16,6	171	26,1	236	22,6	0,000
Não	307	78,5	429	65,6	736	70,4	
Não informado	19	4,9	54	8,3	73	7,0	
Controle ambulatorial							
Adequado	223	56,9	360	55,0	583	55,7	0,544
Não adequado	169	43,1	295	45,0	464	44,3	



Não foi detectada associação significativa do desfecho óbito em função do gênero, etnia, modo de transmissão, terapia antirretroviral e idade ao diagnóstico. Porém, do tempo entre o diagnóstico e o início da terapia antirretroviral e controle ambulatorial foi estatisticamente significativo.

Tabela 6 - Frequência de óbito relacionado a diversos fatores sobre a AIDS.

	Óbito						p-valor
	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Feminino	31	37,3	361	37,4	392	37,4	0,986
Masculino	52	62,7	603	62,6	655	62,6	
Etnia							
Branca	31	37,3	508	52,7	539	51,5	0,069
Parda	19	22,9	164	17,0	183	17,5	
Negra	31	37,3	256	26,6	287	27,4	
Outra	-	-	2	0,2	2	0,2	
Não informado	2	2,4	34	3,5	36	3,4	
Modo de aquisição							
Transusão sanguínea	-	-	5	0,5	5	0,5	0,820
Sexual	18	21,7	333	34,5	351	33,5	
Drogas injetáveis	2	2,4	35	3,6	37	3,5	
Outros	-	-	9	0,9	9	0,9	
Não informado	63	75,9	582	60,4	645	61,6	
Idade ao diagnóstico							
Até 18 anos	-	-	3	0,4	3	0,3	0,088
18 a 30 anos	11	13,6	179	22,6	190	21,7	
31 a 40 anos	28	34,6	266	33,5	294	33,6	
41 a 50 anos	19	23,5	208	26,2	227	26,0	
51 a 60 anos	14	17,3	97	12,2	111	12,7	
Mais de 60 anos	9	11,1	40	5,0	49	5,6	
Não informado	2	2,4	171	17,7	83	16,5	
Tempo entre o diagnóstico e o início da Terapia							
Até 6 meses	37	44,6	367	38,1	404	38,6	0,001
Até 1 ano	1	1,2	98	10,2	99	9,5	
Entre 2 a 5 anos	-	-	87	9,0	87	8,3	
Entre 5 a 10 anos	-	-	20	2,1	20	1,9	
Mais de 10 anos	-	-	2	0,2	2	0,2	
Não informado	45	54,2	390	40,5	435	51,5	
Uso de Terapia Antirretroviral							
Sim	46	55,4	632	65,6	678	64,8	0,640
Não	37	44,6	332	34,4	369	35,2	
Controle ambulatorial							
Adequado	31	37,3	552	57,3	583	55,7	0,000
Não adequado	52	62,7	412	42,7	464	44,3	

6. DISCUSSÃO

Dos prontuários analisados, o gênero masculino foi predominante nesta pesquisa com 62,6% (655) dos pacientes e a razão homem/mulher foi de 1,67:1. Este dado demonstra a evolução da epidemia na população feminina e é compatível com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, através do site do Departamento de AIDS e Hepatites Virais no ano de 2010, o qual demonstrou que o número de casos é maior entre homens do que entre mulheres. Porém essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1989, a razão de sexo era de cerca de 6 casos de AIDS no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2009, chegou a 1,6 casos em homens para cada 1 caso em mulheres, com a incidência de 25 por 100.000 habitantes no sexo masculino e 15,5 por 100.000 habitantes no sexo feminino. No estudo de Pieri e Laurenti (2009), que analisou pacientes internados no Hospital Universitário de Londrina - PR, foi encontrado 62% pertencentes ao sexo masculino e 38%, feminino, corroborando esses dados.

Em nossa pesquisa, 61,3% (642) dos pacientes não são provenientes da cidade de Juiz de Fora caracterizando o crescente número de casos em moradores de pequenas cidades e zonas rurais, o que também foi demonstrado pelo estudo de Nunes e colaboradores (2008) realizado com pacientes internados no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, durante os anos de 2004 e 2005.

Dos dados analisados, 392 (37,4%) pacientes possuíam como nível de escolaridade predominante o primeiro grau. No estudo de Soares e colaboradores (2008), que analisou as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes do Instituto de Doenças Tropicais Natan Portella em Teresina - Piauí, demonstrou que 613 dos 827 pacientes possuíam ensino primário. Assim como no estudo de Nunes e colaboradores (2008), o qual 181 (49,8%) dos pacientes possuíam primário incompleto. A escolaridade tem sido utilizada como marcador da situação socioeconômica, e o aumento na proporção de casos de AIDS naqueles indivíduos com menor escolaridade tem sido denominado pauperização da epidemia.

Quanto à religião, 55,4% do total são católicos seguido por 17,2% de evangélicos. No artigo de Alexandre e colaboradores (2008) que realizou um estudo epidemiológico no Vale do Sinos – Rio Grande do Sul, demonstrou que 69,4% eram católicos seguido por 21,8% de evangélicos. Esse predomínio de católicos nas duas pesquisas é justificado pela formação histórica brasileira, com a presença da Igreja Católica desde o Período Colônia.



O modo de transmissão mais provável do HIV não foi informado por 61,6% dos pacientes. Porém daqueles que obtivemos esta informação, 33,5% (351) relatam a via sexual como principal comportamento de risco. Esse resultado foi semelhante ao encontrado no nosso estudo de Ravetti (2008), o qual o modo de transmissão mais provável do HIV não foi informado por 74,4%, seguido da via sexual em 20,2% como mais relatada. Assim sendo, o tratamento antirretroviral iniciado precocemente, independente da contagem de LT-CD4+ e carga viral, tem como finalidade a redução do risco de transmissão do HIV, sendo de muita importância, já que o principal modo de transmissão encontrado foi a via sexual. Além disso, demonstra que a educação básica de saúde pode esclarecer e impedir os riscos de contaminação, em especial, quanto aos adultos jovens.

Quando o controle ambulatorial é adequado, reduz-se a taxa de óbito (37,3% dos pacientes que realizaram controle ambulatorial adequado foram a óbito e 62,7% que realizaram o controle ambulatorial inadequadamente), como demonstrado no nosso trabalho. No estudo de Ravetti (2008), 4,6% dos pacientes que realizavam controle adequado foram a óbito, sendo 11,4% dos pacientes com controle ambulatorial inadequado. Assim sendo, além do início precoce da TARV ser uma ferramenta importante para o aumento da expectativa de vida, deve-se considerar o controle ambulatorial adequado.

A queixa principal que levou os pacientes a procurarem o atendimento médico foi o emagrecimento, seguida pela diarreia, aumento da temperatura corpórea, tosse, vômitos, hiporexia, fadiga e náuseas. De acordo com Ravetti (2008), as principais sintomatologias encontradas no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG foram: a febre (46,6%), seguida pela diarreia (30,5%), tosse (28,8%), dispneia (21,2%), astenia e cefaleia (13,6%).

A infecção oportunista que apresentou maior prevalência foi a toxoplasmose com 5,4% entre as mulheres, seguida pela candidíase com 4,1% dos casos, entre os anos de 2008 e 2012 em Juiz de Fora - MG. Em contraste com o presente estudo, de acordo com de Travassos e colaboradores (2012), a infecção oportunista de maior ocorrência em mulheres, em Salvador - BA, é o HPV com 15% seguido pela candidíase com 11,1%, entre os anos de 2010 e 2011.

O desfecho óbito foi observado em 11,1% entre a faixa etária de 60 anos ou mais dentro do período de 5 anos. Estes dados são coincidentes com o trabalho realizado previamente por Sousa e colaboradores (2009), que encontrou 10% de óbito no período de janeiro de 2004 a 28 de fevereiro de 2008 em indivíduos com mais de 59 anos, permitindo deduzir que a sobrevida desses indivíduos está aumentando devido ao tratamento, controle



ambulatorial adequado ou à subnotificação dos óbitos realizada pelos médicos, muitas vezes pela resistência em colocar na Declaração de Óbito que a morte foi causada pela AIDS.

A mortalidade foi maior entre os homens obtendo um percentual de 62,7% o que também prevaleceu no artigo de Fonseca e colaboradores (2012), o qual demonstrou 44,9% no período entre 1980 e junho de 2009; chegando a 44,9%, no período entre 1980 e junho de 2009.

7. CONCLUSÃO

Os pacientes portadores do HIV/AIDS que procuraram o SAE de Juiz de Fora eram 62,6% do sexo masculino, 64,5% solteiros, 51,5% de etnia branca, 37,4% com escolaridade baixa, 55,4% informando ser da religião católica, apenas 40,8% tinham filhos e destes, 0,6% eram portadores do HIV. Os resultados demonstraram nessa população a feminilização, que reflete a expansão da epidemia entre as mulheres. A procedência era em sua maioria de outras cidades, demonstrando a tendência atual da epidemia de interiorização. O tempo transcorrido entre o diagnóstico de infecção pelo HIV/AIDS e o início da terapia antirretroviral mais frequentemente encontrado foi de seis meses ou menos em 38,2% dos casos.

A importância da transmissão sexual demonstra que a educação básica de saúde pode esclarecer e impedir os riscos de contaminação, em especial, quanto aos adultos jovens.

A adesão à terapia antirretroviral é fundamental para aumentar a sobrevida, assim como o controle ambulatorial adequado.

A mortalidade foi de 6% durante o período de 2008 a 2012, com 34 óbitos em pacientes com a contagem de L TCD4 menor que nos que 500 células/mm³.

Apesar de se tratar do serviço de referência, a qualidade dos prontuários comprometeu a análise da pesquisa, principalmente no que se refere à epidemia, intercorrências clínicas, co-infecção com as hepatites e sua prevenção. Não foi evidenciado nenhum protocolo de prevenção e tratamento da tuberculose. A vulnerabilidade do trabalho também decorreu da natureza dos dados secundários, que pode levar a problemas inerentes à confiabilidade da informação seja por erros decorrentes de escrita e/ou de registro, e a própria cobertura da informação, impondo restrições quanto à validade dos dados apresentados.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Almeida RR. Imunogenicidade de vacinas de DNA codificando peptídeos conservados e promíscuos do HIV-1, em camundongos BALB/c [Dissertação de Mestrado]. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2011
- 2.Alves KCLRP, Fram DS, Diccini S, Belasco AGS, Barbosa DA. Prevalência e fatores de risco associados à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em parturientes. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22 (3):307-12
- 3.Amorim JA, Souza FMB, Costa EB, Carneiro VSM, Lucena AAG. Prevalência das doenças estomatológicas em pacientes HIV positivos. *Odontologia Clínica Científica.* 2009; 8 (2):127-31
- 4.Arruda RF, Muccioli C, Belfort R. Achados oftalmológicos em infectados pelo HIV na era pós-HAART e comparação com série de pacientes avaliados no período pré-HAART. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(2): 148-52
- 5.Boletim Epidemiológico AIDS 2011. [serial online] 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_preliminar3_pdf_20265.pdf
- 6.BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2007/2008. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. 2008
- 7.Campos MVS, Penna GO, Castro CN, Moraes MAP, Ferreira MS, Santos JB. Paracoccidioidomicose no Hospital Universitário de Brasília. *Rev Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* 2008; 41(2):169-72
- 8.Coelho HC, Perdoná GC, Neves FR, Passos ADC. HIV prevalence and risk factors in a Brazilian Penitentiary. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23 (9):2197-204



- 9.CDC Morbidity and Mortality Weekly Report – Thirty Years of HIV. [serial online] 2011 Out. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6021a1.htm>

- 10.DATASUS. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde. [serial online] 2013 Mar. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/mg.def>

- 11.Fernandes OFL, Costa TR, Costa MR, Soares AJ, Pereira AJSC, Silva MRR. *Cryptococcus neoformans* isolados de pacientes com AIDS. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2000; 33 (1):75-8

- 12.Ferreira MP, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. Rev Saúde Pública 2008; 42 (Supl 1):65-71

13. Fonseca, MO; Tupinambás, U; Sousa, AIA; Baisley, K; Greco, DB; Rodrigues, Laura. Profile of patients diagnosed with AIDS at age 60 and above in Brazil, from 1980 until June 2009, compared to those diagnosed at age 18 to 59 Original Research Article. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, Volume 16, Issue6, November–December 2012, Pages 552-557.

- 14.Gao F, Bailes E, Robertson DL, Chen YL, Rodembrug CM, Michael SF, Cummins LB, Arthur LO, Peeters M, Shaw GM, Sharp PM, Hahn BH. Origin of HIV-1 in the chimpanzee *Pan troglodytes troglodytes*. Nature, 1999; 397: 436-41

- 15.Gerente VM, Spada FR, Santos EM, Rossi EE, Coelho AI. Manifestações oculares de pacientes HIV positivos atendidos no serviço de oftalmologia do Hospital Regional de São José- Sc. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2004

- 16.Gianvecchio RP, Goldberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. Caderno de Saúde Pública. 2005; 21 (2):581-88

- 17.Gumbo FZ, Duri K, Kandawasvika GQ, Kurewa NE, Mapingure MP, Munjoma MW, Rusakaniko S, Chirenje MZ, Stray-Pedersen B. Risk factors of HIV vertical transmission in a



cohort of women under a PMTCT program at three peri-urban clinics in a resource-poor setting. *Journal of Perinatology*. 2010; 30:717-23

18.Havlir DV, Kendall MA, Ive P, Kumwenda J, Swindells S, Qasba SS, et al. Timing of Antiretroviral Therapy for HIV-1 Infection and Tuberculosis. *New England Journal of Medicine*. 2011; 365:1482-91

19.HIV and Its Treatment – FDA-Approved Anti-HIV Medications. [serial online] 2011 Dez. Disponível em: <http://www.aidsinfo.nih.gov>

20.Jamal LF, Moherdaui F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41 (Supl. 1):104-10.

21.Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. [serial online] 2011 Set. Disponível em: URL: http://www.unaids.org/globalreport/Epi_slides_fr.htm

22.Klimas N, Koneru AO, Fletcher MA. Overview of HIV. *Psychosomatic Medicine*. 2008, 70:525-30

23.Kramer AS, Lazzaroto AR, Sprinz E, Manfroí WC. Alterações metabólicas, terapia antirretroviral e doença cardiovascular em Idosos portadores de HIV. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93 (5):561-8

24.Lazzarotto, AR; Kramer, AS; Hädrich, M; Tonin, M; Caputo, P; Sprinz, E. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(6):1833-1840,2008

25.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres. Brasília (DF); 2003

26.Ministério da Saúde, Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV. Brasília (DF); 2008



- 27.Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília (DF); 2010
- 28.Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O que é HIV. [serial online] 2011 Set. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>
29. Nunes, AA; Silva-Vergaro ML; Melo IM; Silva ALA; Rezende, LSA; Guimarães PB. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com HIV/Aids internados em um hospital de ensino do Brasil. *Rev Panam Infectol* 2008;10(3):26-31.
- 30.Oliveira PM, Mascarenhas RE, Ferrer SR, Oliveira RPC, Travessa IEM, Gomes MVC, Grassi MFR. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(3):121-26
- 31.Palmisano L, Vella S. A brief history of antiretroviral therapy of HIV infection: success and challenges. *Ann Ist Super Sanità.* 2011; 47 (1):44-8
- 32.Pereira CCA, Machado JC, Rodrigues RN. Perfis de causas múltiplas de morte relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos, Brasil, 2001. *Cad Saúde Pública* 2009; 23 (3):645-55
- 33.Pieri FM, Laurenti R. HIV/AIDS: Perfil epidemiológico de adultos internados em Hospital Universitário. *Cienc Cuid Saude* 2012; 11(suplem.):144-152
- 34.Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo EC, Carneiro RM. AIDS e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 à 2000. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10 (3):338-51
- 35.Prado RR, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Estado de São Paulo: uma explicação do modelo espaço-temporal bayesiano completo. *Revista da sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2009; 42(5):537-42
- 36.Ravetti CG. Contribuição ao estudo da atenção médica em pronto atendimento aos pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana no hospital das clínicas da



Universidade Federal de Minas Gerais, pronto socorro clínico referencial da região metropolitana de Belo Horizonte. 2008. 70 f.. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

37.Rozman MA, Alves IS, Porto MA, Gomes PO, Ribeiro NM, Nogueira LAA, Caseiro MM, Silva VA, Massad E, Burattini MN. HIV infection and related risk behaviors in a community of recyclable waste collectors of Santos, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2008; 42 (5):838-43

38.Schilkowsky LB, Portela MC, Sá MC. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro, RJ. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2011; 14(2):187-97

39.Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde do adulto HIV/AIDS. [serial online] 2011 jul. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaHIVAIDS.pdf>

40.Severe P, Juste MAJ, Ambroise A, Eliacin L, Marchand C, Apollon S, et al. *The New England Journal of Medicine* 2010; 363:257-65

41.Silva ACM, Barone AA. Fatores de risco para infecção pelo HIV em pacientes com o vírus da hepatite C. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (3):482-8

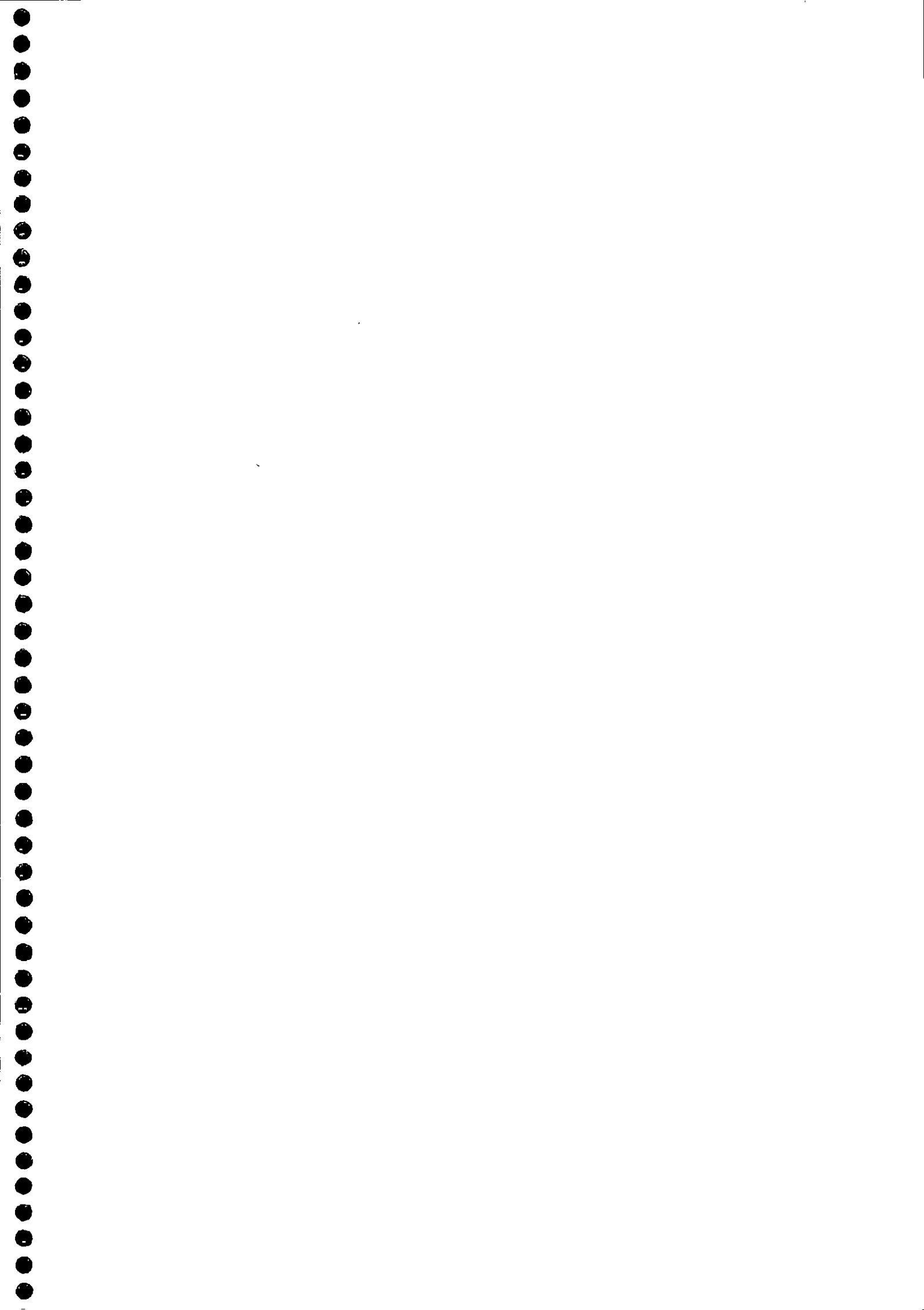
42.Souares VYR, Lúcio Filho CEP, Carvalho LIM, Silva AMMM, Eulálio KD. Clinical and epidemiological analysis of patients with HIV/AIDS admitted to a reference hospital in the northeast region of Brazil. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*. 2008; 50 (6):327-32

43.Sousa ACA, Suassuna DSB, Costa SML. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com AIDS. *J bras Doenças Sex Transm* 2009; 21(1): 22-26

44.Taylor BS, Hammer SM. The challenge of HIV-1 subtype diversity. *New England Journal of Medicine*. 2008; 359:1965-66



45. Thomson MM, Perez-Alvares L, Najera R. Molecular epidemiology of HIV-1 genetic forms and its significance for vaccine development and therapy. *Lancet Infectious Diseases*. 2002; 2:461-71
46. Travassos, AGA; Brites, C; Netto, EM; Fernandes, SA; Rutherford, GW; Queiróz, CM. Prevalence of sexually transmitted infections among HIV-infected women in Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, Volume 16, Issue 6, November–December 2012, Pages 581-585.



9 - ANEXOS





Ilmo Senhor Rodrigo Almeida,
Coordenador do PMDST/AIDS.

Vimos, por meio desta, apresentar os acadêmicos do curso de Graduação em Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (FAME/JF) Dalila de Sá e Silva, matrícula: 091007121, Ivone Cangussú Dias, matrícula: 102000168, Luana Cristina dos Santos, matrícula: 091006978, Lucianne Almeida Muniz, matrícula: 091007033, Marcó Augusto de Paiva Cunha, matrícula: 091007214, Maressa Sales Valentim, matrícula: 091007027, Otávia Rezende Rodrigues, matrícula: 091007025, Rodrigo Iânace Faria de Castro, matrícula: 082004298, que estão desenvolvendo o projeto para descrever as características clínicas, epidemiológicas e demográficas de pacientes com HIV/AIDS, atendidos no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Juiz de Fora, como parte de requisito parcial para conclusão do referido curso. Os referidos alunos realizarão uma pesquisa, cujo objetivo é descrever as características clínicas epidemiológicas e demográficas tais como: indicar qual a fonte de transmissão predominante do HIV, verificar quais são as infecções oportunistas mais prevalentes e o uso de terapia antirretroviral dos pacientes atendidos.

Os dados coletados poderão ser usados como fonte de informação para definir o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS atendidos no Serviço de Assistência Especializada em Juiz de Fora. O mesmo será executado sob a orientação da Professora Dra. Rosângela Maria de Castro Cunha.

Considerando que os pacientes da pesquisa serão selecionados nessa instituição, solicitamos autorização para a realização da mesma. Cabe esclarecer que os trâmites necessários para a realização da pesquisa envolvendo seres humanos, dispostos pela Resolução 196/96, serão observados com rigor.

O protocolo será apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos de Barbacena e só será iniciado após ter sido aprovado por este Comitê. O senhor receberá uma cópia da carta de aprovação tão logo ela esteja disponível.

Colocamos nossa contribuição para o que for necessário e, desde já, contamos com a vossa valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 4 de junho de 2012.

Dr. César Carvalho Esteves
Coordenador do Curso
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora
FAME/JF - UNIPAC

Dra. Rosângela Maria de Castro Cunha
Orientadora da Pesquisa
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora
FAME/JF - UNIPAC

Rodrigo C. Almeida
COORDENADOR
PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com AIDS atendidos no Serviço de Assistência Especializada da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora-MG

Pesquisador: Rosângela Maria de Castro Cunha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08081012.5.0000.5156

Instituição Proponente: Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 171.396

Data da Relatoria: 06/12/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo de revisão de prontuários de pacientes AIDS/HIV, devidamente cadastrados no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), durante o período de 2008 à 2012. Os dados serão coletados no período entre outubro de 2012 a janeiro de 2013. Será feita uma análise descritiva das características clínico-epidemiológicas dos pacientes e avaliação de: dados de identificação, escolaridade, estado laboral

atual, mecanismo de transmissão, tempo de diagnóstico do HIV, exames laboratoriais (contagem de linfócitos T CD4+, carga viral), terapia antirretroviral e infecções oportunistas. Serão analisados todos os prontuários dos pacientes internados e diagnosticados no período de 2007 à 2011 no SAE. Projeto de execução simples e que pode trazer informações importantes sobre os portadores do HIV/AIDS.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é descrever as características clínicas, epidemiológicas e demográficas de pacientes com HIV/AIDS, atendidos no Serviço de Atendimento

Especializado - SAE em Juiz de Fora/MG. Com o instrumento proposto, revisão de prontuário os pesquisadores poderão construir atingir seu objetivo. No entanto, podem encontrar alguma dificuldade no que se refere aos dados, uma vez que no Brasil os prontuários tendem a ser mal preenchidos. Isto poderá gerar falta de informações. Mas este é um risco que se espera quando o instrumento de coleta é o prontuário.

Endereço: Monsenhor José Augusto, 203

Bairro:

CEP: 36.205-018

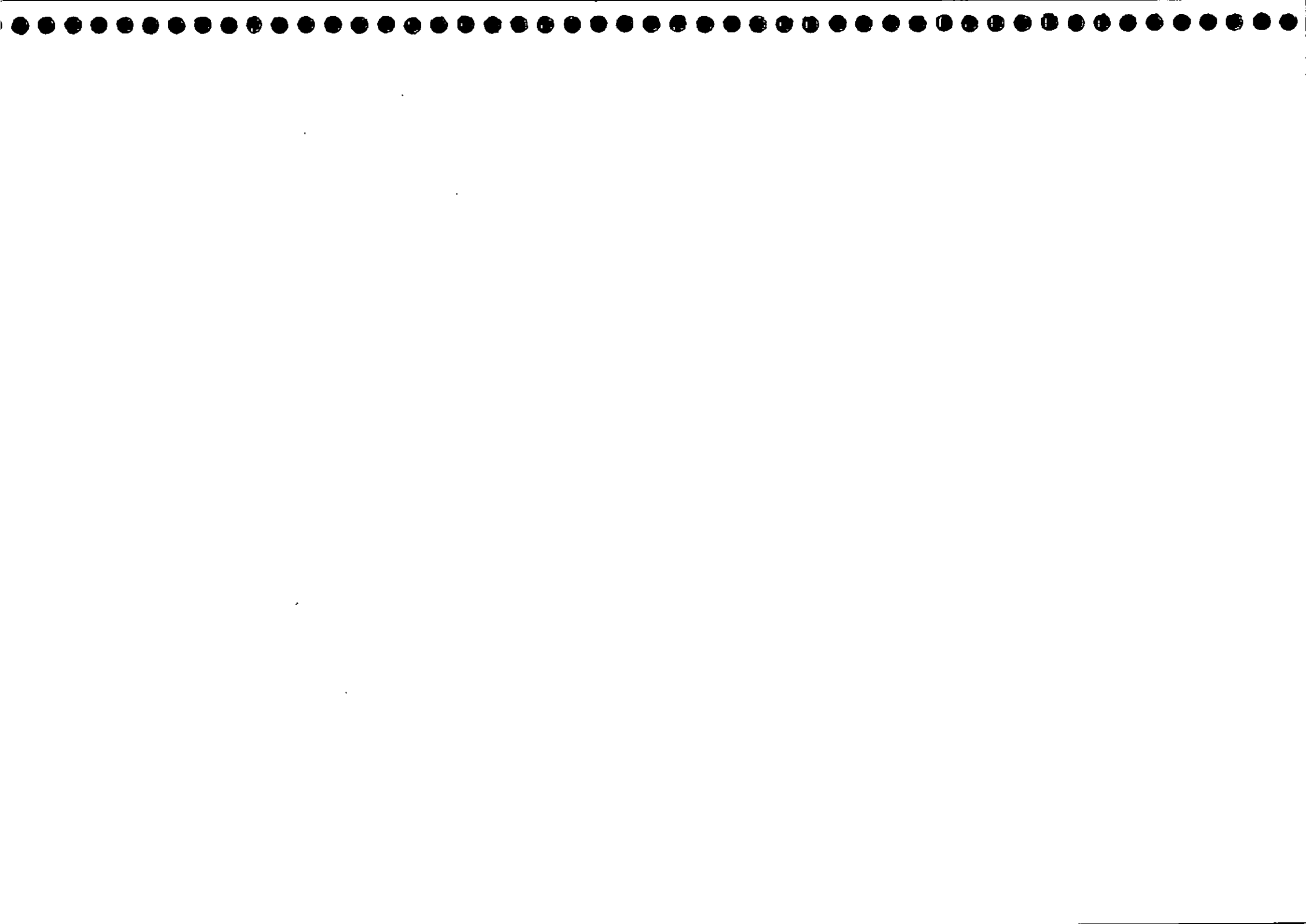
UF: MG

Município: BARBACENA

Telefone: (323)693-8832

Fax: (323)693-8880

E-mail: cep@unipac.br



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE
ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC**



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes HIV/AIDS atendidos pelo Serviço de Atendimento Especializado de Juiz de Fora.

Não existem riscos físicos ao paciente cujos dados serão obtidos na consulta ao seu prontuário. Os autores informam que todas as informações obtidas serão confidenciais e asseguramos sigilo absoluto, de acordo com a Resolução CNS 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e de interesse para a saúde pública.

Desenho correto e de fácil obtenção dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentaram todos os documentos/termos obrigatórios.

Recomendações:

Rever cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BARBACENA, 13 de Dezembro de 2012

Assinador por:

SEBASTIÃO ROGÉRIO GOIS MOREIRA
(Coordenador)

Endereço: Monsenhor José Augusto, 203

Bairro:

CEP: 36.205-018

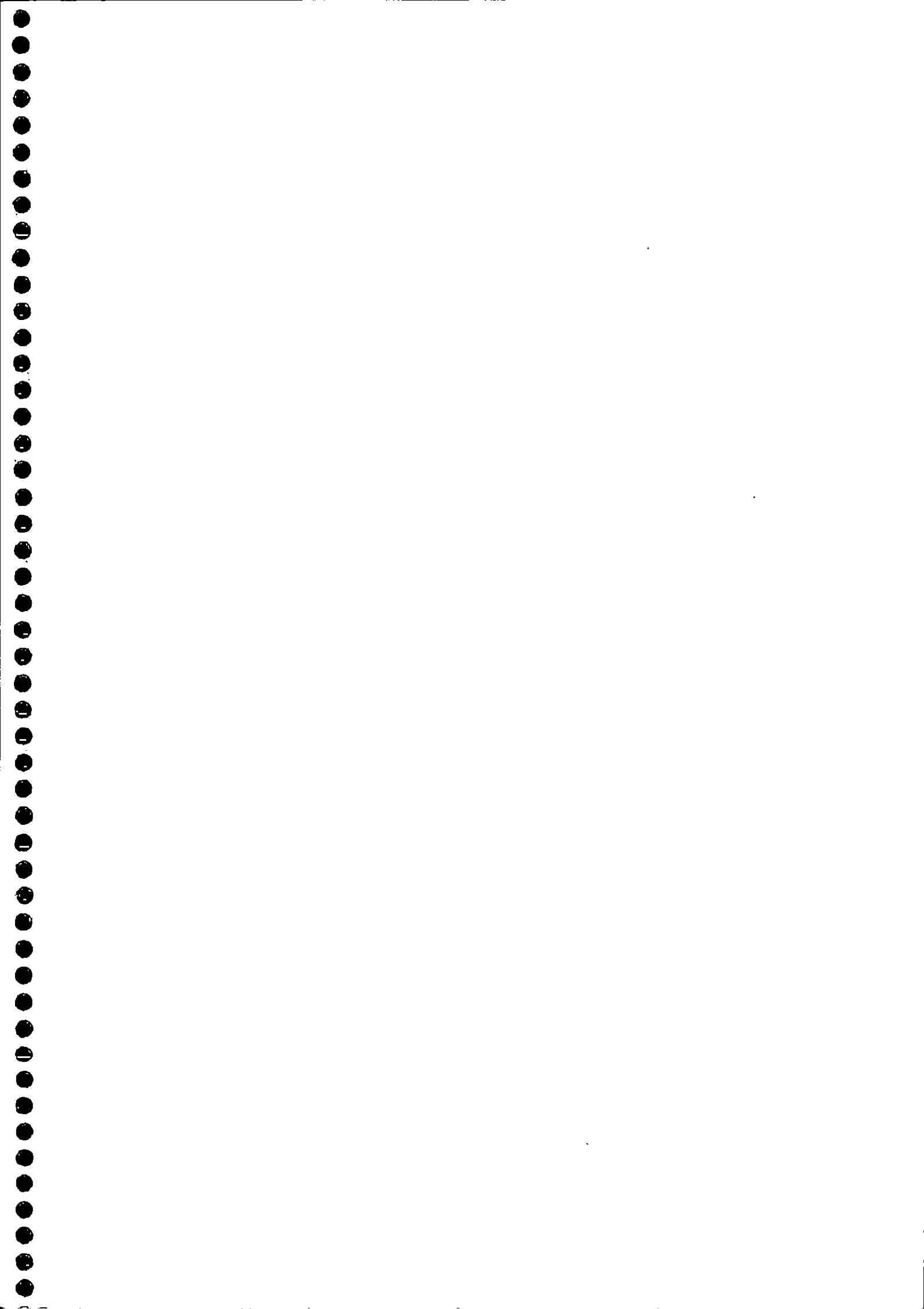
UF: MG

Município: BARBACENA

Telefone: (323)693-8832

Fax: (323)693-8880

E-mail: cep@unipac.br





PROTOCOLO DE PESQUISA



PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM AIDS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) DA PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA

Data: __/__/__ Registro:

MÓDULO 1 - Dados de Identificação

1) Nome: _____

2) Idade: _____

3) Gênero:

Feminino ☐ Masculino ☐

4) Etnia:

Branca ☐ Parda ☐ Negra ☐ Outra ☐ _____

5) Naturalidade: _____

6) Procedência:

Juiz de Fora ☐ Outra Cidade ☐ Qual? _____

7) Profissão: _____

8) Escolaridade:

Primário ☐ 1º. Grau incompleto ☐ 1º. Grau completo ☐ 2º. Grau incompleto ☐

2º. Grau completo ☐ 3º. Grau incompleto ☐ 3º. Grau completo ☐

9) Religião: _____

MÓDULO 2 - Epidemiologia

10) Modo mais provável de aquisição do HIV:

Transusão Sanguínea ☐ Sexual ☐ Heterossexual ☐ Homossexual ☐

Vertical ☐ Outro ☐ _____ Uso de drogas ☐ Qual(is)? _____

Dado não consta no prontuário ☐

MÓDULO 3 - Dados clínicos

9) Data do diagnóstico: ____/____/____

10) Apresentava sintomas na data do diagnóstico?

Não ☐ Sim ☐



11) Caso positivo a questão 10, quais eram os sintomas no momento do diagnóstico?

Sintomas constitucionais (ARC – Complexo relacionado à AIDS) ☐

Infecção oportunista ☐ Qual? _____

Neoplasia ☐ Qual? _____

Outro ☐ Qual? _____

12) Comorbidades:

Hepatite B ☐ Hepatite C ☐ Tuberculose ☐ Outra(s) ☐ _____

MÓDULO 4 – Tratamento

13) Tempo decorrido entre o diagnóstico e o início da TARV (Terapia antirretroviral):

5 meses ou menos ☐ Até 1 ano ☐ Entre 2 a 5 anos ☐ Entre 5 a 10 anos ☐

Mais de 10 anos ☐

14) Profilaxia de infecções oportunistas:

Não ☐ Sim ☐

Qual? _____ Medicamento: _____

Início: __/__/__ Término: __/__/__

Motivo do término: Melhora de CD4 ☐ Toxicidade ☐

15) Motivo para o início da TARV:

Contagem de Linfócitos TCD4 < 300 células/mm³ ☐

Infecção oportunista ou outra condição definidora de AIDS ☐

16) Contagem das células T CD4+ no início do tratamento: _____ mm³

17) Contagem da Carga Viral no início do tratamento: _____ cópias/mm³ de sangue

18) Primeiro Esquema Antirretroviral: _____

19) Tratamento Antirretrovirais:

a) Medicamentos _____ Início: __/__/__ Interrupção: __/__/__

b) Medicamentos _____ Início: __/__/__ Interrupção: __/__/__

c) Medicamentos _____ Início: __/__/__ Interrupção: __/__/__

d) Medicamentos _____ Início: __/__/__ Interrupção: __/__/__

e) Medicamentos _____ Início: __/__/__ Interrupção: __/__/__

20) Caso o paciente tenha utilizado mais de um esquema detalhar as causas da mudança?

Falta de adesão ☐ Falha terapêutica ☐ Efeito Colateral ☐ Qual(is) _____

21) Efeitos colaterais da Terapia Antirretroviral

Dislipidemia ☐ Lipodistrofia ☐ Toxicidade Hepática ☐ Outro ☐ Qual? _____



MODULO 5 - Adesão ao tratamento

21) Controle ambulatorial:

Adequado ☐ Não adequado ☐

22) No caso de falta de adesão, qual o fator associado?

Etilismo ☐ Uso de drogas ☐ Qual(is)? _____

Doença Psiquiátrica ☐ Qual? _____

Efeito colateral do medicamento ☐ Outro ☐ _____

