



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



Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com AIDS do Hospital Dr. João Penido e do Hospital de Pronto Socorro da cidade de Juiz de Fora

Dalila de Sá e Silva

Ivone Cangussu

Luana Cristina dos Santos

Lucianne Almeida Muniz

Marco Augusto de Paiva Cunha

Maressa Sales Valentim

Otávia Rezende Rodrigues

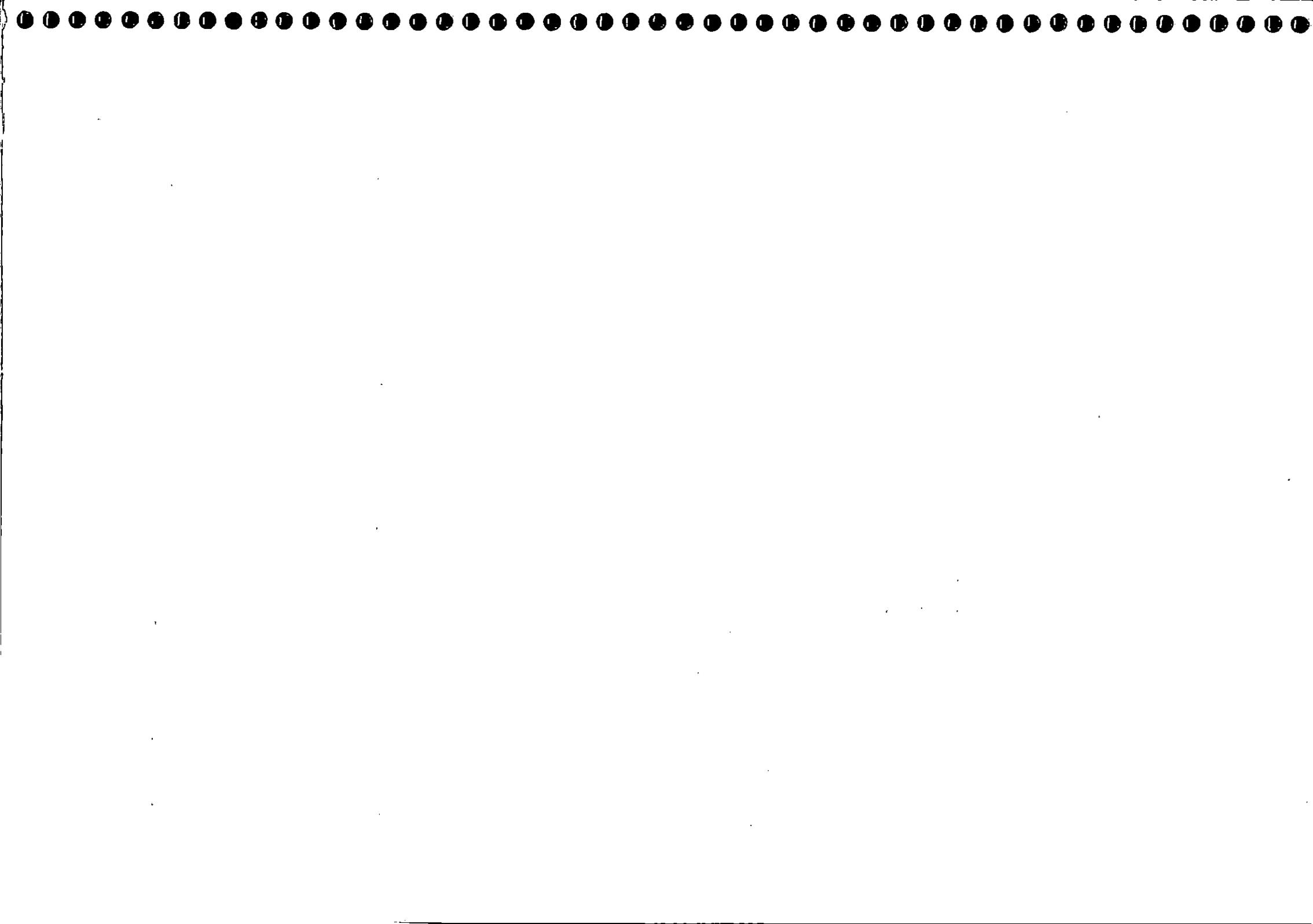
Rodrigo Iânace

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

Coorientadores: Professor Dr. Guillermo Patricio Ortega Jácome

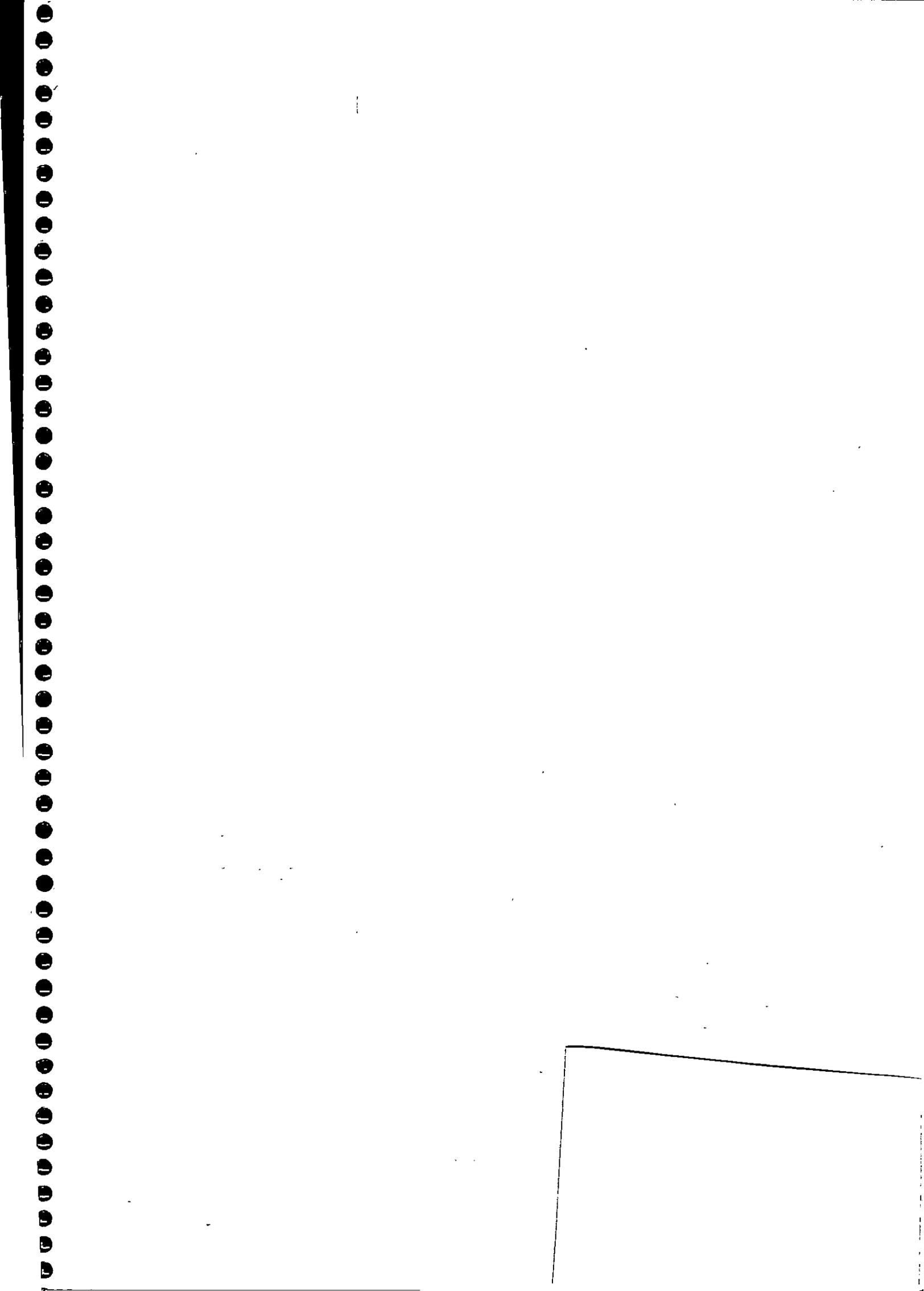
Professora Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo

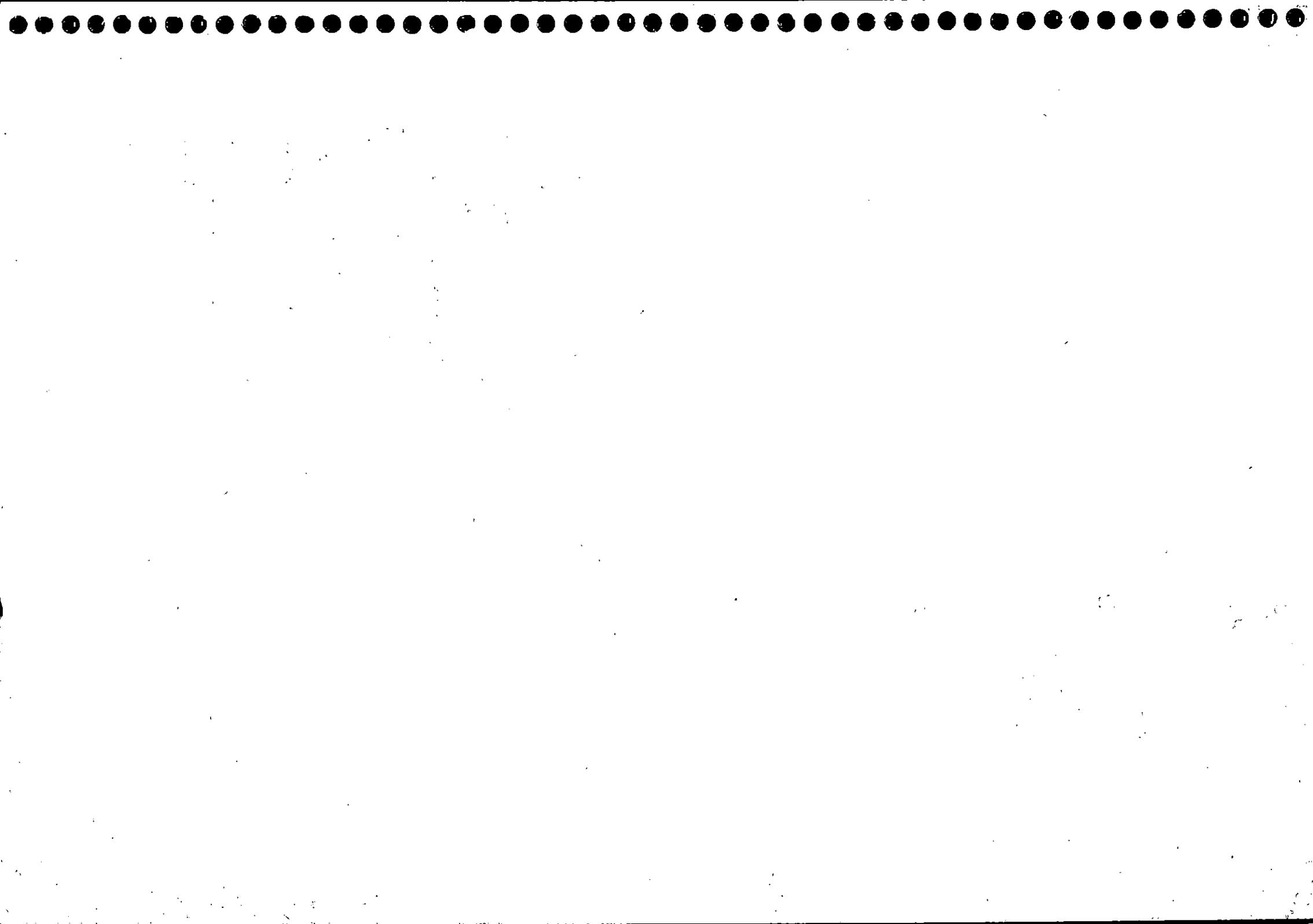
Juiz de Fora
Dezembro de 2011



SUMÁRIO

	PÁGINAS
1 – INTRODUÇÃO	2
2 – JUSTIFICATIVA	9
3 – OBJETIVOS	10
3.1 – Gerais	10
3.2 – Específicos	10
4 – METODOLOGIA	10
5 – CRONOGRAMA	11
6 – ORÇAMENTO	11
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
8 – ANEXOS	15





<input type="checkbox"/> D		
<input type="checkbox"/> I		
<input type="checkbox"/> TGO (AST)		
<input type="checkbox"/> TGP (ALT)		

21) Ventilação Mecânica:

Sim Não

22) Internação:

Enfermaria CTI Pronto Atendimento

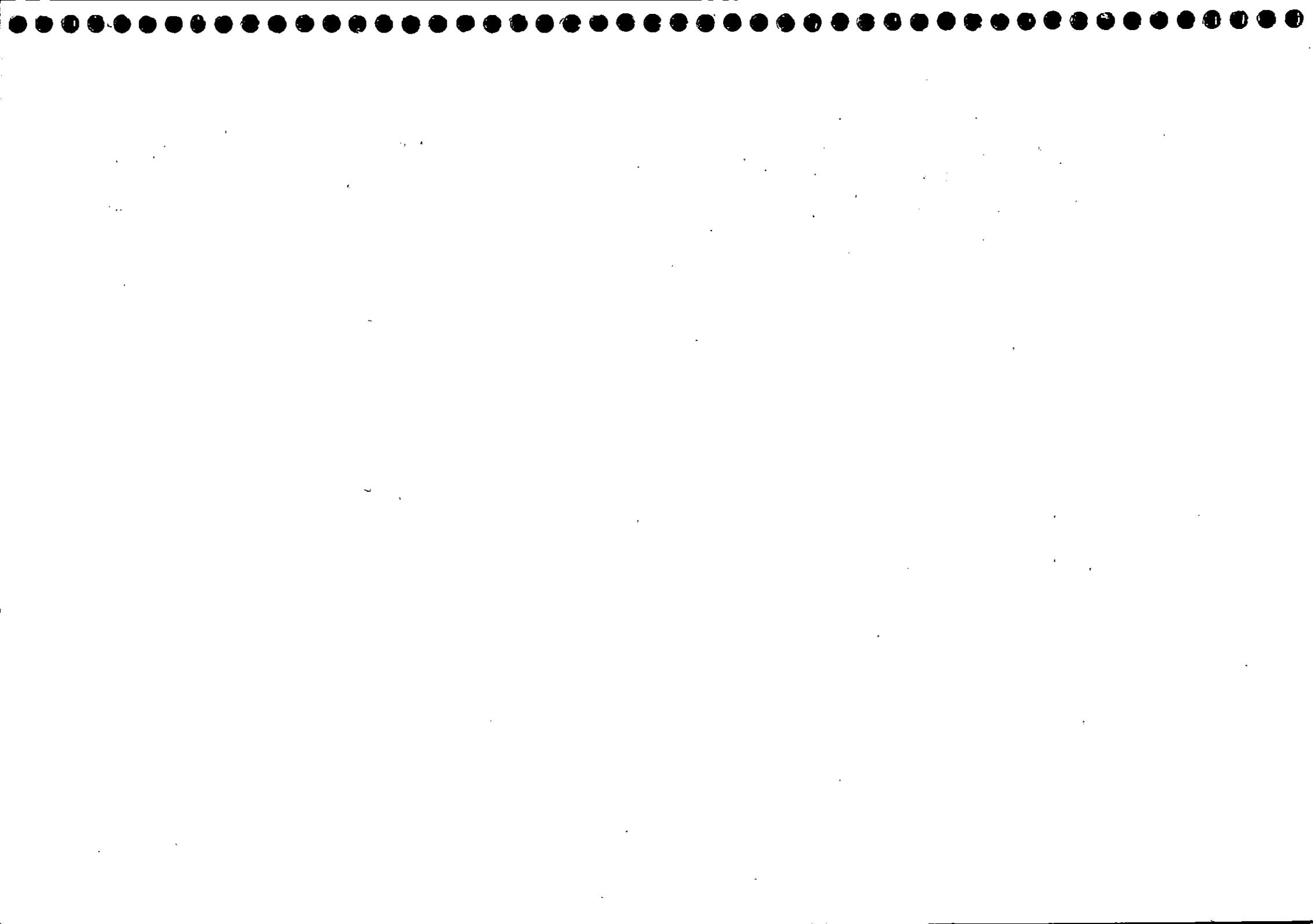
23) Diagnóstico realizado: _____

24) Tratamento instituído: _____

25) Dias de internação: _____

26) Resultado:

Alta hospitalar Óbito Causa: _____



20.2) Rx Abdômen:

Normal Níveis Hidroaéreos Pneumoperitônio Distensão de alças

Outra: _____

20.3) Culturas:

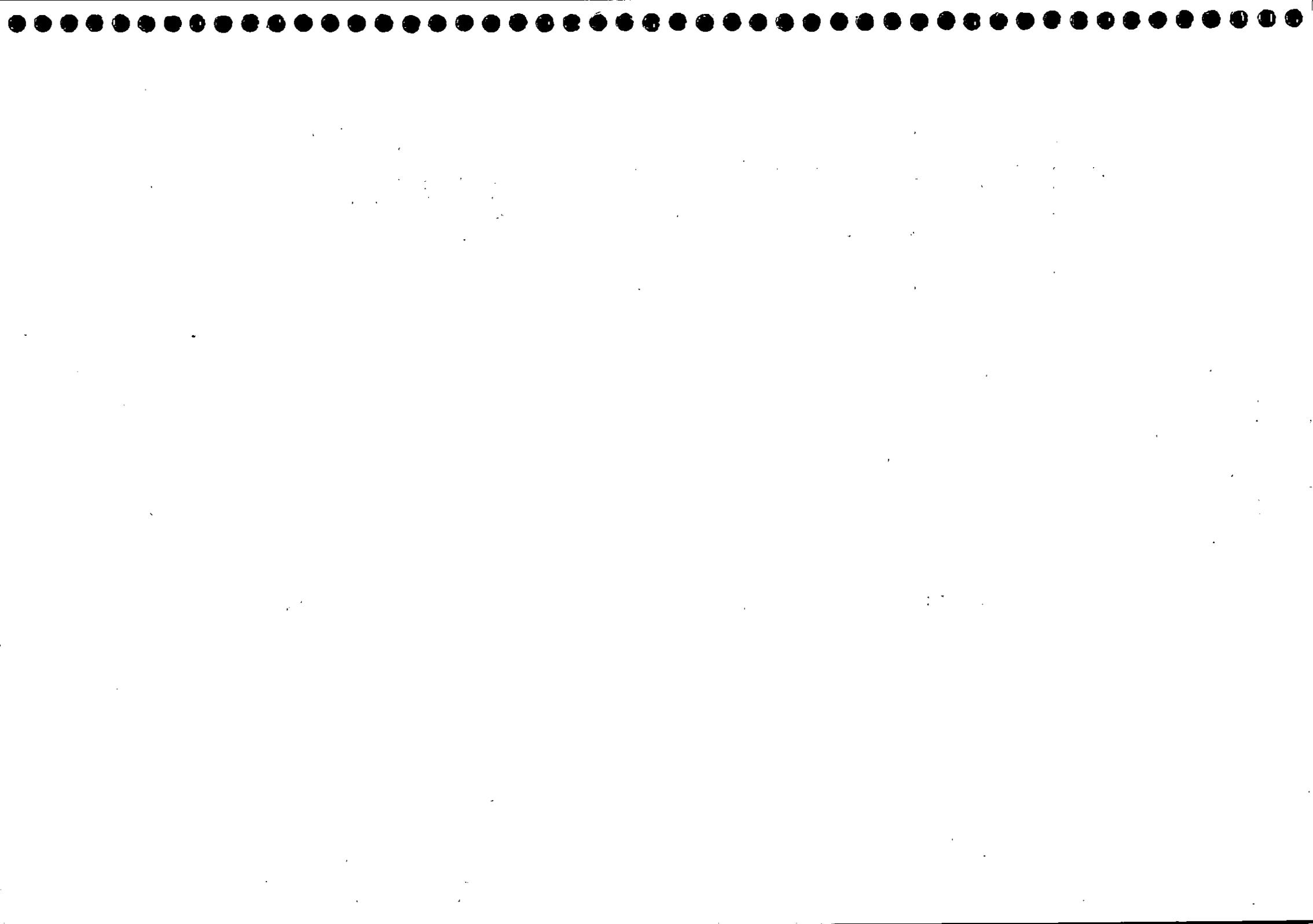
CULTURA	RESULTADO	
<input type="checkbox"/> Urina		
<input type="checkbox"/> Sangue		
<input type="checkbox"/> Escarro		
<input type="checkbox"/> LCR		
<input type="checkbox"/> Líquido ascítico		
<input type="checkbox"/> Outra:		

20.4) Tomografia:

Crânio Tórax Abdômen e pelve Outra: _____

20.5) Laboratório:

LABORATÓRIO	RESULTADO	
<input type="checkbox"/> HTO		
<input type="checkbox"/> Neutrófilos		
<input type="checkbox"/> Linfócitos		
<input type="checkbox"/> Glóbulos brancos		
<input type="checkbox"/> Hemoglobina		
<input type="checkbox"/> Plaquetas		
<input type="checkbox"/> Ureia		
<input type="checkbox"/> Creatinina		
<input type="checkbox"/> PCR		
<input type="checkbox"/> LDH		
<input type="checkbox"/> PaO ₂		
<input type="checkbox"/> PH		
<input type="checkbox"/> Bil T		



18.1) HTA:

Não Sim

18.2) DBT:

Não Sim

18.3) Cardiopatia Isquêmica:

Não Sim. Qual? _____

18.4) Tabagista:

Não Sim. Unidades: _____ Início: _____ Término: _____

18.5) Dislipidemia:

Não Sim

19) Queixa Principal: _____

19.1) Sintomas constitucionais:

Febre Astenia Perda de peso > 10% Outros _____

19.2) Sintomas respiratórios:

Tosse Escarro purulento Dispneia Ortopneia Sibilos
 Outro _____

19.3) Sintomas SNC: _____

19.4) Sintomas gastrointestinais: _____

19.5) Sintomas cardiovasculares: _____

19.6) Sintomas Renais: _____

19.7) Sintomas Hematológicos: _____

19.8) Outros sintomas: _____

20) Sistema(s) acometido(s):

Respiratório Cardiovascular SNC Gastrointestinal
 Renal Endócrino-Metabólico Hematológico Osteoarticular
 Imunológico

21) Propedêutica:

20.1) Rx Tórax:

Normal Infiltrados pulmonares bilaterais Consolidação pulmonar
 Infiltrado intersticial Derrame pleural Pneumotórax
 Outra: _____





PROTOCOLO DE PESQUISA



PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DO VIH/SIDA ADMITIDOS NO PRONTO ATENDIMENTO DO HRJP E HPS-JF.

Data: __/__/__

0) Registro:

1) Nome: _____

2) Idade: _____ 3) Naturalidade _____

4) Cidade: _____

5) Religião: _____

6) Escolaridade: _____

7) Possui companheiro (a)?

Não Sim Há quanto tempo? _____

8) Renda Mensal: _____

9) Sexo:

Feminino Masculino Indeterminado

10) Etnia:

Branca Parda Negra Outra Qual? _____

11) Modo mais provável de transmissão:

Sanguínea Heterossexual Homossexual Vertical Outro: _____

12) Tempo de diagnóstico: _____

13) Controle ambulatorial:

Adequado Não Adequado

14) Terapia Anti-retroviral (uso de 3 drogas):

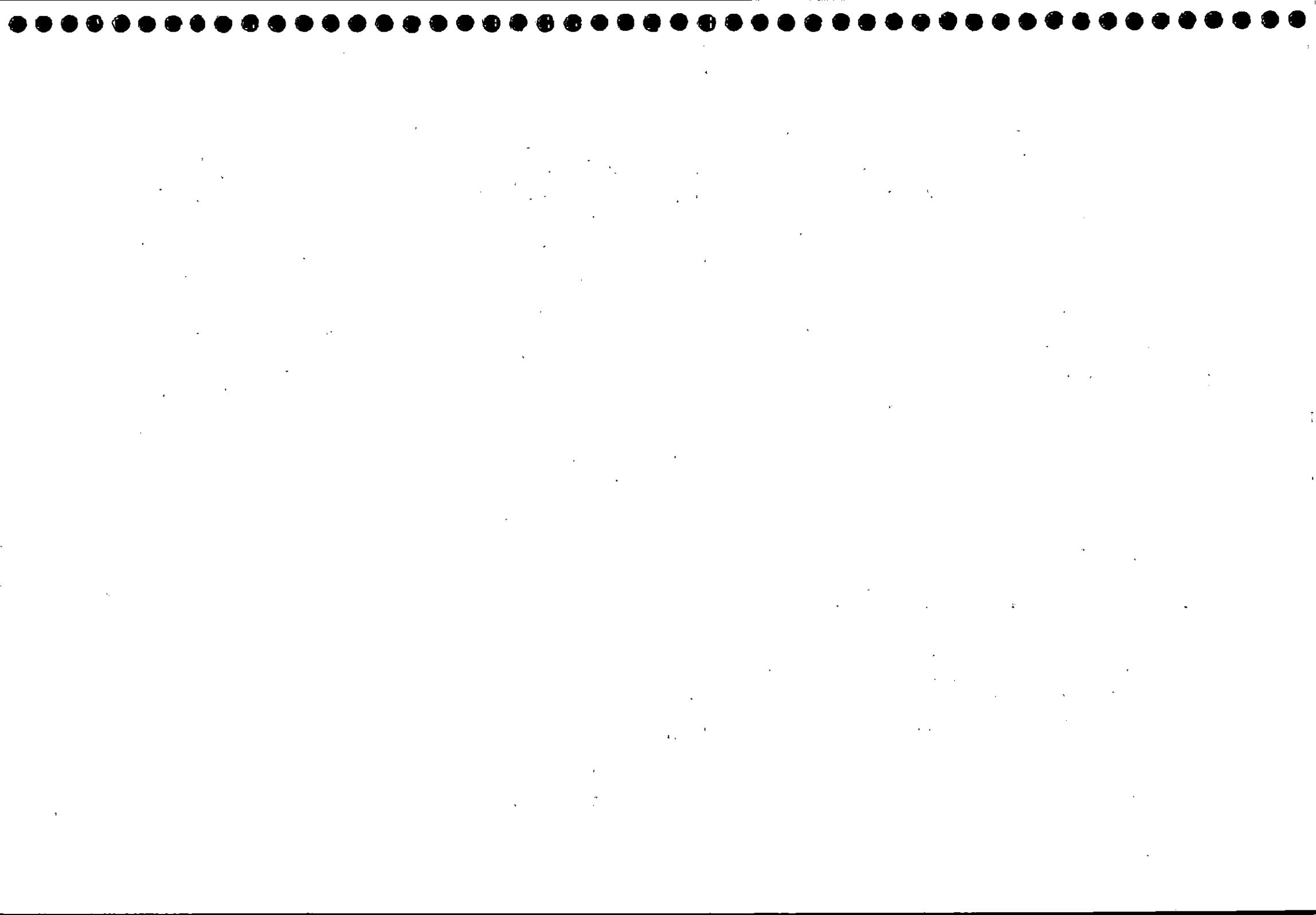
Não Sim Quais? _____

15) Profilaxia infecções oportunistas:

Não Sim Qual? _____

16) Valor CD4+: _____ mm³ 17) Carga Viral: _____ ml

18) Co-morbidades: _____



cohort of women under a PMTCT program at three peri-urban clinics in a resource-poor setting. *Journal of Perinatology* 2010; 30:717–723.

19.Havlir DV, Kendall MA, Ive P, Kumwenda J, Swindells S, Qasba SS, et al. Timing of Antiretroviral Therapy for HIV-1 Infection and Tuberculosis. *N Engl J Med* 2011;365:1482-91.

20.HIV and Its Treatment – FDA-Approved Anti-HIV Medications. <http://www.aidsinfo.nih.gov> (acessado em 01/Dez/2011).

21.HIV Medicine 2005. Disponível em <http://hivmedicine2005.com> (acessado em 25/Ago/2011).

22.Jamal LF, Moherdau F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. *Ver Saúde Pública*. 2007; 41 (Supl. 1):104 – 110.

23.Júnior ERA, Lacerda HR, Moura LCRV, Albuquerque MFPM, Filho DBM, Diniz GTN, Albuquerque VMG, Amaral JCZ, Monteiro VS, Ximenes RAA. Perfil dos Pacientes com Hipertensão Arterial Incluídos em uma Coorte com HIV/AIDS em Pernambuco, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95 (5):640-647.

24.Kramer AS, Lazzaroto AR, Sprinz E, Manfroi WC. Alterações metabólicas, terapia antirretroviral e doença cardiovascular em Idosos portadores de HIV. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93 (5):561-568.

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

26.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Plano de ações e metas em prevenção: contexto para definição das metas em prevenção. 2005.

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

28.Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília (DF); 2010.

29.Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O que é HIV. <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv> (acessado em 01/Set/2011).

30.Oliveira PM, Mascarenhas RE, Ferrer SR, Oliveira RPC, Travessa IEM, Gomes MVC, Grassi MFR. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(3):121-6.

31.Palmisano L, Vella S. A brief history of antiretroviral therapy of HIV infection: success and challenges. *Ann Ist Super Sanità*. 2011; 47 (1):44-48.



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):645-655.

33.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 a 2000. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2007; 10 (3):338-51.

34.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):537-542.

35.Pimenta C, Souko K. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Ministério da Saúde. Brasília: Editora MS; 2003.

36.Rozmani 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.

37.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):187-197.

38.Severe P, Juste MAJ, Ambroise A, Eliacin L, Marchand C, Apollon S, et al. *The New England Journal of Medicine* 2010; 363:257-265.

39.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.

40.Soares 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):327-332.

41.Soranz JF, Silva MAK, Resende AA, Guimarães HC, Ghiraldi JL. Achados de fundoscopia em pacientes HIV positivos e sua correlação com níveis séricos de linfócitos CD4+ e carga viral. *Rev. Fac.Ciênc. Med. Sorocaba.* 2000; v.2.n.2,p.7-10.

42.Telles PR, Varnier-Almeida RMR, Bastos FI. Infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis: análise dos fatores de risco no município do rio de janeiro, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1: 245-255.



5. 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.

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. Paracoccidiodomicose no Hospital Universitário de Brasília. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2008; 41(2):169-172.

8. CDC Morbidity and Mortality Weekly Report – Thirty Years of HIV. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6021a1.htm> (acessado em 08/Out/2011)

9. Coelho HC, Perdoná GC, Neves FR, Passos ADC. HIV prevalence and risk factors in a Brazilian Penitentiary. Cad. Saúde Pública 2007; 23 (9):2197-2204.

10. Dualiby PT, Suleiman JMAH, Suleiman GSMAH. Alterações oculares em pacientes com AIDS tratados com inibidor de protease. Arq. Bras. Oftalmol. 2000; 63(6).

11. Duarte G, Quintana SM, Beitune P. Fatores que influenciam a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(11): 698-705.

12. 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):75-78.

13. 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 Publica 2008; 42 (Supl 1):65-71.

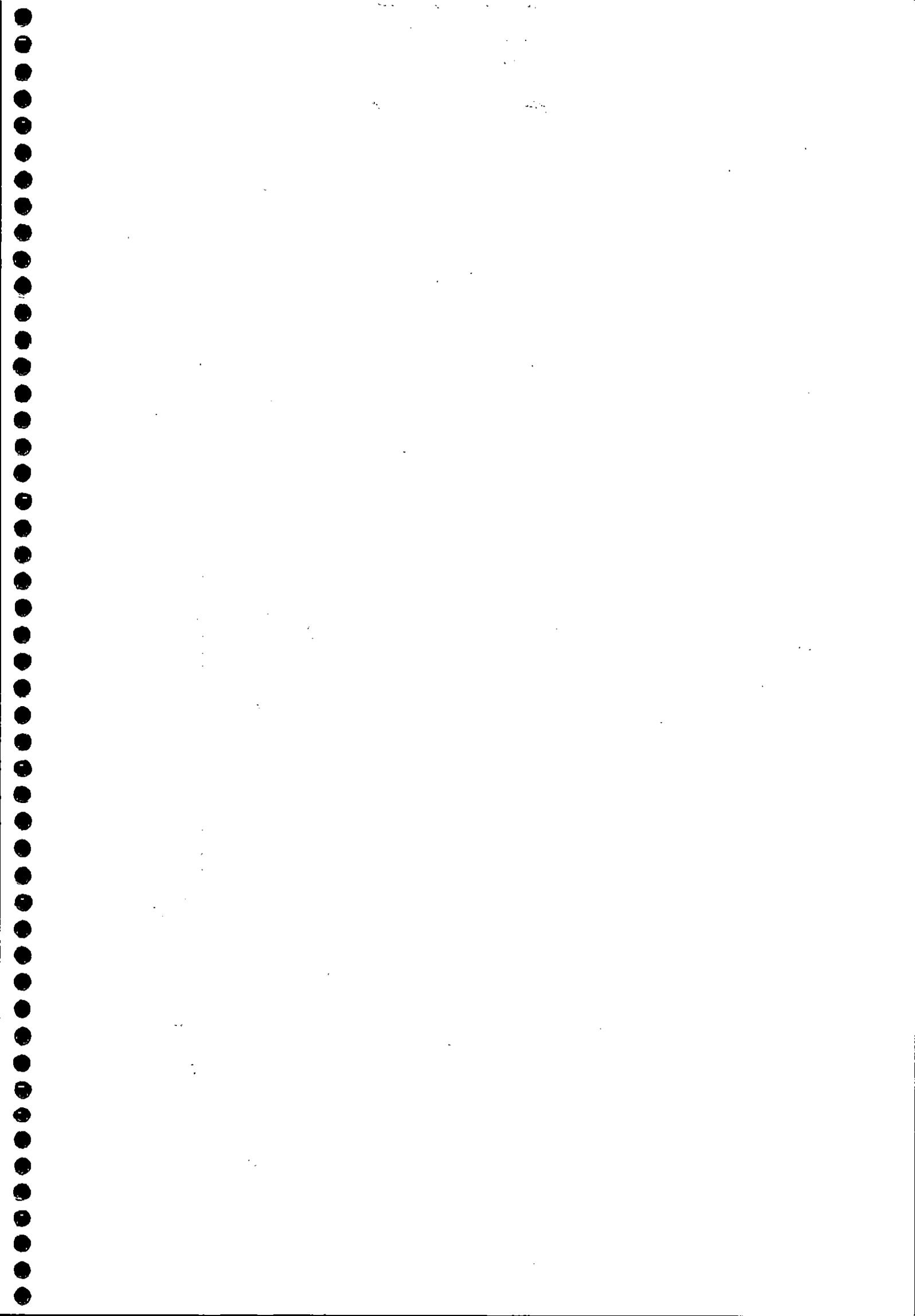
14. GALVÃO, J. **1980-2001: Uma Cronologia da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo.** Rio de Janeiro, ABIA, 2002.

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; V. 33. n. 1.

16. Gianvecchio RP, Goldberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. Cad. Saúde Pública 2005; 21 (2):581-588.

17. Gomes SF, Silva CM. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/AIDS: uma revisão. Vittal, 2008; 20: 107-122.

18. 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



5. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Ago 11	Set 11	Out 11	Nov 11	Dez 11	Jan 12	Fev 12	Mar 12	Abr 12	Mai 12	Jun 12	Jul 12	Ago 12	Set 12	Out 12	Nov 12	Dez 12
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x												
Redação do Projeto de Pesquisa		x	x	x	x												
Envio ao Comitê de Ética em Pesquisa					x												
Coleta de Dados							x	x	x	x	x	x	x	x			
Análise Estatística dos Dados Obtidos														x	x	x	
Redação do Trabalho Final																x	x
Envio para Publicação																	x

6. ORÇAMENTO

Como se trata de uma revisão de prontuários, todos os gastos referentes a este trabalho são de responsabilidade do aluno.

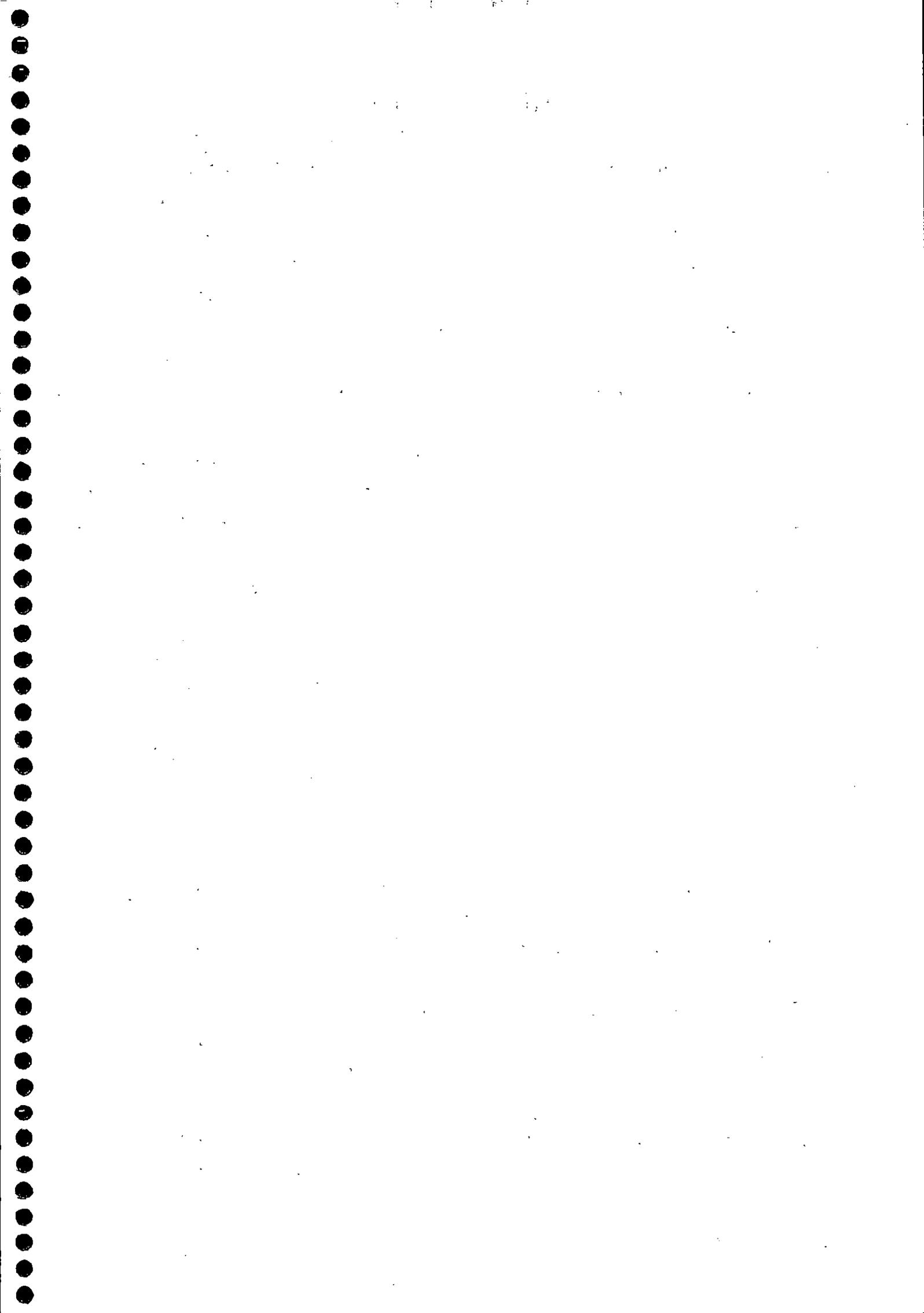
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. Amaral ISA, Almeida ML, Alves FT, Mória LJM, Conde SRSS. Epidemiologia de pacientes co-infectados HIV/HCV atendidos na fundação santa casa de misericórdia do Pará. Revista paraense de medicina 2007; 21: 15-19.

4. Amorim JA, Souza FMB, Costa EB, Carneiro VSM, Lucena AAG. Prevalência das doenças estomatológicas em pacientes HIV positivos. Odontologia, Clín. Científica. 2009; 8 (2):127-131.



Descrever as características clínicas, epidemiológicas e demográficas de pacientes com HIV/AIDS, atendidos no Hospital Dr. João Penido e no Hospital de Pronto Socorro - Cotrel em Juiz de Fora.

3.2 Específicos

- 3.2.1 Identificar qual a principal causa da internação dos pacientes atendidos.
- 3.2.2 Indicar qual é a fonte de transmissão predominante nos pacientes.
- 3.2.3 Analisar a contagem de linfócitos TCD4+ dos pacientes internados.
- 3.2.4 Verificar quais são as infecções oportunistas mais prevalentes na internação.
- 3.2.5 Analisar o uso de terapia antirretroviral dos pacientes atendidos.
- 3.2.6 Pesquisar a mortalidade e a principal causa de morte dos pacientes.

4.METODOLOGIA

Será realizado um estudo retrospectivo de revisão de prontuários de pacientes AIDS/HIV, devidamente cadastrados no Hospital Dr. João Penido e no Hospital Pronto Socorro – Cotrel em Juiz de Fora - MG, durante o período de 2007 a 2011.

Será feita uma análise descritiva das características clínico-epidemiológicas dos pacientes e avaliação de: dados de identificação, escolaridade, habitação, estado laboral atual, orientação sexual, mecanismo de transmissão, tempo de diagnóstico de HIV, exames laboratoriais (contagem de linfócitos T CD4+, carga viral), terapia antirretroviral, intercorrências clínicas ou cirúrgicas que motivou a internação, evolução do quadro clínico, período de internação, morbidade, infecções oportunistas, sobrevida e mortalidade.

Serão analisados todos os prontuários dos pacientes internados e diagnosticados no período de 2007 a 2011 nos hospitais acima mencionados.

O banco de dados será armazenado no programa Microsoft® Office Access 2007, e os dados serão analisados pelo programa Microsoft® Office Excel 2007.

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.

O projeto será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos para sua análise e aprovação.



A qualidade de vida dos pacientes com HIV/AIDS faz parte de um dos problemas cuja saúde pública está dando mais atenção na última década. Com a inclusão do tratamento antirretroviral, houve um aumento significativo da sobrevivência dos portadores de HIV, e nesse ritmo surgiram novas apresentações medicamentosas e do aspecto físico e psicológico, visando melhorar a vida destes em amplos aspectos (Geocze et al., 2010).

Estudos sobre a qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS foram realizados com aplicações de questionários: WHOQOL-bref, MOS, SF-36, HAT-QoL. Estes questionários foram elaborados para avaliar o avanço (HAART), sendo obtido como resultado o aumento da sobrevivência associada à terapia. Atualmente, esforços estão sendo realizados para conseguir a melhoria de certas características, sendo elas: o estado de saúde do paciente, o estado funcional, o bem-estar psicológico, a felicidade com a vida, a satisfação das necessidades e a auto-avaliação da própria vida (Santos et al., 2007).

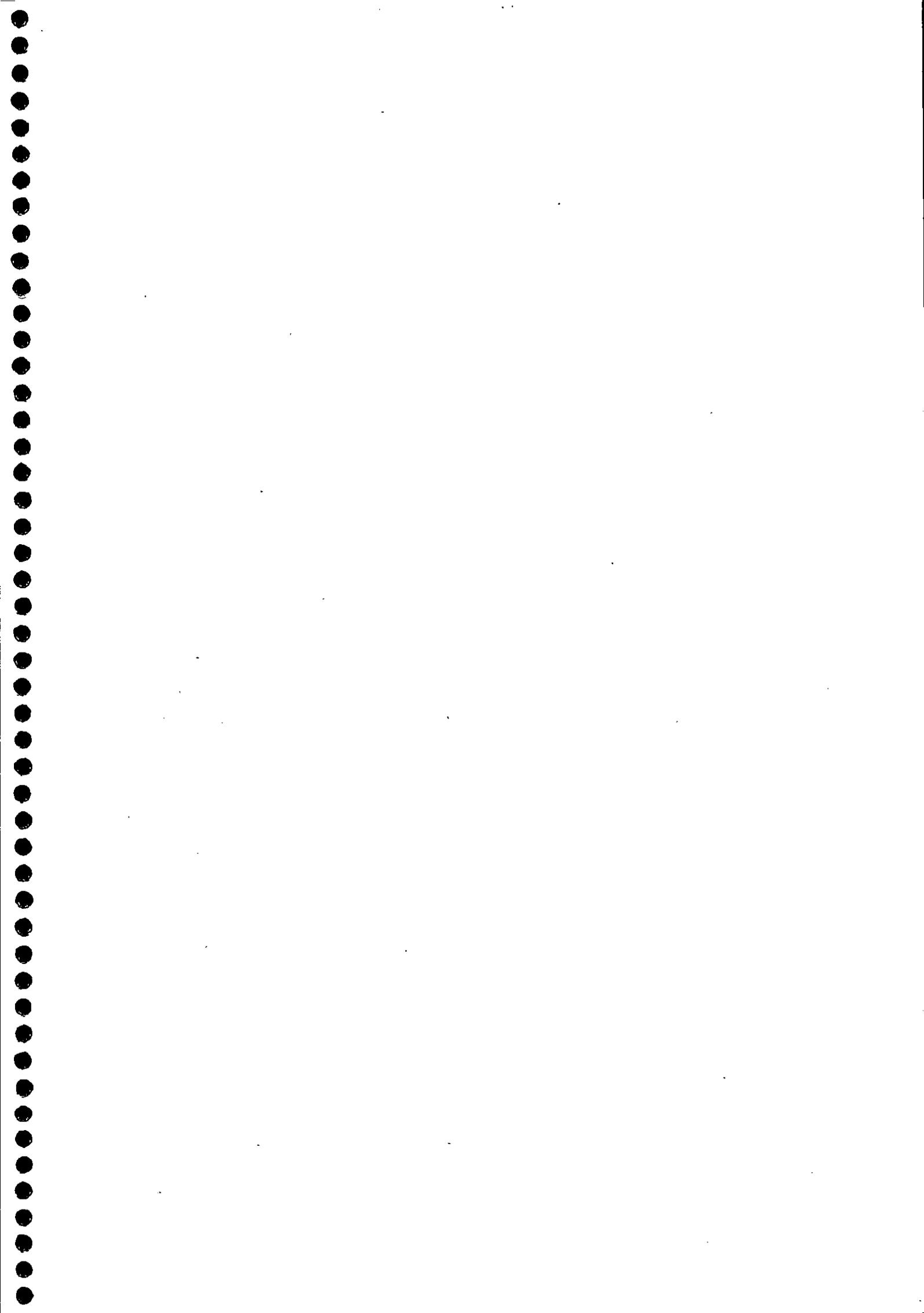
Na validação de WHOQOL-bref no Brasil, Fleck et al 2006, identificou-se melhor qualidade de vida física e psicológica em pacientes de diversas clínicas de internação. Porém, a pior qualidade foi encontrada no domínio das relações sociais (trabalho, família, amigos, atividade sexual), principalmente se tratando de mulheres infectadas decorrente das desigualdades ainda prevalentes em relação ao sexo (Santos et al., 2007).

2.JUSTIFICATIVA

Este projeto visa verificar o perfil sócio-demográfico, epidemiológico, tratamento, a sobrevivência, mortalidade e intercorrências de pacientes HIV/AIDS em Juiz de Fora, devido à ascensão da epidemia. É importante conhecer o perfil dessa enfermidade de alta prevalência e morbidade para determinar o prognóstico e a sobrevivência dos pacientes além de analisar o desenvolvimento de Juiz de Fora em relação ao Brasil. 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



A maioria das doenças estomatológicas em pacientes HIV positivos foram descobertas durante o exame clínico e a lesão com prevalência isolada foi a candidose oral. Outras lesões também foram encontradas como: a ulceração aftosa recorrente, herpes labial, gengivite ulcerativa necrosante aguda, carcinoma epidermóide 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 sobrevivência 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., 2007).

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).

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 tiveram 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 co-morbidades 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 cefaléia, vômito e febre. A incidência maior ocorreu em homens e o domínio na faixa etária entre 20 e 30 anos, raramente acometendo crianças com AIDS.



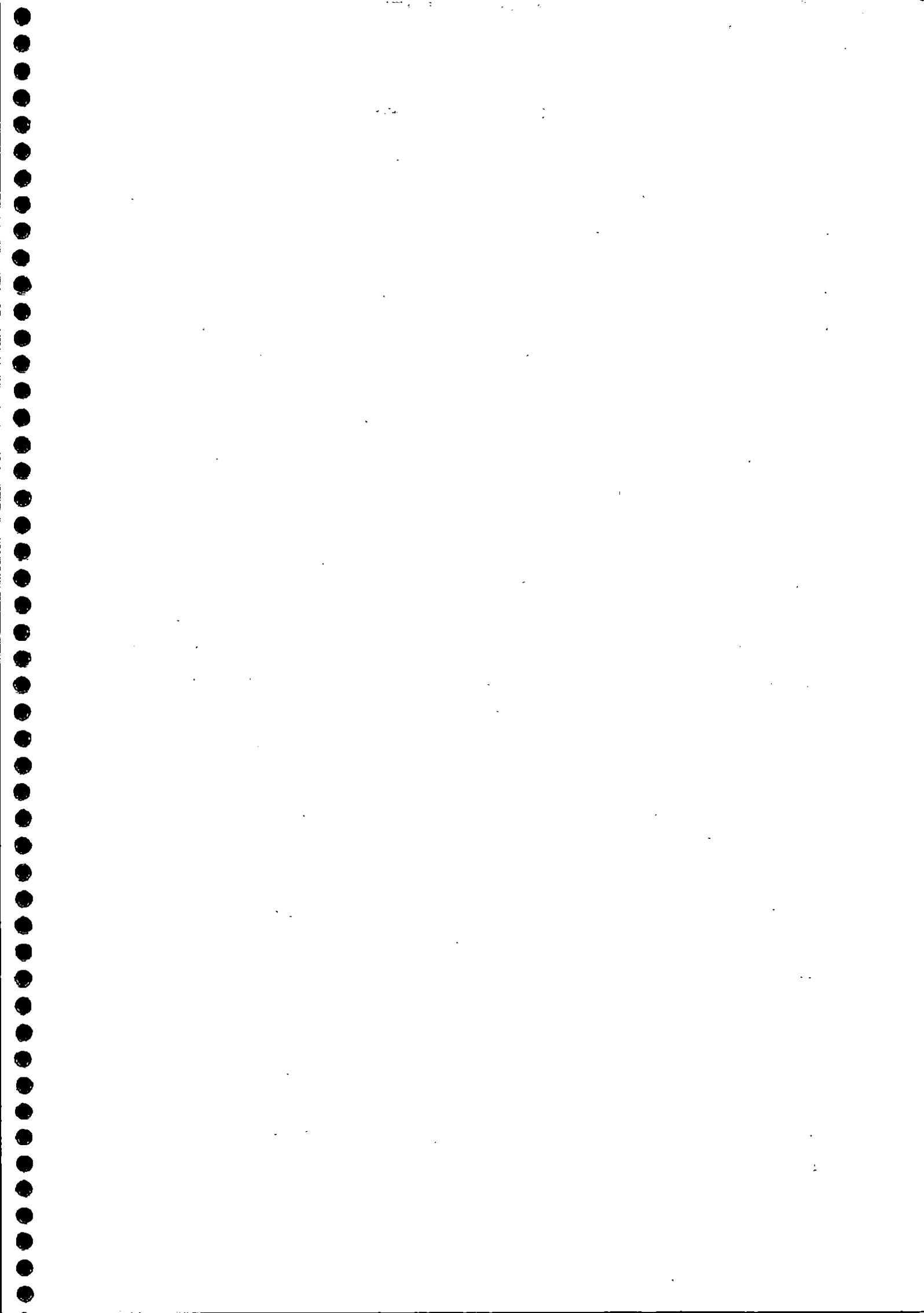
De acordo com as Recomendações Para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV do Ministério da Saúde, o tratamento deve ser recomendado em indivíduos assintomáticos, com contagem de linfócitos T CD4+ (LTCD4+) entre 200 e 350/mm³. Quanto mais próxima de 200 células/mm³ estiver a contagem de T-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 co-morbidades. 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) diminui 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). Portanto, os benefícios tornam-se proporcionais à aderência da terapia pelo paciente, sendo de extrema importância a manutenção de uma boa relação médico-paciente e com a equipe multidisciplinar envolvida.

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) indica 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



aumentar sua vulnerabilidade ao HIV. Apesar do nível de conhecimento da população em geral sobre a AIDS ter se elevado, foi indicado a falta de crescimento significativo do nível de conhecimento sobre a mesma entre os jovens de 16 a 24 anos.

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

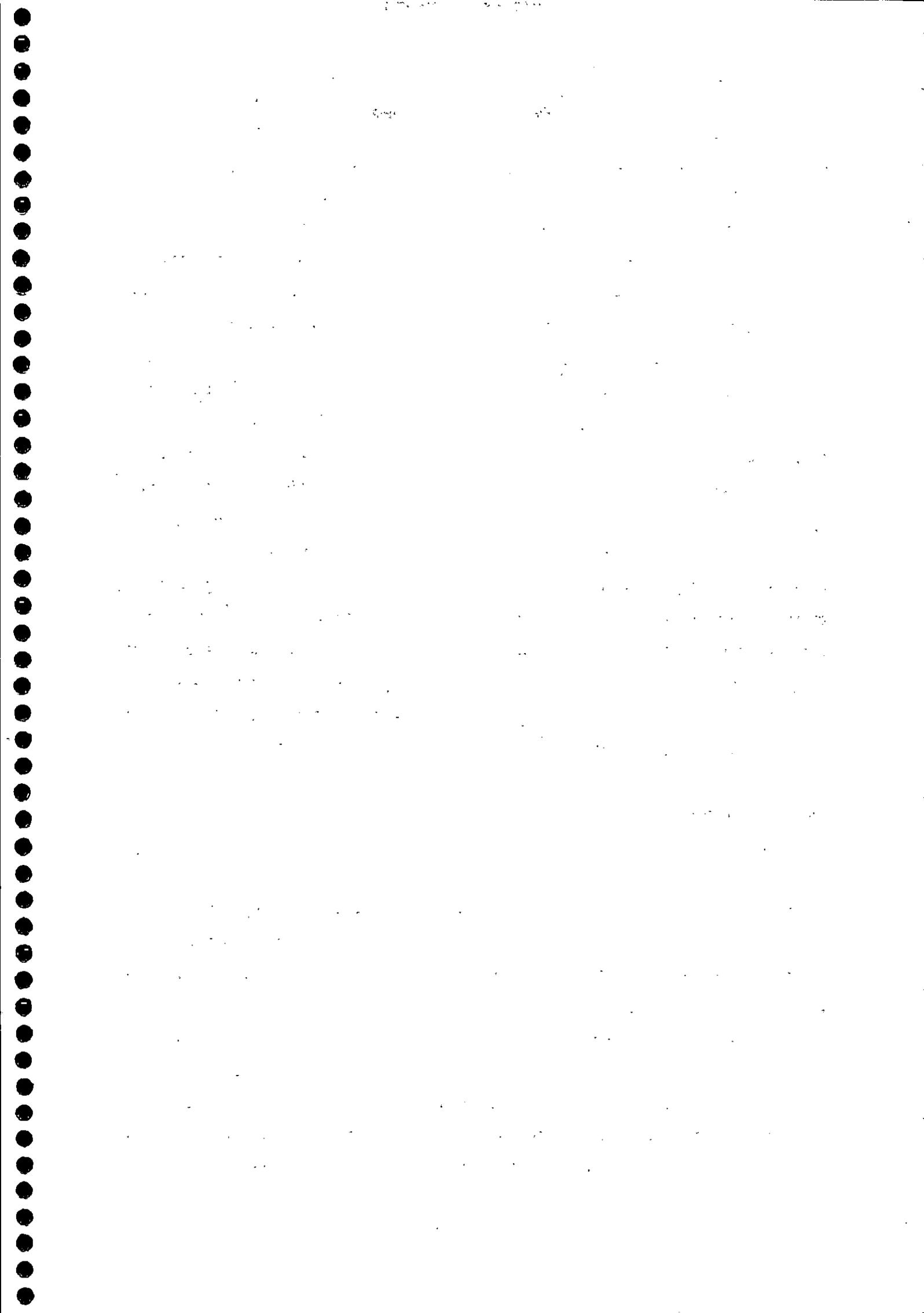
Além disso, a via de transmissão torna outros grupos suscetíveis à infecção, como profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis (Ministério da Saúde, 2003).

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 (Lazzarotto et al., 2008; Ministério da Saúde, 2002).

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 a 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 e 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 antiretrovirais 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 antiretrovirais combinados (HIV and Its Treatment – FDA-Approved Anti-HIV Medications).



Outro estudo realizado por Gomes e Silva (2008) aponta o perfil de idosos infectados pelo HIV. Foi verificado que entre 1996 e 2006 houve uma inversão na faixa etária da população infectada, sendo encontrado um aumento significativo na população acima dos 60 anos. Dentre os fatores de risco encontrados foram apontados a falta de informação adequada a essa população que possui a crença errônea de que não estão em risco de adquirir a doença.

No ano de 2005 a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais fez um levantamento da frequência de casos confirmados em todas as macrorregiões do estado. O estudo indicou um alto índice na região central, sul e sudeste, onde a população é bastante concentrada e ainda existe uma maior facilidade de se conseguir os dados, sendo que em regiões, como a norte, há serviços de saúde em condições precárias, até mesmo para levantar dados para uma pesquisa (BRASIL, 2008).

Foi verificado 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). Isso foi confirmado em um estudo realizado por Gumbo e colaboradores (2010), o qual analisou as características sócio-demográficas encontradas no em relação à transmissão vertical, indicando maior incidência em união consensual (61,1%), com nível escolar de 4 a 7 anos (50%) e residência em zona urbana (83,3%). De acordo com as características gestacionais, a incidência foi maior em gestantes que obtiveram assistência pré-natal (83,3%) com início antes de 22 semanas de 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* em mulheres grávidas infectadas pelo HIV foram consideradas como fatores de risco muito importantes para esse tipo de transmissão. Entretanto, Gianvecchio e Goldberg (2005) verificaram nas variáveis comportamentais, demográficas e obstétricas referentes às gestantes, ao parto e ao recém-nascido, a média de 25,5 anos de idade das gestantes, sendo a maioria dímiparas (25,5%); a ausência de sintomas clínicos em 48,9% e a realização a cesária como método de parto em 46%.

Em relação à infecção de HIV-1, os principais fatores encontrados que aumentaram o risco de transmissão vertical foram: a carga viral elevada, passagem transplacentária do vírus, amniocentese, amamentação, a integridade da pele do feto, sua resposta imune celular e a presença constitucional de genes que irão expressar os receptores secundários, todos relacionados ao HIV-1 (Duarte et al., 2005).

Ferreira e colaboradores (2008) observou em seu estudo 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

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

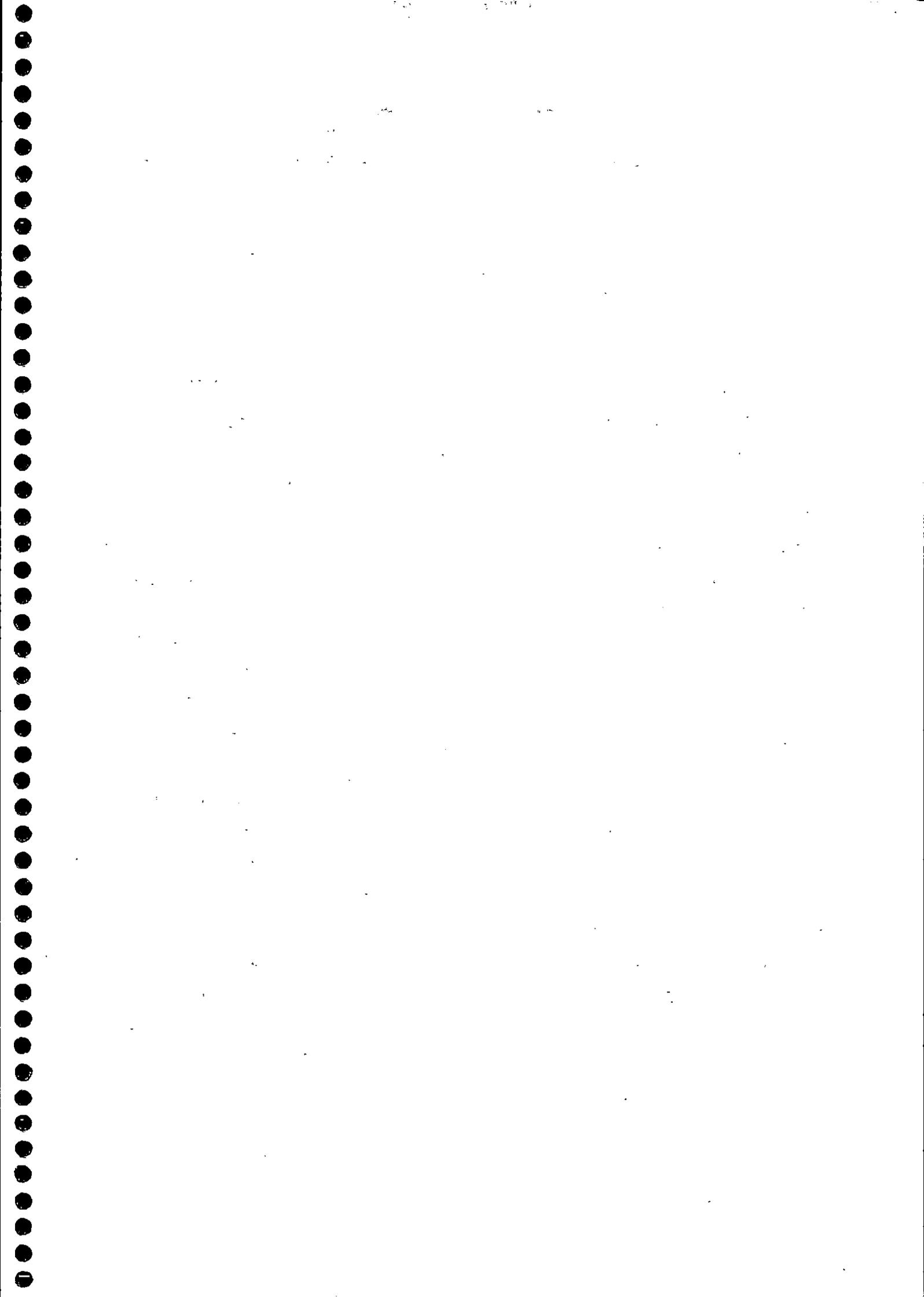
1960

apresentou diminuição nos últimos anos, ao contrário do grupo mais velho (Pottes et al., 2007).

O estudo realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará buscou identificar fatores de risco em 31 pacientes com sorologias positivas para o HIV e o HCV. Foi encontrada uma forte associação na co-infecção dos vírus HIV e HCV, sendo que ambos agem acelerando a deteriorização hepática. Dentre os infectados, nos grupos de maior risco estavam os usuários de drogas ilícitas injetáveis, os incluídos em programas de hemodiálise, pacientes que tiveram contato sexual com portadores do vírus HIV, os pacientes que fazem transfusão sanguínea e os profissionais de saúde. Neste mesmo estudo foram identificadas as principais vias de contágio de cada vírus, sendo o HIV transmitido principalmente por contato sexual, e a partícula viral tem menor capacidade de sobrevivência no meio ambiente do que a partícula viral do HCV. No que diz respeito a relação sexual sem proteção, a maioria dos pacientes infectados tinham prática heterossexual, 64,5%, sendo apontado como fator de risco a promiscuidade e a falta de prevenção contra DST's para o aumento da taxa de infecção. Neste mesmo trabalho a porcentagem de infectados usuários de drogas ilícitas com compartilhamento de agulhas foi de 45,2%, fator importante para a transmissão de ambos os vírus (Amaral et al., 2007).

Abordando a mesma temática, um estudo feito no Rio de Janeiro com 110 entrevistados procurou identificar fatores de risco para a infecção do HIV. Neste estudo foi feita uma coleta de dados através do uso de três questionários que identificavam informações gerais dos entrevistados, pesquisa de informações como comportamento e atitudes em relação a AIDS, e avaliação da disfunção psicológica. Na população estudada foram encontrados altos níveis de comportamento de risco como o compartilhamento de seringas, sexo sem o uso de preservativos, os entrevistados mostraram conhecimento acerca da possibilidade de transmissão do vírus através dessas práticas referidas, 93,3% tinham o conhecimento da transmissão pelo compartilhamento de seringas, e 98,1% sabiam que o contato sexual sem proteção era uma forma de transmissão (Telles et al., 1998).

No Brasil, o Boletim Epidemiológico reporta o primeiro caso de AIDS e o primeiro óbito em 1980, mas só relatado dois anos depois, um paciente masculino e a forma de infecção via sexual. Em 1982 a nova síndrome foi relacionada ao sangue e passa a ser identificada não só em homossexuais, mas em mulheres, homens heteros, usuários de drogas, hemofílicos, receptores de transfusão de sangue e recém nascidos, já sendo classificada como epidemia; onde 14 países relatam ter casos de AIDS (GALVÃO, 2002).



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). A AIDS é uma infecção crônica caracterizada pelo declínio de linfócitos T CD4+ e pela disseminação do vírus para tecidos linfoides, favorecendo o aparecimento de doenças oportunistas nos pacientes acometidos (Ministério da Saúde, 2008). Além disso, é considerada como um dos principais problemas de saúde pública do mundo (Almeida, 2011).

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 carinii* 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).

A epidemia da infecção pelo HIV constitui um fenômeno global, dinâmico e instável, traduzindo-se por verdadeiro mosaico de sub-epidemias regionais. Resultante das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV revela epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo transformações epidemiológicas significativas.

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

