



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM CONCENTRAÇÃO EM
EPIDEMIOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE COM ÊNFASE EM VIGILÂNCIA EM
SAÚDE

MARILEIDE FLORÊNCIO MARTINS

PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS E
COINFEÇÕES EM INDIVÍDUOS COM AIDS EM PALMAS-
TOCANTINS

Salvador

2017

MARILEIDE FLORÊNCIO MARTINS

**PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS E
COINFECÇÕES EM INDIVÍDUOS COM AIDS EM PALMAS-
TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - ISC/UFBA para avaliação final do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em Epidemiologia em Serviços de Saúde com Ênfase em Vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Lima da Silva.

Salvador

2017

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

M382p Martins, Marileide Florêncio.

Prevalência das infecções oportunistas e coinfeções em indivíduos com Aids em Palmas –Tocantins / Marileide Flôrencio Martins.- Salvador: M.F. Martins, 2017.

101f.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Lima da Silva.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. AIDS. 2. Epidemiologia. 3. Infecções Oportunistas. I.
Título.

CDU 616.9



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva**

Marileide Florêncio Martins

“Prevalência das infecções oportunistas e coinfeções em indivíduos com AIDS em Palmas - Tocantins”.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 27 de junho de 2017

Banca Examinadora:

Prof. Carlos Alberto Lima da Silva – UEFS

Profa. Maria Conceição Oliveira Costa – UEFS

Profa. Florisneide Rodrigues Barreto – ISC/UFBA

Salvador
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, ao meu Deus, criador dos céus e da terra, a minha amada mãe, Marise Florêncio Martins, a meu pai Lino Martins de Sousa (in memoriam) e às pessoas que convivem com o HIV-AIDS.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, sou grata ao meu Deus, mediante Jesus Cristo, meu único Senhor e Salvador!

Quero expressar a minha gratidão a minha mãe, por me dar força, estimular-me e compreender os momentos que tive que renunciar a sua companhia para poder terminar esta dissertação. Saiba que a senhora é a razão do meu viver!

A meu esposo Hélio de Souza, por me apoiar nos momentos mais difíceis e dedicar o seu precioso tempo para me ajudar com as suas análises críticas e enriquecedoras durante todo o processo de construção desta dissertação. Você foi fundamental! O seu amor, carinho, companheirismo e paciência foram a base fortalecedora para eu crer ainda mais que, para Deus, não há nada impossível. Obrigada por tudo, meu amor! .

Ao pessoal da Secretaria Estadual da Saúde de Tocantins, por meio da Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde e à Diretoria de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis na pessoa da Adriana Cavalcante Ferreira Morciego Garcia. Meu muito obrigada pelo apoio e pela oportunidade de realizar este mestrado!

Aos meus colegas e companheiros do mestrado! Conhecer cada um de vocês foi maravilhoso! Compartilhar as angústias, dificuldades e o apoio na produção dos trabalhos foram aprendizados que levarei para a vida toda! Obrigada por me permitirem conhecer e estar com vocês durante todo esse período.

Aos meus colegas de trabalho, especialmente a Iênia Naves, Iarllene Dourado, Viviane Araújo e Caroline Bisserra! Saibam que vocês, cada uma com seu jeito e disposição em ajudar, contribuíram para essa conquista na minha vida! Meu muito obrigada!

Aos professores que ministraram aulas e/ou oficinas, em especial, aos coordenadores do curso Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota e Florisneide Rodrigues Barreto, obrigada pela oportunidade e por terem acreditado em nossos potenciais.

As secretárias do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Taís Nascimento e Sônia Malheiros, pela dedicação, cuidado e carinho prestado por vocês ao longo de todo esse processo vocês me fizeram acreditar que vale à pena lutar.

E por fim, nada menos especial e sim mais do que especial, quero agradecer ao meu querido orientador, Prof. Dr. Carlos Alberto Lima da Silva, saiba que as notas dominantes da sua orientação foram preponderantes para a construção desta dissertação, a sua cordialidade, educação, dedicação, preocupação e companheirismo foram essenciais para a construção desse trabalho. A liberdade de ação que você me concedeu foi crucial para o meu crescimento profissional e pessoal, saiba que estará sempre no meu coração.

EPÍGRAFE

*Mas a sabedoria que vem do alto é, primeiramente, pura, depois pacífica, moderada, tratável, cheia de misericórdia e de bons frutos, sem parcialidade, e sem hipocrisia. **Tiago 3:17***

*“[...] Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito, não sou o que deveria ser, mas, graças a Deus, não sou o que eu era antes [...]” **Martin Luther King Jr.***

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Características sociodemográficas de indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.
- Tabela 2** Características epidemiológicas de indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.
- Tabela 3** Prevalência das infecções oportunistas e coinfeções Critério Rio de Janeiro/Caracas em indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.
- Tabela 4** Prevalência das infecções oportunistas e coinfeções Critério CDC Adaptado em indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.
- Tabela 5** Infecções oportunistas e coinfeções critério Rio de Janeiro/Caracas por SEXO em indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.
- Tabela 6** Infecções oportunistas e coinfeções critério CDC adaptado, por SEXO em indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CO	Centro Oeste
DST	Doença Sexualmente transmissível
EUA	Estados Unidos da América
Excel©	Software desenvolvido pela empresa Microsoft
GRID	Gay-Related Immune Deficiency
HAB	Habitantes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homem
HTLV	<i>(human T lymphotropic vírus type I and II)</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IO	Infecção Oportunista
IOs	Infecções Oportunistas
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
Km ²	Quilômetro Quadrado
L TCD4+	Linfócitos Auxiliares
LTCD8+	Linfócitos Citotóxicos
mm ³	Milímetro Cúbico
N	Norte
NE	Nordeste
ONU	Organização das Nações Unidas
PAS	Programação Anual de Saúde

PES	Plano Estadual de Saúde
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV-AIDS
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Notificação de Agravos
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos LT-CD4+/CD8
SK	Sarcoma de Kaposi
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS©	Software Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TABWIN	Tabulador para Windows
TARV	Terapia Antirretroviral
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1. OBJETIVOS	13
1.1 GERAL	13
1.2 ESPECÍFICOS	13
2 JUSTIFICATIVA	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO HIV-AIDS NO MUNDO	15
3.2 NO BRASIL	16
3.3 EPIDEMIOLOGIA DO HIV-AIDS	16
3.4 PANORAMA DA MORTALIDADE POR AIDS	18
3.5 A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
3.6 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS, INFECÇÕES OPORTUNISTAS E COINFECÇÕES	19
4 ARTIGO: PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS E COINFECÇÕES EM INDIVÍDUOS COM AIDS EM PALMAS-TOCANTINS	22
RESUMO	23
ABSTRACT	25
1 INTRODUÇÃO	27
2 MÉTODOS	29
2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	29
2.2 CONTEXTO E PARTICIPANTES	29
2.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	30
2.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	32
2.5 ASPECTOS ÉTICOS	32
3 RESULTADOS	32
4 DISCUSSÃO	33
5 CONCLUSÃO	37
6 REFERÊNCIAS.....	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
6 REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A: Projeto de Pesquisa.....	53

APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma dissertação de mestrado profissional, apresentada na forma de artigo científico, em que se analisa a ocorrência de complicações clínicas nas pessoas infectadas pelo HIV-AIDS, atendidas no Núcleo de Assistência Henfil, no município de Palmas, Tocantins. Assim, deve-se destacar a relevância social, operacional e científica deste estudo, especialmente no que diz respeito aos esforços e dedicação para melhor entender o cenário epidemiológico das infecções oportunistas e coinfeções mais prevalentes em indivíduos com AIDS, atendidos na rede de atenção à saúde desta localidade.

Tais descobertas poderão fortalecer a tomada de decisões para elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES), voltado para Gerência de DST/HIV/AIDS, no intuito de direcionar as Programações Anuais de Saúde (PAS), voltadas para qualidade da vigilância e da assistência prestada às pessoas vivendo com o HIV-AIDS atendidos no Núcleo de Assistência Henfil de Palmas.

Esta dissertação foi elaborada atendendo aos requisitos acadêmicos do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e encontra-se no formato de artigo científico.

1 OBJETIVOS

1.1 GERAL

Estimar a prevalência das infecções oportunistas, coinfeções nas pessoas com AIDS atendidas no Núcleo de Assistência Henfil no município de Palmas, Tocantins, no período de 2011 a 2015.

1.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e antecedentes epidemiológicos das PVHA;
- Descrever as infecções oportunistas e coinfeções mais frequentes, segundo critérios CDC adaptado e Rio de Janeiro/Caracas.

2 JUSTIFICATIVA

Os casos de AIDS no Brasil e no mundo vêm aumentando gradativamente, os pacientes, quando procuram os serviços para o diagnóstico e tratamento, normalmente, já estão com carga viral alta e contagem de linfócitos LT-CD4+ com níveis baixos, e, conseqüentemente, tendem a apresentar quadro clínico comprometido. O diagnóstico tardio destes casos aumenta a morbimortalidade, acentuando o aparecimento das infecções chamadas oportunistas e/ou coinfeções, que, na maioria das vezes, é o marcador principal para a busca do serviço e a definição do diagnóstico da AIDS (SANTOS et. al., 2015).

Em 2015 o cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e a relação com o diagnóstico tardio da doença (pacientes que são diagnosticados com contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³), o estado do Tocantins apresentou um cenário preocupante, quase um terço dos usuários, definidos como casos de AIDS, foram identificados com diagnóstico tardio.

O Estado possui oito (8) regiões de saúde, no entanto as que apresentam uma concentração maior de diagnóstico tardio são: Amor Perfeito (53,3%), Cantão (39,1%), Capim Dourado (30,6%), Ilha do Bananal (29,1%) e Médio Norte Araguaia (21,5%) (TOCANTINS, 2016). A região de saúde Capim Dourado possui 315.621 casos segundo estimativas do IBGE de 2014, representando 22,26% da população no Estado. A capital Palmas encontra-se na região de saúde Capim Dourado que contempla na sua totalidade 14 municípios.

A Gerência Estadual, atualmente, passa por fragilidades no que se refere ao monitoramento das infecções oportunistas e coinfeções que ocorrem com maior frequência nesses usuários, impossibilitando a aquisição e provisão adequada da logística de medicamentos para as IO de responsabilidade do Estado.

Além disso, a inexistência de pesquisas em todo o Estado, no que se refere a AIDS, tem dificultado a realização de uma análise mais aprofundada do problema e, conseqüentemente, a tomada de decisão referente ao planejamento e à programação das ações de saúde relacionadas à gestão do cuidado.

O produto final deste estudo poderá contribuir para a melhoria das ações de vigilância em saúde dessas infecções oportunistas e coinfeções, com o intuito de realizar a aquisição e provisão da logística de medicamentos, de acordo com as necessidades, sem que haja prejuízo para o usuário e para o Estado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO HIV/AIDS NO MUNDO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) continua sendo um dos principais problemas de saúde pública no mundo (BAZIN et. al., 2014; SILVA, ISHIKAWA, 2015). O aparecimento de pessoas doentes com uma nova doença sem precedentes e que preocupava a comunidade médica e científica revelou-se nos EUA entre os anos de 1976 a 1981, e foram identificados os primeiros casos em uma comunidade específica de homossexuais da Califórnia e de Nova Iorque, que apresentava um quadro clínico comprometido por doenças oportunistas, resultante de uma deficiência imunológica de causa desconhecida. No entanto, já havia registro de casos clínicos bem parecidos em algumas regiões da África (ALMEIDA, 2011). A aglomeração dos casos de sarcoma de Kaposi e Pneumonia por *Pneumocystis carinii*, em homossexuais masculinos apareceram nas cidades norte-americanas Los Angeles, São Francisco e Nova Iorque (SILVA, 2008).

Os Estados Unidos, Haiti e África Central tiveram os seus primeiros registros entre os anos de 1977-8, acometendo homossexuais e, mais tarde, houve registro em outros grupos populacionais, como usuários de drogas injetáveis, pessoas expostas ao sangue e hemoderivados, mulheres e crianças (SILVA, VASCONCELOS e RIBEIRO, 2013). Ainda no início da descoberta dessa doença, a associação à homossexualidade foi tão evidente que a doença chegou a ser chamada nos meios científicos de GRID (*Gay Related Immundeficiency*) e na opinião pública e imprensa de *câncer gay*, *peste gay* ou *peste rosa* (TERTO JR, 2002). O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) publicou a existência de mais três grupos de risco à infecção pelo HIV, como os haitianos, hemofílicos e toxicodependentes, caracterizando, assim, como a doença dos 4H, que posteriormente passa a ser chamado de doença dos 5H, devido à integração das profissionais do sexo que, em inglês, significa (*hookers*) a esse grupo de risco (ALMEIDA, 2011).

3.2 NO BRASIL

Os primeiros registros do então desconhecido vírus datam de 1981, no entanto os primeiros casos diagnosticados ocorreram em 1982. O Estado de São Paulo, através da Secretaria de Saúde, profissionais da área da saúde e ativistas homossexuais, começaram a desenvolver as primeiras atividades para compreender e traçar ações contra esse mal, considerado o início ao enfrentamento ao HIV/AIDS (NUNES et. al., 2015; SILVA, VASCONCELOS e RIBEIRO, 2013).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) são alvos de políticas públicas voltadas para a prevenção e tratamento, desde a década de 1980, quando houve relatos de casos no Brasil (TRAEBERT et. al., 2015).

O Programa Nacional de IST/AIDS foi criado entre o período de 1985-6, antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um dos seus principais objetivos a proteção dos direitos humanos. A Dra. Lair Guerra de Macedo Rodrigues foi a responsável pela criação do referido programa, constituindo comissões interinstitucionais estaduais e a Política Nacional de Enfrentamento da AIDS (GRECO, 2016).

3.3 EPIDEMIOLOGIA DO HIV-AIDS

Segundo relatórios da UNAIDS (2016), em 2015 eram 2,1 milhões (1,8 a 2,4 milhões) de novas infecções pelo HIV, totalizando 36,7 milhões (34 milhões, 39,8 milhões) de PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/AIDS).

A Índia encontra-se em 2º lugar no ranking mundial em número de casos de pessoas infectadas pelo HIV-AIDS em 2011. Estima-se que 34 milhões de pessoas vivem com o vírus (HASABI et. al., 2016). Nos países latino-americanos e no Caribe, a prevalência do HIV é maior nos homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais (FURTADO et. al., 2016).

Dentre os países da América Latina, o Brasil é o que apresenta o maior número de casos de AIDS em números absolutos: dos 1,8 milhão de PVHA na América Latina, aproximadamente 600.000 vivem no Brasil. No entanto, a prevalência do HIV é mais acentuada nos países pequenos e de população menores do que o Brasil, como Guatemala, Honduras e Belize (DOURADO e BASTOS,

2011).

No Brasil, com a epidemia da AIDS, até junho de 2015, ocorreram 798.366 casos. Quando avaliamos a distribuição proporcional por região do país, observa-se que, do total de casos notificados de 1980 até junho de 2015, há uma concentração nas regiões Sul, com 20,0%, e Sudeste, 53,8%. As regiões Nordeste, 14,6%; Centro-Oeste, 5,9% e Norte, 5,7%. Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado anualmente uma média de 40,6 mil casos de AIDS. Nos últimos 10 anos, percebe-se uma estabilização na taxa de detecção, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. Em 2005, foram registrados nas regiões Norte 14,3, Nordeste 11,7 e Centro-Oeste 17,3 casos para cada 100 mil habitantes, no entanto, no ano de 2015, foi observado um aumento significativo. A taxa foi 25,7 (N), 15,2 (NE) e 18,4 (CO), representando um aumento de 79,7% (N), 30,0% (NE) e 6,4% (CO), (BRASIL, 2015a).

A região Norte do Brasil, representada por 7 (sete) estados, acumula 45.355 casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM, SISCEL/SICLOM, no período de 1980 a 2015. O estado do Tocantins está na 4ª posição na região Norte, em número de casos, e conta com 441 casos no período de 1980 a 2002. Nos anos subsequentes, houve um aumento significativo na detecção de casos novos, acumulando, nos últimos 14 anos, no período de 2003 a 2015, 1919 casos, totalizando 2.360 casos desde a década de 1980 a 2015 (BRASIL, 2015a).

Dos casos de AIDS notificados no SINAN – declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (SISCEL)/ Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) – no período de 2000-2015, foram 75,3% registrados no SINAN (BRASIL, 2015a).

A taxa de detecção (100.000 hab.) no Tocantins, nos anos de 2013 e 2014, registrou-se 17,3 e 15,0 respectivamente. A capital Palmas, no ano de 2014, estava na 20ª posição no ranking nacional da taxa de detecção, com 27,9 casos em 100.000 hab. (BRASIL, 2015a).

No que se refere à mortalidade por causa básica AIDS, o estado do Tocantins encontra-se na 4ª posição quando comparado com a região Norte, acumulando, no período de 1980 a 2014, 563 óbitos. O coeficiente de mortalidade (100.000 hab.) do Estado está abaixo da média nacional e da região Norte, ficando atrás apenas do Acre (BRASIL, 2015a).

3.4 PANORAMA DA MORTALIDADE POR AIDS

A mortalidade por AIDS continua sendo um problema de saúde pública. A introdução da terapia antirretroviral contribuiu de maneira importante para a diminuição dessa mortalidade. Entretanto, observa-se que ainda continua sendo a quinta causa de morte entre adultos e a primeira entre mulheres e jovens (FURTADO et. al. 2016; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Cunha, Cruz e Torres (2016) estimam que 36,9 milhões de pessoas estariam infectadas com vírus HIV, causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), no ano de 2014. De 1980 até dezembro de 2014, o Brasil registrou 290.929 óbitos por AIDS (CID 10: B20 a B24). As regiões Sudeste e Sul são as que acumularam um percentual maior de registro de óbitos, sendo 61,0% e 17,4%, respectivamente, as regiões Nordeste 12,3%, Centro-Oeste 5,0% e Norte 4,2%.

Foram registrados 12.449 óbitos no ano de 2014. As regiões Sudeste e Sul acumulam 65,2% desses óbitos, Nordeste 19,5%, 9,3% no Norte e 5,9% no Centro-Oeste (BRASIL, 2015a). Houve uma queda no coeficiente de mortalidade padronizado nos últimos dez anos no país. Em 2005, foram registrados seis óbitos a cada 100.000 hab. E, em 2014, apenas 5,7, observando-se, então, uma queda de 5,0% (BRASIL, 2015a).

O país possui uma expressiva mortalidade por AIDS, mesmo com a disponibilização da terapia antirretroviral precocemente, mas ainda existem desigualdades de acesso aos serviços de saúde (CUNHA; CRUZ e TORRES, 2016).

A região Norte do país registrou 12.301 óbitos no período de 1980 a 2014. O estado do Tocantins registrou 563 casos de óbitos no mesmo período, no entanto apresenta um aumento progressivo de óbitos nos anos de 2013 e 2014. No ano de 2014, o coeficiente de mortalidade bruto para a região Norte equivale a 6,7 e padronizado 7,3, e no Tocantins registraram-se 4,0 e 4,2 respectivamente (BRASIL, 2015a).

3.5 A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A AIDS é uma doença infecciosa transmissível, e, na atualidade, representa um dos maiores problemas de saúde pública, devido ao seu caráter pandêmico. As PVHA evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, em detrimento dos linfócitos TCD4+ (CARVALHO et. al., 2013; BRASIL, 2010).

A história natural dessa doença vem sendo alterada devido à introdução da terapia antirretroviral (TARV), iniciada no Brasil em 1996. Com o início da TARV, houve um aumento da sobrevivência dos pacientes, reconstrução do sistema imunológico, redução das infecções oportunistas e coinfeções e, conseqüentemente, melhorou a qualidade de vida das PVHA (BRASIL, 2010 e 2015b).

Avanços foram evidenciados entre 1996 e 1997 com a introdução da TARV, e o Brasil foi o primeiro país do mundo a disponibilizar universalmente os antirretrovirais às PVHA pelo Sistema Único de Saúde (NUNES et. al., 2015; TRAEBERT et. al., 2015; BRASIL, 2015b). O Sistema Único de Saúde e a construção da Política Nacional de Enfrentamento do HIV-AIDS estão intimamente ligados. O SUS foi o alicerce para esse enfrentamento, fortalecido com os movimentos sociais na instância nacional e, posteriormente, foi descentralizado para os estados e municípios. Essa iniciativa realizada por um país em desenvolvimento gerou expectativas duvidosas. No entanto, com o passar dos anos, as pesquisas mostraram um avanço na queda da mortalidade, estabilização da taxa de incidência, diminuição da transmissão vertical e mudança nas causas de internação (NUNES et. al., 2015). O Brasil “colocava em prática um dos preceitos básicos do SUS: um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 2015b).

3.6 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS, INFECÇÕES OPORTUNISTAS E COINFECÇÕES

Segundo Brasil (2016),

O HIV é uma partícula esférica, que mede de 100 a 120 nm de diâmetro, pertencente ao gênero *Lentivirus* e família *Retroviridae*, apresentando em seu núcleo duas cópias de RNA de cadeia simples,

encapsuladas por uma camada proteica ou nucleocapsídeo, capsídeo e um envelope externo composto por uma bicamada fosfolipídica.

O diagnóstico da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV; do inglês, *Human Immuno Deficiency Virus*) pode ou não ter a expressão clínica após a infecção. A investigação laboratorial deve ocorrer quando há suspeita de risco de infecção pelo HIV (BRASIL, 2010). Existem três situações nas quais a detecção da infecção pelo HIV são empregadas: a triagem sorológica do sangue doado (segurança transfusional, hemoderivados e órgãos de transplantes), para os estudos de VE e para o diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2016).

A infecção pelo HIV, no indivíduo, desencadeia alterações inflamatórias durante todo o processo da infecção. Na fase aguda, ocorre o aparecimento de diversos marcadores plasmáticos (alfa 1 anti-tripisina e amiloide A) e a liberação de um grande número de citocinas inflamatórias (interferon alfa e IL15) havendo, então, um aumento significativo da carga viral no plasma (BRASIL, 2013b). Os sinais clínicos associados à doença são marcadores clínicos importantes para a investigação do HIV (BRASIL, 2013b). O surgimento de doenças em decorrência da imunossupressão, associados ao HIV, se caracteriza como infecções oportunistas (CARVALHO et. al., 2013). A terapia antirretroviral favorece a estabilização do sistema imunológico do indivíduo, no entanto, a não adesão à terapia causará danos ao sistema imunológico, com diminuição das células de defesa LT-CD4+, que poderá evoluir para a AIDS e, conseqüentemente, o aparecimento de manifestações de infecções oportunistas (SILVA et. al., 2015).

As PVHA coinfectadas são aquelas que desenvolvem duas ou mais doenças ao mesmo tempo, o que, na maioria das vezes, dificulta o tratamento, pois debilitam o sistema imunológico e o quadro clínico. As mais frequentes são hepatites B e C e tuberculose (BRASIL, 2015b). A diminuição da morbimortalidade está intimamente ligada à introdução da TARV (Terapia Antirretroviral), que favorece a diminuição da transmissão do vírus e da coinfeção tuberculose e HIV (SANTOS et. al., 2015).

A recuperação dos linfócitos LT-CD4+ e a resposta protetora a vários patógenos estão diretamente relacionadas ao início da TARV e, conseqüentemente, à diminuição da frequência a infecções oportunistas (BRUM, 2014). O fator primordial para um bom prognóstico da doença continua sendo o diagnóstico precoce e o tratamento imediato (BAZIN et. al., 2014). O aspecto de cronicidade da

AIDS aponta a necessidade de medidas de tratamento e controle em tempo hábil, pois as suas intercorrências são agudas (BAZIN et. al., 2014).

4 ARTIGO**PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS E COINFECÇÕES EM
INDIVÍDUOS COM AIDS EM PALMAS – TOCANTINS****PREVALENCE OF OPPORTUNISTIC INFECTIONS AND COINFECTIONS IN
INDIVIDUALS WITH AIDS IN PALMAS- TOCANTINS****PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS Y COINFECCIONES EN
INDIVIDUOS CON SIDA EN PALMAS - TOCANTINS**

Título Resumido: INFECÇÕES E COINFECÇÕES E AIDS

Marileide Florêncio Martins^{1,2}, Carlos Alberto Lima da Silva³

¹Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

³ Professor da Universidade Estadual de Feira de Santana; Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Autor para correspondência:

Marileide Florêncio Martins¹

706 Sul, Alameda 2, Lote 2, Apartamento 1401-B,
Residencial Classic, Palmas – TO, CEP 77022-372

Telefone: (63) 98417-9449

Email: mmarileidemartins@gmail.com

Financiamento: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins.

MARTINS, Marileide Florêncio. **Prevalência das Infecções Oportunistas e Coinfecções em Indivíduos com AIDS em Palmas-TO, 2011 a 2015.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva com Concentração em Epidemiologia em Serviços de Saúde com Ênfase em Vigilância em Saúde) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

RESUMO

OBJETIVO: Este estudo estimou a prevalência das infecções oportunistas e coinfecções em indivíduos com AIDS acompanhados no Núcleo de Assistência Henfil, no município de Palmas, Tocantins, no período de 2011 a 2015. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica com delineamento transversal, que foi conduzida por meio de revisão dos dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-AIDS) e Banco Estadual (Gerência de DST/HIV/AIDS – Área Técnica: Assessoria de Vigilância). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (parecer nº 1.967.965) e autorizado pela Gerência Estadual de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais. **RESULTADOS:** De um total de 228 casos de AIDS notificados no Núcleo Henfil, residentes na zona urbana (98,2%), heterossexuais (70,8%), com idade entre 25 e 44 anos (67,1%), homens (64,9%), pardos (55,1%) e com ensino médio completo (46,1%), relações sexuais com homens (58,2%), seguidas com mulheres (37,3%). Além disso, quase 28,5% foram referentes ao ano de 2013. O critério de diagnóstico mais prevalente foi o critério CDC adaptado (94,7%). Quanto às infecções oportunistas mais frequentes, destacam-se dermatite persistente (28,1%), tosse persistente ou qualquer pneumonia (23,7%), candidose oral ou leucoplasia pilosa (23,7%), pneumonia por *Peumocystis carinii* (6,1%), candidose de esôfago (5,7%) e herpes zoster (4,8%). No que diz respeito às coinfecções, sete casos notificados com tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada e sete casos com tuberculose disseminada/extrapulmonar/não cavitária. **CONCLUSÕES:** Os achados deste estudo demonstram elevada prevalência da infecção pelo HIV nos homens heterossexuais pardos em idade jovem, predominando o critério CDC adaptado para definição do diagnóstico, o que não corresponde aos sinais clínicos mais prevalentes, pois as IO do critério Caracas foram as que prevaleceram. O sub-

registro das informações no SINAN impossibilitou realizar uma análise epidemiológica mais precisa para traçar medidas de prevenção e até mesmo de gestão quanto à aquisição dos medicamentos de responsabilidade do Estado para manifestações clínicas que ocorrem com maior frequência em PVHA.

PALAVRAS-CHAVE: AIDS. Epidemiologia. Infecções Oportunistas.

MARTINS, Marileide Florêncio. **Prevalência das Infecções Oportunistas e Coinfecções em Indivíduos com AIDS em Palmas-TO, 2011 a 2015.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva com Concentração em Epidemiologia em Serviços de Saúde com Ênfase em Vigilância em Saúde) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

ABSTRACT

Goal: This study estimated the prevalence of the opportunistic infection and co-infections in people with AIDS accompanied at the assistance center – Henfil in the city of Palmas, Tocantins, in the period from 2011 to 2015. **Method:** This is an epidemiological search with cross-sectional design that was conducted by reviewing the data available in the Notification of Injury Information System (SINAN-AIDS) and the State Bank (Management of DST/HIV/AIDS – Technical Area: Surveillance counseling). This study was approved by Research Ethics Committee of the Health collects Institute of UFBA (opinion n° 1.967.965) and authorized by State Management of DST/HIV/AIDS and viral hepatitis. **Results:** In the total of 228 AIDS cases reported in the Henfil nucleus, residents in the urban zone (98,2%), heterosexual (70,8%), aged between 25 and 44 years old (67,1%), men (64,9%), brown (55,1%) and with full high school (46,1%), sexual relations with men (58,2%), followed with women (37,3%) Besides that, almost (28,5%) referred to the year 2013. The most were reported by adapted CDC criterion (94,7%). As for the most frequent opportunistic infection stand out persistent dermatitis (28,1%), persistent cough or any pneumonia (23,7%), oral candidiasis or hairy leukoplakia (23,7%), pneumonia by *Peumocystis carinii* (6,1%), stomach candidiasis (5,7%), zoster herpes (4,8%). Regarding to the co-infections, seven cases reported with cavitary pulmonary tuberculosis or not specified and seven cases with disseminated tuberculosis/extrapulmonary/non-cavity. **Conclusions:** The findings of this study show high prevalence of the infection by HIV in the heterosexual men, brown in a young age, predominates the criterion CDC adapted for the definition of the diagnosis, that does not respond to the most prevalent clinical signs, because the IO of the Caracas criterion that prevailed. The sub register of information in SINAN

makes it impossible to do an epidemiological analysis more precise to draw up preventive measures and even management as to the acquisition of medicines of the responsibility of the State for the clinical manifestations that occur most frequently in PVHA.

KEY WORDS: AIDS. Epidemiology. Opportunistic Infections.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) surgiu nos meados dos anos de 1980, quando foram notificados, nos Estados Unidos da América (EUA), casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de sarcoma de Kaposi (SK) entre homossexuais masculinos saudáveis, chamando a atenção do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), órgão do governo norte-americano que passou a estudar a doença. Além disso, como essa estranha doença, em princípio, manifestou-se predominantemente entre homossexuais, passou a ser chamada GRID – *Gay-Related Immune Deficiency* (imunodeficiência relacionada aos gays)¹.

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1982, quando foi realizado o diagnóstico em pacientes homo ou bissexuais. Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980. Em maio de 1985, por meio da portaria nº 236, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Combate à AIDS, estabelecendo as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país¹.

Assim, três décadas depois do aparecimento da AIDS no mundo, se observam avanços importantes para a detecção, tratamento e prevenção devido à participação de vários organismos governamentais e da sociedade civil². Estes avanços têm favorecido consideravelmente as pessoas vivendo com o HIV/AIDS (PVHA), reduzindo a ocorrência das infecções oportunistas (IO) e as mortes em decorrência desta síndrome. No entanto, ainda existe uma parcela de PVHA que são diagnosticadas tardiamente (LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³), aumentando o risco de desenvolvimento de infecções oportunistas³.

Estas infecções, muitas vezes, são graves e podem ser fatais, pois o sistema imunológico do indivíduo pode estar danificado pelo HIV. Os indivíduos com AIDS são mais susceptíveis às doenças emergentes e às doenças negligenciadas e poderiam ser acompanhados pelos serviços de saúde ou de vigilância epidemiológica, a partir do diagnóstico de soropositividade para HIV⁴. Além disso, a infecção pelo HIV fragiliza o sistema imunológico dos indivíduos, tornando-os até 50 vezes mais vulneráveis à tuberculose, quando comparados aos indivíduos não infectados⁴.

As ações de promoção, prevenção, controle e o planejamento das

necessidades de assistência são potencializados com os registros dos casos existentes, através do SINAN, por meio das notificações/investigação da AIDS e pelos principais sistemas de registros de casos, tais como SICLOM, SISCEL e SIM⁵.

No Brasil, a epidemia da AIDS notificada no SINAN⁶, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM⁷ até junho de 2016 ocorreu 842.710, com média anual de 41,1 mil casos de AIDS nos últimos cinco anos. Quando avaliamos a distribuição proporcional por região do país, observa-se que, do total de casos notificados de 1980 até junho de 2016, há uma concentração nas regiões Sul, com 20,1% e Sudeste, 53,0%. As regiões Nordeste, 15,1%, Centro-Oeste, 6,0% e Norte, 5,9%.

Nos últimos 10 anos, verificou-se uma estabilização na taxa de detecção com uma média de 20,7 casos para cada 100 mil hab. Em 2006, as regiões Norte e Nordeste apresentaram uma tendência linear de crescimento na taxa de detecção, pois foram registrados nas regiões Norte 14,9 e Nordeste 11,2. Em 2015, a taxa na região Norte foi de 24,0 e Nordeste, 15,3, representando um aumento de 61,4% na região Norte e 37,2% na região Nordeste de casos para cada 100 mil habitantes⁸. Vale destacar que a capital Palmas apresentou um incremento na taxa de detecção de 61%, entre os anos de 2006 e 2015⁸.

Finalmente, o desconhecimento da prevalência das infecções oportunistas e coinfeções nos indivíduos com AIDS, atendidos no Núcleo de Assistência Henfil, pode comprometer as ações de vigilância, controle e qualidade da assistência prestada. Por conta disso, este estudo objetivou analisar a prevalência das infecções oportunistas, coinfeções em pessoas com AIDS atendidos no Núcleo de Assistência Henfil, no município de Palmas, Tocantins, entre 2011 e 2015.

2 MÉTODO

2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Pesquisa epidemiológica com delineamento transversal, conduzida por meio de dados disponíveis nos principais Sistemas de Informações em Saúde o SINAN-NET (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)⁵ e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁹.

2.2 CONTEXTO E PARTICIPANTES

O Estado do Tocantins foi criado em 1988 e conta, atualmente, com 139 municípios, uma população, em 2010, de 1.383.445 habitantes e estimativa para 2016 de 1.532.902 hab. A área geográfica de Tocantins, em 2015, era de 277.720,567 km² e a densidade demográfica (hab/ km²) em 2010 de 4,98. A capital Palmas foi fundada em 20 de maio de 1989, logo após a criação do estado do Tocantins, sua instalação definitiva ocorreu em 1º de janeiro de 1990. A população estimada para 2016 é de 279.856 hab, possui uma área territorial de 2.218,943 km², densidade demográfica 102,90 hab/ km² em 2010 (IBGE)⁹. Conforme pactuação na CIB 161 de 29 agosto de 2012, o estado do Tocantins é composto por 8 (oito) Regiões de Saúde: Médio Norte Araguaia, Bico do Papagaio, Sudeste, Cerrado Tocantins Araguaia, Ilha do Bananal, Capim Dourado, Cantão e Amor Perfeito¹⁰.

A pesquisa foi realizada com dados secundários das pessoas vivendo com HIV-AIDS assistidos pelo Núcleo de Assistência Henfil, no município de Palmas – TO, localizado na região de saúde do Capim Dourado que possui uma população de 315.621 segundo estimativas do IBGE¹¹ representando 22,26% da população no Estado.

O Núcleo de Assistência Henfil fica localizado na capital, Palmas. É um serviço de referência para a Região de Saúde de Capim Dourado, que contempla 14 municípios. A gestão do serviço é municipal, com contrapartidas do Estado e da União. Faz parte da rede municipal de saúde e foi criado para o tratamento e acompanhamento dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST),

entre elas a AIDS. São realizados serviços de promoção e prevenção das DST/AIDS como aconselhamentos, atividades educativas, educação sexual e orientações gerais à população¹².

2.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram revisados dados do SINAN⁶, através dos relatórios TABWIN, de todos os indivíduos residentes em Palmas e notificados pelo Núcleo de Assistência Henfil no período de 2011 a 2015, totalizando 228 fichas de notificação e investigação – AIDS. Foram incluídos na pesquisa notificações de casos AIDS adultos (pessoas acima de 13 anos), residentes em Palmas e notificados pelo Henfil.

Segundo Brasil¹³, vários critérios foram propostos, implantados e redefinidos que definem um caso de AIDS em adultos (pessoas acima de 13 anos de idade), para fins de vigilância epidemiológica.

Neste estudo, foram incluídos apenas os **Critérios CDC Adaptado e Rio de Janeiro/Caracas**, utilizados atualmente pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e controle das IST do HIV/AIDS e das Hepatites Virais vinculados à ficha de notificação/investigação AIDS.

CDC adaptado: (existência de 2 testes de triagem reagentes ou 1 confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + evidência de imunodeficiência (diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de AIDS e/ou contagem de linfócitos T CD4+ 350 células/mm³);

Rio de Janeiro/Caracas: (existência de 2 testes de triagem reagentes ou 1 confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + somatório de pelo menos dez (10) pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças). Quando um indivíduo HIV positivo somar 10 pontos com sinais e sintomas característicos da AIDS o caso é definido com AIDS.

Apenas o sarcoma de kaposi e a tuberculose disseminada/extrapulmonar /não-cavitária têm peso igual a dez, e, portanto, são definidoras de AIDS de forma isoladas. Quatro grupos de doenças têm peso igual a cinco pontos (candidose oral, tuberculose pulmonar, herpes zoster e disfunção do SNC), e as sete manifestações inespecíficas (febre, caquexia, astenia, anemia e/ou linfopenia e/ou leucopenia,

dermatite persistente e linfadenopatia) têm um peso de apenas dois pontos.

Neste estudo foram incluídas apenas as infecções oportunistas e coinfeção dos critérios CDC Adaptado e Rio de Janeiro/Caracas, que constam no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos¹⁴.

Sinais e sintomas clínicos dos Critérios Rio de Janeiro/Caracas que são consideradas coinfeções e infecções oportunistas, segundo Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos¹⁴: **coinfeções** – tuberculose disseminada/extrapulmonar/não cavitária; tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada; e **infecções oportunistas** – candidose oral ou leucoplasia pilosa; herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos; Dds função do sistema nervoso central; dermatite persistente; tosse persistente ou qualquer pneumonia.

Situações clínicas dos critérios CDC adaptado que são consideradas infecções oportunistas e coinfeções, segundo Protocolo Clínicos de Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos¹⁴: **coinfeção** – reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite); e **infecções oportunistas** – candidose (esôfago, traqueia, brônquio, pulmão); citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos); criptococose extrapulmonar; criptosporidiose intestinal crônica; herpes simples mucocutâneo > 1 mês ou em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal; histoplasmose disseminada; isosporidiose intestinal crônica; leucoencefalopatia multifocal progressiva; micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase; pneumonia por *P. carinii*; salmonelose (septicemia recorrente); toxoplasmose cerebral.

As Gestantes HIV+ foram excluídas, porque a população pesquisada foi de casos confirmados de AIDS.

2.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

As informações foram extraídas do banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde, na Superintendência de Vigilância Promoção e Proteção à Saúde, extraídas diretamente do TabNet Win32 2.7¹⁵, salvas em planilhas eletrônicas (Excel©)¹⁶, armazenadas em um banco de dados no software *Statistical Package for Social Science* (SPSS©)¹⁷ versão 20. Os dados populacionais foram pesquisados na webpágina do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A análise dos dados foi desenvolvida em etapas distintas. Inicialmente, foram estimadas frequências simples de todas as variáveis qualitativas categóricas de interesse para o estudo. Em seguida, as proporções obtidas com os dados dos sujeitos da pesquisa foram comparadas por meio do teste χ^2 de Pearson ou teste exato de Fisher. Foram considerados como resultados estatisticamente significantes aqueles que apresentaram valor $p < 0,05$.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Protocolo 1967.965). Todos os dados extraídos tiveram a anuência da Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde da Secretaria Estadual da Saúde de Tocantins, seguindo todo o fluxo da Portaria 796 de 27 de junho de 2014¹⁸. Foram respeitados todos os critérios éticos conforme Portaria 466 de 12 de dezembro de 2012¹⁹.

3 RESULTADOS

O estudo compreendeu uma população total de 228 casos notificados de AIDS com 13 anos de vida ou mais, residentes em Palmas, notificados pelo Núcleo de Assistência Henfil, localizado na capital Palmas no período de 2011 a 2015.

Predominaram indivíduos do sexo masculino, 64,9%; idade entre 25 a 44 anos 67,1%; escolaridade ensino médio completo, 46,1%; seguida de educação superior completa com 22,8%; raça parda, 55,1%; residentes em zona urbana, 98,2%.

O ano de maior prevalência das notificações de casos de AIDS foi em 2013, 28,5%; quanto à evolução do caso, 93,4% mantinham vivos; 5,7% foram a óbito e 0,9% foram a óbito por outras causas (vide Tabela 1).

O critério de diagnóstico mais utilizado foi o CDC adaptado com (94,7%), transmissão vertical de (1,3%); relações sexuais com homens (58,2%); seguidas de mulheres, (37,3%); heterossexual, (70,8%); uso de drogas injetáveis apenas (0,4%); e não houve registro de nenhum caso de acidentes com materiais biológicos (vide Tabela 2).

As infecções oportunistas e coinfeções mais frequentes pelo critério Rio de Janeiro /Caracas foram: candidose oral ou leucoplasia pilosa, (23,7%); dermatite persistente, (28,1%); tosse persistente ou qualquer pneumonia (23,7%); herpes zoster em indivíduos \leq 60 anos, (4,8%); e tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada, (3,1%), respectivamente (vide Tabela 3).

Quanto ao critério CDC adaptado, as infecções oportunistas mais frequentes foram pneumonia por *Pneumocystis carinii*, (6,1%); candidose de esôfago, (5,7%); e toxoplasmose cerebral, (2,6%). As demais infecções como: criptococose extrapulmonar, herpes simples (muco cutânea > 1 mês), leucoencefalopatia multifocal progressiva, microbacteriose disseminada, exceto tuberculose e hanseníase, e a coinfeção reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite), não obtiveram registros (vide Tabela 4).

4 DISCUSSÃO

As infecções oportunistas predominantes nos indivíduos com AIDS atendidos no serviço de assistência especializada, definidas pelo critério Rio de Janeiro/ Caracas, foram a candidose oral ou leucoplasia pilosa, seguidas da dermatite, tosse persistente ou qualquer pneumonia e herpes zoster, sendo esta última mais frequente em homens, achados que estão de acordo com os estudos de Spezia, Pricarelli e Santos²⁰.

Além disso, no nosso estudo, a herpes zoster ocupa a quarta posição das infecções que frequentemente acometem PVHA. Esse resultado difere da pesquisa de Pinchinat et al.²¹, que apontam como a segunda causa de infecção em pessoas infectadas pelo HIV. Hirata²² afirma que a leucoplasia pilosa é frequentemente

encontrada em todas as fases do HIV, no entanto a sua ocorrência predominam em pacientes com TCD4+ menor que 200 células/mm³. Rebellato et al.²³ analisaram 57 pacientes portadores de HIV, dentre os quais houve uma média de 2,25 lesões de pele por paciente, sendo as mais frequentes as fúngicas seguidas da eritemato-escamosa, as dermatoses mais comuns foram as dermatoses seborreicas, onicomicose e candidíase oral.

No estudo de Soares et al.⁵, as dermatites persistentes predominaram em 31,2%, tosse persistente ou qualquer pneumonia 43%. A tuberculose cavitária ou não especificada prevaleceu entre as coinfeções. Este achado corrobora com os resultados de outros estudos que identificaram a tuberculose como mais prevalente entre as pessoas vivendo com HIV-AIDS²⁴. A tuberculose é um das principais causas de morte entre PVHA e requer medidas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Os indivíduos devem ser encorajados a procurarem os serviços para que intervenções imediatas sejam realizadas.

No estudo de Righetto et al.²⁵, a prevalência dessa coinfeção foi de 10,2%. No trabalho de Rodrigues et al.²⁶, foi observada uma predominância de 72,7% do sexo masculino coinfectados com TB-HIV. A tuberculose foi a segunda coinfeção mais frequente acompanhando a tendência nacional⁵.

Esses achados fortalecem a necessidade de que sejam implementadas ações de prevenção voltadas para estas infecções. Quando o diagnóstico já está instalado, apontam-se as corresponsabilidades dos governos municipais, estaduais e federal na compra/aquisição dos medicamentos necessários para atender às demandas dos serviços voltados para atendimentos dessa população. É importante enfatizar que, neste estudo, as infecções e coinfeções estudadas foram identificadas no momento do diagnóstico. Isto aponta que, quando se trata de tuberculose cavitária, o prognóstico desse indivíduo torna-se ruim, em função da letalidade causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* em pacientes coinfectados com o HIV.

Com o critério CDC adaptado, as infecções oportunistas predominantes foram as *Pneumocystis carinii*, seguida da candidose de esôfago e toxoplasmose cerebral. No estudo de Righetto et al.²⁵, a pneumocistose e a neurotoxoplasmose representaram 21,5% e candidíase oral e esofagiana com 15,7% das infecções encontradas. A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (designada, anteriormente, *P. carinii* f. sp. *hominis*), foi a segunda mais frequente, observada em 27% dos pacientes estudados de Soeiro et al.²⁷.

Segundo Soares et. al.⁵, a prevalência da toxoplasmose cerebral foi de 5,2%. A inexistência de casos confirmados de criptococose extrapulmonar, herpes simples (muco cutânea > 1 mês), leucoencefalopatia multifocal progressiva, microbacteriose disseminada, exceto tuberculose e hanseníase, e a coinfeção reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite), chama a atenção, principalmente quando se trata dos casos de reativação da doença de Chagas, pois segundo Oliveira²⁸, os coinfectados HIV+ e *T. cruzi*, nos países endêmicos a doença de Chagas tem uma taxa entre 1,3% e 7,1%. No Brasil, essa taxa é de 1,3%. Este autor afirma ainda que existe uma preocupação com relação ao baixo índice de teste sorológico para a doença de Chagas em pacientes HIV+, e seu estudo aponta 42,80% dos prontuários avaliados nos quais não foi solicitado exame para investigação sorológica da doença de Chagas nas PVHA.

Bucheri et al.²⁹ afirmam que não se sabe a verdadeira prevalência da doença de Chagas, no entanto, a frequência de reativação é de 20%. No estudo de Soares et. al.⁵, nos seis anos analisados também não houve registro da reativação da doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite). A realização da sorologia para a doença de Chagas deve ser solicitada nos primeiros exames após diagnóstico da infecção pelo HIV. No entanto, a subnotificação ou não solicitação desse exame inviabiliza a definição da verdadeira prevalência da doença de Chagas.

A definição de caso/diagnóstico da infecção pelo HIV, em quase a sua totalidade, foi feita pelo critério CDC adaptado. Além dos exames de triagem e de diagnóstico, esse critério está também vinculado a, pelo menos, uma doença indicativa de AIDS e/ou resultados de exames de linfócito TCD4+ menor que 350 células/mm³. No estudo de Soares et. al.²⁷, a utilização desse critério para definição do diagnóstico predominou com 66,3%. A política de enfrentamento do HIV, atualmente, está voltada para o tratamento imediato como medida de prevenção, com apenas o diagnóstico confirmatório da infecção do HIV, com o intuito de diminuir a carga da doença. Esse achado merece um estudo mais aprofundado, pois a vinculação do diagnóstico da infecção do HIV nesses indivíduos ainda pode estar relacionada com baixas taxas de LTCD4+.

Apenas uma pequena parcela (1,3%) apresenta o modo de transmissão via vertical. O que chama a atenção foi que mais de 70% se consideram heterossexuais, no entanto mantêm relações sexuais com homens, 58,2%,

despertando para as categorias de exposição de homens que fazem sexo com homens (HSH) e/ou homossexuais. No estudo de Fagundes et al.³⁰, o mecanismo de infecção da população estudada foi por contato heterossexual; 83,8% para as mulheres e 48,8% para os homens. No entanto, uma parcela expressiva desses homens (20,8%) afirma terem sido infectados por relacionamentos homossexuais.

Brasil⁸ registrou em 2015, na região Norte, uma predominância da transmissão heterossexual, enquanto na região Sudeste, a categoria HSH apresentou um aumento em comparação com as outras regiões. Ao mesmo tempo, o uso de drogas injetáveis não foi visto com evidência, apenas 0,4% informaram fazer uso e nenhuma transmissão ocorreu por soroconversão por acidente ocupacional. Esse resultado difere do estudo de Fagundes et. al.³⁰, pois a contaminação pelo HIV por uso de drogas injetáveis estava presente em 11,3% das mulheres e 9,8% dos homens. Entre os dados nacionais por regiões do país, a Sul registrou, em 2015, a maior proporção de usuários de drogas injetáveis⁸.

Este estudo observou ainda uma predominância de indivíduos do sexo masculino, idade entre 25 a 44 anos, com ensino médio completo, pardos, residentes em zona urbana. Estes achados assemelham-se aos estudos de Fagundes et. al.²⁷, onde 56,9% eram masculinos e 43,1% feminino²⁵ em que o sexo masculino representava 59,2% e o feminino 40,8%. Em outro estudo, realizado na Divisão de Vigilância Epidemiológica de Teresópolis, houve uma discreta predominância em mulheres, 51,2%, e o masculino 48,8%³¹. Quando avaliamos o cenário nacional, entre os anos de 1980 até junho de 2016, o Brasil notificou casos de AIDS em homens 548.850 (65, 1%) e em mulheres 293.685 (34,9%), sendo a razão de sexo, em 2015, entre homens e mulheres de 2,1⁸.

Em 2015, a raça parda apresentou 45,6% casos em indivíduos adultos, autodeclarados e apresentava um aumento em comparação com a raça branca 43,1%⁸. Quanto a escolaridade, quase 50% dos indivíduos possuíam o ensino médio completo, diferente do estudo de Fagundes et al.³⁰, onde 61% possuíam o ensino fundamental completo. Em 2015, no cenário nacional, quase 30% das pessoas com AIDS, a escolaridade se concentrou entre a 5ª e 8ª séries incompleta⁸.

Finalmente, podem ser descritas como limitações deste estudo a utilização apenas do SINAN⁶ como fonte secundária, pois impossibilitou a realização de uma análise mais aprofundada do problema de pesquisa aqui proposto, tendo como

limitação principal o sub-registro e incompletude dos campos.

Recomendamos um estudo mais aprofundado nessa linha de pesquisa, lançando mão da pesquisa de campo e utilizando-se de outras fontes, como prontuários clínicos, entrevistas com os pacientes e outros sistemas utilizados para a avaliação desses dados, como Sistema de Controle Logísticos de Medicamentos³², Sistema de Informação de Mortalidade³³, Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4+ e Carga Viral³⁴ e Gerenciador de Ambientes Laboratoriais³⁵.

Outro fator importante a ser relatado trata da população de estudo, por terem sido incluídas apenas as notificações de AIDS de pessoas residentes em Palmas e que foram notificadas pelo Núcleo de Assistência Henfil. Esses critérios de inclusão inviabilizaram uma análise com uma população maior e limitaram a investigação das IO e coinfeções aos diagnósticos tardios, tendo em vista que a ocorrência dessas infecções pode ocorrer em pacientes HIV+, inclusive para análise de significância.

Reforçamos, ainda, a necessidade de se incluírem na análise as coinfeções e infecções oportunistas como hepatites B e C, leishmaniose visceral e tegumentar, tuberculose ocorridas no curso da doença, doença de Chagas, HTLV (*Human T Lymphotropic Virus* type I and II) e sífilis. Além dos cânceres mais frequentes, tais como sarcoma de Kaposi, os linfomas não-Hodgkin, o linfoma primário do sistema nervoso central e o carcinoma cervical invasivo.

5 CONCLUSÃO

A organização do Sistema de Saúde Brasileiro passa por medidas organizacionais importantes, sendo uma delas a descentralização da responsabilidade e integralidade da prestação de serviços. Assim, coletar, analisar e produzir informações são verbos definidores que direcionam para a consolidação do termo “vigilância epidemiológica” e que são capazes de produzir mudanças no processo de saúde-doença a partir das informações geradas e que poderão direcionar rumo a uma tomada de decisão.

Observa-se que a predominância dos casos de AIDS concentra-se nos indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de vida sexual ativa e que merece atenção redobrada. Portanto, medidas de prevenção voltadas para esse público devem ser intensificadas, uma vez que indivíduos jovens estão se infectando

precocemente e dando entrada nos serviços de atendimento com o diagnóstico de AIDS, com algum tipo de infecções oportunistas e/ou coinfeções.

O risco de feminização do HIV-AIDS na capital Palmas está eminente, pois foi observado que mais da metade dos homens que se autodeclararam heterossexuais mantêm relações sexuais com mulheres, tornando-as expostas à infecção pelo HIV-AIDS. Contudo, o que mais chamou a atenção neste estudo foi que, embora a maioria da população estudada se considere heterossexual, um percentual importante desses informantes afirmaram ter relações sexuais com homens, aumentando as possibilidades de infecção pelo HIV, tendo em vista que essa categoria é considerada pelo Ministério da Saúde população-chave para o enfrentamento do HIV-AIDS.

No que trata as infecções oportunistas e coinfeções pelos critérios definidores de caso/diagnóstico da AIDS, as infecções oportunistas mais prevalentes, definidas pelo critério Rio de Janeiro/Caracas, foram a candidose oral ou leucoplasia pilosa, dermatite, tosse persistente ou qualquer pneumonia e herpes zoster e a coinfeção tuberculose cavitária ou não especificada. Já no critério CDC adaptado, as infecções oportunistas mais frequentes foram pneumonia por *P. Jiroveci* (*P. Carinii*), candidose de esôfago e toxoplasmose cerebral.

Embora as infecções oportunistas e coinfeções mais prevalentes foram do critério Rio de Janeiro/Caracas, o critério diagnóstico da definição de caso foi o CDC Adaptado. Julga-se que esta incompatibilidade de informação poderá estar vinculada a dificuldades operacionais ou até mesmo à análise clínica das infecções para definição das pontuações definidoras do critério Caracas.

6 REFERÊNCIAS

- 1- FIGUEIREDO NMA, VIANA DL, MACHADO WCA et al. Tratado Prático de Enfermagem. Vol.2, 2 ed. Yendis Editora: São Caetano do Sul-SP; 2009.
- 2- ARAÚJO, L. F. El origen del sida después de três décadas desde SUS primeros diagnósticos. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 248,249, 2014 [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/27.pdf>
- 3- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Ministério da Saúde, 2013b.
- 4- RODRIGUES-JÚNIOR AL, CASTILHO EA. AIDS e doenças oportunistas transmissíveis na faixa de fronteira brasileira. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 43(5):542-547, set-out; 2010 [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n5/v43n5a14.pdf>.
- 5- SOARES MT et al. Prevalência das Coinfecções em Pacientes Notificados com AIDS no Centro de Referência na Paraíba. *Rev. Brasileira de Ciência da Saúde* 18(6 Sup.1):5-12; 2014.
- 6- Sistema de Notificação e Agravos de Notificação – SINAN. (BR). [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>.
- 7- Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. SISCEL/SICLOM. (BR). [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/node/365>
- 8- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. (BR). Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
- 9- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (BR). [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
- 10- Secretaria Estadual de Saúde. (TO). Resolução nº 161, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre a Conformação das Novas Regiões de Saúde do Estado do Tocantins e as Ações e Serviços Mínimos à Serem Ofertados Nesses Territórios. Palmas-TO; 2012.
- 11- Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2014 (MUNIC2014). (BR). [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2014/default.shtm>.

- 12- MARTINS MF, SANTOS WCB, SOARES FS. Mapeamento dos casos de gestantes HIV+ atendidas no centro de testagem e aconselhamento de palmas, Tocantins, entre os anos 2007 e 2011. DST - J bras Doenças Sex Transm. 2015; 27 (Supl. 1):10-185 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264.
- 13- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. (BR). Critérios de Definição de Casos de AIDS em Adultos e Crianças. Série Manuais nº. 60. Ministério da Saúde; 2004.
- 14- Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. (BR). 2013. [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adul>.
- 15- TabNet Win32 2.7. [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/tabnet.php>.
- 16- Microsoft Office 365. Excel©.Brasil: Microsoft Corporation; 2016.
- 17- Software *Statistical Package for Social Science* (SPSS©). Versão 24.0. [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <https://spss.softonic.com.br/>.
- 18- Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SESAU, nº 796, de 27 de junho de 2014. (TO). Institui o processo de regulação para a realização de pesquisas nas Unidades de Saúde e Setores de Gestão da Secretara de Saúde do Estado do Tocantins. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Tocantins, 11 jun 2014.
- 19- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (BR). Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil nº 12, 13 de jun 2013a. Seção, 1 p. 59.
- 20- SPEZIA AP, PICARELLI MEA, SANTOS ABR. Avaliação da AIDS e da ocorrência de doenças oportunistas e sexualmente transmissíveis em pacientes infectados pelo HIV residentes na região de Indaiatuba, SP. Health Sci Inst. 2015; 33(4):303-8.
- 21- PINCHINAT S, CEBRIÁN-CUENCA AM, BRICOUT H, JOHNSON RW. Similar herpes zoster incidence across Europe: results from a systematic literature review. BMC Infect Dis. 2013; 13:170.
- 22- HIRATA CHW. Oral manifestations in AIDS. Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81(2):120-123. [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v81n2/pt_1808-8694-bjorl-81-02-00120.pdf.
- 23- REBELLATO PRO et al. Manifestações dermatológicas em pacientes infectados pelo HIV Um estudo de prevalência. JBM. Jan/Fev, 2015. Vol. 103 nº1. [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-077/2015/v103n1/a4923.pdf>>Acesso em 29 de mai. de 2017.

- 24- PINTO NETO LFS, VIEIRA NF, COTT FS, OLIVEIRA FMA. Prevalência da tuberculose em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2013 abr-jun;11(2):118-22.
- 25- RIGHETTO RC et al. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/AidsAIDS. Rev Rene. 2014 nov-dez; 15(6):942-8.
- 26- RODRIGUES AMS et al. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose por coinfectados ou não pelo vírus da imunodeficiência humana. Rev. Esc. Enferm. USP, v.46, n.5, p.1163-1169; 2012. [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/38467> .
- 27- SOEIRO AM et al. Post-mortem histological pulmonary analysis in patients with HIV/AIDS. Clinics vol. 63(4). São Paulo, 2008;64:497-502.
- 28- OLIVEIRA UR. Avaliação epidemiológica e sorológica em pacientes portadores de HIV em ambulatório de referência. [Monografia]. Salvador: Faculdade de Medicina Bahia, da Universidade Federal da Bahia; 2017.
- 29- BUCHERI R et al. Chagasic Meningoencephalitis in an HIV infected patient with moderate immunosuppression: Prolonged Survival and Challenges in the HAART era Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo, São Paulo , v. 57, n. 6, p. 531-535; Dec. 2015. [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003646652015000600531&lng=en&nrm=iso.
- 30- FAGUNDES VHV et al. Infecções oportunistas em indivíduos com infecção pelo HIV e relação com uso de terapia antirretroviral. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, v. 32, n. 2, p. 141-145; 2010.
- 31- GONÇALVES ZR et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes HIV-Positivo Cadastrados no Município de Teresópolis, RJ. DST - J bras Doenças Sex Transm 2012;24(1):9-14 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264. [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/5.%20Perfil%20Epidemiologico%20dos%20Pacientes%20HIVPositivo%20Cadastrados%20no%20Municipio%20de%20Teresopolis.pdf>.
- 32- Sistema de Controle Logísticos de Medicamentos SICLOM. (BR). [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/sistema-de-controle-logistico-de-medicamentos-siclom>.
- 33- Sistema de Informação de Mortalidade SIM. (BR). [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>.
- 34- Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4+ e Carga Viral SISCEL. (BR). [citado em 2016 mai 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/2010/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de-linfocitos-c>.

35- Gerenciador de Ambientes Laboratoriais GAL. (BR). [citado em 2016 mai 20].
Disponível em: <http://gal.datasus.gov.br/GALL/index.php>.

Tabela 1 Características sociodemográficas de indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.

Variáveis	n=228	(%)
Idade (anos) ^a		
13 até 24 anos	28	12,3
25 a 44 anos	153	67,1
45 a 59 anos	35	15,4
Acima de 60 anos	12	5,3
Sexo		
Masculino	148	64,9
Feminino	80	35,1
Escolaridade (n=205)		
Até 4 ^a série completa do EF	29	14,1%
Até ensino fundamental completo	34	16,5%
Até ensino médio completo	95	46,1%
Até educação superior completa	47	22,8%
Raça/Cor da Pele (n=227)		
Preta	13	5,7
Parda	125	55,1
Branca	89	39,2
Zona (n=227)		
Urbana	223	98,2
Periurbana	2	0,9
Rural	2	0,9
Ano de notificação		
2011	47	20,6
2012	47	20,6
2013	65	28,5
2014	51	22,4
2015*	18	7,9
Evolução do caso		
Óbito por AIDS	13	5,7
Óbito por outras causas	2	0,9
Vivo	213	93,4

Fonte: Dados obtidos através do SINAN NET⁶, acesso em fevereiro de 2017.

*Nota 1: As notificações de casos AIDS no SINAN diminuíram em função da Portaria 1271 de 06 de junho de 2014 que torna compulsória a notificação da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana HIV.

Tabela 2 Características epidemiológicas de indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.

Variáveis	n=228	(%)
Critério de diagnósticos		
CDC adaptado	216	94,7
Rio de Janeiro/Caracas	12	5,3
Transmissão vertical (n=227)		
Sim	3	1,3
Não	224	98,7
Relações sexuais (n=225)		
Relações sexuais com homens	131	58,2
Relações sexuais com homens e mulheres	10	4,4
Relações sexuais com mulheres	84	37,3
Uso de drogas Injetáveis (n=226)		
Sim	1	0,4
Não	225	99,6
Categoria de exposição (n=225)		
Bissexual	10	4,4
Heterossexual	160	70,8
Homossexual	53	23,5
Perinatal**	3	1,3

Fonte: Dados obtidos através do SINAN NET⁶, acesso em fevereiro de 2017.

****Nota 2:** O sistema atribui a categoria de acordo com dados e hierarquia de outros campos relacionados

Tabela 3 Prevalência das infecções oportunistas e coinfeções Critério Rio de Janeiro/Caracas em indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.

Variáveis	Sim n(%)	Não n(%)
Infecções oportunistas		
Candidose oral ou leucoplasia pilosa	54 (23,7)	174 (76,3)
Herpes Zoster em individuo menor ou igual a 60 anos	11 (4,8)	217 (95,2)
Disfunção do sistema nervoso central	7 (3,1)	221 (96,9)
Dermatite Persistente	64 (28,1)	164 (71,9)
Tosse persistente ou qualquer pneumonia (n=227)	54 (23,7)	173 (76,2)
Co-infecções		
TB disseminada/extrapulmonar/não cavitária	1 (0,4)	227 (99,6)
TB pulmonar cavitária ou não especificada (n=227)	7 (3,1)	220 (96,5)

Fonte: Dados obtidos através do SINAN NET⁶, acesso em fevereiro de 2017.

Tabela 4 Prevalência das infecções oportunistas e coinfeções Critério CDC Adaptado em indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.

Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)
Infecções oportunistas		
Candidose de esôfago (n=227)	13 (5,7)	214 (94,3)
Candidose de traqueia brônquios ou pulmão	5 (2,2)	223 (97,8)
Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)	2 (0,9)	226 (99,1)
Criptosporidose intestinal crônica > de 1 mês	1 (0,4)	227 (99,6)
Isosporidiose Intestinal crônica (n=227)	2 (0,9)	225 (98,7)
Pneumonia por pneumocystis carinii	14 (6,1)	214 (93,9)
Toxoplasmose cerebral	6 (2,6)	222 (97,4)

Fonte: Dados obtidos através do SINAN NET⁶, acesso em fevereiro de 2017.

Tabela 5 Infecções oportunistas e coinfeções critério Rio de Janeiro/Caracas por SEXO em indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.

Variáveis	SEXO		valor p^*
	Feminino (n)	Masculino (n)	
Infecções oportunistas			
Candidose oral ou leucoplasia pilosa	63	111	0,525
Herpes Zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos	78	139	0,228
Disfunção do sistema nervoso central	78	143	0,714
Dermatite Persistente	63	101	0,092
Tosse persistente ou qualquer pneumonia	64	109	0,323
Co-infecções			
TB disseminada/extrapulmonar/não cavitária	80	147	0,461
TB pulmonar cavitária ou não especificada	77	143	0,668

Fonte: Dados obtidos através do SINAN NET⁶, acesso em fevereiro de 2017.

*Qui-quadrado de Pearson

Tabela 6 Infecções oportunistas e coinfeções critério CDC adaptado, por SEXO, em indivíduos com AIDS, entre 2011 e 2015, Núcleo de Assistência Henfil/Palmas, Tocantins.

Variável	SEXO		valor p^*
	Feminino (n)	Masculino (n)	
Infecções oportunistas			
Candidose de esôfago	74	140	0,775
Candidose de traqueia brônquios ou pulmão	79	144	0,475
Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)	79	147	0,657
Criptosporidose intestinal crônica > de 1 mês	80	148	0,461
Isosporidiose Intestinal crônica	1	0	0,231
Pneumonia por pneumocystis carinii	77	137	0,269
Toxoplasmose cerebral	78	144	0,927

Fonte: Dados obtidos através do SINAN NET⁶, acesso em fevereiro de 2017. *Qui-quadrado de Pearson

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo traz como ponto principal a busca de informações no que tange à prevalência das infecções oportunistas e coinfeções em indivíduos com AIDS, atendidos em um serviço de referência para o atendimento de pessoas vivendo com HIV-AIDS. Tais descobertas poderão fortalecer a tomada de decisões para elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES), voltado para Gerência de DST/HIV/AIDS, no intuito de direcionar as Programações Anuais de Saúde (PAS), voltadas para qualidade da vigilância e da assistência prestada às pessoas vivendo com o HIV-AIDS.

Recomendamos que medidas de rastreamento sistemáticos destas infecções oportunistas e coinfeções sejam incluídas na rotina dos serviços, com o objetivo de se realizar uma análise epidemiológica do cenário real desses sinais e sintomas, bem como traçar medidas de prevenção, além de prestar uma atenção integral à saúde das PVHA, diminuindo, assim, a morbimortalidade desses indivíduos.

A intensificação da vigilância dos dados, através dos sistemas de informações como SINAN-AIDS, precisa ser fortalecida, pois os sub-registros e incompletude dos dados dificultaram a realização, com maior precisão, da análise do cenário epidemiológico dessas infecções, em função dessa fragilidade apontada.

Recomendamos que profissionais de saúde passem por treinamentos que venham resolver tais fragilidades. Outro fator que merece atenção é a definição do critério CDC adaptado, pois, além dos exames de triagem e de diagnóstico, esse critério está também vinculado a, pelo menos, uma doença indicativa de AIDS e/ou resultados de exames de linfócito TCD4+ menor que 350 células/mm³.

A política de enfrentamento do HIV, atualmente, está voltada para o tratamento imediato, como medida de prevenção, com apenas o diagnóstico confirmatório da infecção do HIV, com o intuito de diminuir a carga da doença. Este achado merece um estudo mais aprofundado, pois a vinculação do diagnóstico da infecção do HIV nesses indivíduos ainda pode estar relacionada com baixas taxas de LTCD4+.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A. A de. **VIH/SIDA**: Narrativas de homens homossexuais com mais de 50 anos de idade. 2011. Tese de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro. Aveiro-Portugal, 2011.

ARAÚJO, L. F. El origen del sida después de três décadas desde SUS primeros diagnósticos. **Psicologia & Sociedade**, 26(1), 248,249, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/27.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

BAZIN, G. R. et al. Terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV: o que sabemos após 30 anos da epidemia. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(4):687-702, abri. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444 p. Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde - **Boletim Epidemiológico** – AIDS. Brasília: Brasília. 2015a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b. 10 v. il. color.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRUM, Tânia de **Souza**. **Perfil clínico-epidemiológico de pacientes coinfectados por Tuberculose/HIV acompanhados em serviço de referência HIV/AIDS em Nova Iguaçu, RJ** - entre 2010-2014. 2014. Dissertação (Mestrado Medicina Tropical). Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

CARVALHO, F. L. et al. Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfeção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18(5): 1305-1312, 2013.

CUNHA, A. P. DA; CRUZ, M. M. DA; TORRES, R. M. C. Tendência da mortalidade por AIDS segundo características sociodemográficas no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre: 2000-201. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 25(3):477-486, jul-set 2016.

FIGUEIREDO, N. M. A; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. e Cols. **Tratado Prático de Enfermagem**. Vol.2, 2. ed. Yendis Editora. São Caetano do Sul-SP, 2009.

FURTADO, F. M. de S. F. et al. 30 aos depois: Representações Sociais acerca da AIDS e práticas sexuais de residentes de cidades rurais. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. (n. esp): 074-080. 2016. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300011>>. Acesso em: 06 out. 2016.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da AIDS no Brasil, 1985-2015, **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol.21, n.5, jan-mai, 2016. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.04402016>>. Acesso em: 10 out. 2016.

HASABI, I. S.; SHIVASHANKARAPPA, A. B.; KACHAPUR, C. KAULGUD, R. S. A. Study of Compliance to Antiretroviral Therapy among HivInfected Patients at a Tertiary Care Hospital in North Karnataka. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, Karnataka, v. 10, n.5:OC27OC31,mayde2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5455/njppp.2015.5.0301201517>>. Acesso em: 05 de out. 2016.

NUNES, A. A.. et al. Análise do perfil de pacientes com HIV/AIDS hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART), **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3191-3198, 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **A ONU e a resposta à AIDS no Brasil. Relatório** Global sobre AIDS. 2012. Disponível em: <http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf> Acesso em: 03 de nov. 2016.

SANTOS, E. R. F. et al. Perfil de pacientes HIV-AIDS que evoluíram ao óbito em um hospital de referência em Belém – PA. **Rev. Paraense de Medicina**. v. 29(3): p. 53-60, jul-set, 2015.

SILVA, C. A. L. DA. **Saúde Bucal e Infecção pelo HIV-AIDS**. 2008. Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva-Programa de Pós-graduação, Universidade Federal da Bahia. Bahia- Brasil.

SILVA, L. A. M. DA; ISHIKAWA, E. A. Prevalência da Co-infecção por *leishmania sp.* em pacientes portadores de HIV/AIDS atendidos pelo Programa Municipal de DST/AIDS no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Imperatriz-MA. **Revista Paraense de Medicina** 29(3) p. 61-68, jul-set 2015.

SILVA, J. A. G. et al. da Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31(6): 1188-1198, jun, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106914>>. Acesso em: 30 set. 2016.

SILVA, M. M. DA; VASCONCELOS, A. L. R. DE; RIBEIRO, L. K. DE N. P.; Caracterização epidemiológica dos casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(10):2131-2135, out. 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00161112>>, Acesso em: 01 out. 2016.

SOUSA, A. I. A. DE; PINTO JUNIOR, V. L. Análise espacial e temporal dos casos de AIDS no Brasil em 1996-2011: áreas de risco aumentado ao longo do tempo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 25(3):467-476, jul-set 2016.

TERTO JR, V.; Homossexualidade e Saúde: Desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 147-158, jun. 2002.

TRAEBERT, J. et al. Estimativa da carga de doença por AIDS em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(3):517-522, jul-set 2015.

United Nations Joint Program on HIV/AIDS (UNAIDS). **Report on the global epidemic**. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/global-AIDS-update-2016_en.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

United Nations Joint Program on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90. **Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. Disponível em:<http://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.

APÊNDICE A: PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM CONCENTRAÇÃO

EM EPIDEMIOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE COM ÊNFASE EM

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

MARILEIDE FLORÊNCIO MARTINS

PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS E

COINFECÇÕES EM PESSOAS VIVENDO COM HIV-AIDS EM

UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

PALMAS-TOCANTINS

Palmas - TO

2016

MARILEIDE FLORÊNCIO MARTINS

**PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS E
COINFECÇÕES EM PESSOAS VIVENDO COM HIV-AIDS EM
UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA
PALMAS-TOCANTINS**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - ISC/UFBA para exame de Qualificação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em Epidemiologia em Serviços de Saúde com Ênfase em Vigilância em Saúde.

Orientador: Profº Drº Carlos Alberto L. da Silva

Palmas - TO

2016

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 RESUMO	6
2 LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	7
3 INTRODUÇÃO	9
4 JUSTIFICATIVA	11
5 REVISÃO DE LITERATURA	12
5.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO HIV/AIDS NO MUNDO	12
5.2 NO BRASIL	12
5.3 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS, INFECÇÕES OPORTUNISTAS E COINFECÇÕES	13
5.4 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO HIV/AIDS	14
5.4.1 EPIDEMIOLOGIA NO MUNDO	14
5.4.2 EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL	14
5.4.3 EPIDEMIOLOGIA NO TOCANTINS	15
5.5 PANORAMA DA MORTALIDADE POR AIDS	16
6 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	17
7 OBJETIVOS	17
7.1 GERAL.....	17
7.2 ESPECÍFICOS	17
8 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
8.1 BASES CONCEITUAIS DE EPIDEMIOLOGIA E DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (DIP).....	20
8.2 A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	20
8.3 MEDIDAS ADOTADAS PELO BRASIL AO ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS	21
9 METODOLOGIA	23
9.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	23
9.2 CONTEXTO E PARTICIPANTES	23
9.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	24
9.4 VARIÁVEIS.....	24
9.5 INDICADORES	26
9.6 FONTE E ANÁLISE DOS DADOS.....	26
10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	28
11 VIABILIDADE/ORÇAMENTO	29
12 CRONOGRAMA	30
13 REFERÊNCIAS	31
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA ACESSO AO BANCO DE DADOS.....	37

ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO AIDS	38
ANEXO C - QUADRO: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS CID10: B 20 A B24	40
ANEXO D - DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE DADOS	42
ANEXO E – DECLARAÇÃO DE DISPENSAS.....	43
ANEXO F – JUSTIFICATIVA DE DISPENSA DO TCLE	44
ANEXO G – ENDEREÇO PLATAFORMA LATTES	45

APRESENTAÇÃO

Esse projeto de pesquisa tem como objetivo principal trazer respostas para os problemas relacionados à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), especialmente as infecções oportunistas (IOs) e Coinfecções que podem ocorrer nos indivíduos infectados pelo vírus HIV. O interesse por esta temática originou-se no ano de 2014 pela Gerência Estadual de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais em Palmas/Tocantins, mais especificamente na área técnica de assistência, a qual é responsável por diversas ações que estão diretamente relacionadas com a qualidade da assistência prestada aos portadores de HIV/Aids e Hepatites Virais assistidos pelo estado.

Esta área técnica é responsável por assessorar, vigiar e monitorar toda a rede de atenção à saúde pública, voltadas para as ações da Gerência de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais dos 139 municípios do estado. Vale ressaltar que até o presente momento, as demandas que requerem maiores intervenções e assessorias nas tomadas de decisões são os serviços da média complexidade (Serviços de Assistência Especializada (SAE)) e alta complexidade (Hospitais Regionais Públicos Estaduais e Municipais e Unidades de Referência em Exposição: Maternidades Públicas e Municipais).

Dentre as diversas ações de assessoria que a área é responsável, um dos principais problemas instalados na gestão atualmente, refere-se à aquisição e provisão de medicamentos para as infecções oportunistas e coinfecções relacionadas à infecção pelo HIV/Aids, de responsabilidade do Estado (conforme Resolução/CIB 034 de 15 de abril de 2010). A Gerência Estadual passa por fragilidades na gestão em diversas áreas, no entanto, a área técnica da assistência não consegue atender as demandas dos serviços de assistência especializadas e dos hospitais, principalmente relacionadas a oferta dos medicamentos para infecções oportunistas.

Esse fato ocorre por não haver na área um monitoramento das infecções oportunistas e coinfecções sistematizadas pelos serviços de média e alta complexidade, que pudesse viabilizar a compra desses medicamentos que atenda a real necessidade dos indivíduos vivendo com o HIV-aids e que são atendidos na rede de atenção do Estado.

A pesquisa será realizada com dados secundários das pessoas vivendo com HIV-Aids assistidos pelo Serviço de Assistência Especializada – HENFIL, no município de Palmas – TO, localizado na região de saúde do Capim Dourado que possui uma população de 315.621 segundo estimativas do (IBGE, 2014) representando 22,26% da população no Estado.

O Serviço de Assistência Especializada - Henfil fica localizado na capital Palmas. É um serviço de referência para a Região de Saúde Capim Dourado, que contempla 14 municípios. A gestão do serviço é municipal, com contrapartidas do Estado e da União. Atualmente, possui um grande número de pacientes em registro ativo. Ou seja, em acompanhamento, contabilizando 875 pacientes, oriundo das várias cidades e Estados que fazem divisa com o Tocantins.

O Núcleo de Assistência Henfil, que faz parte da rede municipal de saúde foi criado para o tratamento e acompanhamento dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre elas a Aids. São realizados serviços de promoção e prevenção das DST/Aids como aconselhamentos, atividades educativas, educação sexual e orientações gerais à população.

Com esse estudo pretende-se analisar a prevalência das infecções oportunistas, coinfeções e a mortalidade por aids nas pessoas vivendo com HIV-aids atendidos no Serviço de Assistência Especializada – Henfil no município de Palmas, Tocantins. Espera-se que os achados deste estudo possam contribuir para o planejamento e programação das ações relacionadas à compra e provisão dos medicamentos de forma responsável, sem que haja prejuízo para os usuários e Estado, favorecendo assim uma maior qualidade na assistência prestada aos usuários SUS assistidos pelo estado de Tocantins.

1 RESUMO

A despeito dos avanços no enfrentamento da epidemia da Aids, especialmente com o advento de novos esquemas terapêuticos, com conseqüente redução na ocorrência das infecções oportunistas e da mortalidade por doenças associadas, ainda existe uma parcela de indivíduos que são diagnosticadas tardiamente com contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³. Este quadro favorece o risco da ocorrência de doenças emergentes e negligenciadas que poderiam ser acompanhados pela atenção básica ou vigilância epidemiológica. Assim, este estudo pretende analisar a prevalência das infecções oportunistas, coinfeções e a mortalidade por aids nas pessoas vivendo com HIV-aids atendidos no Serviço de Assistência Especializada – Henfil no município de Palmas, Tocantins no período de 2011 à 2015. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica com delineamento transversal que será conduzida por meio de dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Aids), Banco Estadual (Gerência de DST/HIV/Aids – Área Técnica: Assessoria de Vigilância) e Sistema de Informação de Mortalidade (DATASUS-SIM). Para a realização do levantamento dos dados, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e formalização da realização da pesquisa à Diretoria de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis (DDTNT) do Estado, com encaminhamentos para à Gerência Estadual de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, será solicitado o Banco de Dados das notificações/ Investigações de Aids em adultos no período da pesquisa, posteriormente serão realizados relatórios com filtro das variáveis do estudo, através dos relatórios do TABWIN que serão armazenados nos documentos para análise da pesquisa. A análise dos dados será realizada pelo software Statistical Package for Social Science (SPSS®) versão 20 para processamento, execução dos cálculos, tabulações e análises. Inicialmente, serão estimadas frequências das variáveis categóricas de interesse. Em seguida, serão investigadas as doenças associadas à ocorrência dos óbitos.

PALAVRAS-CHAVE: Aids. Epidemiologia. Infecções Oportunistas.

2 LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CO	Centro Oeste
DATASUS	Departamento de Informática de Sistema Único de Saúde
DDTNT	Diretoria de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis
DIP	Doença Infectocontagiosa e Parasitária
DGES	Diretoria de Gestão da Educação em Saúde
DST	Doença Sexualmente transmissível
EUA	Estados Unidos da América
Excel©	Software desenvolvido pela empresa Microsoft
GRID	Gay-Related Immune Deficiency
HAB	Habitantes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IO	Infecção Oportunista
IOs	Infecções Oportunistas
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
Km ²	Quilômetro Quadrado
L TCD4+	Linfócitos TCD4+
mm ³ :	Milímetro Cúbico
N	Norte
NE	Nordeste
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA

PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV-Aids
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Notificação de agravos
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos LT-CD4+/CD8
SK	Sarcoma de Kaposi
SPSS©	Software Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TABWIN	Tabulador para Windows
TARV	Terapia Antirretroviral
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
VE	Vigilância Epidemiológica

3 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) surgiu nos meados dos anos 80, quando foram notificados, nos Estados Unidos da América (EUA), casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de sarcoma de Kaposi (SK) entre homossexuais masculinos saudáveis, chamando a atenção do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), órgão do governo norte-americano que passou a estudar a doença. Como essa estranha doença, em princípio, manifestou-se predominantemente entre homossexuais, passou a ser chamada GRID – Gay-Related Immune Deficiency (imunodeficiência relacionada aos gays) (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2009).

No Brasil, a Aids foi identificada pela primeira vez em 1982, quando foi realizado o diagnóstico em pacientes homo ou bissexuais. Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no Estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980. Em maio de 1985, por meio da portaria nº 236, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Combate à Aids, estabelecendo as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2009).

Assim, três décadas depois do aparecimento da Aids no mundo, se observam avanços importantes para a detecção, tratamento e prevenção devido a participação de vários organismos governamentais e da sociedade civil (ARAÚJO, 2014). Estes avanços tem favorecido consideravelmente as Pessoas Vivendo com o HIV/Aids (PVHA), reduzindo assim a ocorrência das infecções oportunistas (IO) e, conseqüentemente, as mortes em decorrência desta síndrome. No entanto, ainda existe uma parcela de Pessoas Vivendo com o HIV-Aids (PVHA) que são diagnosticadas tardiamente (LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³), favorecendo o risco de desenvolvimento de infecções oportunistas (BRASIL, 2013b). Estas infecções muitas vezes são graves e podem ser fatais, pois o sistema imunológico do indivíduo pode estar danificado pelo HIV. Os indivíduos com Aids são mais susceptíveis às doenças emergentes e às doenças negligenciadas e poderiam ser acompanhados pelos serviços de saúde ou de vigilância epidemiológica, a partir do diagnóstico de soropositividade para HIV (RODRIGUES-JÚNIOR; CASTILHO, 2010). Além disso, a infecção pelo HIV fragiliza o sistema imunológico dos indivíduos, tornando-os até 50 vezes mais vulneráveis à tuberculose, quando comparados aos indivíduos não infectados (RODRIGUES-JÚNIOR; RUFINO-NETTO; CASTILHO, 2014).

A mortalidade pelo HIV no mundo vem diminuindo desde a disponibilidade da terapia

antirretroviral. Os avanços para a profilaxia de infecções oportunistas, melhorias na qualidade do cuidado por intermédio da equipe multidisciplinar e acesso ao diagnóstico precoce foram fatores preponderantes para este novo cenário. No entanto, a despeito destas conquistas a Aids continua sendo um grave problema de saúde pública, caracterizando-se no que tange à mortalidade, por sua expressiva participação entre as principais causas de morte em adultos jovens (PINTO NETO et al., 2013). De 2000 a 2011, no Brasil, houve 136.692 óbitos que tiveram a Aids como causa definidora, 35,8% dos casos ela esteja associada a “outras doenças do aparelho respiratório”, 29,0% a “outras doenças bacterianas”, 27,7% a “pneumonia”, 15,5% a “doenças devidas a protozoários” e 14,3% a “tuberculose” (BRASIL, 2012).

Até o ano de 2011, o Tocantins registrou um total de 1.303 casos notificados de pacientes infectados pelo vírus HIV em vários estágios da doença. Além disso, tem apresentado um aumento considerável no número de novos casos de Aids em adultos, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Em 2014 foram registrados 225 novos casos de AIDS (taxa de detecção de 15,0 casos em cada 100mil habitantes) (BRASIL, 2015a; SES, 2014). Já de 2007 a 2015 foram notificados 1.531 casos de aids em residentes no Tocantins (BRASIL, 2015a)

Em relação à mortalidade por Aids no Tocantins em 2014 foram registrados 58 óbitos, tendo como agravos associados algumas infecções oportunistas, tais como: meningoencefalite por toxoplasmose (05 casos), toxoplasmose (05 casos), criptococose (02 casos) e pneumocitose (04 casos) que correspondem a 27,5 % dos óbitos ocorridos no período. Ressaltamos que, todas essas doenças associadas são tratáveis desde que seja ofertada uma assistência integral e de qualidade (TOCANTINS, 2015).

O desconhecimento da prevalência das infecções oportunistas e coinfeções dos pacientes com Aids, atendidos no serviço de assistência especializadas em Henfil, pode interferir nas ações de vigilância, controle e na qualidade da assistência a ser prestada aos usuários. Assim, este estudo tem como objetivo analisar a prevalência das infecções oportunistas, coinfeções e a mortalidade por aids nas pessoas vivendo com HIV-aids atendidos no Serviço de Assistência Especializada – Henfil no município de Palmas, Tocantins no período de 2011 à 2015.

4 JUSTIFICATIVA

Os casos de Aids no Brasil e no mundo vêm aumentando gradativamente, os pacientes quando procuram os serviços para o diagnóstico e tratamento normalmente já estão com carga viral alta e contagem de linfócitos LT-CD4+ abaixo de 200cél/mm³ e quadro clínico comprometido. O diagnóstico tardio desses casos favorece o aparecimento das infecções chamadas oportunistas e/ou coinfeções, que na maioria das vezes é o marcador principal para a busca do serviço e, conseqüentemente, o diagnóstico da Aids. Essas infecções tendem a fragilizar o quadro clínico do paciente podendo levá-lo a morte.

Quando avaliado o cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e a relação com o diagnóstico tardio da doença (pacientes que são diagnosticados com contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³), o Estado apresenta um cenário preocupante, em 2015 (30,5%) dos usuários diagnosticados com Aids são classificados com diagnóstico tardio. O Estado possui 8 (oito) regiões de saúde, no entanto as que apresentam uma concentração maior de diagnóstico tardio são: Amor Perfeito (53,3%), Cantão (39,1%), Capim Dourado (30,6%), Ilha do Bananal (29,1%) e Médio Norte Araguaia (21,5%) (TOCANTINS, 2016)

A Gerência Estadual atualmente passa por uma grande fragilidade no que se refere ao monitoramento das infecções oportunistas e coinfeções que ocorrem com maior frequência nesses usuários, impossibilitando a aquisição e provisão adequada da logística de medicamentos para as IOs de responsabilidade do Estado.

O produto final desse estudo poderá contribuir na melhoria nas as ações de vigilância em saúde dessas infecções oportunistas e coinfeções com o intuito de realizar a aquisição e provisão da logística de medicamentos de acordo com as necessidades, sem que haja prejuízo para o usuário e para o Estado.

Além disso, a inexistência de pesquisas em todo o Estado, no que se refere à Aids, tem dificultado a realização de uma análise mais aprofundada do problema e, conseqüentemente a tomada de decisão referente ao planejamento e programação das ações de saúde relacionadas à gestão do cuidado.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO HIV/AIDS NO MUNDO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) continua sendo um dos principais problemas de saúde pública no mundo (BAZIN et al.,2014; SILVA; ISHIKAWA, 2015). O aparecimento de pessoas doentes com uma nova doença sem precedentes e que preocupava a comunidade médica e científica, revelou-se nos EUA entre os anos de 1976 a 1981, foram identificados os primeiros casos em uma comunidade específica de homossexuais da Califórnia e Nova Iorque, que apresentava com quadro clínico comprometido por doenças oportunistas, resultante de uma deficiência imunológica de causa desconhecida. No entanto, já havia registro de casos clínicos bem parecidos em algumas regiões da África (ALMEIDA, 2011). A aglomeração dos casos de sarcoma de Kaposi e Pneumonia por *Pneumocysti carinii*, em homossexuais masculinos nas cidades norte Americanas Los Angeles, São Francisco e Nova Iorque (SILVA, 2008).

Os Estados Unidos, Haiti e África Central, tiveram os seus primeiros registros entre os anos de 1977-1978, acometendo homossexuais e mais tarde houve registro em outros grupos populacionais, como usuários de drogas injetáveis, pessoas expostas ao sangue e hemoderivados, mulheres e crianças (SILVA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2013). Ainda no início da descoberta dessa doença, a associação à homossexualidade foi tão evidente que a doença chegou a ser chamada nos meios científicos de GRID (*Gay Related Immunodeficiency*) e na opinião pública e imprensa de *câncer gay, peste gay ou peste rosa* (TERTO JR, 2002). O Center for Disease Control and Prevention (CDC), publicou a existência de mais três grupos de risco à infecção pelo HIV, como os haitianos, hemofílicos e toxicod dependentes, caracterizando assim como a doença dos 4H's, que posteriormente passa a ser chamado de doença dos 5H's, devido á integração das profissionais do sexo que em inglês significa (*hookers*) à esse grupo de risco (ALMEIDA, 2011).

5.2 NO BRASIL

Os primeiros registros do então desconhecido vírus datam de 1981, no entanto os primeiros casos diagnosticados ocorreram em 1982. O Estado de São Paulo através da Secretaria de Saúde, profissionais da área da saúde e ativistas homossexuais, começaram a

desenvolver as primeiras atividades para compreender e traçar ações contra esse mal, considerado o início ao enfrentamento ao HIV/Aids (NUNES, et al., 2015; SILVA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2013).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), são alvos de políticas públicas voltadas para a prevenção e tratamento, desde a década de 1980, quando houve relatos de casos no Brasil (TRAEBERT et al., 2015).

O Programa Nacional de DST/Aids foi criado entre o período de 1985-1986, antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um dos seus principais objetivos a proteção dos direitos humanos. A Dr^a Lair Guerra de Macedo Rodrigues foi a responsável pela criação do referido programa, constituindo comissões interinstitucionais estaduais e a política nacional de enfrentamento Aids (GRECO, 2016).

5.3 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS, INFECÇÕES OPORTUNISTAS E COINFECÇÕES

Segundo Brasil (2016) "O HIV é uma partícula esférica, que mede de 100 a 120 nm de diâmetro, pertencente ao gênero *Lentivirus* e família *Retroviridae*, apresentando em seu núcleo duas cópias de RNA de cadeia simples, encapsuladas por uma camada proteica ou nucleocapsídeo, capsídeo e um envelope externo composto por uma bicamada fosfolipídica". O diagnóstico da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV; do inglês, , *human immunodeficiency virus*), pode ou não ter a expressão clínica após a infecção. A investigação laboratorial deve ocorrer quando há suspeita de risco de infecção pelo HIV (BRASIL, 2010). Existem três situações no qual a detecção da infecção pelo HIV são empregados: a triagem sorológica do sangue doado (segurança transfusional, hemoderivados e órgãos de transplantes); para os estudos de VE e para o diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2016). A infecção pelo HIV, no indivíduo, desencadeia alterações inflamatórias durante toda da infecção. Na fase aguda ocorre o aparecimento de diversos marcadores plasmáticos considerados de fase aguda (alfa 1 anti-tripisina e amiloide A) e a liberação de um grande número de citocinas inflamatórias (interferon alfa e IL15) havendo então um aumento significativo da carga viral no plasma (BRASIL, 2013b). Os sinais clínicos associados à doença são marcadores clínicos importantes para a investigação do HIV (BRASIL, 2013b). O surgimento de doenças em decorrência da imunossupressão, associados ao HIV, se caracterizam como infecções oportunistas (CARVALHO et al., 2013). A terapia antirretroviral favorece a estabilização do sistema imunológico do indivíduo, no entanto, a

não adesão a terapia, causará danos ao sistema imunológico, com diminuição das células de defesa LT-CD4+, que poderá evoluir para a Aids e conseqüentemente o aparecimento de manifestações de infecções oportunistas (SILVA et al., 2015).

As PVHA coinfectadas são aquelas que desenvolvem duas ou mais doenças ao mesmo tempo, que na maioria das vezes dificulta o tratamento, pois debilitam o sistema imunológico e o quadro clínico. As mais frequentes são hepatites B e C e tuberculose (BRASIL, 2015b). A diminuição da morbimortalidade está intimamente ligada à introdução da TARV (Terapia Antirretroviral), além de favorecer a diminuição da transmissão do vírus e da coinfeção Tuberculose e HIV (SANTOS et al., 2015). A recuperação dos linfócitos LT-CD4+ e a resposta protetora a vários patógenos estão diretamente relacionadas ao início da TARV e conseqüentemente à diminuição da frequência as infecções oportunistas (BRUM, 2014). O fator primordial para um bom prognóstico da doença, continua sendo o diagnóstico precoce e tratamento imediato (BAZIN et al., 2014). O aspecto de cronicidade da Aids, aponta necessidade de medidas de tratamento e controle em tempo hábil, pois as suas intercorrências são agudas (BAZIN et al., 2014).

5.4 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO HIV/AIDS

5.4.1 EPIDEMIOLOGIA NO MUNDO

Segundo relatórios da UNAIDS (2016), em 2015 eram 2,1 milhões (1,8 a 2,4 milhões) de novas infecções pelo HIV, totalizando 36,7 milhões (34,0 milhões, 39,8 milhões) de PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/Aids).

A Índia encontra-se em 2º lugar no ranking mundial em número de casos de pessoas infectadas pelo HIV-Aids em 2011. Estima-se que 34,0 milhões de pessoas vivem com o vírus (HASABI et al., 2016). Nos países latino-americanos e Caribe a prevalência do HIV é maior nos homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais (FURTADO et. al., 2016)

5.4.2 EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL

Dentre os países da América Latina, o Brasil é o que apresenta o maior número de casos de Aids em números absolutos, dos 1,8 milhões de PVHA na América Latina,

aproximadamente 600.000 vivem no Brasil, no entanto, a prevalência do HIV é mais acentuada nos países pequenos e de população menores do que o Brasil, como Guatemala, Honduras e Belize (DOURADO; BASTOS, 2011). No Brasil, a epidemia da Aids até junho de 2015 ocorreram (798.366) casos, quando avaliamos a distribuição proporcional por região do país, observa-se que do total de casos notificados de 1980 até junho de 2015, há uma concentração nas regiões Sul com 20,0% e Sudeste 53,8%. As regiões Nordeste 14,6%, Centro-Oeste 5,9% e Norte 5,7%. Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado anualmente uma média de 40,6 mil casos de Aids. Nos últimos 10 anos percebe-se uma estabilização na taxa de detecção com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil hab. Em 2005, foram registrados nas regiões Norte (14,3), Nordeste (11,7) e Centro-Oeste (17,3) casos para cada 100 mil habitantes, no entanto, no ano de 2015 foi observado um aumento significativo. A taxa foi 25,7 (N), 15,2 (NE) e 18,4 (CO), representando um aumento de 79,7% (N), 30,0% (NE) e 6,4% (CO), (BRASIL, 2015a).

5.4.3 EPIDEMIOLOGIA NO TOCANTINS

A região norte do Brasil, representada por 7 (sete) estados, acumulam 45.355 casos de Aids notificados no SINAN, declarados no SIM, SISCEL/SICLOM, no período de 1980 à 2015. O Estado do Tocantins está na 4ª posição na região norte, em número de casos e conta com 441 casos no período de 1980 à 2002. Nos anos subsequentes houve um aumento significativo na detecção de casos novos acumulando nos últimos 14 anos no período de 2003 à 2015 (1919) casos, totalizando 2.360 casos desde a década de 1980 à 2015 (BRASIL, 2015a).

Dos casos de Aids notificados no SINAN, declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (SISCEL)/ Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), no período de 2000-2015, 75,3% foram registrados no SINAN (BRASIL, 2015a).

A taxa de detecção (100.000 hab.) no Tocantins nos anos de 2013 e 2014 registrou-se 17,3 e 15,0 respectivamente. A capital Palmas, no ano de 2014, estava na 20ª posição no ranking nacional da taxa de detecção, com 27,9 casos em 100.000 hab. (BRASIL, 2015a).

No que se refere à mortalidade por causa básica Aids o Tocantins, encontra-se na 4ª posição quando comparado com a região norte, acumulando no período de 1980 à 2014 (563) óbitos. O coeficiente de mortalidade (100.000 hab.) do Estado está abaixo da média nacional e

da região norte ficando atrás apenas do Acre (BRASIL, 2015a).

5.5 PANORAMA DA MORTALIDADE POR AIDS

A mortalidade por Aids continua sendo um problema de saúde pública, a introdução da terapia antirretroviral contribuiu de maneira importante na diminuição dessa mortalidade, no entanto, observa-se que ainda continua sendo a quinta causa de morte entre adultos e a primeira entre mulheres e jovens (FURTADO et al. 2016; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Cunha, Cruz e Torres (2016), estimam que 36,9 milhões de pessoas estariam infectadas com vírus HIV, causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), no ano de 2014. De 1980 até dezembro de 2014 o Brasil registrou 290.929 óbitos por Aids (CID 10: B20 a B24). As regiões Sudeste e Sul são as que acumularam um percentual maior de registro de óbitos, sendo 61,0% e 17,4%, respectivamente, as regiões Nordeste 12,3%, Centro-Oeste 5,0% e Norte 4,2%. Foram registrados 12.449 óbitos no ano de 2014. As regiões Sudeste e Sul acumulam 65,2% desses óbitos, Nordeste 19,5%, 9,3% no Norte e 5,9% no Centro-Oeste (BRASIL, 2015a). Houve uma queda no coeficiente de mortalidade padronizado nos últimos dez anos no país. Em 2005 registrou-se 6,0 óbitos a cada 100.000hab e em 2014 apenas 5,7, observando-se então uma queda de 5,0% (BRASIL, 2015a).

O país possui uma expressiva mortalidade por Aids, mesmo com a disponibilização da terapia antirretroviral precocemente, ainda existe desigualdades de acesso aos serviços de saúde (CUNHA; CRUZ e TORRES, 2016).

A região norte do país registrou 12.301 óbitos no período de 1980 a 2014 o estado do Tocantins registrou 563 casos de óbitos no mesmo período, no entanto, apresenta um aumento progressivo de óbitos nos anos de 2013 e 2014. No ano de 2014 o coeficiente de mortalidade bruto para a região norte equivale a 6,7 e padronizado 7,3, o Tocantins registrou 4,0 e 4,2 respectivamente (BRASIL, 2015a).

6 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Quais são as infecções oportunistas e coinfeções que ocorrem com maior frequência nas pessoas vivendo com HIV-Aids e como estas doenças estão associadas aos óbitos ocorridos nesses indivíduos num Serviço de Assistência Especializada no município de Palmas Tocantins?

7 OBJETIVOS

7.1 GERAL

- Analisar a prevalência das infecções oportunistas, coinfeções e a mortalidade por aids nas pessoas vivendo com HIV-aids atendidos no Serviço de Assistência Especializada – Henfil no município de Palmas, Tocantins no período de 2011 à 2015.

7.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio demográfico e antecedentes epidemiológicos das PVHA;
- Identificar a prevalência das infecções oportunistas e coinfeções de acordo com os critérios CDC adaptado e Caracas/Rio de Janeiro;
- Estimar a taxa de mortalidade por Aids associada às infecções oportunistas e coinfeções;

8 REFERENCIAL TEÓRICO

8.1 BASES CONCEITUAIS DE EPIDEMIOLOGIA E DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (DIP).

Na era bacteriológica a epidemiologia era conceituada pela teoria unicausal de determinação da doença, pelo qual cada doença infecciosa era produzida por um único agente infeccioso. Posteriormente na segunda metade do século XIX e início do século XX, os estudiosos da época, a partir de várias disciplinas científicas, definiram melhor a epidemiologia com as descobertas das causas, determinantes formas de transmissão bem como os meios de prevenção das DIP (TEIXEIRA et al., 2011). Diversos estudos na história da epidemiologia enfocavam as doenças infecciosas e nutricionais, no entanto, mais tarde o estudo das enfermidades crônicas e outras de origem ambiental e ocupacional, culminando num imenso patrimônio de conhecimentos que tem contribuído sobremaneira para o conhecimento da história natural da doença, causas e consequências, necessárias para a elaboração das medidas de controle e prevenção (BARRETO; ALMEIDA FILHO, 2011a). Para Oliveira e Egry (2000) "Epidemiologia, um conjunto de saberes e práticas voltado para a dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença, como resultado do agravamento das condições de vida das populações dos conglomerados urbanos na fase inicial da industrialização".

Para a produção de informação, a epidemiologia tem instrumentalizado um montante de indicadores de saúde que se baseia na contagem de doentes (indicadores de morbidade) ou de falecidos (indicadores de mortalidade). A inclusão de novos indicadores são estratégias de epidemiologia que analisam a situação de saúde. No entanto, ao se medir a contagem de indivíduos sadios (medem certo risco de saúde) para fazer essa análise deverão ser utilizadas outras tecnologias, são indicadores poucos utilizados no campo da investigação epidemiológica (BARRETO; ALMEIDA FILHO, 2011b).

As ações de vigilância epidemiológica passaram a ser operacionalizadas num contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela descentralização de responsabilidades e integralidade da prestação de serviços. O termo VE se refere ao sistema que tem função de coletar, analisar e produzir informações capazes de produzirem mudanças do processo de saúde e doença, a partir das medidas tomadas mediante às informações geradas da decisão-informação e ação (BOSA, 2012).

Para Brasil (1990) Vigilância epidemiológica é conceituada pela Lei Orgânica da

Saúde como um:

[...] conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

A informação do problema de saúde é a parte inicial para desencadear processo de vigilância que por sua vez realiza as tomadas de decisões, estabelecendo a tríade (informação – decisão e ação). A vigilância epidemiológica (VE) é um instrumento de prevenção e controle de doenças, o planejamento, organização, operacionalização dos serviços de saúde e normatização de atividades técnicas são subsidiados pela VE (BRASIL, 2010).

Em 22 de dezembro de 1986 a Aids foi incluída na lista de agravos de notificação compulsória pela Portaria nº 542 do Ministério da Saúde, foi uma das principais estratégias de vigilância epidemiológica no país (DOURADO; BASTOS, 2011; SOUSA; PINTO JUNIOR, 2016)

O documento da ONUSIDA intitulado “*Vigilância del HIV de segunda generación: El próximo decênio*” propõe que os sistemas de vigilância epidemiológica da infecção pelo HIV e da Aids construa informações úteis para ação em saúde. Os dois primeiros princípios tratam da importância dos diferentes padrões da epidemia e o monitoramento da dinâmica da infecção pelo HIV. O Terceiro e o quarto tratam da necessidade da VE focar nos comportamentos de risco de se infectar, adoecer e morrer por doenças oportunistas em decorrência da ação do HIV. O Quinto princípio aponta para a possibilidade de fazer o uso de dados, utilizando uma combinação adequada de diversas fontes de dados a saber: Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e o Sistema de Controle Logístico de Exames de Laboratório (SISCEL) (DOURADO; BASTOS, 2011).

Sousa e Pinto Junior (2016) afirmam que desde o início da pandemia a vigilância da aids passou por várias alterações. Isso ocorreu em decorrência das revisões de definições e a inserção de novas práticas de prevenção, diante disso a informação-ação epidemiológica fortaleceu a vigilância do agravo que favoreceu a implementação de novos protocolos tanto de tratamento como de prevenção.

Segundo a Portaria 1.271 de 06 de junho de 2014, "que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de

saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências". Todos os profissionais de saúde dos serviços públicos e privados, a partir de 2014, passaram a notificar todos os casos de Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Nessa mesma portaria mantém a obrigatoriedade das notificações: HIV/Aids - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2014).

As doenças infecciosas e parasitárias são melhores entendidas quando se conhece as suas características, propriedades, fatores de risco, mecanismos de transmissão, conceitos básicos sobre cada agente infeccioso e tais achados são importantes para o desenvolvimento de instrumentos e estratégias de controle das DIP. Doença infecciosa é qualquer doença causada por um agente infeccioso, seja ele bactéria, fungos, vírus entre outros. Nem sempre a doença infecciosa é uma doença transmissível, devido a inexistência da transmissão de um indivíduo para outro, como por exemplo o tétano (TEIXEIRA et al., 2011).

8.2 A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Aids é uma doença infecciosa transmissível, na atualidade representa um dos maiores problemas de saúde pública, devido ao seu caráter pandêmico. As PVHA evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, em detrimento dos linfócitos TCD4+ (CARVALHO et al., 2013; BRASIL, 2010).

A história natural dessa doença vem sendo alterada devido à introdução da terapia antirretroviral (TARV), iniciada no Brasil em 1996. Com o início da TARV, houve um aumento da sobrevida dos pacientes reconstrução do sistema imunológico, redução das infecções oportunistas e coinfeções e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida das PVHA (BRASIL, 2010; 2015b).

Avanços foram evidenciados entre 1996 e 1997 com a introdução da TARV, o Brasil foi o primeiro país do mundo a disponibilizar universalmente os antirretrovirais às PVHA pelo Sistema Único de Saúde (NUNES et al., 2015; TRAEBERT et al., 2015; BRASIL, 2015b). O Sistema Único de Saúde e a construção da Política Nacional de Enfrentamento do HIV-Aids estão intimamente ligados. O SUS foi o alicerce para esse enfrentamento, fortalecido com os movimentos sociais na instância nacional e posteriormente foi descentralizado para os Estados e municípios. Essa iniciativa realizada por um país em

desenvolvimento gerou expectativas duvidosas, no entanto, com o passar dos anos as pesquisas mostravam um avanço na queda da mortalidade, estabilização da taxa de incidência, diminuição da transmissão vertical e mudança nas causas de internação (NUNES et al., 2015). O Brasil “colocava em prática um dos preceitos básicos do SUS: um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 2015b).

8.3 MEDIDAS ADOTADAS PELO BRASIL AO ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS

As estratégias de enfrentamento do HIV/Aids no Brasil e no Mundo, vem sendo realizadas de forma a atender, embora vários estudiosos julgam o não alcance dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, definidos pela Assembleia das Nações Unidas, principalmente no que tange ao HIV/Aids (DOURADO; BASTOS, 2011).

Segundo a ONU (2012), o enfrentamento do HIV/Aids parte dos seguintes aspectos:

[...] A Declaração do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) reconhecem que reverter a epidemia global de HIV é um indicador-chave para o progresso em desenvolvimento. O cumprimento das metas alimentou a expansão das respostas nacionais à aids. O movimento foi impulsionado por uma nova coalizão de pessoas vivendo com HIV, sociedade civil (incluindo organizações de mulheres, grupos de jovens, a Academia, organizações baseadas na fé, populações-chave e ativistas dos direitos humanos), governos nacionais, setor privado e parceiros internacionais do desenvolvimento. Essa coalizão global fez um chamado pelo acesso universal à prevenção, ao tratamento, à atenção e ao apoio, o qual que ressoou por todo o mundo.

O Estado brasileiro de forma inusitada continua enfrentando o HIV/Aids com compromisso, por suas características e potencialidades (GRECO, 2016; BRASIL, 2015b). Diferente de outros programas de controle de doenças, na luta dos direitos humanos e na produção e distribuição de preservativos e antirretrovirais produzidos no país, implantação e ampliação da rede pública de laboratórios, ampliação dos serviços de atendimentos das PVHA, inclusive para a rede primária à saúde e fortalecimento dos financiamentos para os avanços científicos (GRECO, 2016). Ainda no pensamento de Greco (2016) a promulgação da Lei 9.313 foi marcante para a transformação em direito o acesso universal no SUS aos antirretrovirais, mesmo contrariando o Banco Mundial que defendia a ideia dos países em

desenvolvimento a concentra suas estratégias na linha da prevenção, afirmando que os ARV em suas complexidades poderia não haver boa adesão por parte das PVHA e conseqüentemente o aumento dos riscos de se criar cepas resistentes.

Outra estratégia importante que o Brasil tem avançado é no monitoramento das PVHA, medida adotada a partir da metas 90-90-90, reconhecida pela UNAIDS em 2014, cujos objetivos ser (BRASIL, 2015a). As Metas 90-90-90 "foram acordadas, no México, em reunião da Organização Panamericana de Saúde (Opas), por países da América Latina e Caribe, com a participação da sociedade civil desses países" (BRASIL, 2015a). Essas metas deverão ser alcançadas pelos países até 2020, cujos objetivos serão fazer com que 90 das PVHA sejam diagnosticadas; 90 desses PVHA em uso TARV e 90 das PVHA com supressão viral (menor que 1.000 cópias/mL (BRASIL, 2015a; UNAIDS, 2015).

O início do tratamento com antirretrovirais das PVHA, também é medida de enfrentamento do HIV/Aids, pois previne a propagação da doença e a morte além de diminuir os gastos financeiros (UNAIDS, 2015). No Brasil em 2013 foi instituído o tratamento antirretrovirais para todas as PVHA independente da contagem de LT-CD4+, na perspectiva da redução da transmissibilidade do HIV (BRASIL, 2013b).

9 METODOLOGIA

9.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Pesquisa epidemiológica com delineamento transversal que será conduzida por meio de dados disponíveis nos principais Sistemas de Informações em Saúde (SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Sistema de Informação de Mortalidade DATASUS – SIM).

Para Santana e Cunha (2011), a pesquisa epidemiológica de corte transversal aponta uma descrição instantânea Do processo saúde/doença em seu processo dinâmico, aborda populações bem definidas. É melhor aplicada em abordagens descritivas de doenças ou desfechos comuns e crônicos.

9.2 CONTEXTO E PARTICIPANTES

O Estado do Tocantins foi criado em 1988, conta atualmente com 139 municípios com uma população em 2010 (1.383.445 hab.). Estimativa para 2016 de (1.532.902hab.) sua área geográfica (km²) em 2015 (277.720, 567), densidade demográfica (hab/ km²) em 2010 (4,98). A capital, Palmas, foi fundada em 20 de maio de 1989, logo após a criação do estado do Tocantins, sua instalação definitiva ocorreu em 1º de janeiro de 1990. A população estimada para 2016 é de (279.856 hab.) conforme último censo demográfico realizado em 2010 conta com (228.332 hab.), possui uma área territorial de (2.218,943), densidade demográfica (hab/ km²) em 2010 (102,90) (IBGE, 2016). Conforme pactuação na CIB 161 de 29 agosto de 2012, o estado do Tocantins é composto por 8 (oito) Regiões de Saúde: Médio Norte Araguaia, Bico do Papagaio, Sudeste, Cerrado Tocantins Araguaia, Ilha do Bananal, Capim Dourado, Cantão e Amor Perfeito (Tocantins, 2012).

A pesquisa será realizada com dados secundários das pessoas vivendo com HIV-Aids assistidos pelo Serviço de Assistência Especializada – HENFIL, no município de Palmas – TO, localizado na região de saúde do Capim Dourado que possui uma população de 315.621 segundo estimativas do (IBGE, 2014) representando 22,26% da população no Estado.

O Serviço de Assistência Especializada - Henfil fica localizado na capital Palmas. É um serviço de referência para a Região de Saúde Capim Dourado, que contempla 14 municípios. A gestão do serviço é municipal, com contrapartidas do Estado e da União.

Atualmente, possui um grande número de pacientes em registro ativo. Ou seja, em acompanhamento, contabilizando 875 pacientes, oriundo das várias cidades e Estados que fazem divisa com o Tocantins.

O Núcleo de Assistência Henfil, que faz parte da rede municipal de saúde foi criado para o tratamento e acompanhamento dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre elas a Aids. São realizados serviços de promoção e prevenção das DST/Aids como aconselhamentos, atividades educativas, educação sexual e orientações gerais à população (MARTINS, SANTOS & SOARES, 2015).

9.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO:

Serão revisados dados do SINAN, através dos relatórios TABWIN, de todos os indivíduos residentes em Palmas e notificados pelo Serviço de Assistência Especializada Henfil no período de 2011 à 2015, totalizando 412 fichas de notificação e investigação – Aids

Critérios de Inclusão:

- ✓ Idade: pacientes notificados com 13 anos ou mais
- ✓ Pacientes notificados residentes no município de Palmas
- ✓ Notificações realizadas pelo Serviço de Assistência Especializada (HENFIL)

Critérios de Exclusão:

- ✓ Notificações de Gestantes HIV+

9.4 VARIÁVEIS

- Caracterização do perfil sócio demográfico e antecedentes epidemiológicos das PVHA;

Unidade notificadora; data da notificação; data do diagnóstico; idade; sexo; raça/cor; escolaridade (em anos de estudo concluídos); zona; ocupação; relações sexuais, número aproximado de parceiros sexuais nos últimos 10 anos; informações sobre o (a) parceiro sexual; uso de drogas injetáveis; hemofilia; história de transfusão de sangue/derivados; transmissão vertical; acidente com material biológico com soroconversão após 6 meses.

- Estimativa da prevalência das infecções oportunistas e coinfeções de acordo com os critérios CDC adaptado e Caracas/Rio de Janeiro:

Critério Rio de Janeiro/Caracas: Para definição de casos de aids em indivíduos maiores de 13 anos, deverá haver evidência laboratorial da infecção pelo HIV e o somatório de pelo menos (10) pontos numa escala de sinais, sintomas ou doenças (BRASIL, 2004).

Seguem as variáveis dos Critérios Caracas que são consideradas coinfeções e infecções oportunistas, segundo Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2013): Coinfeções: Tuberculose disseminada/extrapulmonar/não cavitária; Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada; Infecções Oportunistas: Candidose oral ou leucoplasia pilosa; Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos; Disfunção do sistema nervoso central; Dermatite persistente; Tosse persistente ou qualquer pneumonia.

Critério CDC adaptado: Para definição de casos aids, para fins de vigilância epidemiológica em indivíduos maiores de 13 anos, deverá haver evidência laboratorial, pelo menos uma doença indicativa de Aids e/ou contagem de linfócitos T CD4+ (BRASIL, 2004).

Seguem as variáveis dos critérios CDC adaptado que são consideradas infecções oportunistas e coinfeções, segundo Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2013): Coinfeção: Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite); Infecções Oportunistas: Candidose (esôfago, traquéia, brônquio, pulmão); Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos); Criptococose extrapulmonar ; Criptosporidiose intestinal crônica; Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ou em brônquios, pulmões ou trato gastro-intestinal; Histoplasmose disseminada; Isosporidiose intestinal crônica; Leucoencefalopatia multifocal progressiva; Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase; Pneumonia por *P. carinii*; Salmonelose (septicemia recorrente); Toxoplasmose cerebral;

- Estimativa da taxa de mortalidade por Aids e associação com as infecções oportunistas e coinfeções;

SIM: (Código Internacional de Doenças – CID 10: B 20 a B 24)

- Declaração de óbitos – Causas da Morte (Parte I e II) para análise das infecções oportunistas e coinfeções presentes no momento do óbito.

- Causa Básica – para definição do óbitos por HIV/Aids

9.5 INDICADORES

Para cálculo do indicador de prevalência será utilizado o número de casos conhecidos de uma dada doença (Infecções oportunistas e coinfeções) x 10⁴ dividido pela população.

$$\frac{\text{Nº de casos conhecidos de uma dada doença}}{\text{População}} \times 10^4$$

O cálculo do indicador de mortalidade por aids será utilizado o número de óbitos por Aids (causa básica) em determinado ano e local de residência x 100 mil sobre a população de residentes nesse mesmo local no mesmo ano.

$$\frac{\text{Número de óbitos por Aids (causa básica)} \\ \text{em determinado ano e local de residência}}{\text{População de residentes nesse mesmo local, no mesmo ano}} \times 100.000$$

9.6 FONTE E ANÁLISE DOS DADOS

As informações serão coletadas na Secretaria Estadual de Saúde, na Superintendência de Vigilância Promoção e Proteção á Saúde, extraídas diretamente do TabNet Win32 2.7, salvas em planilhas eletrônicas (Excel©) e, posteriormente armazenadas em um banco de dados no software Statistical Package for Social Science (SPSS©) versão 20 para processamento, execução dos cálculos, tabulações e análises. Os dados populacionais serão pesquisados na página do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; <http://www.ibge.gov.br>), dados sobre infecções oportunistas, coinfeções e óbitos serão obtidos através do Banco Estadual (Gerência de DST/HIV/Aids – Área Técnica: Assessoria de Vigilância) e Sistema de Informação de Mortalidade (DATASUS-SIM).

No que se refere ao plano de análise de dados:

- a) Inicialmente serão estimadas frequências simples das variáveis de interesse.
- b) Em seguida, para a comparação das proporções será empregado o teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fischer. Esta etapa também destina-se ao cálculo das estimativas da taxa de mortalidade por causas e definição de fatores associados ao óbito.
- c) Numa terceira fase do plano de análise, será utilizada modelagem de regressão logística com o objetivo de estimar medidas ajustadas de associação.

10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa respeitará as normas de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Atenderá todos os aspectos éticos e primordialmente quando afirma que "pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e **o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações** ou materiais biológicos". (BRASIL, 2013a)

Este estudo atenderá a Portaria do DGES nº 796, de 27 de junho de 2014, que institui o Processo de Regulação de Pesquisas nas Unidades de Saúde e Setores de Gestão da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins (TOCANTINS, 2014).

A coleta de dados só será iniciada após a apreciação e autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia-ISC/UFBA, garantindo o sigilo das informações levantadas através do SINAN, SIM sem qualquer prejuízo para o serviço e para os resultados da pesquisa.

11 VIABILIDADE/ORÇAMENTO

O estudo será realizado com a anuência da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, conforme Declaração de Anuência para Acesso ao Banco de Dados, da Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde (Anexo C). A pesquisa será realizada com recursos financeiros próprios.

Detalhamento Financeiro:

Alimentação		Valor (R\$)		
Especificação	Quantidade	Unitário	Total	
Refeição	10	15,00	150,00	
			Subtotal	150,00
Transporte e Hospedagem		Valor (R\$)		
Especificação	Quantidade	Unitário	Total	
Gasolina	100 litros	4,00	400,00	
Passagem Aérea (Ida e Volta) Palmas/Salvador (Qualificação)	02	756,00	1.500,00	
Passagem Aérea (Ida e Volta) Palmas/Salvador (Defesa da Tese)	02	756,00	1.500,00	
Hospedagem em Salvador (em diárias)	02	155,40	310,80	
			Subtotal	3.310,80
Material de escritório e consumo		Valor (R\$)		
Especificação	Quantidade	Unitário	Total	
Cartucho para impressora	01	100,00	100,00	
Papel A-4 resma com 500fl.	02	20,00	40,00	
Pen-drive	01	45,00	45,00	
Formatação do projeto	02	200,00	400,00	
			Subtotal	3.828,90
TOTAL GERAL R\$				4.445,80

13 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A. A DE; VIH/SIDA: Narrativas de homens homossexuais com mais de 50 anos de idade. 2011. Tese de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro. Aveiro-Portugal.

ARAÚJO, L. F. El origen del sida después de três décadas desde SUS primeros diagnósticos. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 248,249, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/27.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia de Doenças, Enfermidades e Agravos à Saúde. In:_____ *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações* - [Reimpr.]. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011a. p. 449-457.

BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia, Cuidado e Promoção da Saúde. In:_____ *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações* -[Reimpr.]. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011b. p. 603-606.

BAZIN, G. R. et al. Terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV: o que sabemos após 30 anos da epidemia. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(4):687-702, abri. 2014.

BOSA, Antônio da Patrulha. A relação entre a vigilância epidemiológica e atenção básica no SUS: O caso de Forquilha/SC. 2012. Monografia (Especialização) - Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Santo Antônio da Patrulha.

BRASIL. Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, D.F., 20 de set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 02 de nov. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Critérios de Definição de Casos de Aids em Adultos e Crianças. Série Manuais nº. 60. Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444 p. : Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde - Boletim Epidemiológico – AIDS. Brasília: Brasília. 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil nº 12, 13 de jun 2013a. Seção, 1 p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, nº 108 – DOU – 09 de jun. 2014. Seção 1, p. 67.

_____. Ministério da Saúde - Boletim Epidemiológico – AIDS. Brasília: Brasília. 2015a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Histórias da luta contra a AIDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b. 10 v. : il. color.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRUM, Tânia de Souza "Perfil clínico-epidemiológico de pacientes coinfectados por Tuberculose/HIV acompanhados em serviço de referência HIV/Aids em Nova Iguaçu, RJ - entre 2010-2014". 2014. Dissertação (Mestrado Medicina Tropical) -Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

CARVALHO, F. L. et al. Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfeção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 18(5): 1305-1312, 2013.

CUNHA, A. P. DA; CRUZ, M. M. DA; TORRES, R. M. C. Tendência da mortalidade por aids segundo características sociodemográficas no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre: 2000-201. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 25(3):477-486, jul-set 2016.

DOURADO, I; BASTOS, F. I. HIV/Aids como Modelo de Doença Emergente . In: Almeida Filho N. de, & Barreto M L. Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações - [Reimpr.]. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. p. 452-457.

FIGUEIREDO, N. M. A; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. e Colaboradores. Tratado Prático de Enfermagem. Vol.2, 2ª edição. Yendis Editora. São Caetano do Sul-SP, 2009.

FURTADO, F. M. de S. F. et al. 30 aos depois: Representações Sociais acerca da Aids e práticas sexuais de residentes de cidades rurais. Rev. da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. (n. esp): 074-080. 2016. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300011>>. Acesso em: 06 out. 2016.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015, Ciênc. Saúde Coletiva, vol.21, n.5, jan-mai, 2016. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.04402016> >. Acesso em: 10 out. 2016.

HASABI, I. S.; SHIVASHANKARAPPA, A. B.; KACHAPUR, C. KAULGUD, R. S. A Study of Compliance to Antiretroviral Therapy among HivInfected Patients at a Tertiary Care Hospital in North Karnataka. Journal of Clinical and Diagnostic Research, Karnataka, v. 10, n.5:OC27OC31,mayde2016.Disponívelem:<<http://dx.doi.org/10.5455/njppp.2015.5.0301201517>>. Acesso em: 05 de out. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 25 de out. 2016.

MARTINS, M. F.; SANTOS, W. C. B. DOS,; SOARES, F. S.; Mapeamento dos cas os de gestantes hiv+ atendidas no centro de testagem e aconselhamento de palmas , Tocantins, entre

os anos 2007 e 2011. DST - J bras Doenças Sex Transm 2015;27 (Supl. 1):10-185 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264.

NUNES, A. A.. et al. Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART), Ciência & Saúde Coletiva, 20(10):3191-3198, 2015.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; EGRY, E. Y A Historicidade das Teorias Interpretativas do Processo Saúde-Doença, Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

ONU. Organização das Nações Unidas. A ONU e a resposta à Aids no Brasil. Relatório Global sobre Aids. 2012. Disponível em: <http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf> Acesso em: 03 de nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm. Acesso em: 25 out. 2016.

PINTO NETO, L. F da S. et al.Prevalência da tuberculose em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana, Rev Bras Clin Med. São Paulo, 11(2):118-122, abr-jun, 2013.

RODRIGUES-JÚNIOR; A. L.; RUFINO-NETTO, A.; CASTILHO, E. A. de; Distribuição espacial do índice de desenvolvimento humano, da infecção pelo HIV e da comorbidade AIDS-tuberculose: Brasil, 1982 – 2007. REV BRAS EPIDEMIOL SUPPL D.S.S. 2014; 204-215. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s2/pt_1415-790X-rbepid-17-s2-00204.pdf.> Acesso em: 23 out. 2015.

RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. de; AIDS e doenças oportunistas transmissíveis na faixa de fronteira brasileira. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 43(5):542-547, set-out, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n5/v43n5a14.pdf>. > Acesso em 24 out. 2015.

SANTANA, V. S.; CUNHA, S. Estudos Transversais. In: Almeida Filho N. de, & Barreto M L. *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações* -[Reimpr.]. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. p. 186-193.

SANTOS, E. R. F. et al. Perfil de pacientes hiv-aids que evoluíram ao óbito em um hospital de referência em Belém – PA. *Rev. Paraense de Medicina*. v. 29(3): p. 53-60, jul-set, 2015.

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução nº 161, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre a Conformação das Novas Regiões de Saúde do Estado do Tocantins e as Ações e Serviços Mínimos à Serem Ofertados Nesses Territórios. Palmas-TO.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SESAU, nº 796, de 27 de junho de 2014. Institui o processo de regulação para a realização de pesquisas nas Unidades de Saúde e Setores de Gestão da Secretara de Saúde do Estado do Tocantins. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Tocantins*, 11 jun 2014.

_____. Secretaria Estadual de Saúde, Gerência de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, Palmas-Tocantins, 2015.

_____. Secretaria Estadual de Saúde, Gerência de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, Palmas-Tocantins, 2016.

SILVA, C. A. L. DA; Saúde Bucal e Infecção pelo Hiv-Aids. 2008. Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva-Programa de Pós-graduação, Universidade Federal da Bahia. Bahia- Brasil.

SILVA, L. A. M. DA; ISHIKAWA, E. A. Prevalência da Co-infecção por *leishmania sp.* em pacientes portadores de HIV/Aids atendidos pelo Programa Municipal de DST/Aids no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Imperatriz-MA. Revista Paraense de Medicina 29(3) p. 61-68, jul-set 2015.

SILVA, J. A. G. et al. da Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 31(6): 1188-1198, jun, 2015. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106914>>. Acesso em: 30 set. 2016.

SILVA, M. M. DA; VASCONCELOS, A. L. R. DE; RIBEIRO, L. K. DE N. P.; Caracterização epidemiológica dos casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(10):2131-2135, out. 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00161112>>, Acesso em: 01 out. 2016.

SOUSA, A. I. A. DE; PINTO JUNIOR, V. L. Análise espacial e temporal dos casos de aids no Brasil em 1996-2011: áreas de risco aumentado ao longo do tempo. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(3):467-476, jul-set 2016.

TEIXEIRA, G. T. et al. Epidemiologia das Doenças Infecciosas. In: Almeida Filho N. de, & Barreto M L. Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações -[Reimpr.]. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. p. 458-474.

TERTO JR, V.; Homossexualidade e Saúde: Desafios para a terceira década de epidemia de

HIV/Aids. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 147-158, jun. 2002.

TRAEBERT, J. et al. Estimativa da carga de doença por aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(3):517-522, jul-set 2015.

United Nations Joint Program on HIV/AIDS (UNAIDS). *Report on the global epidemic*. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/global-AIDS-update-2016_en.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

United Nations Joint Program on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Disponível em:<http://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA ACESSO AO BANCO DE DADOS



Secretaria de Estado da Saúde

**Declaração de Anuência e Compromisso**

Ilma. Sra.

Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto

Diretora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia


Prezada Diretora,

Apresento a Senhora **Marileide Florêncio Martins**, enfermeira, que atua na **Gerência de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais**, indicada para participar do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Epidemiologia em Serviços de Saúde com ênfase em Vigilância em Saúde – Turma Tocantins, caso seja selecionado(a), a ser realizado sob a coordenação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Na oportunidade, informo ao ISC/UFBA estar ciente dos critérios e requisitos estabelecidos para participação do(a) profissional neste Curso, autorizando-o(s) no acompanhamento das atividades presenciais e à distância programadas pela Instituição de Ensino supra citada. **Do mesmo modo, na qualidade de gestor me responsabilizo por assegurar transporte aéreo ou terrestre que possibilite a participação da profissional nas atividades presenciais, desde que ainda existente a possibilidade orçamentária vislumbrada à época da assinatura desta declaração.** Autorizo também o acesso aos bancos de dados desta instituição e às informações necessárias para a elaboração da Dissertação cujo projeto tenha sido aprovado pelo ISC/UFBA, e respectiva publicação, caso exista oportunidade.

Atenciosamente,

Palmas, 28 de outubro de 2015


Lillian Rosicler Teixeira Nunes Fava
 Superintendente de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde

Lillian Rosicler Teixeira Nunes Fava
 Superintendente de
 Vigilância e Proteção à Saúde
 14/10/2015

ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO AIDS

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº				
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)								
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2- Individual			2	Data da Notificação		
	3	Município de Notificação			Código (IBGE)			
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código			
Dados do Caso	5	Agravos AIDS			6	Data do Diagnóstico		
	7	Nome do Paciente			8	Data de Nascimento		
	9	(ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		
	12	Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6-Não se aplica 9-Ignorado						
Dados de Residência	13	Número do Cartão SUS			14	Nome da mãe		
	15	Logradouro (rua, avenida,...)			Código	16	Número	
	17	Complemento (apto., casa, ...)			18	Ponto de Referência	19	UF
	20	Município de Residência			Código (IBGE)	Distrito		
	21	Bairro			Código (IBGE)	22		CEP
	23	(DDD) Telefone			24	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado		
	25	Pais (se residente fora do Brasil)			Código			
	Dados Complementares do Caso							
Antecedentes Epidemiológicos	26	Nº do Prontuário			27	Ocupação		
	28	Relações sexuais 1 - Só com Homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado			29	Relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV+/Aids 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	30	Nº aproximado de parceiros com quem teve relações sexuais nos últimos 10 anos						
	31	Informação sobre o parceiro(a) sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			32	Uso de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
		<input type="checkbox"/> Parceiro(a) que mantém relações bissexuais			33	Hemofilia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
		<input type="checkbox"/> Parceiro(a) usuário(a) de drogas injetáveis						
		<input type="checkbox"/> Parceiro(a) que recebeu transfusão de sangue/derivados/hemofilia						
	História de transfusão de sangue/derivados:							
	34	Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não						
	35	Data da transfusão	36	UF	37	Município onde foi realizada a transfusão		
38	Instituição onde foi realizada a transfusão.							
39	Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado			40	Acidente com material biológico com soroc conversão após 6 meses 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

OBS: Esta ficha deve ser utilizada para casos notificados a partir de 01/01/2004

SVS 13/02/04

Dados Clínicos	<p>41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) <p style="text-align: right; font-size: small;">*Excluída a tuberculose como etiologia</p> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*	<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) <p style="text-align: right; font-size: small;">*Excluída a tuberculose como etiologia</p>																			
<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*	<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) <p style="text-align: right; font-size: small;">*Excluída a tuberculose como etiologia</p>																					
<p>42 Critério CDC adaptado 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Candidose (esôfago, traquéia, brônquio, pulmão) <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ou em brônquios, pulmões ou trato gastro-intestinal. <input type="checkbox"/> Histoplasmoze disseminada <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase. <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. carinii</i> <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Salmonelose (septicemia recorrente) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Candidose (esôfago, traquéia, brônquio, pulmão) <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ou em brônquios, pulmões ou trato gastro-intestinal. <input type="checkbox"/> Histoplasmoze disseminada <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva	<input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase. <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. carinii</i> <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Salmonelose (septicemia recorrente) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral																				
<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Candidose (esôfago, traquéia, brônquio, pulmão) <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ou em brônquios, pulmões ou trato gastro-intestinal. <input type="checkbox"/> Histoplasmoze disseminada <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva	<input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase. <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. carinii</i> <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Salmonelose (septicemia recorrente) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral																					
Dados do Laboratório	<p>43 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Teste de triagem (1º Teste) <input type="checkbox"/> Teste de triagem (2º Teste) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Teste confirmatório </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Teste de triagem (1º Teste) <input type="checkbox"/> Teste de triagem (2º Teste)	<input type="checkbox"/> Teste confirmatório																			
<input type="checkbox"/> Teste de triagem (1º Teste) <input type="checkbox"/> Teste de triagem (2º Teste)	<input type="checkbox"/> Teste confirmatório																					
<p>44 Data de evidência laboratorial do HIV</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>45 Contagem de Linfócitos CD4+</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>											<p>45 Contagem de Linfócitos CD4+</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>											<p>45 Contagem de Linfócitos CD4+</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>											
Trat.	<p>46 UF 47 Município onde se realiza o tratamento 48 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento</p>																					
Evolução	<p>49 Situação atual 1 - Vivo 2 - Morto 9 - Ignorado</p> <p>50 Data do Óbito</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>																					
Critério Especial	<p>51 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada a imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação</p> <p style="text-align: right;">1-Sim 2-Não 9-Ignorado</p>																					
Investigador	<p>52 Nome 53 Função</p> <p>54 Assinatura</p>																					
Instruções para Preenchimento da Ficha	<p>As Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação usar categoria ignorada. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.</p> <p>6- Data de Diagnóstico: Registrar o dia, mês e ano do diagnóstico de aids (data em que o caso foi confirmado segundo os critérios preconizados). Preenchimento obrigatório. No caso de notificação de soropositivo usar data de evidência laboratorial do HIV.</p> <p>8- Data de Nascimento: Deverá ser anotada em termos numéricos, os valores referentes ao dia, mês e ano.</p> <p>9- Idade: Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar a sua idade, anotar, obrigatoriamente, a idade aparente.</p> <p>12- Escolaridade: Preencher com o código correspondente ao número de anos concluídos com aprovação.</p> <p>28-30- Notar que se trata de categoria de exposição e não prática sexual. Quando o contato sexual não for considerado categoria de exposição marcar "não se aplica". O caso classificado na categoria de exposição sexual, obrigatoriamente, deverá ter parceria classificada no Item 31. Na ausência de informação preencher com ignorado. No campo 39 para preenchimento da categoria "não se aplica" observar intervalo de tempo entre o registro do 1º caso em mulheres e data de diagnóstico.</p> <p>41-42 e 51 - Somente para casos que preencham os critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais:</p> <p>a) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e 10 pontos no critério Rio de Janeiro/Caracas (campo 41), e/ou</p> <p>b) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e presença de pelo menos uma doença indicativa de imunodeficiência do critério CDC adaptado (campo 42) e/ou contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350 (campo 45), ou</p> <p>c) Declaração de Óbito com menção de Aids/SIDA ou infecção pelo HIV, e que após investigação epidemiológica não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios de definição de caso de aids.</p> <p>(*)evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas laboratoriais compatíveis com imunodeficiência (campo 43): Reatividade em 2 testes de triagem ou em 1 teste confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV. Os testes mais comuns são: Triagem: ELISA, EIA, MEIA e quimioluminescência; Confirmatórios: Western Blot, imunofluorescência indireta, imunoblot e testes de amplificação de ácidos nucleicos (PCR e NASBA).</p>																					

ANEXO C - QUADRO: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID10: B 20 A B24.

CAPÍTULO I: ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (A00-B99)

B20-B24 Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]

Nota: As subcategorias de quarto caractere de B20-B23 são fornecidas para uso opcional quando não é possível ou não é desejável usar códigos múltiplos para identificar as afecções específicas.

Exclui: estado de infecção assintomática pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] (Z21)

Este agrupamento contém as seguintes categorias de três caracteres:

B20 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], resultando em doenças infecciosas e parasitárias

Exclui: síndrome aguda de infecção por HIV (B23.0)

B20.0 Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas

Doença pelo HIV resultando em tuberculose

B20.1 Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas

B20.2 Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica

B20.3 Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais

B20.4 Doença pelo HIV resultando em candidíase

B20.5 Doença pelo HIV resultando em outras micoses

B20.6 Doença pelo HIV resultando em pneumonia por *Pneumocystis carinii*

B20.7 Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas

B20.8 Doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias

B20.9 Doença pelo HIV resultando em doença infecciosa ou parasitária não especificada

Doença pelo HIV resultando em infecção SOE

B21 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], resultando em neoplasias malignas

B21.0 Doença pelo HIV resultando em sarcoma de Kaposi

B21.1 Doença pelo HIV resultando em linfoma de Burkitt

B21.2 Doença pelo HIV resultando em outros tipos de linfoma não-Hodgkin

B21.3 Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas dos tecidos linfático, hematopoético e correlatos

B21.7 Doença pelo HIV resultando em múltiplas neoplasias malignas

B21.8 Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas

B21.9 Doença pelo HIV resultando em neoplasia maligna não especificada

B22 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] resultando em outras doenças especificadas

B22.0 Doença pelo HIV resultando em encefalopatia

Demência pelo HIV

B22.1 Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática

B22.2 Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação

Doença pelo HIV resultando em insuficiência de crescimento

Síndrome caquética por infecção pelo HIV ["slim disease"]

B22.7 Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte

Nota: Para utilização desta categoria, pode-se referir às instruções concernentes às regras de codificação para morbidade e mortalidade relevantes ao tema no Volume 2.

B23 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] resultando em outras doenças

B23.0 Síndrome de infecção aguda pelo HIV

B23.1 Doença pelo HIV resultando em linfadenopatias generalizadas (persistentes)

B23.2 Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte

B23.8 Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificadas

B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada

AIDS-related complex [ARC] SOE

Síndrome de imunodeficiência adquirida [SIDA] [AIDS] SOE

B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada

Fonte: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10.

ANEXO D - DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE DADOS

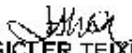
Secretaria de
SaúdeGOVERNO DO
TOCANTINS

DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE DADOS

Declaro para os devidos fins de direitos que a servidora Marleide Florêncio Martins, enfermeira, que atua na Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde – SVPPS/SES/TO, está cursando o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com área de Concentração em Epidemiologia em Serviços de Saúde com ênfase em Vigilância em Saúde - Turma Tocantins, está desenvolvendo a pesquisa intitulada de “PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS E COINFEÇÕES EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA PALMAS-TOCANTINS”, neste sentido, autorizo o acesso aos bancos de dados desta instituição e às informações necessárias para a elaboração da Dissertação e respectiva publicação, caso exista oportunidade, desde que, respeite o fluxo da Portaria 796/2014.

Por ser verdade, assino a presente

Palmas, 18 de janeiro de 2017.


LILIANA ROSICLER TEIXEIRA NUNES FAVA
Superintendente de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde

Liliana Rosicler T. N. Fava
Superintendente de Vig.,
Promoção e Proteção à Saúde
41- 3592502



Prça. Jos. Gósses, s/n. P. 1º andar, S. 01, Centro, Palmas-TO - CEP: 77013-007
Tel: + 55 67 3218- 7000 www.saude.to.gov.br


ANEXO E – DECLARAÇÃO DE DESPESAS

**DECLARAÇÃO DE DESPESAS**

Eu, Marileide Florêncio Martins, enfermeira, portadora do CPF 823.441.881-34 estudante do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com área de Concentração em Epidemiologia em Serviços de Saúde com ênfase em Vigilância em Saúde – Turma Tocantins, declaro para os devidos fins de direitos que me comprometo a custear todas as despesas referentes à pesquisa intitulada de **"PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS E COINFEÇÕES EM PESSOAS VIVENDO COM HIV-AIDS EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA PALMAS-TOCANTINS"**, sem nenhuma ajuda financeira institucional, externa ou de bolsas.

Por ser verdade, assino a presente.

Palmas, 18 de janeiro de 2017.


MARILEIDE FLORENCIO MARTINS
Pesquisadora Responsável

ANEXO F – JUSTIFICATIVA DE DISPENSA DO TCLE

**JUSTIFICATIVA DE DISPENSA DO TCLE**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do ISC-UFPA,

Declaramos ao Comitê de Ética em Pesquisa, que o projeto de pesquisa intitulado **PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS E COINFEÇÕES EM PESSOAS VIVENDO COM HIV-AIDS EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA PALMAS-TOCANTINS** de responsabilidade da pesquisadora **MARILEIDE FLORÊNCIO MARTINS** têm a pretensão de fazer levantamento de dados secundários através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), portanto não haverá necessidade da utilização do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Palmas, 16 de janeiro de 2017


MARILEIDE FLORÊNCIO MARTINS

Pesquisadora Responsável

ANEXO G – ENDEREÇO PLATAFORMA LATTES

**ENDEREÇOS PLATAFORMA LATTES****Orientador:**

Carlos Alberto Lima da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7858822343214047>**Orientanda:**

Marileide Florêncio Martins

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1296324494187217>

Palmas, 16 de janeiro de 2017

MARILEIDE FLORENCIO MARTINS

Pesquisadora Responsável