

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E
PARASITÁRIAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
IRIS BUCKER FROES**

**PACIENTES HIV/AIDS ATENDIDOS NO HOSPITAL-DIA PROFESSORA
ESTERINA CORSINI: SITUAÇÃO CLÍNICA E IMUNOLÓGICA NO MOMENTO DO
DIAGNÓSTICO**

**CAMPO GRANDE
2009**

IRIS BUCKER FROES

**PACIENTES HIV/AIDS ATENDIDOS NO HOSPITAL-DIA PROFESSORA
ESTERINA CORSINI: SITUAÇÃO CLÍNICA E IMUNOLÓGICA NO MOMENTO DO
DIAGNÓSTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Anamaria de Mello Miranda
Paniago

**CAMPO GRANDE
2009**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

F926p Froes, Íris Bucker.
Pacientes HIV/AIDS atendidos no Hospital Dia Esterina
Corsini : situação clínica e imunológica no momento do diagnóstico / Íris Bucker
Froes. -- Campo Grande, MS, 2009.
57 f. ; 30 cm.

Orientador: Anamaria de Mello Miranda Paniago.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato
Grosso do Sul. Faculdade de Medicina.

1. AIDS (Doença). 2. AIDS (Doença) – Diagnóstico. 2.
Linfócitos. 3. Infecções oportunistas relacionadas com a AIDS.
I. Paniago, Anamaria de Mello Miranda. II. Título.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por me dar o equilíbrio suficiente para conciliar o trabalho árduo durante a residência médica, estudos para o mestrado e a atenção a amigos e família;

A meus pais por me proporcionarem a oportunidade de cursar uma faculdade de medicina e me darem o apoio suficiente para que eu me dedicasse muito aos meus estudos e, fundamentalmente, pelo amor incondicional que recebo deles todos os dias da minha vida;

A meus irmãos pelo apoio e amor constantes em todos os momentos de minha vida;

A meus amigos e familiares por entenderem minha ausência em muitas reuniões e confraternizações;

À minha orientadora por sempre me apoiar a estudar cada vez mais, não desistir frente às dificuldades enfrentadas durante a residência médica e com isso me tornar uma pessoa melhor;

Ao professor Rivaldo por me mostrar que meus objetivos poderiam ser alcançados através da minha força de vontade e apoio dos amigos e familiares;

Às secretárias do Hospital-Dia Esterina Corsini, Noeli e Hamalla, por estarem sempre sorridentes, dispostas a atender da melhor forma possível os pacientes e seus familiares e ainda por cima terem a paciência de buscarem os prontuários para que eu pudesse fazer minha pesquisa.

Ao LACEN pela realização dos exames de rotina dos pacientes HIV/AIDS e por estimular a pesquisa científica.

“Todo mundo enfrenta momentos difíceis na vida. Quanto mais momentos difíceis enfrentamos, mais crescemos e aprendemos.”

“Viva de tal modo que, ao olhar para trás, não se arrependa de ter desperdiçado sua vida.

Viva de tal modo que não se arrependa do que fez ou não deseje ter agido de outra forma.

Viva uma vida digna e plena.

Viva.”

Elisabeth Kubler-Ross

RESUMO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tomou proporções pandêmicas e tem preocupado as organizações de saúde. Esta pesquisa objetivou verificar a situação clínica e imunológica de pacientes maiores de 18 anos, no momento do diagnóstico de HIV/AIDS, atendidos no Hospital-Dia Esterina Corsini de Campo Grande, Mato Grosso do Sul no período de agosto de 2007 a março de 2009. Foi realizada uma análise retrospectiva de prontuários médicos de 207 pacientes. Dados demográficos e informações referentes a sinais, sintomas e diagnóstico de doenças oportunistas segundo critérios do Ministério da Saúde no momento em que o paciente foi diagnosticado com HIV/AIDS, quantificação da carga viral e linfócitos T-CD4+, bem como o primeiro tratamento antirretroviral instituído foram coletados. Os resultados mostram que a maioria dos pacientes foi do sexo masculino (58,5%), com uma relação homem: mulher de 1,4:1. A idade dos pacientes pesquisados variou de 17 a 81 anos sendo que 35,7 % (n=74) tinham entre 30 e 39 anos de idade no momento do diagnóstico. Os principais motivos pela busca ao atendimento médico que culminaram no diagnóstico da infecção foram a presença de sintomas e o fato do cônjuge possuir HIV/AIDS. O sintoma mais freqüente foi a perda de peso. Pacientes que descobriram serem soropositivos devido à presença de doença definidora totalizaram 45 (21,7%), sendo neurotoxoplasmose a mais prevalente. A contagem de linfócitos T-CD4+ na ocasião do diagnóstico estava disponível em 192 prontuários e variou de 1 a 1114 cel./mm³, média de 557 cel./mm³, sendo que 50% apresentaram linfócitos T-CD4+ <200 cel./mm³, indicando imunodeficiência grave. Concluiu-se que na casuística estudada o diagnóstico de HIV/AIDS foi tardio, principalmente nos homens, abrangendo principalmente a faixa etária de 30-39 anos, motivado pela presença de sintomas ou existência de doenças oportunistas. A tuberculose e a leishmaniose visceral podem ser consideradas doenças oportunistas nessa casuística, visto a contagem de linfócitos T-CD4+ ser inferior a 350 cél/mm³ na quase totalidade dos casos. Estratégias mais eficazes podem ser instituídas para a testagem de HIV com vistas ao diagnóstico mais precoce que, conseqüentemente, beneficiará o paciente e a sociedade.

Palavras-chave: HIV, AIDS, diagnóstico, linfócitos T-CD4 positivos, doenças oportunistas.

ABSTRACT

The infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) got pandemic proportions and is a concern for health organizations. The main purpose of this study was verify the clinical and immunological situation of patients, older than 18 years-old, newly diagnosed HIV infection, who attempt to Hospital-Dia Esterina Corsini at Campo Grande, Mato Grosso do Sul between August 2007 and March 2009. A retrospective analysis of 207 medical records was made using a form which collected data about identification, signs and symptoms, exames that followed Health Ministry 's criteria at the moment of HIV/AIDS diagnostic, viral quantification and T-CD4+ lymphocytes count, as well as the answer to the first antirretroviral treatment used. The majority of patients was male (58,5%), with a ratio men:woman of 1,4:1. The age ranged of 17 to 81 years-old and 35,7% has between 30-39 years-old at the moment of diagnostic. The main cause for attempting medical help was the presence of symptoms and the discovery of HIV/AIDS on a sexual partner. Loss of weight was the most frequent symptom. Patients who discover being HIV-positive because of an opportunistic disease (OD) was 45 (21,7%), and the most frequent OD was neurotoxoplasmosis. The count of T-CD4 + lymphocyte at the moment of diagnosis was available at 192 medical records and ranged from 1 to 1114 cel./mm³, media of 557 cel./mm³. Half percent of patients had T-CD4+ count under 200 cel./mm³, indicating an advanced immunodeficiency. The main conclusions of this study were: diagnosis of HIV/AIDS is late, more common in men, mainly in people with 30-39 years-old, motivated by symptoms or existence of OD. Tuberculosis and visceral leishmaniosis could be considered opportunistic diseases due to the initial low T-CD4+ count found in the majority of cases. Improved HIV testing strategies may allow for more timely diagnosis of HIV infection, which may benefit both the infected individual and society.

Keywords: HIV, AIDS, diagnostic, positive T-CD4 lymphocytes, opportunistic diseases.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 10 |
| 2.1 Histórico e epidemiologia..... | 10 |
| 2.2 Etiologia e fisiopatologia..... | 14 |
| 2.3 Diagnóstico..... | 14 |
| 2.4 Classificação..... | 15 |
| 2.5 Tratamento..... | 21 |
| 2.6 Prognóstico..... | 21 |
| 3 OBJETIVOS..... | 24 |
| 3.1 Objetivo Geral..... | 24 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 24 |
| 4 PACIENTES E MÉTODOS..... | 25 |
| 4.1 Tipo de pesquisa..... | 25 |
| 4.2 Local, período e sujeitos da pesquisa..... | 25 |
| 4.3 Critérios diagnósticos..... | 26 |
| 4.4 Processo de coleta de dados..... | 26 |
| 4.5 Organização e tratamento dos dados..... | 26 |
| 4.6 Aspectos éticos..... | 27 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 28 |
| 7 CONCLUSÃO..... | 41 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 42 |
| APÊNDICE A..... | 49 |
| APÊNDICE B..... | 54 |
| ANEXO A..... | 55 |
| ANEXO B..... | 56 |

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tomou proporções pandêmicas e tem preocupado as organizações de saúde. Além do impacto social no que diz respeito ao preconceito, dificuldade de aceitação por que passam os pacientes, a infecção naturalmente evoluirá para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

O impacto da AIDS ainda é maior devido à grande morbidade relacionada às infecções oportunistas (IO), dias de trabalho perdidos, preconceito e o risco de morte.

Sabe-se que o surgimento das IO tem íntima relação com os níveis de linfócitos T-CD4+, assim como o aparecimento de sintomas inespecíficos indicativos de AIDS.

A terapia antirretroviral (TARV) usada nos casos de AIDS tem aumentado significativamente a sobrevida destes pacientes por reduzir a morbidade associada às IO, mas um grande problema é o fato de muitos pacientes com infecção pelo HIV, assintomáticos, não conhecerem a existência de tal doença e muitas vezes a descobrem quando já apresentam um nível muito reduzido de linfócitos T-CD4+ ou com IO grave.

Para conhecer em que estágio da infecção o paciente que faz acompanhamento no Hospital-Dia Esterina Corsini se apresenta no momento do diagnóstico, bem como o motivo pelo qual o paciente procurou atendimento médico que acabou por levar ao diagnóstico, o presente trabalho foi desenvolvido.

Estas informações ajudarão a compor o cenário da infecção pelo HIV/AIDS no município de Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul e do Brasil.

Os resultados do presente estudo poderão reforçar a necessidade do diagnóstico precoce e desencadear ações, por meio das organizações de saúde, para que a população tenha fácil acesso à educação em saúde, testagem e aconselhamentos adequados com relação ao HIV/AIDS, assim como poderão estimular novas pesquisas na área.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Histórico e epidemiologia

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um vírus cujo material genético é composto de ácido ribonucléico (RNA). O primeiro caso conhecido é de um homem de Kinshasa, República Democrática do Congo cujo sangue foi coletado em 1959 e avaliado posteriormente quando a tecnologia para tal estava disponível (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007). Há fortes indícios de que a origem do vírus é dos primatas, quando se descobriu a grande semelhança entre os vírus dos macacos e dos humanos em 1999 (NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES (NIAID), 1999).

O primeiro caso de AIDS foi relatado na década de 80 nos Estados Unidos. Na época a doença foi chamada de doença da imunodeficiência relacionada aos gays (gay related immunodeficiency disease – GRID), pois os pacientes eram homens que faziam sexo com homens (HSH). Antes mesmo da descoberta de seu agente etiológico, os modos de transmissão foram sendo investigados de acordo com a epidemiologia dos casos. A partir daí foram estabelecidos dois grupos de risco para adquirir a doença: HSH e usuários de drogas injetáveis (UDI) o que contribuiu para a estigmatização ainda maior dessa parcela da população (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1981; 1982a; 1982b; 1983^a).

Apesar de estar inicialmente ligado aos HSH, o HIV rapidamente se disseminou entre os diversos segmentos da sociedade como mulheres, crianças e homens heterossexuais (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1982b, 1983b; SANTOS, 2002). A transmissão entre heterossexuais vem crescendo no Brasil a partir de 1993 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

No mundo há cerca de 39,5 milhões de pessoas vivendo com HIV sendo que 37,2 milhões são adultos; 2,7 milhões de pessoas recém-infectadas em 2007 e 2 milhões de mortes por AIDS ocorreram nesse mesmo ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Estima-se que no Brasil há 506.499 mil pessoas infectadas pelo HIV, sendo que apenas 1/3 destas tem conhecimento do diagnóstico (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) AND WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b)

A notificação dos casos de AIDS só começou a ser feita no Brasil em 1982 e os casos ocorridos nos anos anteriores foram classificados retrospectivamente. De acordo com a Portaria SVS/MS N.º 5 de 21 de fevereiro de 2006, Anexo I, todo caso confirmado de AIDS que atende aos critérios definidos pelo Ministério da Saúde é de notificação obrigatória às autoridades locais de saúde. A infecção pelo HIV não é notificada. A unidade de saúde notificadora deve utilizar a ficha de notificação/investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN encaminhando-a para ser processada, conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde (AIDS VINTE ANOS, 2009; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2006)

O primeiro caso autóctone do Brasil foi descrito em 1983 em indivíduo do sexo masculino em prática homossexual (AMATO NETO, 1983).

A infecção/doença tornou-se uma pandemia sem restrição a sexo, idade e classe social. A partir da década de 90 constatou-se uma transição do perfil epidemiológico resultando numa heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia no Brasil (ARAÚJO et al., 2005; BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000; FABBRO et al., 2005; SANTOS, 2002; TAKAHASHI; SHIMA; SOUZA, 1998)

A epidemia de HIV/AIDS continua a crescer no Brasil, principalmente entre as mulheres (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000; FABBRO et al., 2005; SANTOS, 2002; TAKAHASHI; SHIMA; SOUZA, 1998). Dados de incidência e prevalência variam de acordo com a região brasileira devido às particularidades regionais. Em São Paulo na evolução da epidemia no sexo feminino foram observadas três fases distintas em termos de maior risco para a infecção pelo HIV. A primeira fase se estendeu até 1986, quando a transmissão pela via sexual era a mais importante, sendo, naquele momento, as parcerias de homens bissexuais e transfundidos, as mais frequentes. Nesse período era importante, também, a transmissão pela transfusão sanguínea. A segunda fase, de 1987 a 1990, quando prevaleceram os casos pelo uso de drogas injetáveis; e a terceira fase, de 1991 até o presente, quando a prática heterossexual voltou a ser a principal situação de risco descrita entre os casos de AIDS em mulheres, sendo agora a parceria sexual com homens usuários de drogas injetáveis (UDI) a mais relevante (AZEVEDO; BOTEAGA; GUIMARÃES, 2007; BASTOS; SZWARCOWALD, 2000; DE BONI et al., 2005; SANTOS, 2002).

A feminização da epidemia é fato consumado. O decréscimo da razão masculino/feminino de casos e de óbitos e o fato de a AIDS figurar entre as principais causas de mortalidade nas mulheres em idade fértil demonstram, inequivocamente, a magnitude com que a AIDS tem atingido nossa população feminina (SANTOS 2002; TAKAHASHI; SHIMA; SOUZA, 1998).

Com relação à pauperização da AIDS, tem-se observado uma íntima relação entre o grau de escolaridade e doença. Classes socioeconômicas menos privilegiadas têm apresentado uma maior incidência de infecção/doença, principalmente devido aos pacientes UDI masculinos (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000; SANTOS, 2002; TAKAHASHI; SHIMA; SOUZA, 1998). Além do risco de adquirir a infecção inerente ao uso de drogas injetáveis, os usuários ainda desenvolvem outras atividades de risco: múltipla parceria, raro uso de preservativos, prostituição, incluindo a troca de sexo por drogas.

A epidemia de AIDS entre as mulheres está pauperizada desde o seu início, mantendo, entretanto, uma porcentagem de casos entre as mulheres universitárias mais ou menos constante ao longo dos anos. Mas é importante lembrar que as mulheres com maior escolaridade e melhor nível sócioeconômico não estão protegidas ou distantes da doença. Erro semelhante foi cometido no início da epidemia, quando o alarde sobre o fato de que a maioria dos casos ocorria em HSH, levou os demais segmentos da sociedade a acreditarem estar “fora do risco”. Esta crença foi, provavelmente, um dos fatores facilitadores da heterossexualização da epidemia (SANTOS 2002).

O crescimento do número de casos entre homens heterossexuais, junto ao marcante predomínio desta forma de transmissão na população feminina, corrobora a hipótese de heterossexualização da epidemia (SANTOS, 2002).

Em 2006, no sexo masculino, segundo categoria de exposição sexual, houve maior transmissão entre os heterossexuais (43%) e segundo categoria sanguínea, a transmissão foi maior entre os usuários de drogas injetáveis (9%). Ao longo do período de 1980 a junho de 2008, observa-se tendência ao crescimento proporcional da subcategoria de exposição heterossexual, estabilização entre homo/bissexuais e redução entre os usuários de drogas injetáveis (UDI). Em 2006, no sexo feminino, a transmissão foi predominantemente heterossexual (96%), seguida dos usuários de drogas injetáveis (3%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008 b).

Do total de casos de AIDS notificados no Brasil entre 1980 e 2008, foram identificados 333.485 casos no sexo masculino e 172.995 no sexo feminino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b). A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher em 1986, para 1,5 homens por mulher em 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a). Entretanto, nos indivíduos acima de 35 anos, as taxas de incidência continuam crescendo persistentemente, de forma mais evidente entre as mulheres de 40 a 49 anos, passando de 18,2/100.000 hab. em 1998 para 25,0/100.000 habitantes em 2007 (SÁ et al., 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008d).

Dados de 2002 do estado de São Paulo mostram uma maior prevalência da infecção em pacientes sem parceiro fixo em todos os estratos sociais, associada ao baixo uso de preservativos (ARAÚJO et al., 2005), o que mostra a necessidade da elaboração de uma estratégia eficaz de abordagem sobre prevenção para essa população.

Com relação ao Centro-Oeste, foram notificados desde 1980 até junho de 2008 28.719 casos de AIDS. Dados do Ministério da Saúde mostram um aumento nos registros de casos de AIDS de 2001 até 2003, quando então esses números começaram a cair, sendo que até junho de 2008 foram registrados apenas 239 casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c).

O número de casos de AIDS notificados em Mato Grosso do Sul (MS) vem crescendo desde 2001; de janeiro até junho de 2008 foram registrados 64 casos. Se comparado aos outros estados da região, ocupa a segunda posição com relação à quantidade de casos notificados, perdendo apenas para o Distrito Federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c).

Dados e estudos sobre esta população em Campo Grande ainda são escassos e o perfil epidemiológico e imunológico dos pacientes atendidos no Hospital-Dia Prof Esterina Corsini (HDEC), um dos centros de referência do Estado para tratamento e acompanhamento de doenças infectoparasitárias, não é conhecido na atualidade. Um estudo que avaliou 147 pacientes atendidos neste serviço, de abril a maio de 1999, encontrou 65,3% homens e 34,7% mulheres, com uma relação de 2:1; média de idade de 35 anos (variando de 21 a 63 anos), data do diagnóstico entre os anos de 1984 a 1999, 12,2% estavam sem tratamento e 87,8% em uso de antirretrovirais, 59,2% apresentavam pelo menos uma doença oportunistas (PEREIRA et al., 2000). Outro estudo realizado no mesmo serviço, de

julho a outubro de 2001, incluiu 69 pacientes sendo 43,5% mulheres e 56,5% homens, idade variando de 25 a 67 anos (média de 38,3 anos), 36,2% apresentavam alguma doença oportunista antes do início dos antirretrovirais (DONADON et al., 2004).

2.2 Etiologia e fisiopatologia

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode infectar o ser humano e permanecer em “equilíbrio” sem causar a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (PETERLIN; TRONO, 2003). Existem dois tipos de vírus HIV conhecidos, o tipo 1 e o 2, sendo o último encontrado principalmente em países africanos e apresenta menos virulência que o primeiro (KALLAS; GEORGES, 2003).

Mesmo na fase em que o paciente não apresenta sintomas, o vírus está em constante replicação e a evolução para a AIDS se dá quando a viremia consegue reduzir, progressiva e irreversivelmente, a quantidade de linfócitos T-CD4+. Essa progressão é variável de paciente para paciente. Hoje se reconhece 3 tipos de pacientes segundo a evolução para a doença: progressores rápidos, típicos ou intermediários e os lentos ou não-progressores. A maioria dos pacientes (70-80%) são progressores típicos ou intermediários, em que ocorre a elevação da carga viral, queda de linfócitos T-CD4+ evoluindo para a AIDS em cerca de 6 a 10 anos após o contágio do HIV. Os progressores rápidos (15%) atingem o estágio de AIDS em poucos anos após a infecção, enquanto que os progressores lentos (5%) demoram mais de 10 anos.

Essa variação está sendo estudada e acredita-se que dependa de características virais, imunológicas e genéticas individuais dos pacientes (ANANWORANICH; COOPER, 2007; PETERLIN; TRONO, 2003; LANGFORD).

2.3 Diagnóstico

O diagnóstico etiológico do HIV pode ser dado com um resultado de exame sorológico positivo de triagem que deve sempre ser confirmado por outro teste com diferente metodologia.

Dentre os testes de triagem estão as várias gerações de ensaio por imunoadsorvência ligado à enzima (Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay, ELISA), o ensaio imunoenzimático (Enzyme Immuno Assay, EIA), o ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Immuno Assay, MEIA) e o ensaio imunoenzimático por quimioluminescência.

Testes confirmatórios são a imunofluorescência indireta (IFI), imunoblot, Western blot, testes de amplificação de ácidos nucleicos (Polymerase Chain Reaction, PCR e Nucleic Acid Sequence Based Amplification, NASBA) (BRASIL, 2003).

A partir de 2006 o Ministério da Saúde autorizou que o diagnóstico pudesse ser feito com o teste rápido. O diagnóstico do HIV é feito depois dos testes feitos em dois kits – o de Bio-Manguinhos e o Rapid Check, desenvolvido pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) também produzido no Brasil. Para chegar ao resultado, o profissional que o realiza observa um fluxo padrão determinado cientificamente. Se os dois kits tiverem os mesmos resultados, o diagnóstico já é fechado. Em caso de discordância, é feito outro teste com um terceiro kit para confirmação. Assim, o resultado oferece a mesma confiabilidade dos exames convencionais e não há necessidade de repetição em laboratório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

2.4 Classificação

A classificação do paciente portador do HIV ou já doente foi surgindo e sendo adaptada de acordo com a evolução da pandemia e os conhecimentos adquiridos de acordo com a época (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1982b; 2007).

A classificação utilizada pelo Ministério da Saúde adota a recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual também engloba os critérios adotados pelo CDC, acrescida dos critérios Rio de Janeiro/Caracas (BRASIL, 2003; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008). A classificação brasileira acrescentou aos critérios do CDC a reativação da doença de Chagas, motivo pelo qual é chamado de critério do CDC adaptado (BRASIL, 2003).

Segundo as classificações atuais, o paciente soropositivo pode apresentar-se em alguns estágios clínicos da infecção, sendo assintomático, com ou sem critérios de definição de doença, AIDS, ou sintomático já podendo ser classificado como paciente de AIDS (Figura 1) (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008; SILVEIRA et al., 2003).

| Estágio | Evidência laboratorial¹ | Evidência clínica |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estágio 1 | Confirmação laboratorial da infecção pelo HIV e contagem de linfócitos T-CD4+ ≥ 500 cel/ μ L ou porcentagem de linfócitos T-CD4+ ≥ 29 | Não necessária (mas sem nenhuma condição definidora de AIDS) |
| Estágio 2 | Confirmação laboratorial da infecção pelo HIV e contagem de linfócitos T-CD4+ de 200–499 cel/ μ L ou porcentagem de linfócitos T-CD4+ de 14–28 | Não necessária (mas sem nenhuma condição definidora de AIDS) |
| Estágio 3 (AIDS) | Confirmação laboratorial da infecção pelo HIV e contagem de linfócitos T-CD4+ < 200 cel/ μ L ou porcentagem de linfócitos T-CD4+ < 14 ² | Ou documentação de uma condição definidora de AIDS (com confirmação laboratorial da infecção pelo HIV) ² |
| Estágio indefinido | Confirmação laboratorial da infecção pelo HIV e nenhuma informação da contagem ou porcentagem de linfócitos T-CD4+ | E sem informações sobre a presença de condições definidoras de AIDS |

Figura 1 Estágios da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em adultos e adolescentes (idade > 13anos) — Estado Unidos, 2008

(1) A porcentagem de linfócitos T- CD4+ é a porcentagem dos linfócitos totais. Se a contagem ou a porcentagem de linfócitos T-CD4+ não corresponder ao mesmo estágio de infecção do HIV, escolha o estágio mais grave.

(2) Documentação de uma condição definidora de AIDS substitui a contagem de linfócitos T-CD4+ ≥ 200 cel/ μ L e a porcentagem de linfócitos T-CD4+ ≥ 14 do total de linfócitos. Métodos diagnósticos definitivos dessas condições estão disponíveis no Sistema de Classificação Revisado do HIV e definição de caso de AIDS de 1993 (CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992;41[No. RR-17]) e do Sistema Nacional de Notificação de Doenças (disponível em http://www.cdc.gov/epo/dphsi/casedef/case_definitions.htm).

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (2008)

Para o paciente ser classificado como portador de AIDS este deve preencher critérios pré-estabelecidos (figura 2), conhecidos como Rio de Janeiro/Caracas, perfazendo uma somatória mínima de 10 pontos ou apresentar alguma doença definidora ou CD4 < 350 cél/mm³, conforme figura 3 (BRASIL, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; SILVEIRA et al., 2003). Apesar de algumas doenças endêmicas no Brasil, como a leishmaniose, a doença de Chagas e a paracoccidiodomicose, poderem se comportar como doenças oportunistas em indivíduos infectados pelo

HIV, suas ocorrências devem merecer atenção especial dos serviços clínicos e de vigilância epidemiológica, visando ao estabelecimento de evidência que permita incluí-las, futuramente, como indicativas de AIDS na classificação brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

A classificação atual do CDC não inclui nos casos de AIDS sem a confirmação laboratorial da infecção pelo HIV, mesmo aqueles que apresentam alguma doença definidora. Diferentemente do Brasil, o CDC entende, agora, que a tuberculose pulmonar, infecções bacterianas disseminadas e recorrentes sejam doenças oportunistas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008).

| SINAIS/ SINTOMAS/ DOENÇAS | DESCRIÇÃO | PONTOS |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia | Anemia: hematócrito inferior a 30% em homens e 25% em mulheres; ou hemoglobina inferior a 6,80 mmol/L (menos de 11,0 g/dL) em homens e inferior a 6,20 mmol/L (menos de 10,0 g/dL) em mulheres. Linfopenia: contagem absoluta de linfócitos inferior a $1 \times 10^9/L$ (menos de 1.000 células/mm ³). Trombocitopenia: contagem de plaquetas inferior a $100 \times 10^9/L$ (menos de 100.000 células/mm ³). | 2 |
| Astenia | Por um período igual ou superior a um (1) mês, excluída a tuberculose como causa básica. | 2 |
| Caquexia | Perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente com ou sem emaciação, excluída a tuberculose como causa básica. | 2 |
| Dermatite persistente | Lesões eczematosas localizadas ou generalizadas de evolução crônica, lesões papulovesiculosas disseminadas sem etiologia definida ou micoses superficiais de evolução crônica resistentes ao tratamento habitual. | 2 |
| Diarréia | Constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um (1) mês. | 2 |
| Febre | Igual ou superior a 38°C, de forma constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um (1) mês, excluída a tuberculose como causa básica. | 2 |
| Linfadenopatia | Maior ou igual a um (1) centímetro acometendo dois (2) ou mais sítios extra-inguinais, por um período igual ou superior a um (1) mês. | 2 |
| Tosse | Tosse persistente associada ou não a qualquer pneumonia (exceto tuberculose) ou pneumonite, determinadas radiologicamente ou por qualquer outro método diagnóstico. | 2 |
| Candidose oral ou leucoplasia pilosa | Candidose oral: inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa ou pela inspeção microscópica de material obtido da mucosa oral com achados característicos. Leucoplasia pilosa: placas brancas não removíveis na língua. | 5 |
| Disfunção do sistema nervoso central | Confusão mental, demência, diminuição do nível de consciência, convulsões, encefalite, meningites de qualquer etiologia conhecida (exceto a por <i>Cryptococcus neoformans</i>) ou desconhecida, mielites e/ou testes cerebelares anormais, excluídas as disfunções originadas por causas externas. | 5 |
| Herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade | Lesões dermatológicas em diferentes fases de evolução, precedidas e/ou acompanhadas por dor, acometendo um ou mais dermatômos. | 5 |
| Tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região | Tuberculose de linfonodos com localização única, pleural, pulmonar não-especificada ou cavitária diagnosticada por padrão radiológico específico, inspeção microscópica (histologia ou citologia), cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido. | 5 |
| Outras formas de tuberculose | Tuberculose de linfonodos localizados em mais de uma cadeia, disseminada, atípica ou extra-pulmonar diagnosticada por padrão radiológico específico (miliar, infiltrado intersticial, não cavitário) e/ou inspeção microscópica (histologia ou citologia), pesquisa direta, cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido. | 10 |
| Sarcoma de Kaposi | Diagnóstico definitivo (inspeção microscópica: histologia ou citologia) ou presuntivo (reconhecimento macroscópico de nódulos, tumorações e/ou placas eritematosas/violáceas características na pele e/ou mucosas). | 10 |

Figura 2 – Descrição e pontuação de sinais, sintomas e doenças referentes os Critérios Rio de Janeiro/Caracas.

Fonte: Brasil (2003); Silveira et al. (2003).

| MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS EM INDIVÍDUOS COM TREZE (13) ANOS OU MAIS DE IDADE PELO CRITÉRIO CDC ADAPTADO | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DESCRIÇÃO | DIAGNÓSTICO DEFINITIVO | DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO |
| Câncer cervical invasivo | Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido. | |
| Candidose de esôfago | Inspeção macroscópica por endoscopia ou necrópsia; ou microscópica por histologia ou citologia de material obtido diretamente do tecido afetado. | Histórico de dor retroesternal à deglutição e candidose oral, de início recente, diagnosticada pela inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa ou pela inspeção microscópica direta de material obtido da mucosa oral com achados característicos. |
| Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões | Inspeção macroscópica por endoscopia ou necropsia; ou microscópica por histologia ou citologia de material obtido diretamente do tecido afetado. | |
| Citomegalovirose em qualquer outro local que não seja fígado, baço e linfonodos | Inspeção microscópica por histologia ou citologia: cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido. | Retinite por citomegalovírus - Aparência característica em exames oftalmológicos seriados (exemplo: discretas placas na retina com bordas distintas, progredindo de modo centrífugo, acompanhando os vasos sangüíneos, e freqüentemente associadas à vasculite retiniana, hemorragia e necrose). A resolução da doença ativa deixa cicatriz e atrofia com mosqueamento (<i>mottling</i>) do pigmento epitelial retiniano. |
| Criptococose extrapulmonar | Inspeção microscópica por histologia ou citologia; pesquisa direta ou cultura em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido; ou detecção de antígeno específico (sangue ou urina). | |
| Criptosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês) | Inspeção microscópica direta em fezes. | |
| Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a 1 mês | Inspeção microscópica por histologia ou citologia; cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente da lesão mucocutânea. | Aparência característica de lesões úlcero-crostosas persistentes, por um período superior a um (1) mês, por vezes muito extensas, nas regiões perianal e genital. Prova terapêutica deverá ser considerada nos casos duvidosos. |
| Isosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês) | Inspeção microscópica direta em fezes. | |
| Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomavírus) | Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido. | Tomografia computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética com múltiplas lesões hipodensas não captantes de contraste na substância branca subcortical do sistema nervoso central sem efeito de massa (edema). |
| Linfoma não-Hodgkin | Inspeção microscópica por histologia ou citologia | |

Figura 3 – Métodos diagnósticos das doenças indicativas de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais de idade, pelo critério CDC adaptado

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>imunológico desconhecido) e outros linfomas dos seguintes tipos histológicos: Linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt); Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico)</p> | <p>ou de fluidos desse tecido.</p> | |
| <p>Linfoma primário do cérebro</p> | <p>Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.</p> | |
| <p>Pneumonia por Pneumocystis carinii</p> | <p>Inspeção microscópica direta em escarro (induzido ou não), em lavado broncoalveolar ou em outros fluidos do trato respiratório; ou por histologia ou citologia em material obtido diretamente do pulmão.</p> | <p>Histórico de dispnéia de esforço ou de tosse não produtiva com início nos últimos três (3) meses associado à radiografia de tórax com evidência de infiltrado intersticial difuso bilateral e de hipoxemia (PaO₂ < 60 mmHg), na ausência de evidência de pneumonia bacteriana (prova terapêutica é suficiente).</p> |
| <p>Toxoplasmose cerebral</p> | <p>Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.</p> | <p>Histórico de início recente de síndrome clínica neurológica focal compatível com lesão intracraniana ou redução do nível de consciência associada à imagem de lesão cerebral com efeito de massa (ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada com ou sem injeção de meio de contraste - captação anelar) e/ou sorologia(IG) falso negativa em 5 a 10% ou prova terapêutica positiva.</p> |
| <p>Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase)</p> | <p>Cultura de material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.</p> | <p>Inspeção microscópica direta (pesquisa de bacilo álcool-ácidoresistente - BAAR) em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos estéreis desse tecido (de órgãos outros que não sejam pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares).</p> |
| <p>Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)</p> | <p>Infecção pelo <i>Trypanossoma cruzi</i> documentada com reativação da doença de Chagas manifesta por diagnóstico parasitológico em fluidos corporais (pesquisa direta, xenodiagnóstico artificial ou hemocultura), associado à: - Meningoencefalite: imagem de lesão cerebral com efeito de massa (ressonância nuclear magnética ou tomografia a computadorizada com ou sem injeção de meio de contraste - captação</p> | |

Figura 3 – Métodos diagnósticos das doenças indicativas de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais de idade, pelo critério CDC adaptado (continuação)

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | anelar) e/ou - Miocardite aguda: arritmias e/ou insuficiência cardíaca diagnosticadas eletrocardiográfica e ecocardiograficamente. | |
| Sepse recorrente por bactérias do gênero <i>Salmonella</i> (não tifóide) | Hemocultura ou cultura de material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido. | |

Figura 3 – Métodos diagnósticos das doenças indicativas de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais de idade, pelo critério CDC adaptado (conclusão)

Fonte: Brasil (2003); Silveira et al. (2003); Centers for Disease Control and Prevention (2007)

2.5 Tratamento

O tratamento para a AIDS está recomendado quando os níveis de linfócitos T-CD4+ encontram-se abaixo de 350 células por mm^3 independentemente da existência de sintomas (MARAZZI et al., 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A grande causa de morbidade na era do tratamento antirretroviral (TARV) é a infecção pelo HIV não diagnosticada, diagnosticada tardiamente ou tratada inadequadamente. Doenças cardiovasculares, renais e alterações hepáticas são mais comuns em pacientes com baixo CD4 se comparados com aqueles sob TARV (MARAZZI et al., 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

À medida que o tratamento faz efeito, é nítida a diminuição da incidência de doenças oportunistas e letalidade naqueles pacientes capazes de se manter em adequado uso das medicações. Isso não quer dizer que tais pacientes estarão livres da toxicidade e dos eventos adversos inerentes ao tratamento (MARAZZI et al., 2008).

Com o envelhecimento do paciente portador de HIV, há uma crescente preocupação com o risco cumulativo de doenças cardiovasculares nessa população. Outras complicações advindas da TARV são: incidência cumulativa de eventos metabólicos como a elevação da pressão arterial, hipertrigliceridemia, aumento da circunferência abdominal, hiperglicemia, lipodistrofia (CURRIER; HAVLIR, 2008).

2.6 Prognóstico

Sabe-se que há uma íntima relação entre níveis baixos de linfócitos T-CD4+, alta carga viral (CV) e progressão para a AIDS e o conseqüente surgimento das

infecções oportunistas (IO) (GOUJARD et al., 2001; KILARU; KUMAR; SIPPY, 2004; SINET et al., 2006).

A quantidade normal de linfócitos T-CD4+ em adultos e adolescentes varia de 500 a 1500 células por mm^3 de sangue. A quantidade de linfócitos T-CD4+ geralmente aumenta em resposta ao uso de antirretrovirais, mas isso pode levar alguns meses. O risco da progressão da doença para AIDS ou morte sem TARV aumenta com o agravamento da imunodeficiência (decréscimo de linfócitos T-CD4+), IO e outras condições relacionadas ao HIV que são muito freqüentes com linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 células por mm^3 . A resposta à TARV é afetada pelo estágio imunológico do paciente no início do tratamento. Pessoas que começam o tratamento com imunodeficiência avançada (linfócitos T-CD4+ 200-350 cel./mm^3) parecem ter uma redução viral mais intensa se comparados com os que apresentam imunodeficiência severa (estágio 3). Pacientes que iniciam a terapia com linfócitos T-CD4+ abaixo de 50 cel./mm^3 têm um maior risco de morte (MARAZZI et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Com a contagem de linfócitos T-CD4+ inferior a 200, sintomas inespecíficos podem surgir, como febre, emagrecimento, lesões de pele e as IO como a toxoplasmose, pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (D'EGIDIO et al. 2007; MICHELIM et al., 2004).

Um estudo mostrou a relação entre lesões de pele e linfócitos T-CD4+ abaixo de 200, enquanto que pacientes com linfócitos T-CD4+ maior que 300 não tinham tais lesões (MICHELIM et al., 2004).

Apesar da redução dos índices de morbidade e mortalidade da AIDS com o advento da terapia antirretroviral (PEREIRA; RODRIGUES, 2007; SILVEIRA et al., 2003), a epidemia continua a crescer, pois muitos pacientes só descobrem a doença tardiamente ou a maioria dos assintomáticos não é testada para HIV (ARAUJO et al., 2005, SANTOS, 2002).

A terapia antirretroviral trouxe muitos benefícios para os pacientes em termos de redução da morbi-mortalidade, mas estudos recentes mostram que, além dos efeitos colaterais mais comuns, alguns medicamentos da terapia alteram o perfil lipídico e a distribuição de gordura no organismo e colaboram para aumentar o risco cardiovascular para doença coronariana dos usuários. Este está se tornando mais um desafio a ser enfrentado pelos pacientes e médicos especialistas (THE

STRATEGIES FOR MANAGEMENT OF ANTIRETROVIRAL THERAPY (SMART)
STUDY GROUP, 2006; POLO et al., 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar a situação clínica e imunológica dos pacientes HIVAIDS atendidos no Serviço de Doenças Infecciosas e parasitárias da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul no momento do diagnóstico.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes HIV/AIDS;
- b) identificar o motivo pelo qual o paciente obteve o diagnóstico de HIV;
- c) Identificar o *status* imunológico no momento do diagnóstico e correlacionar com a clínica apresentada pelos pacientes com HIV/AIDS;
- d) verificar quais as doenças oportunistas acometem o paciente no momento de diagnóstico de AIDS;e
- e) Verificar qual o esquema antirretroviral foi indicado para início de tratamento.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de natureza quantitativa, do tipo “série de casos”.

4.2 Local, período e sujeitos da pesquisa

O Hospital-Dia “Prof Esterina Corsini” (HDEC) é um centro estadual de referência para o tratamento de HIV/AIDS e é a sede do serviço de doenças infecto parasitárias do Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul. Atende a demanda encaminhada das unidades de saúde e hospitais da capital e do interior do estado, bem como da saúde privada. Esse centro atende a todas as outras doenças infecto parasitárias que necessitem de acompanhamento especializado, tanto em regime ambulatorial como em regime de internação-dia.

Segundo dados cadastrais da farmácia do Hospital-Dia “Prof.^aEsterina Corsini”, em 2007 havia cerca de 600 pacientes licenciados para a retirada de antirretrovirais neste local, mas cerca de 300 compareciam mensalmente para pegar a medicação. Há também aqueles pacientes que abandonaram tratamento ou que já faleceram e não foram retirados do sistema.

Foram revisados os prontuários médicos de 207 de pacientes adultos, maiores de 18 anos, com o diagnóstico de HIV/AIDS atendidos no HDEC pela equipe de infectologia. Essa coleta de dados coincidiu com o período de especialização em infectologia da pesquisadora.

Foram incluídos no estudo prontuários de pacientes HIV/AIDS agendados para atendimento no ambulatório de agosto de 2007 a março de 2009.

Foram excluídos da pesquisa aqueles pacientes em cujos prontuários não constavam evidências laboratoriais de infecção pelo HIV ou estivessem incompletos.

4.3 Critérios diagnósticos

Foram considerados como portadores de HIV aqueles pacientes que apresentavam exame de triagem (ELISA, teste rápido), confirmatórios positivos (IFI, WB) ou carga viral detectável.

Para o diagnóstico das doenças indicativas de AIDS, foram utilizados os critérios do Ministério da Saúde de 2003 descritos anteriormente na figura 3.

4.4 Processo de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário contendo dados de identificação e informações referentes a sinais, sintomas, diagnóstico segundo critérios do Ministério da Saúde no momento em que o paciente foi diagnosticado de HIV/AIDS, bem como a resposta ao primeiro tratamento instituído conforme apêndice A.

Os dados foram obtidos dos prontuários dos pacientes e, para a coleta, foi obtida autorização do responsável pelo setor (apêndice B, anexo A).

Os exames de contagem de CD4 e carga viral são realizados rotineiramente pelo LACEN pelas técnicas Branched DNA e citometria de fluxo, respectivamente.

Antes de fevereiro de 2007 a técnica de contagem de linfócitos T-CD4 era a NASBA, a partir dessa data a técnica adotada foi o Branched DNA.

Os pacientes foram classificados de acordo com o estágio da doença segundo Ministério da Saúde e a presença ou não de doença definidora usando-se o Critério Rio de Janeiro/Caracas (BRASIL, 2003; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

4.5 Organização e tratamento dos dados

Os dados coletados foram analisados utilizando-se o programa estatístico Epi-Info (versão 3.3.2, 2005) do CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2005).

Para comparar proporções foi utilizado o teste do *qui-quadrado*, e o teste exato de Fisher quando o valor foi inferior a 5. Para significância considerou-se o $p \leq 0,05$.

4.6 Aspectos éticos

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, protocolo número 1141 (anexo B).

A coordenadora do projeto compromete-se a publicar os resultados dessa pesquisa, sendo elas favoráveis ou não, para que fiquem à disposição da comunidade científica (BRASIL, 2008).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram catalogados dados de 207 prontuários investigados. A maioria foi do sexo masculino (58,5%), como mostra a tabela 1.

Tabela 1- Pacientes HIV/AIDS atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini segundo sexo – 2007-2008

| Sexo | Nº | % |
|--------------|------------|--------------|
| Feminino | 86 | 41,5 |
| Masculino | 121 | 58,5 |
| Total | 207 | 100,0 |

Bastos e Szwarcwald (2000), Fabbro et al., (2005), Ministério da Saúde (2008), Santos (2002), Takahashi, Shima e Souza (1998) observaram também o crescimento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, principalmente entre as mulheres. A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher em 1986, para 1,5 homens por mulher em 2007. Entretanto, nos indivíduos acima de 35 anos, as taxas de incidência continuam crescendo persistentemente, bem mais evidente entre as mulheres de 40 a 49 anos, segundo dados do Ministério da Saúde (2008) e SÁ et al. (2007). A feminização da epidemia é fato consumado e foi observado neste estudo, evidenciada pela relação homem: mulher de 1,4: 1 e corroborado por outros estudos como do Ministério da Saúde (2008), Santos (2002), Takahashi, Shima e Souza (1998).

A idade dos pacientes pesquisados variou de 17 a 81 anos, média de 51 anos. Na tabela 2 são apresentados dados referentes a idade no momento do diagnóstico, sendo que 35,7 % (n=74) tinham entre 30 e 39 anos.

Tabela 2 - Pacientes HIV/AIDS atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini, segundo faixa etária no momento do diagnóstico e sexo – 1989-2008

| Idade em anos \ Sexo | Feminino | | Masculino | | Total | |
|----------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| ≤ 17 | - | - | 1 | 0,8 | 1 | 0,6 |
| 18-24 | 11 | 12,8 | 8 | 6,6 | 19 | 9,2 |
| 25-29 | 17 | 19,8 | 24 | 20,0 | 41 | 19,8 |
| 30-34 | 12 | 14,0 | 30 | 24,8 | 42 | 20,3 |
| 35-39 | 13 | 15,1 | 19 | 15,7 | 32 | 15,4 |
| 40-49 | 19 | 22,1 | 23 | 19,0 | 42 | 20,3 |
| 50-59 | 12 | 14,0 | 8 | 6,6 | 20 | 9,6 |
| 60 ou mais | 2 | 2,2 | 6 | 4,9 | 8 | 3,8 |
| Sem dados | - | - | 2 | 1,6 | 2 | 1,0 |
| Total | 86 | 100,0 | 121 | 100,0 | 207 | 100,0 |

Com relação ao envelhecimento da população com HIV/AIDS, este estudo está condizente com as tendências atuais. A maioria dos pacientes encontrava-se no momento do diagnóstico entre a idade de 30 a 39 anos. Já a prevalência da idade atual desses pacientes encontra-se entre os 40 a 49 em ambos os sexos, também citados por Santos (2002), Ministério da Saúde (2008), Sá et al. (2007) e Bonjour (2008).

A tabela a seguir mostra a idade atual dos pacientes investigados, com a maioria entre 40 e 49 anos.

Tabela 3 - Pacientes HIV/AIDS atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini, segundo faixa etária atual e sexo - 2007-2008

| Idade em anos \ Sexo | Feminino | | Masculino | | Total | |
|----------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 18-24 | 4 | 4,7 | 2 | 1,7 | 6 | 2,9 |
| 25-29 | 5 | 5,9 | 7 | 5,8 | 12 | 5,8 |
| 30-34 | 11 | 12,7 | 17 | 14,1 | 28 | 13,5 |
| 35-39 | 17 | 19,7 | 24 | 19,8 | 41 | 19,8 |
| 40-49 | 29 | 33,7 | 46 | 38,0 | 75 | 36,2 |
| 50-59 | 15 | 17,4 | 16 | 13,2 | 31 | 15,0 |
| 60 ou mais | 5 | 5,9 | 9 | 7,4 | 14 | 6,8 |
| Total | 86 | 100,0 | 121 | 100,0 | 207 | 100,0 |

A incidência de HIV/AIDS em pacientes acima de 50 anos também é uma realidade, como também mostram Lanoy et al. (2007) e o Ministério da Saúde (2008b). Nosso estudo encontrou uma incidência acima de 10% de pacientes com mais de 50 anos, muito parecida com a encontrada por Pottes (2007).

Deve-se atentar para o fato de que os médicos não acreditam que pessoas idosas possam estar infectadas pelo HIV, com isso atrasam o diagnóstico e o tratamento adequado. Os resultados desse trabalho e de Brasileiro, Freitas (2006) e Pottes (2007) atraem a atenção para a importância do adequado treinamento da equipe de saúde para lidar com o HIV/AIDS, nessa idade.

A tabela 4 evidencia o tempo de diagnóstico em anos. A maioria dos pacientes descobriu ser HIV/AIDS há 2 a 5 anos da época do estudo.

Tabela 4 – Pacientes HIV/AIDS atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini, segundo tempo de diagnóstico e sexo.

| Tempo de diagnóstico em anos | Feminino | | Masculino | | TOTAL | |
|------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | N.º | % | N.º | % | N.º | % |
| ≤ 1 | 12 | 13,9 | 11 | 9,1 | 23 | 11,1 |
| 2 - 5 | 35 | 40,7 | 58 | 48,0 | 93 | 45,0 |
| 6 - 9 | 27 | 31,5 | 28 | 23,1 | 55 | 27,0 |
| ≥ 10 | 12 | 13,9 | 22 | 18,2 | 33 | 16,0 |
| Sem dados | - | - | 2 | 1,6 | 2 | 0,9 |
| TOTAL | 86 | 100,0 | 121 | 100,0 | 207 | 100,0 |

A tabela 5 resume os principais motivos da busca ao atendimento médico no momento do diagnóstico do HIV/AIDS.

Tabela 5 - Pacientes atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini segundo motivo da busca pelo atendimento no momento do diagnóstico de HIV/AIDS e sexo - 1989-2008

| Motivo da descoberta do HIV/AIDS | Feminino | | Masculino | | TOTAL | p |
|----------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|-------------|
| | N=86 | % | N=121 | % | | |
| Sem dados | 1 | 1,1 | 4 | 3,3 | 5 | 0,60 |
| Sintomas | 38 | 43,7 | 72 | 59,0 | 110 | 0,03 |
| Parceiro com HIV/AIDS | 27 | 31,0 | 16 | 13,0 | 43 | 0,00 |
| Pré-natal | 8 | 9,1 | .. | .. | 8 | |
| Exames de Rotina | 6 | 7,0 | 12 | 9,7 | 18 | 0,46 |
| Doação de sangue | 6 | 7,0 | 12 | 9,7 | 18 | 0,46 |
| Contato sexual de risco | 1 | 1,1 | 4 | 3,3 | 5 | 0,60 |
| Exames pré-operatórios | - | - | 2 | 1,6 | 2 | .. |
| Exames admissionais | - | - | 1 | 0,8 | 1 | .. |
| TOTAL | 87 | 100,0 | 123 | 100,0 | 210 | |

Nota: a somatória é maior que o total de pacientes, pois o mesmo paciente poderia apresentar mais de um sintoma.

No caso dos homens, a busca pelo atendimento médico foi motivada principalmente pela existência de sintomas. Para as mulheres, além dos sintomas, o fato de o parceiro ter HIV/AIDS ou ter falecido por AIDS foram os principais motivos pela busca ao atendimento especializado nessa casuística.

O fato de 59,0% dos homens e 43,7% das mulheres procurarem atendimento médico após apresentarem sintomas, como também observado por Sá et al. (2007), mostra que foi necessário mais do que a simples suspeita de ter tido uma atitude de risco para adquirir HIV para buscar o diagnóstico.

Neste estudo, dentre os sintomas mais comuns estavam a caquexia ou perda de peso maior ou igual a 10%, em ambos os sexos. Os homens apresentaram em segundo lugar queixas com duração inferior a 30 dias ou que não se enquadraram nas listadas na tabela 6 seguidas pela presença de diarreia por mais de 30 dias e a febre.

Sintomas com duração inferior a 30 dias ou que não se enquadravam nos listados na tabela 3, foram o segundo motivo que incentivou as mulheres a buscarem ajuda médica. A presença de candidíase oral ou leucoplasia pilosa e febre por mais de 30 dias apareceram em terceiro lugar nessa casuística.

Bonjour et al. (2008) identificaram diversos fatores que possam estar relacionados com esse atraso na busca pelo diagnóstico de HIV/AIDS: idade acima de 30 anos, pouco conhecimento acerca da doença, parceria fixa por longa data, estar assintomático, desconhecer estar em risco de possuir o vírus, dificuldades de acesso aos locais de testagem. Assim como Mugavero et al. (2007) trazem a baixa percepção de risco de adquirir a infecção e a garantia de tratamento eficaz.

Oito mulheres descobriram ser portadoras do HIV durante exames de rotina do pré-natal em nosso estudo. Essa testagem obrigatória durante o pré-natal e o fato de as mulheres se preocuparem mais com a saúde, inclusive quando descobrem que seu parceiro é HIV/AIDS, podem ser os motivos pelos quais as levaram a um diagnóstico mais precoce, conforme observaram Bonjour et al. (2008), Lanoy et al. (2007) e Sá et al. (2007).

Os resultados das sorologias para HIV após doação de sangue motivou 12 homens e 6 mulheres a procurarem atendimento médico especializado nessa casuística, trazendo à tona a preocupação da transmissão do vírus para terceiros durante a janela imunológica. Almeida Neto (2008) questiona uma provável falha na

triagem clínica epidemiológica de doadores devido a um questionário pouco sensível ou omissão de dados por parte do paciente doador.

Tabela 6 - Pacientes atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini segundo os sintomas apresentados no momento do diagnóstico de HIV/AIDS e sexo - 1989-2008 (n=207)

| Manifestações clínicas | Feminino | | Masculino | | p |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|-----------|------|------|
| | N=86 | % | N=121 | % | |
| Sem dados | 1 | 1,2 | 7 | 5,8 | 0,18 |
| Sem sintomas | 45 | 52,3 | 40 | 33,1 | 0,02 |
| Caquexia ou perda de peso \geq 10% | 20 | 23,3 | 42 | 34,7 | 0,08 |
| Diarréia \geq 30 dias | 9 | 10,5 | 17 | 14,0 | 0,44 |
| Candidíase oral ou leucoplasia pilosa | 11 | 12,8 | 15 | 12,4 | 0,93 |
| Febre por período \geq 30dias | 10 | 11,6 | 20 | 16,5 | 0,32 |
| Astenia \geq 30 dias | 5 | 5,8 | 10 | 8,3 | 0,50 |
| Disfunção do sistema nervoso central | 4 | 4,6 | 8 | 6,6 | 0,77 |
| Tosse persistente ou qualquer pneumonia | 7 | 8,1 | 6 | 5,0 | 0,35 |
| Linfadenopatia \geq 1cm, \geq 2 sítos extra-inguinais e por tempo \geq 30dias | 3 | 3,5 | 4 | 3,3 | 0,75 |
| Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada | 1 | 1,2 | 3 | 2,5 | 0,87 |
| Herpes zoster em indivíduo \leq 60 anos | - | - | 5 | 4,1 | .. |
| Dermatite persistente | 4 | 4,6 | 9 | 7,4 | .. |
| Sintomas \leq 30dias ou outros não citados | 23 | 26,7 | 34 | 28,1 | .. |

Nota: a somatória é maior que o total de pacientes, pois o mesmo paciente poderia apresentar mais de um sintoma.

Pacientes que descobriram ser soropositivos devido à presença de doença definidora totalizaram 45 perfazendo 21,7% (tabela 7), sendo neurotoxoplasmose a mais prevalente (tabela 8), resultado encontrado também por Sá et al. (2007) e Ferreira et al. (2008).

Cantos et al. (2000) e Ferreira et al. (2008) ao estudarem sobre a neurotoxoplasmose concluem ser uma das mais comuns infecções neurológicas do paciente com AIDS e é tipicamente observada nos estágios tardios da imunodeficiência, causando grande morbi-mortalidade. Caracteriza-se pela reativação de uma doença latente ou recorrência de uma infecção crônica favorecida pela baixa imunidade. É bastante comum entre os brasileiros, visto a soropositividade para o *Toxoplasma gondii* ser elevada.

Nos 31,3% restantes dos pacientes sintomáticos deste estudo não foi encontrada uma doença oportunista que justificasse tais queixas. Há a possibilidade de tais pacientes terem uma doença definidora, mas os métodos diagnósticos disponibilizados pela saúde pública local não foram capazes de fornecer resultados confirmatórios. Um bom exemplo é a ausência de diagnóstico na casuística de linfoma do sistema nervoso central e leucoencefalopatia progressiva.

Tabela 7 - Pacientes atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini, segundo a existência de doença definidora no momento do diagnóstico de HIV e sexo 1989-2008

| Doença definidora | Feminino | | Masculino | | Total | |
|-------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Sem dados | - | - | 2 | 1,7 | 2 | 1,0 |
| Não | 75 | 87,2 | 85 | 70,2 | 160 | 77,3 |
| Sim | 11 | 12,8 | 34 | 28,1 | 45 | 21,7 |
| Total | 86 | 100,0 | 121 | 100,0 | 207 | 100,0 |

Tabela 8 - Doenças definidoras à época do diagnóstico de AIDS em pacientes atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini - 1989-2008 (n= 45)

| Doenças definidoras | Nº | % |
|----------------------------------|----|------|
| Neurotoxoplasmose | 14 | 28,6 |
| Candidíase esofágica | 10 | 20,4 |
| Neurocriptocose | 7 | 14,3 |
| Pneumonia por <i>P. jiroveci</i> | 6 | 12,3 |
| Leishmaniose visceral | 5 | 10,2 |

| | | |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Histoplasmose disseminada | 2 | 4,1 |
| Criptosporidiose | 2 | 4,1 |
| Criptococose pulmonar | 1 | 2,0 |
| Linfoma não Hodgikin ou outros | 1 | 2,0 |
| Micobacteriose disseminada | 1 | 2,0 |
| TOTAL | 49 | 100,0 |

Nota: o mesmo paciente pode ter mais de uma doença definidora.

A tuberculose em nove casos foi o motivo que levou o paciente à consulta e conseqüente diagnóstico de HIV. Destes, 4 tiveram a forma pulmonar e 3 a mista (tabela 9).

A tuberculose foi a terceira maior causa de doença nos pacientes com HIV/AIDS nessa casuística. Se fosse acrescentada junto às demais infecções oportunistas (IO), como a classificação do CDC, esta totalizaria 15,5% dos casos. A classificação brasileira e da Organização Mundial de Saúde não consideram a tuberculose pulmonar como doença definidora de AIDS (BRASIL, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008). Este trabalho mostra que 100% dos pacientes que tiveram o diagnóstico de tuberculose, independentemente da forma, apresentavam contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 350 cel./mm³ (tabela 10), ou seja, classificados como portadores de AIDS pelo critério imunológico. Pode-se dizer, então, que a tuberculose foi uma infecção oportunista nestes casos.

Tabela 9 - Formas de tuberculose de pacientes com diagnóstico recente de HIV atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini - 1989-2008

| Forma da Tuberculose | Nº | % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Sem dados | 1 | 11,1 |
| Pulmonar | 4 | 44,5 |
| Extra-pulmonar | 1 | 11,1 |
| Mista | 3 | 33,3 |
| TOTAL | 9 | 100,0 |

Tabela 10 - Casos de tuberculose em pacientes HIV/AIDS atendidos no Hospital-Dia Profª Esterina Corsini segundo a contagem de linfócitos CD4+ - 1989-2008 (n=9)

| Contagem de linfócitos T-CD4+ (cel./mm³) | Casos de Tuberculose N.º |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| ≤ 200 | 8 |
| 201-350 | 1 |
| 351-500 | - |
| ≥ 501 | - |
| TOTAL | 9 |

Cinco pacientes descobriram a infecção pelo HIV, por terem tido leishmaniose visceral. Destes, 4 apresentavam contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 cel./mm³ sugerindo tratar-se de doença oportunista, e 1 não tinha esse exame disponível em seu prontuário. Embora a leishmaniose não seja considerada uma infecção oportunista no Brasil, servindo como um critério para classificação de AIDS, a OMS já traz essa doença em sua forma disseminada atípica, como tal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A contagem de linfócitos T-CD4+ na ocasião do diagnóstico estava disponível em 192 prontuários e variou de 1 a 1114 cel./mm³, média de 557 cel./mm³, sendo que 50% apresentavam linfócitos T-CD4+ <200, indicando imunodeficiência grave. Pela atual classificação do CDC, 13% dos pacientes encontravam-se no momento do diagnóstico no estágio 1, 30,4% no estágio 2, 49,3% no estágio 3 e 7,3% no indefinido. Quando se compara a contagem de linfócitos T-CD4+ com o sexo, nota-se uma significativa diferença no sexo masculino: 60% apresentavam maior imunodeficiência (estágio 3) no momento do diagnóstico (tabela 11).

A maioria dos pacientes (67%) apresentava imunodeficiência grave, com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 350 células/mm³, evidenciando o diagnóstico tardio de tal infecção, como também observado por DybuL et al. (2002) e Sá et al. (2007). Logo, são necessárias ações de saúde que visem à maior conscientização de risco de possuir o vírus, maior acesso aos testes sorológicos, treinamento da equipe médica para se aumentar o nível de suspeição da doença (SÁ et al., 2007).

Este estudo mostrou que os homens tiveram um diagnóstico mais tardio que as mulheres ($p=0,03$), ou seja, com imunodeficiência grave e muitos deles já apresentando doenças oportunistas (estágio 3), dados também encontrados por Kilaru e Georges (2004) e Sá et al. (2007).

O diagnóstico precoce de infecção pelo HIV tem muitas vantagens para o paciente, pois seu prognóstico é melhor, a terapia antirretroviral (TARV) é mais efetiva e os aspectos psicossociais podem ser mais bem trabalhados. Traz vantagens para a sociedade, pois a transmissão pode ser reduzida por meio da orientação e tratamento dos pacientes infectados, e é mais econômica, pois possibilita ao sistema de saúde planejar ações específicas para essa população (LANOY et al., 2007; MUGAVERO et al., 2007; BONJOUR et al., 2008).

Tabela 11 - Pacientes atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini, no momento do diagnóstico de HIV/AIDS segundo a contagem de linfócitos T-CD4+ e sexo - 1989-2008

| Contagem de linfócitos T- CD4+ (cel./mm ³) | Feminino | | Masculino | | Total | | p |
|-----------------------------------------------------------------|----------|----|-----------|----|-------|------|-------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| ≤ 200 | 30 | 36 | 72 | 60 | 102 | 49,3 | 0,00 |
| 201-350 | 19 | 22 | 17 | 14 | 36 | 17,4 | 0,13 |
| 351-500 | 13 | 15 | 14 | 11 | 27 | 13,0 | 0,04 |
| ≥ 501 | 16 | 19 | 10 | 9 | 26 | 13,0 | 0,05 |
| Sem dados | 7 | 8 | 8 | 6 | 15 | 7,3 | 0,5 |

Baseado no Critério Rio de Janeiro/Caracas, os pacientes foram agrupados em abaixo e acima de 10 pontos, limite que separa a classificação em caso de HIV e AIDS respectivamente (tabela 12).

Tabela 12 – Pacientes atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini, no momento do diagnóstico de HIV/AIDS, segundo a quantidade de pontos nos critérios Rio de Janeiro/Caracas, segundo sexo, dos pacientes. 1989-2008.

| Quantidade de pontos | Feminino | % | Masculino | % | TOTAL | % |
|--------------------------------------------|-----------------|--------------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| 0 (assintomáticos) | 45 | 52,3 | 40 | 33,0 | 85 | 41,0 |
| < 10 | 24 | 27,9 | 57 | 47,1 | 81 | 39,1 |
| ≥ 10 | 6 | 7,0 | 6 | 5,0 | 12 | 5,8 |
| 0 (sintomas que não constam nos critérios) | 10 | 11,6 | 11 | 9,1 | 21 | 10,1 |
| Sem dados | 1 | 1,2 | 7 | 5,8 | 8 | 4,0 |
| TOTAL | 86 | 100,0 | 121 | 100,0 | 207 | 100,0 |

Nota: Foram considerados com pontuação zero aqueles pacientes assintomáticos ou que apresentavam sintomas que não se enquadravam nos critérios Rio de Janeiro/Caracas

Segundo a Pan American Health Organization (1989) e BRASIL (2003) um dos motivos do desenvolvimento dos Critérios Rio de Janeiro/Caracas foi o fato de muitas das IO descritas no critério CDC dependerem de exames laboratoriais de maior complexidade não realizados com facilidade nos países em desenvolvimento.

Neste trabalho 12 pacientes (5,8%) apresentavam mais de 10 pontos, ou seja, possuidores de AIDS de acordo com os Critérios Rio de Janeiro/Caracas. Houve uma discrepância com relação aos critérios imunológicos (contagem de linfócitos T-CD4+), pois estes totalizaram 17,4% dos pacientes sendo classificados como AIDS. Com esses resultados não se pode afirmar que os primeiros critérios são pouco sensíveis, visto que essa pesquisa baseou-se na coleta secundária de dados. Pode ter acontecido de o paciente ter algum sintoma no momento do diagnóstico que não foi registrado no prontuário. O diagnóstico baseado nos sintomas é de grande valia para locais em que não estão disponíveis exames de contagem de linfócitos T-CD4+.

Na tabela 13 são apresentados os diversos esquemas de tratamento utilizados pelos pacientes deste estudo. O mais utilizado foi a associação de zidovudina, lamivudina e efavirenz (AZT+3TC+EFZ) (40,6%), o qual é recomendado pelo consenso do Ministério da Saúde (Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008). Há esquemas que hoje não são aceitos, como a monoterapia e a terapia dupla, mas que na época, década de 80 e início da de 90, eram consideradas como eficazes. Hoje, esses pacientes já têm seu esquema antirretroviral modificado para os padrões atuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Tabela 13 - Frequência e porcentagem de tratamento com antirretrovirais, de pacientes atendidos no Hospital-Dia Prof^a. Esterina Corsini, no momento do diagnóstico de HIV/AIDS - 1989-2008

| Tratamento | Nº | % |
|-------------------|-----------|----------|
| Sem dados | 16 | 7,7 |
| Não Indicado | 18 | 8,6 |
| AZT+3TC+EFZ | 84 | 40,5 |
| AZT+3TC+NFV | 24 | 11,5 |
| AZT+DDI | 18 | 8,6 |
| AZT+3TC+LPV/r | 10 | 4,8 |
| AZT+3TC+NVP | 6 | 2,9 |
| AZT+3TC+ATV | 5 | 2,4 |
| AZT+3TC | 4 | 2,0 |
| AZT+DDI+NFV | 4 | 2,0 |
| 3TC+D4T+EFZ | 3 | 1,5 |
| 3TC+TDF+EFZ | 2 | 1,0 |
| AZT+DDI+EFZ | 2 | 1,0 |
| AZT+DDI+RTV | 2 | 1,0 |
| AZT | 2 | 1,0 |
| 3TC+D4T+LPV/r | 1 | 0,5 |
| AZT+DDI+NVP | 1 | 0,5 |
| AZT+3TC+DDI | 1 | 0,5 |
| AZT+3TC+IDV | 1 | 0,5 |
| AZT+DDC | 1 | 0,5 |
| 3TC+D4T+NFV | 1 | 0,5 |
| AZT+DDC+D4T | 1 | 0,5 |

| | | |
|--------------|------------|--------------|
| TOTAL | 207 | 100,0 |
|--------------|------------|--------------|

A grande vantagem desse estudo foi a de mostrar que o diagnóstico de HIV/AIDS ainda é tardio, principalmente em homens; tem acometido com maior frequência a população com idade acima dos 40 anos e as mulheres. Trouxe uma contribuição para que os profissionais de saúde atentem para a possibilidade de a tuberculose e a leishmaniose visceral serem doenças oportunistas na AIDS. Reforça a necessidade de ações em saúde para estimular a população a procurar a testagem para o HIV, evitando assim a grande morbi-mortalidade inerente ao diagnóstico tardio.

7.CONCLUSÃO

Nesta série de casos:

A grande maioria dos pacientes apresentava imunodeficiência grave, com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 350 células/mm³, evidenciando o diagnóstico tardio de tal infecção.

A relação homem:mulher de 1,4:1 corresponde ao fenômeno de feminização da AIDS no Brasil.

A faixa etária de 40 a 49 anos foi a mais prevalente, indicando envelhecimento da população.

A presença de sintomas, em ambos os sexos, foi o principal motivo do diagnóstico de infecção pelo HIV.

O diagnóstico nas mulheres foi motivado em segundo lugar pelo fato do parceiro ter descoberto ser HIV.

Os homens tiveram um diagnóstico mais tardio que as mulheres, pois apresentavam uma imunodeficiência mais grave.

As doenças oportunistas mais freqüentes foram neurotoxoplasmose, seguida pela candidíase esofágica, tuberculose e neurocriptococose.

A tuberculose e a leishmaniose visceral podem ser consideradas doenças oportunistas nessa casuística, visto a contagem de linfócitos T-CD4+ ser inferior a 350 cél/mm³ em 100% e 80% dos casos respectivamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIDS VINTE ANOS. Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. Disponível em < <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>>. Acesso em: 3 AGO 2009.

ALMEIDA NETO, C. **Perfil epidemiológico de doadores de sangue com diagnóstico sorológico de sífilis e HIV**. 2007. Dissertação (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

AMATO NETO, V.; UIP, D. E.; BOULOS, M.; DUARTE, M. I. S.; MENDES, C. M. F.; TAKETOMI, E.; LONGO, I. M.; MATTOS FILHO, J. L. P.; MOURA, N. C.; ROCHA, T. R. F.; MENDES, N. F. Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS): descrição do primeiro caso autóctone no Brasil e estudo imunológico. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 101, n. 4, p. 165-8, jul./ago. 1983.

ARAÚJO, L. C. de; FERNANDES, R. C. de S. C.; COELHO, M. C. P.; MEDINA-ACOSTA, E. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 14, n. 2, p. 85-90, abr./jun. 2005.

AZEVEDO, R. C. S. de; BOTEGA, N. J.; GUIMARÃES, L. A. M. Usuários de crack, comportamento sexual e risco de infecção pelo HIV. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-30, set. 2007.

BASTOS, F. I. ; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, sup. 1, p. 65-76, 2000.

BONJOUR, M. A. Determinants of late disease-stage presentation at diagnosis of HIV infection in Venezuela: a case-case comparison. **AIDS Research and Therapy**, v. 5, n. 6, Apr. 2008.

BRASIL. 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**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. (Resolução 196/96 e outras). 2. ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2008.

BRASILEIRO, M., FREITAS, M. I. F. Social representations about aids in people over 50, infected by HIV. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 789-95, Sept./Oct. 2006.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./abr. 2000.

CANTOS, G. A.; PRANDO, M. D.; SIQUEIRA, M. V.; TEIXEIRA, R. M. Toxoplasmose: ocorrência de anticorpos antitoxoplasma gondii e diagnóstico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 335-341, out./dez. 2000.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Pneumocystis pneumonia*. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 21, p. 1-3, June 1981. (Disponível em: <http://www.cdc.gov/mwr/Preview/mmwrhtml/june_5.htm>. Acesso em: 6 June 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. A Cluster of Kaposi's Sarcoma and *Pneumocystis carinii* pneumonia among homosexual male residents of Los Angeles and range counties, California. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 31, n. 23. p. 305-7. June 1982a. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001114.htm>>. Acesso em: 6 June 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Epidemiologic notes and reports possible transfusion-associated acquired immune deficiency syndrome (AIDS), California. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 31, n. 48. p. 652-4. December 1982b. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001203.htm>>. Acesso em: 15 June 2009

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Current Trends Prevention of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Report of Inter-Agency Recommendations. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 32, n. 8, p. 101-3. Mar. 1983a. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001257.htm>>. Acesso em: 6 June 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Immunodeficiency among Female Sexual Partners of Males with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 31, n. 52, p. 697-8. Jan. 1983b. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001221.htm>>. Acesso em: 6 June 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) **Epi Info™ Version 3.3.2, 2005**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/epiinfo/>>. Acesso em: 15 June 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) **revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and**

children aged <18 months and for HIV infection and aids among children aged 18 months to <13 years. United States, v. 57, n. RR-10, Dec. 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) **Where did HIV come from?** 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/resources/qa/qa3.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2008.

CURRIER, J. S.; HAVLIR, D. V. Complications of HIV disease and therapy: Conference highlights: HIV complications. **International AIDS Society**, v. 16, n. 1, Mar./Apr. 2008.

DE BONI, R.; PECHANSKY, F.; VON DIEMEN, L.; KESSLER, F.; SURRATT, H.; INCIARDI, J. Diferenças entre fatores de risco para infecção pelo HIV em usuários de drogas injetáveis do Rio de Janeiro e Porto Alegre. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n.1, p. 5-9, jan. 2005.

D'EGIDIO, G. E.; KRAVCIK, S.; COOPER, C. L.; CAMERON, D. W.; FERGUSON, D. A.; ANGEL, J. B. *Pneumocystis jiroveci* pneumonia prophylaxis is not required with a CD4+ T-cell count < 200 cells/ μ l when viral replication is suppressed. **AIDS**, v. 21, n. 13, p. 1711–1715, Oct. 2007.

DONADON, F.; BITES, F.; FERREIRA, L.; COSTA, L.; MACHADO, N.; AGUIAR, J. I. A.; AGUIAR, E. S. A.; PANIAGO, A. M. M.; PEREIRA, G. R. O. L. Resposta terapêutica aos antiretrovirais: experiência do Serviço de Infectologia do HU-UFMS. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 37, supl. 2004.

DYBUL, M.; BOLAN, R.; CONDOLUCI, D.; COX-IYAMU, R.; REDFIELD, R.; HALLAHAN, C. W.; FOLINO, M.; SATHASIVAM, K.; WEISBERG, M.; ANDREWS, M.; HIDALGO, B.; VASQUEZ, J.; FAUCI, A. S. Evaluation of initial CD4+ T cell counts in individuals with newly diagnosed human immunodeficiency virus infection, by sex and race, in urban settings. **The Journal of Infectious Diseases**, n.185, p. 1818–21, 2002.

FABBRO, M. M. F. J. D.; MORAES, S. P. Z. R. de; CUNHA, R. V. da; FREITAS, G. M. B. de; FREITAS, H. G. de; BOTELHO, C. A.; SOUZA JUNIOR, V. G. de. Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 105–110, abr./jun. 2005.

FERREIRA, I. M.R.; VIDAL, J. E.; COSTA-SILVA, T. A.; MEIRA, C. S.; HIRAMOTO, R. M.; OLIVEIRA, A. C. P.; PEREIRA-CHIOCCOLA, V. L. *Toxoplasma gondii*: genotyping of strains from Brazilian AIDS patients with cerebral toxoplasmosis by multilocus PCR–RFLP markers. **Experimental Parasitology**, v. 118, n. 2, p. 221–227, Feb. 2008.

GOUJARD C, BONAREK M, MEYER L, BONNET F, CHAIX ML, DEVEAU C, HEATH, K. V.; HOGG, R. S.; CHAN, K. J.; HARRIS, M.; MONTESSORI, V.; O'SHAUGHNESSY, M. V.; MONTANER, J. S.G. Lipodystrophy-associated

morphological, cholesterol and triglyceride abnormalities in a population-based HIV/AIDS treatment database. **AIDS**, England, v. 15, n. 2, p. 231-239, Sept. 2001.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) AND WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **AIDS Epidemic Update**, 2006. Disponível em: <<http://www.unaids.org>> Acesso em: 12 jan. 2008.

KALLAS, M.H.; GEORGES, E. Diagnosis, antiretroviral therapy, and emergence of resistance to antiretroviral agents in HIV-2 infection: a review. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 7, n. 1, p. 7-15, Feb. 2003.

KILARU, K. R.; KUMAR A.; SIPPY, N. CD4 cell counts in adults with newly diagnosed HIV infection in Barbados. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington. v. 16, n. 5, p. 302-307, Nov. 2004.

LANGFORD, S. E.; ANANWORANICH, J.; COOPER, D. A. Predictors of disease progression in HIV infection: a review. **AIDS Research and Therapy**, v. 4, n. 11, May. 2007.

LANOY, E.; MARY-KRAUSE, M.; TATTEVIN, P.; PERBOST, I.; POIZOT-MATIN, I.; DUPONT, C.; COSTAGLIOLA, D. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. **Antiviral Therapy**, v. 12, n. 1, p. 89-96, Jan. 2007.

MARAZZI, M. C.; LIOTTA, G.; GERMANO, P.; GUIDOTTI, G.; ALTAN, D.; CEFFA, S.; LIO, M. M. S.; NIELSEN-SAINES, K.; PALOMBI, L. Excessive early mortality in the first year of treatment in HIV type 1-infected patients initiating antiretroviral therapy in resource-limited settings. **Aids Research and Human Retroviruses**, v. 24, n. 4, p. 555-560, Apr. 2008.

MICHELIM, L.; ATTI, J. L.; PANAROTTO, D.; LOVATTO, L.; BONIATTI, M. M. Dermatoses em pacientes infectados pelo HIV com a contagem de linfócitos CD4. São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 758-63, dez. 2004.

MILDVAN, D.; MATHUR, U.; ENLOW, R.; ARMSTRONG, D.; GOLD, J.; SEARS, C.; WONG, B.; BROWN, A. E.; HENRY, S.; SAFAI, B. Persistent, generalized lymphadenopathy among homosexual males. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 31, n. 19, p. 249-51. May 1982b. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001096.htm>>. Acesso em: 6 June 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília, ano XVII, n. 1, 1-52 semanas epidemiológicas, jan./dez. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília, ano III, n. 1, 1-26 semanas epidemiológicas, jan./jun. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**, 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Razão de sexo (MxF) dos casos de AIDS, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2007. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Brasília, ano V, n. 1, p. 14, dez. 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Número e taxa de casos de AIDS, Brasil, 1980-2008. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Brasília, ano V, n. 1, p. 22, dez. 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Casos notificados no SINAN, segundo unidade federada, Brasil, 1980-2008. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Brasília, ano V, n. 1, p. 17, dez. 2008c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Revisão da Definição Nacional de Caso de Aids em Indivíduos com 13 anos de idade ou mais, para fins de Vigilância Epidemiológica 1998**, Disponível em http://www.saude.gov.br/publicacoes/074_revisoes.pdf>. Acesso em 12 abr. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **AIDS**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=29970. Acesso em: 3 ago 2009(b).

MUGAVERO, M. J.; CASTELLANO, A. C.; EDELMAN, A. D.; HICKS, C. Late diagnosis of HIV infection: the role of age and sex. **The American Journal of Medicine**, v 120, n.4, p. 370-373, Apr. 2007.

NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES (NIAID). **Supported scientists discover origin of HIV-1**, 1999. Disponível em: <<http://www3.niaid.nih.gov/news/newsreleases/1999/hivorigin.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2008.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Working Group on AIDS Case Definition. **Epidemiological Bulletin**, Venezuela, v. 10, n. 4, Dez, 1989.

PEREIRA, C. C. A., RODRIGUES, C. J. M. R. N. Perfis de causas múltiplas de morte relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos, Brasil, 2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 645-655, mar. 2007.

PEREIRA, G. R. O. L.; PANIAGO, A. M. M.; AGUIAR, J. I. A.; AGUIAR, E. S.; UEHARA, P. M.; FREITAS, G. M. B.; NOGUEIRA, C. G. K. Perfil dos pacientes HIV/AIDS atendidos no Ambulatório de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 33 (supl.), 2000.

PETERLIN; B. M.; TRONO, D. Hide, shield and strike back: how HIV-infected cells avoid immune eradication. **NATURE REVIEWS IMMUNOLOGY**, v. 3, p. 97-107, Feb. 2003

POLO, R., GALINDO, M. J.; MARTINEZ, E.; ALVAREZ, J.; ARÉVALO, J. M.; ASENSI, V.; CÁNOVES, D; CÂNCER, E.; JULIO COLLAZOS, J.; VICENTE ESTRADA, V.; GÓMEZ-CANDELA, C.; JOHNSTON, S.; LOCUTURA, J. LÓPEZ-ALDEGUER, J.; LOZANO, F.; MIRALLES, C.; MUÑOZ-SANZ, A.; ORTEGA, E.; PASCUA, J.; PEDROL, E.; PULIDO, F.; MARTÍN, M. S.; SANZ, J.; VICIANA, P.; CHAMORRO, L. Recomendaciones de GEAM/SPNS sobre el tratamiento de las alteraciones metabólicas y morfológicas en el paciente con infección por VIH. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**, v. 24, n. 2, p. 96-117, fev. 2006.

POTTES, F. A.; BRITO, A. M. de; GOUVEIA, G. C.; ARAÚJO, E. C. de; CARNEIRO, R. M. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n. 3, p. 338-51, set. 2007.

SÁ, M.S.; SAMPAIO, J.; HAGUIHARA, T.; VENTIN, F.O.; BRITES, C. Clinical and laboratory profile of HIV-positive patients at the moment of diagnosis in Bahia, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 11, n. 4, p. 395-398, Aug. 2007.

SANTOS, N. J. S. A AIDS no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 286-310, dez. 2002.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006. Disponível em < <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/legislacoes-e-materiais-de-apoio-1/Portaria%20n.%205.pdf>>. Acesso em: 3 AGO 2009.

SILVEIRA, V. L. da; DRACHLER, M. L.; LEITE, J. C. C.; PINHEIRO, C. A. T. Characteristics of HIV antiretroviral regimen and treatment adherence. **The Brazilian Journal of Infectious Disease**, Salvador, v.7, n. 3, p. 194-201, June. 2003.

SINET, M.; GALIMAND, J.; DELFRAISSY, J. D.; VENET, A.; ROUZIOUX, C.; MORLAT, P. CD4 cell count and HIV DNA level are independent predictors of disease progression after primary HIV type 1 infection in untreated patients. **Clinical Infectious Diseases**, v. 42, n. 5, p. 709–715, Mar. 2006.

TAKAHASHI, R. F.; SHIMA, H.; SOUZA, M. Mulher e AIDS: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 59-65, dez. 1998.

THE STRATEGIES FOR MANAGEMENT OF ANTIRETROVIRAL THERAPY (SMART) STUDY GROUP. CD4+ Count–Guided Interruption of Antiretroviral Treatment. The Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group. **New England Journal of Medicine**, v. 355, n. 22, p. 2283-2296, Nov. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Case Definitions of HIV for Surveillance and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV-Related Disease in Adults and Children**. 2007. Disponível em <

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 08.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Global summary of the AIDS epidemic, December 2007, 2008. Disponível em : <http://www.who.net/hiv/data/2008_global_summary_AIDS_ep.png>. Acesso em: 5 jan. 2008.

5. Presença de doença definidora? () Sim () Não

a. Neurotoxoplasmose: () Sim () Não

i. Sintomas? () Sim () Não

ii. Cefaléia? () Sim () Não

5.1.3 Convulsões? () Sim () Não

5.1.4 Hemiparesia? () Sim () Não

5.1.5 Alteração do sensório? () Sim () Não

5.1.6 Outra alteração neurológica? _____

5.1.7 TC crânio: a.() normal b.() sugestiva c.() não sugestiva d.()

não realizada

5.1.8 RM Crânio: a.() normal b.() sugestiva c.() não sugestiva d.() Não realizada

5.1.9 LCR: () Sim () Não

Glicose:_____ Proteínas:_____ leucócitos:_____

PMN:_____ Linfócitos:_____ Hemácias:_____

5.1.10 Resposta ao tratamento específico: a.() Positiva b.() Negativa c.() Óbito

5.2 Criptococose Pulmonar?() Sim () Não

5.2.1 Tosse? () Sim () Não 5.2.1.1 Produtiva? () Sim () Não

5.2.2 Febre? () Sim () Não

5.2.3 Dispnéia? () Sim () Não

5.2.4 Raio X tórax: a.() Alterado b.() Normal

5.2.5 Micológico direto positivo: a.() Escarro b.() LBA c.() outro__

5.2.6 Cultura positiva: a.() Escarro b.() LBA c.() Outro _____

5.2.7 Resposta ao tratamento específico: a.() Positiva b.() Negativa c.() Óbito

5.3 Neurocripto? () Sim () Não

5.3.1 Sintomas? () Sim () Não

5.3.2 Cefaléia? () Sim () Não

5.3.3 Convulsões? () Sim () Não

5.3.4 Hemiparesia? () Sim () Não

5.3.5 Alteração do sensório? () Sim () Não

5.3.6 Alteração visual? () Sim () Não

5.3.7 Outra alteração neurológica? _____

5.3.8 TC crânio: a.()normal b.() sugestiva c.() não sugestiva d.() não realizada

5.3.10 RM Crânio: a.()normal b.() sugestiva c.() não sugestiva d.() Não realizada

5.3.11 LCR: ()Sim () Não

Glicose:_____ Proteínas:_____ Leucócitos:_____

PMN:_____ Linfócitos:_____ Hemácias:_____

Pesquisa cripto positiva? ()Sim () Não

Cultura positiva? ()Sim () Não

5.3.12 Resposta ao tratamento específico: : a.() Positiva b.()Negativa c.() Óbito

6 Outra forma de Criptococose? _____

7 Pneumocistose? ()Sim ()Não

7.1 Tosse? () Sim ()Não 7.1.1 Produtiva? () Sim () Não

7.2 Febre? () Sim ()Não

7.3 Dispnéia? () Sim ()Não

7.4 Raio X tórax: a. () Alterado b. () Normal

7.5 O2 complementar?

a. () Cateter O2

b.() Mascara

c.()Tubo

d. ()Não

7.6 Gasometria arterial

pH:_____ pO2:_____ pCO2:_____ Sat O2: _____ FiO2: _____

HCO3: _____ BE:_____

7.7 Resposta ao tratamento específico: : a.() Positiva b.()Negativa c.() Óbito

8 Leishmaniose visceral? ()Sim ()Não

8.1 Febre? () Sim ()Não

8.2 Emagrecimento? () Sim ()Não

8.3 Hepatomegalia? () Sim ()Não

8.4 Esplenomegalia? () Sim ()Não

8.5 Anemia? () Sim ()Não

- 8.6 Leucopenia? () Sim () Não
- 8.7 Plaquetopenia? () Sim () Não
- 8.9 Feito aspirado MO? () Sim () Não
- 8.10 Giensa de MO positiva? () Sim () Não
- 8.11 Cultura para leish de MO positiva? () Sim () Não
- 8.12 Sorologia positiva? () Sim () Não () Não realizada
- 8.13 Resposta ao tratamento específico: : a. () Positiva b.() Negativa c.() Óbito

9 Candidose

- a. () esôfago
- b. () traquéia
- c. () brônquio
- d. () pulmão
- 10 Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) () Sim () Não
- 11 Câncer cervical invasivo () Sim () Não
- 12 Criptosporidiose intestinal crônica () Sim () Não
- 13 Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ou em brônquios pulmões ou trato gastro-intestinal.
() Sim () Não
- 14 Histoplasmose disseminada () Sim () Não
- 15 Leucoencefalopatia multifocal progressiva () Sim () Não
- 16 Linfoma não Hodgkin e outros linfomas () Sim () Não
- 17 Linfoma primário do cérebro () Sim () Não
- 18 Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase. () Sim () Não
- 19 Salmonelose (septicemia recorrente) () Sim () Não

| | Primeiro | Data | Antes ARV | Data | Depois ARV | Data |
|-------------|----------|------|-----------|------|------------|------|
| CD4 | | | | | | |
| Carga viral | | | | | | |

20 Data do primeiro ARV:

21. IRTN

- a. () AZT e. () DDc
b. () 3TC f. () D4T
c. () ABC g. () TDF
d. () DDi

22. IRTNN

- a. () EFZ b. () NVP

23. IP

- a. () ATV d. () SQV g. () outra _____
b. () LPV e. () IDV
c. () RTVbooster f. () NFV

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Para: Responsável pelo Hospital-Dia “ Prof.^a Esterina Corsini”

De: Iris Bucker Froes

Solicito autorização para pesquisa de prontuários dos pacientes adultos com diagnóstico de HIV/AIDS (com CID 10 – B20-B24/Z21) atendidos no Hospital-Dia “Prof.^a Esterina Corsini”, no período de março de 2008 a março de 2009. A finalidade da pesquisa é a coleta de dados para realização da dissertação e mestrado em Doenças Infecciosas desta instituição cujo título é “ASPECTOS CLINICOS E IMUNOLÓGICOS DOS PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE INFECTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MATO GROSSO DO SUL NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS.”

IRIS BUCKER FROES

Autorizo

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL/UFMS
DEPARTAMENTO _____

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE
PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS CLÍNICOS E IMUNOLÓGICOS DOS PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE INFECTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MATO GROSSO DO SUL NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS.

Pesquisadora Responsável IRIS BUCKER FROES

Pesquisadora Responsável _____

Como pesquisador(a) acima qualificado(a) comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para a utilização de dados de prontuários de pacientes da SERVIÇO DE INFECTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MATO GROSSO DO SUL / MS, que se constituem na base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa-Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96) e Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

d) o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da UFMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFMS).

e) os pesquisadores (auxiliares, adjuntos, coordenador) terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados pesquisados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

f) os dados obtidos (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) somente poderão ser utilizados neste presente projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer todo o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande(MS) _____/_____/_____

Nome completo
Investigadora Principal

ANEXO B



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS

*Carta de Aprovação*

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1141 da Pesquisadora ÍRIS BUCKER FROES intitulado "Análise clínico-imunológica dos pacientes HIV positivos atendidos no Hospital-Dia "Professora Esterina Corsini", da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no momento do diagnóstico", e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião extraordinária no dia 29 de maio de 2008, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. ~~Odair Pimentel Martins~~

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 30 de maio de 2008.

