



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES NOTIFICADOS COM O  
VÍRUS HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO EM  
CAMPINA GRANDE – PB**

**ISADORA DIÓGENES LOPES  
NATHÁLIA PORTO RANGEL TRAVASSOS**

**CAMPINA GRANDE**

**2016**

**ISADORA DIÓGENES LOPES  
NATHÁLIA PORTO RANGEL TRAVASSOS**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES NOTIFICADOS COM O  
VÍRUS HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO EM  
CAMPINA GRANDE – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da UFCG como requisito parcial à obtenção do título de Médico sob a orientação da Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Consuelo Padilha Vilar Salvador e Prof.<sup>a</sup> Andrea de Amorim Pereira Barros.

**CAMPINA GRANDE**

**2016**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG**

L864p

Lopes, Isadora Diógenes.

Perfil epidemiológico dos pacientes notificados com o vírus HIV/AIDS no Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande-PB / Isadora Diógenes Lopes, Nathália Porto Rangel Travassos. – Campina Grande, 2016.

32f.; gráf.; il.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2016.

Orientadora: Consuelo Padilha Vilar Salvador, Dra.

Co-Orientadora: Andrea de Amorim Pereira Barros, Esp.

1.Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 2.HIV. 3.Perfil Epidemiológico. I.Travassos, Nathália Porto Rangel. II.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.98:578.828

**ISADORA DIÓGENES LOPES  
NATHÁLIA PORTO RANGEL TRAVASSOS**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES NOTIFICADOS COM O  
VÍRUS HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO EM  
CAMPINA GRANDE – PB**

Esta Monografia foi julgada adequada para obtenção do título de Médico, sendo aprovada em sua forma final.

Professores que compuseram a banca:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Consuelo Padilha Vilar Salvador  
Orientadora (UFCG)

---

Prof.<sup>a</sup> Andrea de Amorim Pereira Barros  
Co-orientadora (UFCG)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Deborah Rose Galvão Dantas  
Membro (UFCG)

---

Prof.<sup>a</sup> Maria das Neves Porto de Andrade  
Membro (UFCG)

**Campina Grande – PB, 16 de maio de 2016**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos à Prof.<sup>a</sup> Dra. Consuelo Padilha Vilar Salvador pela prestatividade na nossa orientação.

À Prof.<sup>a</sup> Andrea de Amorim Pereira Barros, agradecemos pelo apoio desde a concepção do nosso projeto, pela ajuda na coleta de dados, pela disponibilidade em solucionar nossas dúvidas e pela amizade construída ao longo do curso acadêmico.

Agradecemos o apoio do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), onde foi desenvolvida a pesquisa, e à equipe do setor de vigilância epidemiológica pelo acolhimento e colaboração no levantamento dos dados.

A Deus por nos dar forças para continuar em busca dos nossos objetivos. Aos nossos pais, familiares e amigos que, mesmo distantes, estão sempre nos apoiando de alguma forma.

## RESUMO

Os perfis epidemiológicos apresentam como objetivo descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde das populações humanas, e dessa forma proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças. A observação de rápidas e significativas transformações epidemiológicas que a pandemia HIV/AIDS vem sofrendo com o passar dos anos, e a escassez de estudos epidemiológicos na região corroboram a importância do tema. O presente trabalho tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes notificados com o vírus HIV entre 2010 e 2015, em hospital universitário de referência na cidade de Campina Grande/PB. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal e retrospectivo com fonte secundária de dados. As variáveis investigadas foram: idade na notificação, sexo, zona e município de procedência, escolaridade, categoria de exposição, evolução e tempo para óbito. Foram estudadas 317 fichas de notificação compulsória. Verificou-se predomínio de casos no sexo masculino e na faixa etária entre 25 e 60 anos. Em relação à procedência, a maioria dos indivíduos residia na zona urbana e em Campina Grande. A formação escolar até primeiro grau completo ou incompleto foi a mais encontrada entre os dados do estudo. Quanto à transmissão, a exposição sexual foi a mais prevalente, sendo a principal forma a relação heterossexual. Houve redução significativa nos casos de transmissão vertical. Averiguou-se que mais da metade da população estudada permanece viva e que a maioria dos óbitos ocorridos apresentaram como causa principal a síndrome da imunodeficiência adquirida. Constatou-se que o município de Campina Grande/PB acompanhou o perfil epidemiológico nacional da infecção pelo vírus HIV/AIDS, confirmando as tendências para heterossexualização, pauperização, interiorização e envelhecimento da epidemia.

**Palavras-chave:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV. Perfil Epidemiológico.

## ABSTRACT

Epidemiological profiles aim to describe the distribution and magnitude of human populations health issues and thus provide essential data for planning, implementation and evaluation of prevention, control and treatment of diseases. The observation of fast and significant epidemiological changes that the HIV/AIDS pandemic had suffered over the years, and the lack of epidemiological studies in the region corroborate the importance of the subject. This study aims to describe the epidemiological profile of notified patients with HIV between 2010 and 2015 in a referential university hospital in the city of Campina Grande/PB. This is a descriptive epidemiological study, cross-sectional, retrospective with secondary data source. The variables were: age in the notification, sex, region and city of origin, scholarship, exposure category, evolution and time to death. 317 records of notifiable were studied. There was a predominance of cases in males, aged between 25 and 60 years. Regarding the origin, most people lived in urban areas and in Campina Grande. The complete or incomplete first grade was the school education most found between the study data. As for the transmission, sexual exposure was the most prevalent, and the main form was heterosexual relation. There was a significant reduction in cases of vertical transmission. It was seen that more than half of the population remains alive and that most of deaths had as main cause Acquired Immune Deficiency Syndrome. It was found that the city of Campina Grande/PB accompanied the national epidemiological profile of HIV virus/AIDS, confirming the tendency for heterosexuals, pauperization, increase at the countryside and aging of the epidemic.

**Keywords:** Acquired Immunodeficiency Syndrome.HIV. Epidemiological Profile.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC.....	18
Tabela 2 – Categorias de exposição ao vírus HIV dos pacientes notificados no HUAC.....	19
Tabela 3 – Orientação sexual por gênero dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC.....	19
Tabela 4 – Evolução dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC.....	21
Tabela 5 – Síndromes clínicas mais frequentes descritas como causa de óbito dos pacientes notificados no HUAC.....	22



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número total de fichas notificadas distribuídas por gênero.....	17
Gráfico 2- Grau de escolaridade dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC .....	18
Gráfico 3 - Orientação sexual por gênero dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC.....	20
Gráfico 4 – Transmissão vertical nos pacientes notificados com HIV/AIDS no HUAC .....	21
Gráfico 5 - Evolução dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC.....	22

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1	JUSTIFICATIVA .....	10
1.2	OBJETIVOS.....	11
1.2.1	Objetivo Geral.....	11
1.2.2	Objetivos Específicos.....	11
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	12
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	14
3.1	DESENHO DO ESTUDO .....	14
3.2	AMOSTRA .....	14
3.3	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE .....	14
3.3.1	Critérios de Inclusão .....	14
3.3.2	Critérios de Exclusão.....	14
3.4	Coleta de Dados.....	14
3.5	ANÁLISE DE DADOS .....	15
3.6	FINANCIAMENTO E CONFLITO DE INTERESSES.....	16
3.7	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	16
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	17
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	23
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	27
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	28
	<b>ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO HIV/AIDS</b> .....	30
	<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	32

## 1 INTRODUÇÃO

Os perfis epidemiológicos apresentam como objetivo descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde das populações humanas, e dessa forma proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças. Através dos dados obtidos as ações de saúde poderão ser direcionadas às dificuldades evidenciadas, propondo soluções e melhorias na qualidade do atendimento (MONTILLA, 2008).

Algumas doenças, transmissíveis ou não, ou agravos inusitados ou não, precisam ser detectadas e controladas ainda em seus estágios iniciais, pois são passíveis de prevenção e controle pelos serviços de saúde, devendo, portanto, ser notificadas compulsoriamente (LEITE; AMÉRICO, 2015).

A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados na Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão. Em 2014, por norma do Ministério, a notificação de casos confirmados de infecção pelo vírus HIV passou a ser obrigatória, através do preenchimento de um formulário padronizado (BRASIL, 2014a).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem literalmente explodido nas últimas três décadas, se tornando a pior epidemia do século XX. Com mais de 35 milhões de mortes, a epidemia de AIDS agora está a par da pandemia da gripe do início de 1900 e da peste bubônica do século XIV em termos de fatalidade. O impacto desta doença em sofrimento humano, cultura, demografia, economia e até mesmo política foi sentido em quase todas as sociedades em todo o mundo (CDC, 2006).

### 1.1 JUSTIFICATIVA

O fato do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) ser referência na notificação e assistência aos pacientes com o vírus HIV/AIDS, além da escassez de estudos epidemiológicos na região, motivou o interesse para o estudo. A observação de rápidas e significativas transformações epidemiológicas que essa pandemia vem

sofrendo com o passar dos anos também corroboram a importância do estudo. A sua vigilância epidemiológica visa uma melhor caracterização e monitoramento de tendências, riscos e vulnerabilidades na população infectada, com vistas a aprimorar a política pública de enfrentamento da epidemia.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Determinar o perfil epidemiológico dos pacientes notificados com HIV/AIDS no HUAC.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar e comparar os aspectos epidemiológicos das notificações no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015 realizadas no setor de vigilância epidemiológica no HUAC;
- b) Comparar o perfil epidemiológico das notificações do HUAC com o nacional;
- c) Avaliar se a causa dos óbitos está relacionada com as doenças oportunistas/neoplasias do HIV;
- d) Quantificar o número de óbitos notificados no período do estudo;
- e) Calcular o tempo de sobrevida entre o diagnóstico e o óbito;
- f) Realizar análise crítica da forma de preenchimento das fichas pelos profissionais de saúde.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A identificação, em 1981, da síndrome da imunodeficiência adquirida, habitualmente conhecida como AIDS, tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da AIDS representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. A AIDS destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

Desde o início da epidemia de AIDS no Brasil, até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos de AIDS. Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 40,6 mil casos de AIDS, sendo esse valor de 8,2 mil para a região Nordeste. No boletim de 2015 publicado pelo Ministério da Saúde chama a atenção o fato de que, pela primeira vez em sete anos, a taxa de detecção por 100.000 habitantes caiu para menos de 20 casos, passando a ser a menor taxa de detecção dos últimos 12 anos (BRASIL, 2015).

De epidemia inicialmente restrita a alguns círculos cosmopolitas das denominadas metrópoles nacionais – São Paulo e Rio de Janeiro – e marcadamente masculina, que atingia prioritariamente homens com prática sexual homossexual e indivíduos hemofílicos, depara-se, hoje, com quadro marcado pelos processos da heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização. O aumento da transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento substancial de casos em mulheres, o que vem sendo apontado como o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia (BISCOTTO et al., 2013).

Os principais modos de adquirir a infecção pelo HIV são por contato sexual, por via parenteral, predominantemente entre os usuários de drogas injetáveis (UDI), e por transmissão perinatal. A transmissão parenteral engloba acidentes com material biológico, recebimento de transfusões sanguíneas e uso de drogas injetáveis. A importância relativa destes diferentes modos de transmissão na condução da epidemia do HIV varia geograficamente (PIOT, 2006; QUINN, 1996).

Segundo os dados do Ministério da Saúde, o Brasil registrou, em 2015, recorde no número de pessoas em tratamento: 81 mil brasileiros começaram a se tratar no ano de 2015, um aumento de 13% em relação a 2014, quando 72 mil pessoas aderiram aos medicamentos. De 2009 a 2015, o número de pessoas em tratamento no Sistema Único de Saúde aumentou 97%, passando de 231 mil para 455 mil pessoas. Isso significa que, em seis anos, o País praticamente dobrou o número de brasileiros que fazem uso de antirretrovirais (BRASIL, 2016a).

Por conseguinte, analisando o coeficiente de mortalidade padronizado registrado no boletim (BRASIL, 2015), observa-se uma queda nos últimos dez anos para o Brasil; passou-se de 6,0 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2005 para 5,7 em 2014, o que representa uma queda de 5,0%. No entanto, essa redução não é observada em todas as regiões do país; apenas as regiões Sudeste e Sul apresentam tendências de queda. Nas regiões Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento nos últimos dez anos; no Norte, o coeficiente aumentou 58,6% e no Nordeste, aumentou 34,3%, passando-se de 3,2 para 4,3 óbitos para cada 100 mil habitantes.

Para o melhor controle dos pacientes com HIV, desde 2014 realiza-se a notificação compulsória dos casos diagnosticados com o vírus, independente de estarem ou não na fase da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (BRASIL, 2014a). Após a notificação dos casos deve ser iniciada a investigação epidemiológica para permitir que as medidas de controle possam ser adotadas em tempo oportuno. O instrumento de coleta de dados – a Ficha de Investigação Epidemiológica encontrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – contém os elementos essenciais a serem coletados em uma investigação de rotina. Todos os campos dessa ficha devem ser criteriosamente preenchidos para assim facilitar a coleta de dados e a realização de medidas de controle, principalmente nos hospitais de referência que são os principais meios de ocorrência das notificações (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016b).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 DESENHO DO ESTUDO**

Este é um estudo epidemiológico descritivo, transversal e retrospectivo.

#### **3.2 AMOSTRA**

A amostra é não probabilística, incluindo fichas de notificação compulsória de infecção pelo vírus HIV/AIDS registradas no setor de Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário Alcides Carneiro entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015.

#### **3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**

##### **3.3.1 Critérios de Inclusão**

- a) Fichas de notificação compulsória de casos com infecção confirmada pelo vírus HIV/AIDS geradas no Hospital Universitário Alcides Carneiro durante o período englobado no estudo.
- b) Fichas preenchidas com letra legível.

##### **3.3.2 Critérios de Exclusão**

- a) Fichas de notificação de casos com diagnóstico não confirmado.
- b) Fichas de pacientes já notificados em anos anteriores ao período de estudo.

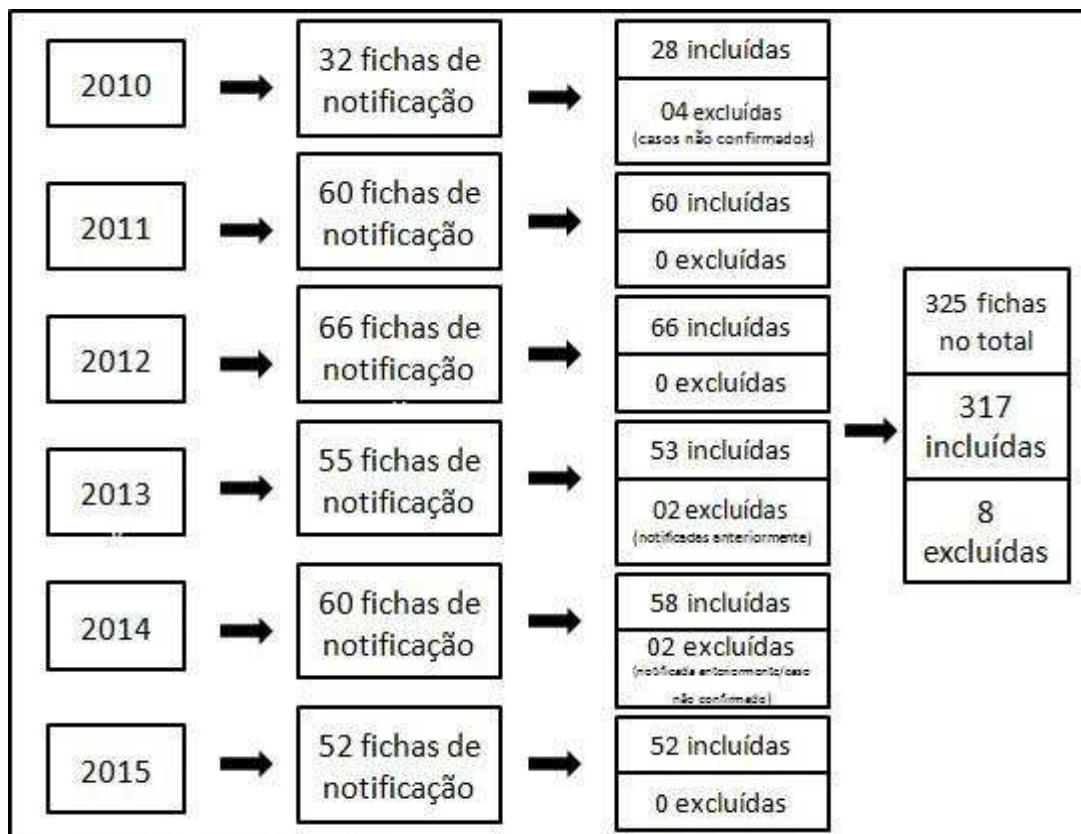
#### **3.4 COLETA DE DADOS**

O levantamento de dados foi feito de forma indireta, durante o mês de abril de 2016. A coleta ocorreu a partir da consulta às fichas de notificação compulsória arquivadas no setor de vigilância epidemiológica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (Anexo A).

As variáveis coletadas foram: idade de notificação, sexo, procedência, escolaridade, zona (urbana/rural), categoria de exposição (se vertical, sexual, sanguínea ou percutânea), evolução e tempo para óbito. Não houve coleta da identificação do paciente, respeitando o sigilo ético.

Ao término foram registradas 325 fichas, sendo incluídas no estudo 317 fichas que preenchiam os critérios de elegibilidade. Cinco fichas foram excluídas por serem casos não confirmados e três por corresponderem a pacientes já notificados em anos anteriores (Figura 1)

**Figura 1** - Desenho do estudo



Fonte: Próprios Autores (2016).

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram inseridos em planilhas do programa Microsoft Excel e analisados através do programa SPSS versão 17.0. As análises foram descritivas, e de comparação de médias (teste T) e associações (qui-quadrado) quando necessário, utilizando 0,95 de intervalo de confiança e 0,05 de nível de significância.



### 3.6 FINANCIAMENTO E CONFLITO DE INTERESSES

O financiamento do projeto foi através de recursos próprios da equipe.

Declara-se que nenhum dos participantes (orientadoras e orientandos) que fizeram parte desse projeto tem vínculo de qualquer âmbito com empresas que possuam interesse econômico no resultado da pesquisa.

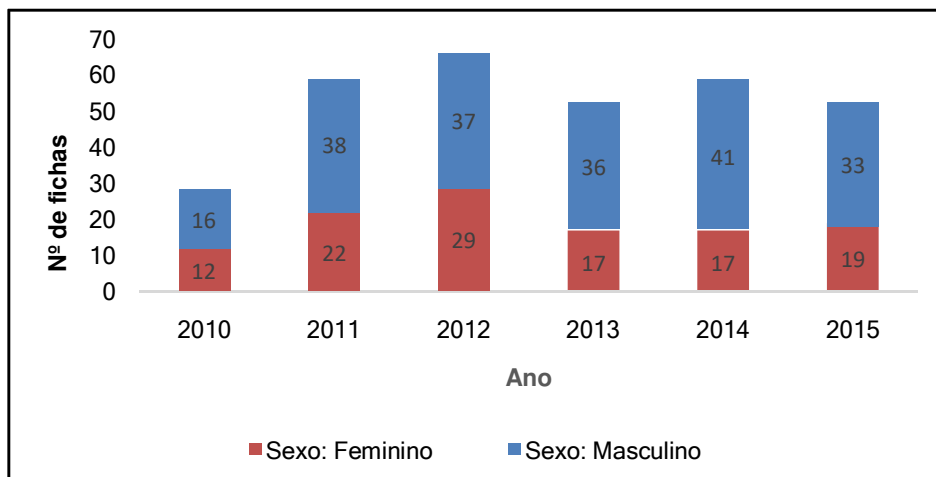
### 3.7 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUAC sob o cadastro CAAE 53300015.7.0000.5182 e o parecer de número 1.503.557(Anexo B).

## 4 RESULTADOS

No período que compreende o estudo foram notificados 317 pacientes com o vírus HIV/AIDS, perfazendo uma média de 4 a 5 pacientes/mês. Quanto ao gênero 63,41% (n=201) homens e 36,59% (n=116) mulheres. O Gráfico 1 mostra a distribuição do total de fichas em cada ano, segregadas por gênero.

**Gráfico 1** - Número total de fichas notificadas distribuídas por gênero.



Fonte: Próprios Autores (2016).

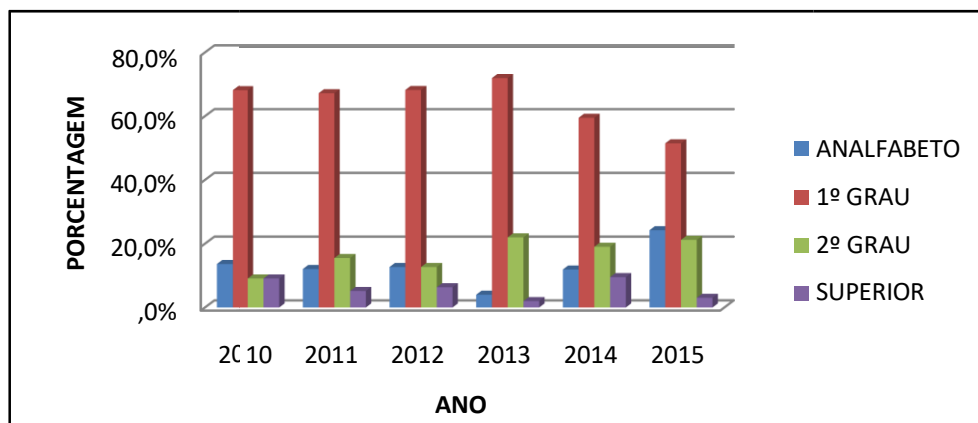
A média de idade de notificação foi de 38,31 anos ( $\pm 11,62$ ) no geral, sendo 36,77 ( $\pm 11,03$ ) para as mulheres e 39,20 ( $\pm 11,85$ ) para os homens. A faixa etária entre 25 e 60 anos foi a mais prevalente, com maioria de 88,3% das notificações, valor bastante superior ao das taxas obtidas para as faixas <20 anos, de 20 a 24 e >60 anos que foram de 4,1%, 4,4% e 3,2%, respectivamente. Esta predominância foi evidente em todos os anos do estudo, como demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 1-** Variáveis sociodemográficas dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC

Variáveis		ANO												TOTAL	
		2010		2011		2012		2013		2014		2015			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Escolaridade	Analfabeto	3	13,6	7	12,1	8	12,7	2	4,0	5	11,9	8	24,2	33	12,3
	1º grau	15	68,2	39	67,2	43	68,3	36	72,0	25	59,5	17	51,5	175	65,3
	2º grau	2	9,1	9	15,5	8	12,7	11	22,0	8	19,0	7	21,2	45	16,8
	Superior	2	9,1	3	5,2	40	6,3	1	2,0	4	9,5	1	3,0	15	5,6
Zona	Urbana	22	78,6	51	86,4	58	87,9	45	84,9	47	83,9	38	73,1	261	83,1
	Rural	6	21,4	8	13,6	8	12,1	8	15,1	9	16,1	14	26,9	53	16,9
Categoria de idade	< 20 anos	1	3,6	2	3,3	1	1,5	6	11,3	3	5,2	0	0,0	13	4,1
	20 - 24 anos	2	7,1	1	1,7	3	4,5	2	3,8	4	6,9	2	3,8	14	4,4
	25 - 60 anos	25	89,3	55	91,7	60	90,9	42	79,2	51	87,9	47	90,4	280	88,3
	> 60 anos	0	0,0	2	3,3	2	3,0	3	5,7	0	0,0	3	5,8	10	3,2

Fonte: Próprios Autores (2016).

Do total de pacientes registrados, 48,58% (n=154) eram procedentes de Campina Grande e 51,42% (n=163) residiam em outros municípios da Paraíba, com registro total de 58 municípios distintos. A zona de habitação predominante em todos os anos do estudo foi a zona urbana, com média de 83,1% (n=261) dos casos notificados, versus 16,9% (n=53) da zona rural. Três fichas preencheram o quesito como “ignorado”, e, portanto, foram descartadas dos cálculos estatísticos. Quanto à escolaridade tem-se que, em cada ano, a formação até primeiro grau completo ou incompleto foi a mais prevalente, correspondendo 65,3% do total, o que contrasta com as taxas de ensino superior, completo ou incompleto, que perfizeram 5,6% do total de casos (Tabela 1 e Gráfico 2 ). Do total de fichas, 49 não informaram a escolaridade, pois preencheram o quesito como “ignorado”.

**Gráfico 2-** Grau de escolaridade dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC

Fonte: Próprios Autores (2016).

No quesito via de transmissão, 82,97% (n=263) dos pacientes notificados apresentaram exposição sexual, 2,21% (n=7) exposição sanguínea, 0,31% (n=1) exposição percutânea através de acidente com material biológico e 4,10% (n=13) transmissão vertical (Tabela 2). Em 10,41% (n=33) das fichas de notificação, os fatores epidemiológicos sobre a transmissão viral foram ignorados.

**Tabela 2** - Categorias de exposição ao vírus HIV dos pacientes notificados no HUAC

Categoria de exposição	ANO (N – %)						TOTAL (N – %)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Sexual	23 (82,15)	47 (78,33)	57 (86,36)	44 (83,02)	50 (86,21)	42 (80,77)	263 (82,97)
Vertical	1 (3,57)	2 (3,33)	4 (6,06)	5 (9,43)	1 (1,72)	0 (0,00)	13 (4,10)
Percutânea (Acidente Biológico)	0(0,00)	0(0,00)	1(1,52%)	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	1 (0,31)
Sanguínea	2 (7,14)	1 (1,67)	1(1,52%)	0 (0,00)	2 (3,45)	1 (1,92)	7 (2,21)
Ignorada	2 (7,14)	10 (16,67)	3 (4,54)	4 (7,55)	5 (8,62)	9 (17,31)	33 (10,41)

Fonte: Próprios Autores (2016).

Dentre as mulheres com exposição sexual, 86,9% (n=93) e 13,1% (n=14) apresentavam relações heterossexuais e homossexuais respectivamente, sem nenhum relato de bissexualidade. Já entre os homens, as taxas foram 78,2% (n=122), 17,3% (n=27) e 4,5% (n=7) de exposição heterossexual, homossexual e bissexual, respectivamente (Tabela 3e Gráfico 3 ). Houve associação entre o gênero e opção sexual homossexual, sendo esta mais significativa no gênero masculino (teste  $\chi^2$ : razão de verossimilhança= 8,63 e p=0,13).

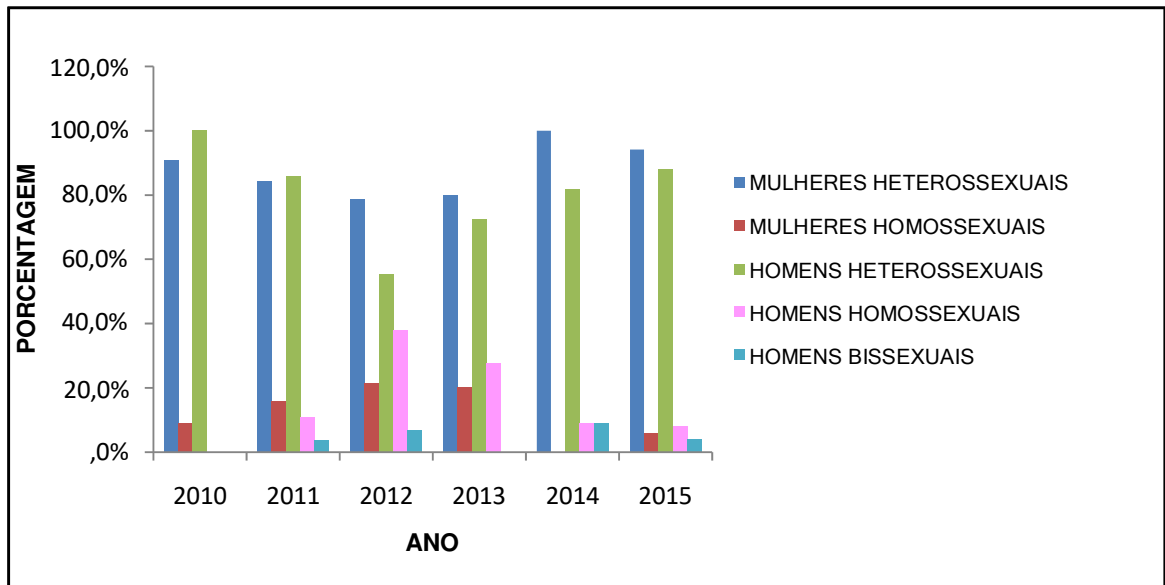
**Tabela 3** - Orientação sexual por gênero dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC

Sexo		ANO (N – %)						TOTAL (N – %)
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Feminino	Heterossexual	10 (90,9)	16 (84,2)	22 (78,6)	12 (80,0)	17 (100)	16 (94,1)	93 (86,9)
	Homossexual	1 (9,1)	3 (15,8)	6 (21,4)	3 (20,0)	0 (0)	1 (5,9)	14 (13,1)
Masculino	Heterossexual	12 (100)	24 (85,7)	16 (55,2)	21 (72,4)	27 (81,8)	22 (88,0)	122 (78,2)
	Homossexual	0(0)	3 (10,7)	11 (37,9)	8 (27,6)	3 (9,1)	2 (8,0)	27 (17,3)
	Bissexual	0 (0)	1 (3,6)	2 (6,9)	0 (0)	3 (9,1)	1 (4,0)	7 (4,5)

Fonte: Próprios Autores (2016).

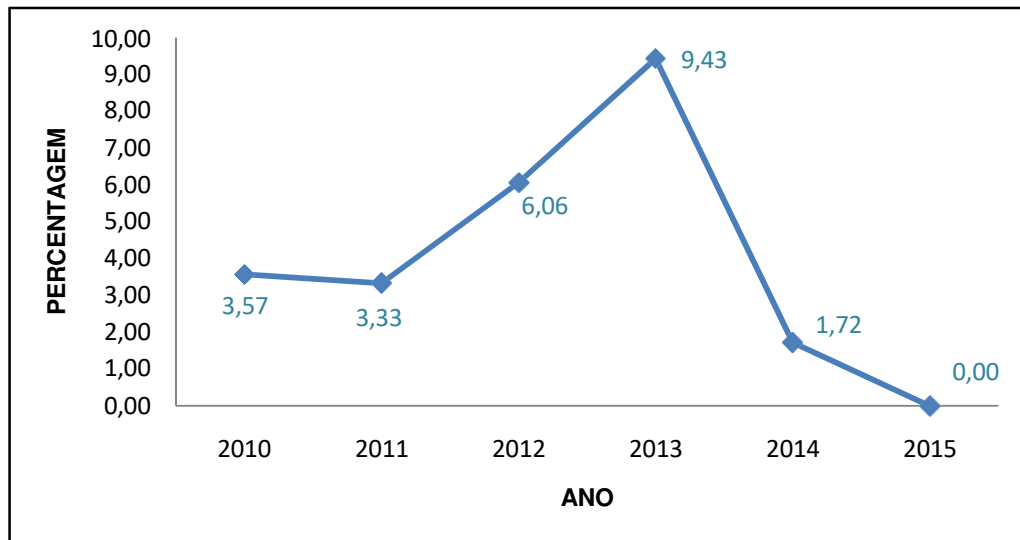
As formas de exposição sanguínea analisadas na pesquisa, em ordem decrescente de frequência, foram: uso de drogas injetáveis, representando 57,14% (n=4) desse grupo e transfusão sanguínea com 42,86% (n=3). Nenhum caso de paciente hemofílico foi descrito.

**Gráfico 3-** Orientação sexual por gênero dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC



Fonte: Próprios Autores (2016).

A taxa de transmissão vertical anual variou entre 0,0% (n=0) em 2015 e 9,43% (n=5) em 2013. Inicialmente, observamos crescimento progressivo do número absoluto de casos: um em 2010, dois em 2011, quatro em 2012, com pico de cinco em 2013, e posterior declínio para um e zero casos em 2014 e 2015, respectivamente (Tabela 2 e Gráfico 4).

**Gráfico 4** - Transmissão vertical nos pacientes notificados com HIV/AIDS no HUAC

Fonte: Próprios Autores (2016).

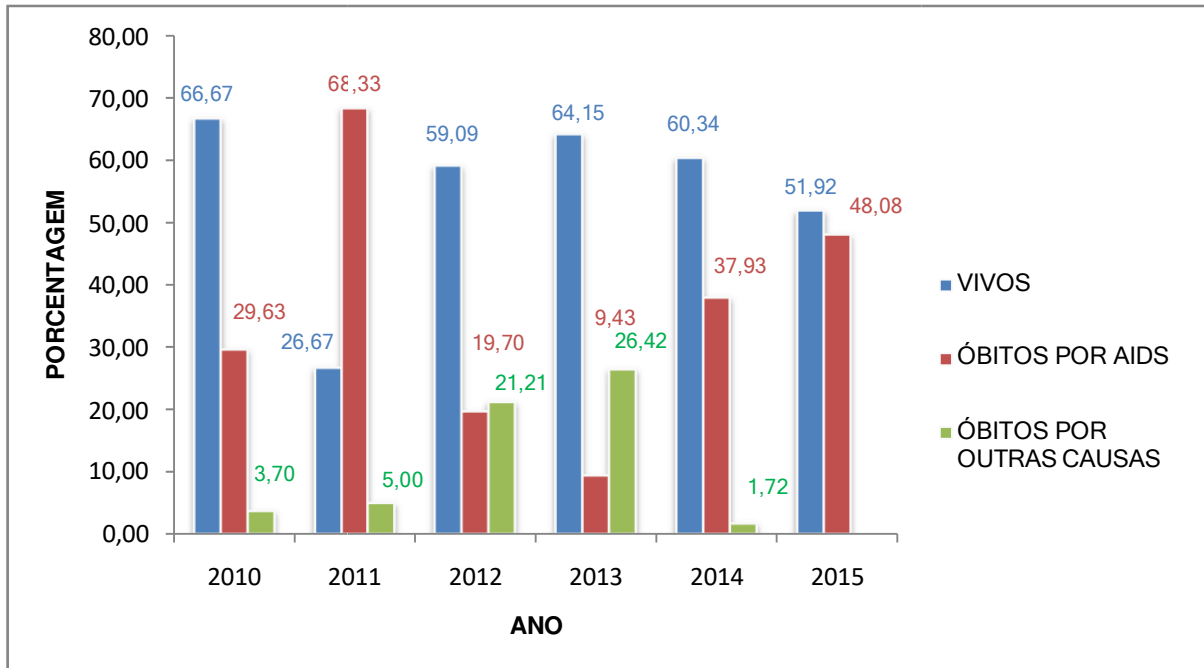
Na evolução dos pacientes em estudo 53,48% (n=169) estavam vivos e 46,52% evoluíram para o óbito, dos quais 36,08% (n= 114) foi óbito por AIDS e 10,44% (n=33) óbito por outras causas (Tabela 4 e Gráfico 5).

**Tabela 4** - Evolução dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC

Evolução	ANO (N - %)						TOTAL ANO (N - %)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Vivos	18 (66,67)	16 (26,67)	39 (59,09)	34 (64,15)	35 (60,34)	27 (51,92)	169 (53,48)
Óbito por AIDS	8 (29,63)	41 (68,33)	13 (19,70)	5(9,43)	22 (37,93)	25 (48,08)	114 (36,08)
Óbito por outras causas	1 (3,7)	3 (5,00)	14 (21,21)	14(26,42)	1 (1,72)	0 (0,0)	33 (10,44)

Fonte: Próprios Autores (2016).

Uma ficha foi descartada da análise estatística por preencher o campo de evolução como “ignorado”. Na evolução das mulheres temos 50,86% (n=59) vivas, 37,93% (n=44) óbito por AIDS e 11,21% (n=13) óbito por outras causas. Para os homens os valores são semelhantes, com 55,0% (n=110) vivos, 35,0% (n=70) óbitos por AIDS e 10,0% (n=20) óbitos por outras causas. A média de idade nas mulheres com óbito por AIDS foi de 39 anos e para os homens de 42 anos, não havendo associação significativa entre esses valores (p=0,108).

**Gráfico 5 - Evolução dos pacientes com HIV/AIDS notificados no HUAC**

Fonte: Próprios Autores (2016).

As síndromes clínicas mais frequentes relatadas como causa dos óbitos estão listadas na Tabela 5.

**Tabela 5 - Síndromes clínicas mais frequentes descritas como causa de óbito dos pacientes notificados no HUAC.**

Causas de óbito	Nº de casos
Insuficiência respiratória aguda	57
Sepse	29
Neurotoxoplasmose	27
Pneumocistose	26
Pneumonia	19
Pneumopatia infecciosa	16
Choque circulatório	15
Insuficiência renal	13

Fonte: Próprios Autores (2016).

## 5 DISCUSSÃO

Os dados demográficos referentes ao gênero e a faixa etária são concordantes com os dados epidemiológicos nacionais, com predominância do gênero masculino e da faixa etária entre 20 e 49 anos. Segundo Boletim Epidemiológico Nacional de HIV/AIDS de 2015 (BRASIL, 2015) foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2015, 519.183 (65,0%) casos de AIDS em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres, o que se assemelha à proporção obtida no estudo. O Boletim Epidemiológico Nacional de HIV/AIDS registra que a predominância masculina é ainda mais evidente nas regiões Norte e Nordeste, onde a razão de sexos é em média de 19 casos em homens para cada 10 casos em mulheres.

Na faixa etária dos pacientes estudados, chama à atenção a maior taxa anual de idosos notificados no ano de 2015, com aumento de 5,8% em relação a 2014. Segundo Alencar e Ciosak (2014), no ano de 2001 as pessoas com 60 anos ou mais correspondiam a 2,42% dos casos de AIDS no Brasil, no entanto, em 2012 essa porcentagem subiu para 4,62%. O aumento da expectativa de vida dos idosos aliado às facilidades da vida moderna, que neste caso incluem a reposição hormonal e as medicações para melhorar o desempenho sexual, tem contribuído para essa tendência nacional (LAROQUE et al., 2011). Outro fato importante para se considerar é que, por acharem que perderam a fertilidade, muitos idosos não utilizam preservativos no ato sexual, facilitando a disseminação do vírus.

Em relação à escolaridade observou-se maior prevalência da epidemia em níveis de formação inferiores, com predominância do primeiro grau completo ou incompleto, o que foi semelhante à taxa nacional de 58,6% em 2015. Em relação ao nível de formação superior, a média foi inferior à nacional, de 14,41%. A taxa de analfabetos apresentou uma ascensão de 4,0%, em 2013 para 24,2% em 2015, superando a média nacional de 2,9% (BRASIL, 2015). A discrepância perante a média nacional pode ser influenciada pela maior prevalência de analfabetismo na Paraíba, abrangendo 21,9% dos habitantes, comparado ao valor nacional de 9,6%, segundo dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010).

A escolaridade tem sido utilizada como marcador da situação socioeconômica, e o aumento na proporção de casos de AIDS nos indivíduos com menor escolaridade indica a pauperização da epidemia. O conhecimento acerca da doença e a maior taxa de adesão às medidas preventivas nas populações mais



escolarizadas contribuem para estes resultados; entretanto deve-se relevar também o fato que o HUAC é hospital público de referência procurado por pessoas com menor nível socioeconômico, o que pode também ter sido determinante nos dados obtidos (FONSECA et al., 2000).

Apesar de haver um predomínio da zona urbana em todos os anos de estudo, em 2015 foi encontrada a menor taxa de urbanização, 73,1%, o que denota uma interiorização das notificações neste último ano. Esses achados refletem a tendência à pauperização, visto que municípios de menor porte dispõem de menos recursos no âmbito da saúde e comunitários de modo geral. Acresce-se a isso a migração sazonal em busca de trabalho para regiões metropolitanas, como importante fator de disseminação da epidemia para o interior (BISCOTTO et al., 2013).

A principal via de transmissão do vírus HIV encontrada no estudo foi a via sexual, com maior prevalência da relação heterossexual, o que se encontra em consonância com a literatura global (BEYRER, 2007). Mais de 80 por cento das infecções em todo o mundo ocorrem através de transmissão heterossexual. O Boletim do Ministério da Saúde de 2015 corrobora esses achados, mostrando na região Nordeste uma predominância da transmissão heterossexual de 52,9% contra 32,7% e 10,5% das relações homossexuais e bissexuais, respectivamente. Entre os anos de 2013 e 2015, percebe-se um discreto aumento na prevalência de relações sexuais entre homens de 6,51% o que não se verificou no padrão encontrado no HUAC, onde houve uma redução desses valores (BRASIL, 2015).

Houve um caso de acidente percutâneo, entretanto, no quesito que relacionava o acidente como causa de transmissão do vírus estava preenchido como “não se aplica”. Em relação às taxas de transmissão vertical foi observado que entre os anos de 2010 e 2013 houve um crescimento progressivo, entretanto a partir de 2013 houve tendência à queda dessa forma de transmissão, o que está de acordo com a tendência nacional. Dados do boletim de HIV/AIDS de 2015 mostram uma redução de 33,3% na taxa de transmissão vertical nos últimos dez anos. A região Nordeste apresentou uma discreta queda de 12,1%, passando de 3,3 por 100.000 habitantes em 2005 para 2,9 em 2014 (BRASIL, 2015).

Deve-se atentar para a provável melhoria na assistência pré-natal e profilaxia da transmissão vertical do vírus HIV ocorrida nos municípios paraibanos, o que resultou na marca de zero transmissão no ano de 2015. Segundo Whitmore et.

al. (2012), nos Estados Unidos quando as mulheres infectadas pelo HIV e seus filhos recebem toda a prevenção aplicável a taxa de transmissão vertical pode ser reduzida para aproximadamente 1%, enfatizando a importância da utilização de medidas preventivas.

A faixa etária encontrada nos indivíduos vítimas de transmissão vertical variou entre 08 e 55 anos, o que evidencia um atraso na realização das notificações e alerta para possível erro durante o preenchimento das fichas, já que o vírus foi encontrado pela primeira vez há 36 anos (CDC, 1981a, 1981b).

Segundo o Boletim de 2015, a ficha de investigação epidemiológica contém elementos essenciais a serem coletados e todos os campos devem ser criteriosamente preenchidos para facilitar a coleta e a realização de medidas de controle. Entretanto, nos deparamos com diversos campos preenchidos com a opção “ignorado”, principalmente nos quesitos relacionados à via de transmissão, o que vai de encontro ao preconizado pelo Ministério (BRASIL, 2015).

A taxa de óbitos no estudo foi elevada, com curto intervalo de tempo entre o diagnóstico e o óbito, pois 89,1% (n=131) dos óbitos ocorreram com menos de um ano de evolução, dos quais 31,3% (n=46) foram diagnosticados e notificados no dia do óbito. A deficiência no diagnóstico precoce reflete no elevado número de pacientes internados já em estado grave, culminando na evolução rápida do quadro para o óbito, consequência do atraso na instituição do tratamento. Há fortes indícios de que o início da TARV ocorre tardiamente para uma parcela razoável de pessoas com AIDS, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país, devido ao diagnóstico tardio que ainda tem uma taxa de (53,3%) na região Norte (BRASIL, 2014b).

O estudo dos agravos responsáveis pelo óbito foi realizado a partir da leitura de dados adicionais descritos manualmente por profissionais no ato da notificação, de forma não padronizada. A utilização de termos que englobavam síndromes genéricas como “insuficiência respiratória”, “pneumopatia infecciosa”, “infecção do sistema nervoso central”, sem especificar o CID da doença e sem preencher os dados clínicos presentes na ficha de notificação (Critério Rio de Janeiro/Caracas e CDC adaptado), prejudicou o conhecimento da causa primária do óbito.

Observou-se que algumas fichas preenchiam o tópico de evolução como “óbito por outras”, mas descreviam doenças definidoras da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na causa do óbito. Tais achados atentam para

uma deficiência na coleta dos dados das fichas, reforçando a importância na realização de treinamento dos profissionais.

## 6 CONCLUSÃO

O perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS notificados no Hospital Universitário Alcides Carneiro entre 2010 e 2015 revelou predominância de adultos jovens, sexo masculino, heterossexuais e pacientes procedentes da zona urbana de Campina Grande – PB. A tendência nacional à heterossexualização, interiorização e pauperização foi seguida, observando-se ainda o aumento na proporção de indivíduos idosos e uma redução importante nos casos de transmissão vertical.

Apesar de passados mais de 30 anos da descoberta do HIV/AIDS, ainda hoje a epidemia continua a vitimar milhares de pessoas em todo o mundo. A taxa de óbitos relacionados à AIDS foi considerável nos pacientes estudados, com tempo de sobrevivência curto, o que sugere a permanência de uma infeliz realidade de diagnóstico tardio com consequente atraso na instituição do tratamento.

A análise crítica do preenchimento das fichas de notificação compulsória alerta para necessidade de treinamentos dos profissionais de saúde, pois foi observado preenchimento indevido de fichas estudadas. O treinamento contribuirá para maior habilidade no preenchimento dos dados e, conseqüentemente, para maior veracidade de suas informações.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/AIDS. **RevEscEnferm USP**, v. 49, n. 2, p. 229-235, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt\\_0080-6234-reeusp-49-02-0229.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0229.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BEYRER, C. HIV epidemiology update and transmission factors: risks and risk contexts--16th International AIDS Conference epidemiology plenary. **ClinInfectDis**, v. 44, p. 981, 2007.

BISCOTTO, C. R.; LOPES, F. P.; CARVALHO, C. A. R.; SOUZA, D. M.; RODRIGUES, L. D. S.; TEIXEIRA, M. A. F.; SILVEIRA, M. F. Interiorização da epidemia HIV/Aids. **RevBrasMed**, v. 70, n. 8/9, ago.-set., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil bate recorde de pessoas em tratamento contra o HIV e AIDS**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/01/brasil-bate-recorde-de-pessoas-em-tratamento-contra-o-hiv-e-aids>>. Acesso em: 20 abr. 2016a.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**. Disponível em: <<http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>>. Acesso em: 20 abr. 2016b.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Ano IV. n. 1. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aid\\_s\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aid_s_11_2015_web_pdf_19105.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Ano III. n. 1. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2014a.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de investigação de óbito por HIV/AIDS**. Brasília, 2014b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56593/\\_p\\_protocolo\\_de\\_investigacao\\_de\\_obitos\\_por\\_aids\\_p\\_23585.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56593/_p_protocolo_de_investigacao_de_obitos_por_aids_p_23585.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)>. Acesso em: 22 abr. 2016.

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**, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar.-abr., 2000. Disponível em: <[http://arca.iciict.fiocruz.br/bitstream/iciict/729/2/LANDMANN\\_AIDS%20Epidemia%20Multifacetada\\_2001.pdf](http://arca.iciict.fiocruz.br/bitstream/iciict/729/2/LANDMANN_AIDS%20Epidemia%20Multifacetada_2001.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. The Global HIV/AIDS pandemic, 2006. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 55, n. 841, 2006.

\_\_\_\_\_. Pneumocystis pneumonia--Los Angeles. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 30, p. 250, 1981a.

\_\_\_\_\_. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men--New York City and California. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 30, p. 305, 1981b.

FONSECA, M. G.; BASTOS, F. I.; DERRICO, M.; ANDRADE, C. L. T.; TRAVASSOS, C.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e grau de escolaridade no Brasil, evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. saúde pública**, v. 16, Supl.1, p. 77-87, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2214.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010: Indicadores Sociais e Municipais**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores\\_sociais\\_municipais/tabelas\\_pdf/tab28.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/tabelas_pdf/tab28.pdf)>. Acesso em: 26. abr. 2016.

LAROQUE, M. F., AFFELDT, A. B.; CARDOSO, D. H.; SOUZA, G. L.; SANTANA, M. G.; LANGE, C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n; 4, p. 774-80, 2011.

LEITE, L.; AMÉRICO, C. **Infecção por HIV passa ser de notificação compulsória**. Agência Saúde - Ascom/MS. Junho, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2014/infeccao-por-hiv-passa-ser-de-notificacao-compulsoria>>. Acesso em: 09 jul. 2015.

MONTILLA, D. E. R. Noções básicas da epidemiologia. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Ana Paula Abreu Borges e Angela Maria Castilho Coimbra (Org.). Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

PIOT, P. AIDS: from crisis management to sustained strategic response. **Lancet**, n. 368, p. 526, 2006.

QUINN, T. C. Global burden of the HIV pandemic. **Lancet**, n. 348, p. 99, 1996.

WHITMORE, S. K.; TAYLOR, A. W.; ESPINOZA, L.; SHOUSE, R. L.; LAMPE, M. A.; NESHEIM, S. Correlates of mother-to-child transmission of HIV in the United States and Puerto Rico. **Pediatrics**, v. 129, p. 74, 2012.

## ANEXO A -Ficha de Notificação HIV/AIDS

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

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

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

SVS 13/02/04

Dados Clínicos	<b>41 Critério Rio de Janeiro/Caracas</b> 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Candidíase oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* <i>*Excluída a tuberculose como etiologia</i>		
	<b>42 Critério CDC adaptado</b> 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Candidíase (esôfago, traquéia, brônquio, pulmão) <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase. <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. carinii</i> <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ou em brônquios, pulmões ou trato gastro-intestinal. <input type="checkbox"/> Salmonelose (septicemia recorrente) <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva		
Dados do Laboratório	<b>43 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV</b> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Teste de triagem (1º Teste) <input type="checkbox"/> Teste confirmatório <input type="checkbox"/> Teste de triagem (2º Teste)	<b>44 Data de evidência laboratorial do HIV</b> _____	<b>45 Contagem de Linfócitos CD4+</b> _____
	<b>46 UF</b> <b>47 Município onde se realiza o tratamento</b> <b>48 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento</b>		
Evolução	<b>49 Situação atual</b> 1 - Vivo 2 - Morto 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>50 Data do Óbito</b> _____	
Critério Excepcional	<b>51 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada a imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação</b> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
Investigador	<b>52 Nome</b> _____		<b>53 Função</b> _____
	<b>54 Assinatura</b> _____		
Instruções para Preenchimento da Ficha	<p>As Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação usar categoria ignorada. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.</p> <p>6- Data de Diagnóstico: Registrar o dia, mês e ano do diagnóstico de aids (data em que o caso foi confirmado segundo os critérios preconizados). Preenchimento obrigatório. No caso de notificação de soropositivo usar data de evidência laboratorial do HIV.</p> <p>8- Data de Nascimento: Deverá ser anotada em termos numéricos, os valores referentes ao dia, mês e ano.</p> <p>9- Idade: Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar a sua idade, anotar, obrigatoriamente, a idade aparente.</p> <p>12- Escolaridade: Preencher com o código correspondente ao número de anos concluídos com aprovação.</p> <p>28-30- Notar que se trata de categoria de exposição e não prática sexual. Quando o contato sexual não for considerado categoria de exposição marcar "não se aplica". O caso classificado na categoria de exposição sexual, obrigatoriamente, deverá ter parceria classificada no item 31. Na ausência de informação preencher com ignorado. No campo 39 para preenchimento da categoria "não se aplica" observar intervalo de tempo entre o registro do 1º caso em mulheres e data de diagnóstico.</p> <p>41-42 e 51 - Somente para casos que preencham os critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais:          a) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e 10 pontos no critério Rio de Janeiro/Caracas (campo 41), e/ou          b) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e presença de pelo menos uma doença indicativa de imunodeficiência do critério CDC adaptado (campo 42) e/ou contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350 (campo 45), ou          c) Declaração de Óbito com menção de Aids/SIDA ou infecção pelo HIV, e que após investigação epidemiológica não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios de definição de cas o de aids.          (*) Evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas laboratoriais compatíveis com imunodeficiência (campo 43): Reatividade em 2 testes de triagem ou em 1 teste confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV. Os testes mais comuns são: Triagem: ELISA, EIA, MEIA e quimioluminescência; Confirmatórios: Western Blot, imunofluorescência indireta, imunoblot e testes de amplificação de ácidos nucleicos (PCR e NASBA).</p>		

Aids em pacientes com 13 anos ou mais.

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

SVS 13/02/04



**ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM O VÍRUS HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO EM CAMPINA GRANDE-PB

**Pesquisador:** Andrea de Amorim Pereira Barros

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 53300015.7.0000.5182

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Alcides Carneiro - Campina Grande/PB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.503.557