

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

**ÂNGELA KARINE DE QUEIROZ E SILVA**

**REESTRUTURAÇÃO DA ABORDAGEM AMBULATORIAL  
INICIAL DO ADULTO INFECTADO PELO HIV NO  
HOSPITAL CORREIA PICANÇO**

**RECIFE  
2012**

ÂNGELA KARINE DE QUEIROZ E SILVA

**REESTRUTURAÇÃO DA ABORDAGEM AMBULATORIAL INICIAL DO ADULTO  
INFECTADO PELO HIV NO HOSPITAL CORREIA PICANÇO**

Projeto do tipo Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Dra. Magda Maruza Melo de Barros Oliveira

RECIFE

2012

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

S586r Silva, Ângela Karine de Queiroz e.  
Reestruturação da Abordagem Ambulatorial Inicial do Adulto Infectado pelo HIV no Hospital Correia Picanço./ Ângela Karine de Queiroz e Silva. Recife: V. L. C. da Silva, 2012.

34 p.

Plano de Intervenção (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientador: Magda Maruza Melo de Barros Oliveira.

1. HIV. 2. AIDS. 3. Abordagem Inicial. 4. Comorbidades. I. Oliveira, Magda Maruza Melo de Barros. II. Título.

---

CDU 614.39

ÂNGELA KARINE DE QUEIROZ E SILVA

REESTRUTURAÇÃO DA ABORDAGEM AMBULATORIAL INICIAL DO ADULTO  
INFECTADO PELO HIV NO HOSPITAL CORREIA PICANÇO

Projeto do tipo Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: 25 / 10 / 2012

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Magda Maruza Melo de Barros Oliveira  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profª Drª Alethéia Soares Sampaio  
CPqAM/Fiocruz/PE

À Elvídio, Gabriel e Mariana  
Por estarem ao meu lado, incentivando cada etapa deste trabalho!!!

SILVA, Angela Karine de Queiroz. **Reestruturação da abordagem ambulatorial inicial do adulto infectado pelo HIV no Hospital Correia Picanço – PE. 2012.** Plano de Intervenção (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## RESUMO

No início da epidemia, a infecção pelo HIV tinha uma evolução rápida para a AIDS e óbito. Porém, com o advento da terapia antirretroviral e com a política de distribuição gratuita e universal destes medicamentos no Brasil, a doença assumiu características de enfermidade crônico-degenerativa, trazendo mudanças no perfil do paciente, gerando a necessidade de estabelecer novas estratégias para adequação do atendimento prestado a essa população. Serviços de Atendimento Especializado (SAE), voltados para pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) foram criados com o objetivo de prestar assistência integral e de qualidade aos pacientes por meio de uma equipe multidisciplinar, visando não somente o tratamento das doenças oportunistas conseqüentes ao HIV, assim como das comorbidades, das doenças decorrentes do processo de envelhecimento humano e outras condições mórbidas. Além disso, tanto o HIV como a terapia antirretroviral têm sido relacionados a um maior risco cardiovascular e de doenças do metabolismo. O objetivo deste trabalho é oferecer um atendimento ambulatorial multidisciplinar reestruturando a abordagem inicial ao adulto infectado pelo HIV no ambulatório do Hospital Correia Picanço, visando melhorar os indicadores de morbidade, de mortalidade e qualidade de vida.

Palavras Chaves: Assistência Integral à Saúde; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Assistência Ambulatorial; Equipe de Assistência ao Paciente.

SILVA, Angela Karine de Queiroz. **Restructuring the initial approach of adult HIV infected Hospital Correia Shrike - PE.** 2012. Intervention Plan (Specialization in Management Systems and Health Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz, Recife, 2012

## **ABSTRACT**

At the beginning of the epidemic, HIV infection had a fast progression to AIDS and death. However, with the advent of antiretroviral therapy and with the policy of free and universal distribution of these drugs in Brazil, the disease took on characteristics of chronic degenerative disease, bringing changes in the patient's profile, generating the need for new strategies for appropriateness of care provided to this population. Specialized Care Services (NCS), facing people living with HIV (PLHIV) were created in order to provide comprehensive care and quality patient care through a multidisciplinary team, seeking not only the treatment of opportunistic diseases consequent to HIV as well as comorbidities, disease resulting from the process of human aging and other morbid conditions. Moreover, both as HIV antiretroviral therapy have been linked to increased risk of cardiovascular and metabolic diseases. The objective of this study is to provide a multidisciplinary outpatient restructuring the initial approach to adults infected with HIV at the Hospital Correia Shrike, to improve the indicators of morbidity, mortality and quality of life.

**Key Words:** Integral Health Care; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Ambulatory Care; Patient Care Team.

## LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

AIDS	– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CPqAM	– Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DST	– Doenças Sexualmente Transmissíveis
FIOCRUZ	– Fundação Oswaldo Cruz
HIV	– Vírus da Imunodeficiência Humana
HCP	– Hospital Correia Picanço
MS	– Ministério da Saúde
PVHA	– Pessoas Vivendo com HIV e Aids
QUALIAIDS	– Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS
SAE	– Serviço de Assistência Especializada
SUS	– Sistema nico de Saúde
TARV	– Terapia Antirretroviral

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
2.1 Epidemiologia da Infecção pelo HIV .....	12
2.2 Organização dos Serviços de Saúde para Enfrentamento da Epidemia de AIDS .....	12
2.3 Abordagem Inicial do Adulto Infectado pelo HIV .....	15
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
3.1 Objetivo Geral .....	17
3.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>4 PLANO OPERATIVO .....</b>	<b>18</b>
<b>5 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES .....</b>	<b>20</b>
5.1 Cronograma de Elaboração do Projeto de Intervenção .....	20
5.2 Cronograma de Implementação do Plano de Intervenção .....	20
<b>6 ORÇAMENTO ESTIMADO .....</b>	<b>21</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>26</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a descrição dos primeiros casos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em 1981, a incidência global da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente causador da AIDS, se estabilizou e começou a diminuir em muitos países (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011). Atualmente, cerca de 34,2 milhões de pessoas vivem com HIV (PVHIV) no mundo, sendo 30,7 milhões de adultos, 16,7 milhões de mulheres e 3,4 milhões de menores de 15 anos (UNAIDS, 2012). A epidemia afeta desproporcionalmente os trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens, os transexuais, os usuários de drogas injetáveis e a população privada de liberdade.

No Brasil, os primeiros casos de AIDS foram identificados no início da década de 1980 e atingia, especificamente, as áreas metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro com predomínio de gays adultos, usuários de drogas injetáveis, pessoas de alto nível sócioeconômico e hemofílicos. A categoria de transmissão predominante era de relações homossexuais/bissexuais, além dos casos de transfusão sanguínea (BRITO et al, 2000).

Entretanto, a partir de 1990, iniciou-se uma transição no perfil epidemiológico da AIDS, resultando numa heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia que hoje é definida como complexa, dinâmica e instável ocorrendo nas mais variadas formas devido a dois de seus principais determinantes: o comportamento humano individual e coletivo e as diferenças socioeconômicas que implicam numa verdadeira mistura de sub epidemias regionais (BRITO et al, 2000).

No país, de acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), foram notificados 608.230 casos de AIDS no período de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino. A razão de sexo vem diminuindo ao longo dos anos (SZWARCOWALD, 2008).

Em Pernambuco, até 2011 haviam sido notificados 15.405 casos, sendo 10.214 casos no sexo masculino e 5.191 casos em mulheres, com predomínio de casos com transmissão heterossexual (7.668 casos). As cidades com maior número de casos são respectivamente, Recife, Jaboatão dos Guararapes e Olinda (BRASIL, 2005b).

Ao longo do seu curso, a epidemia de AIDS passou por várias fases. No início, as medicações existentes não tinham impacto na sobrevivência do paciente e a evolução para o óbito acontecia em pouco tempo (FURTADO, 2005). Posteriormente, avanços no tratamento da infecção pelo HIV com terapia antirretroviral combinada levaram a reduções significativas na

ocorrência de doenças oportunistas e morte. A partir de então, a AIDS passou a se comportar como uma doença de curso longo, crônica e associada a várias outras comorbidades (BRASIL, 2005a; PALELLA, 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) vem garantindo, desde 1996, ano da publicação da Lei 9.313, a distribuição gratuita da terapia antirretroviral a todas as PVHIV, conforme as recomendações terapêuticas vigentes no Brasil (BRASIL, 2008a). A adoção dessa estratégia resultou na melhora nos indicadores de morbidade, de mortalidade e qualidade de vida dos brasileiros que realizam tratamento para o HIV, contribuindo para o desenvolvimento do perfil crônico-degenerativo assumido pela doença na atualidade, o que fez surgir a necessidade de reorganização e reestruturação da rede ambulatorial para atender de forma multidisciplinar e integrada e garantir uma melhor qualidade de vida a PVHIV (BRITES, 2007).

A partir desta nova visão, o MS criou os Serviços de Assistência Especializada – SAE, com o objetivo de prestar assistência clínica e psicossocial às PVHIV e de disponibilizar tratamento precoce, uma vez que, na maioria dos casos os indivíduos são testados tardiamente, e já se apresentam com sinais e sintomas de doenças oportunistas. Além disso, mesmo quando o diagnóstico da infecção pelo HIV é precoce, não há garantia que estes pacientes terão acesso rápido ao tratamento da doença em tempo oportuno (SANDERS, 2005).

Desta forma, os SAE foram estruturados para oferecer maior resolutividade diagnóstica e terapêutica em nível ambulatorial aos pacientes e seus familiares; assegurar o atendimento integral prestado por equipes de saúde multidisciplinares; garantir o acesso e a qualidade da assistência, articulando a integralidade e a universalidade do cuidado (NEMES, 2004; BRASIL, 2008a).

O Hospital Correia Picanço (HCP) é o principal Serviço de Referência para HIV/AIDS e Meningite em Pernambuco, sendo responsável pelo atendimento de aproximadamente 60% da PVHIV no Estado.

Em 1986, o HCP registrou o seu primeiro atendimento a PVHIV e, desde 1989 foi definido como unidade de referência para AIDS em Pernambuco (BRASIL, 2005b), tendo cadastrado mais de 14.500 PVHIV. Atualmente, o SAE do HCP tem em acompanhamento cerca de 8.000 pacientes, entre os quais, aproximadamente, 85% utilizam terapia antirretroviral. O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e odontólogos.

Por ocasião da chegada do paciente pela primeira vez no HCP, seja por encaminhamento realizado por outros serviços ou por demanda espontânea, o mesmo tem a sua consulta agendada de acordo com a gravidade do caso e a disponibilidade para atendimento, o que, muitas vezes, implica em uma espera demasiadamente longa, podendo chegar a até dois meses. Além disso, o atendimento pela equipe multiprofissional geralmente é agendado para outros dias, dependendo das demandas geradas na primeira consulta.

Com a reestruturação da abordagem ambulatorial inicial dos pacientes atendidos no HCP, o primeiro atendimento será realizado em um único dia da semana, em três turnos de trabalho e envolverá toda a equipe multiprofissional, visando atingir a integralidade da assistência a PVHIV atendidas no Hospital Correia Picanço.

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 Epidemiologia da Infecção pelo HIV

Ao longo das últimas três décadas, a incidência global da infecção pelo HIV se estabilizou e começou a diminuir em muitos países (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011). Atualmente, existem cerca de 34,2 milhões PVHIV no mundo, sendo 30,7 milhões de adultos, 16,7 milhões de mulheres e 3,4 milhões de menores de 15 anos. A epidemia afeta desproporcionalmente os trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens, os transexuais, os usuários de drogas injetáveis e a população privada de liberdade (UNAIDS, 2012).

Em 2011, 2,5 milhões de novas infecções pelo HIV foram identificadas no mundo, sendo 2,2 milhões em adultos e 330 mil em menores de 15 anos. O número representa mais de 7 mil novas infecções por dia e 97% delas foram notificadas em países de baixa e média renda. A África Subsaariana lidera o *ranking* com 1,7 milhão de novas infecções. Em seguida, aparecem a Ásia Meridional e Sul-oriental (300 mil) e a Europa Oriental e Ásia Central (170 mil). Na América Latina, 86 mil pessoas foram infectadas pelo vírus em 2011. No mesmo período, as mortes provocadas pelo HIV totalizaram 1,7 milhão, sendo 1,5 milhão entre adultos e 230 mil entre menores de 15 anos de idade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

O número de PVHIV que utilizam terapia antirretroviral (TARV) continua aumentando. Atualmente, 6,65 milhões de pessoas estão recebendo tratamento, no entanto, mais de 50% das pessoas elegíveis para o tratamento não tem acesso à TARV, incluindo muitos indivíduos que vivem com HIV e não têm conhecimento do seu estado sorológico (WHO, 2011). Além disso, PVHIV tem um período prolongado entre a realização da sorologia para HIV e o acesso aos serviços de aconselhamento e tratamento, evoluindo para AIDS e morrendo em decorrência da doença (MASCOLINI, 2011).

No Brasil, os primeiros casos de AIDS foram identificados no início da década de 1980 e atingia especificamente as áreas metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro, predominando entre homossexuais adultos, usuários de drogas injetáveis (UDI), pessoas de alto nível socioeconômico e os casos de transfusão sanguínea (BRITO et al., 2000; BRASIL, 2011). Passados 30 anos, a epidemia de AIDS no país encontra-se estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade. Entretanto, a partir de

1990, iniciou-se uma transição no perfil epidemiológico da AIDS, resultando em heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia (BRASIL, 2011).

Entre 1980 e junho de 2011 foram registrados no Brasil 608.230 casos de AIDS, sendo 65,4% no sexo masculino. A razão de sexo que era de 26 casos em homens para cada mulher em 1985 passou a ser de 1,7 homens para cada mulher em 2010 (BRASIL, 2011). Estima-se uma taxa de prevalência da infecção pelo HIV, na população entre 15 a 49 anos de 0,6% desde 2004 (SZWARCOWALD, 2008).

Estudos realizados em 10 municípios brasileiros entre 2008 e 2009 estimaram uma taxa de prevalência de infecção pelo HIV de 5,9% entre usuários de drogas ilícitas (BASTOS, 2009), de 10,5% entre homossexuais masculinos (KERR, 2009) e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (SZWARCOWALD, 2009).

No país, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população jovem vem apresentando tendência de aumento, observando-se que, em 2010 o país teve uma taxa de incidência de 9,5/100.000 habitantes (SZWARCOWALD, 2011).

Em Pernambuco, estado que lidera as estatísticas de AIDS na região Nordeste do Brasil, os dados da epidemia se assemelham aos dados nacionais. Até 2011 haviam sido notificados 15.405 casos de AIDS, sendo 10.214 casos no sexo masculino. Observou-se predomínio da transmissão heterossexual (7.668 casos) e menor representatividade de usuários de drogas injetáveis (318 casos), quando comparado à região sudeste do Brasil (BRITO, 2006). No estado, as cidades com maior número de casos são Recife, Jaboatão dos Guararapes e Olinda, respectivamente (BRASIL, 2005b).

## 2.2 Organização dos Serviços de Saúde para Enfrentamento da Epidemia de AIDS

Desde a década de 90, o Brasil tem se destacado no cenário mundial por fundamentar suas políticas públicas para enfrentar a AIDS em um esforço conjunto do poder público nos seus diversos níveis, da sociedade civil e do setor privado. Desde 1996, ano da publicação da Lei 9.313, o Ministério da Saúde (MS) vem garantindo a distribuição gratuita da terapia antirretroviral (TARV) a todas as PVHIV e que tenham indicação de recebê-la, conforme as recomendações terapêuticas vigentes (BRASIL, 2008a).

A ampla utilização da TARV no país resultou na melhora dos indicadores de morbidade, de mortalidade e de qualidade de vida dos brasileiros que realizam tratamento

para o HIV. No entanto, verificou-se que houve uma mudança no perfil da AIDS, a qual assumiu o comportamento de uma doença crônica e degenerativa, associada, frequentemente, a outras comorbidades (BRASIL, 2008a; PALELLA, 2006; DOURADO, 2006).

Esta perspectiva da doença fez surgir um novo paciente e provocou a necessidade de mudança no foco da atenção médica. O MS precisou reorganizar e reestruturar sua rede ambulatorial para atender de forma multidisciplinar e integrada e garantir uma melhor qualidade de vida (BRITES, 2007) criando os Serviços de Assistência Especializada – SAE. Esses serviços ambulatoriais realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às PVHIV, tem diferentes portes e são administrados de diferentes formas: por municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS (MELCHIOR, 2006; BRASIL, 2008b).

Os SAE têm como objetivo prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros. As principais atividades desses serviços são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e da AIDS (SANDERS, 2005; BRASIL, 2008b).

Atualmente, em todo o país, mais de 600 serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), prestam assistência ambulatorial às PVHIV (BRASIL, 2008b).

Em Pernambuco, o HCP é o principal Serviço de Referência para HIV/AIDS, sendo responsável pelo atendimento de aproximadamente 60% das PVHIV no Estado. O primeiro atendimento à PVHIV no hospital foi realizado em 1986. Desde então, o SAE do HCP cadastrou mais de 14.500 PVHIV e tem em seu arquivo ativo cerca de 8.000 pacientes, entre os quais, cerca de, 85% utilizam terapia antirretroviral. Aproximadamente 700 novos pacientes são matriculados anualmente para acompanhamento ambulatorial, na proporção de dois homens para cada mulher.

O Serviço realiza atendimentos em nível de urgência, ambulatório, internamento hospitalar e hospital dia. Dispõe de 88 leitos, sendo 39 leitos para AIDS. A assistência ambulatorial é exclusiva para PVHIV, sendo a consulta realizada por uma equipe multidisciplinar composta por médicos (infectologistas, pneumologistas, cardiologistas,

neurologistas, dermatologistas, ginecologistas, psiquiatras e proctologistas), enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e odontólogos.

### 2.3 Abordagem Inicial do Adulto Infectado pelo HIV

O tratamento da infecção pelo HIV apresenta grande complexidade em seu manejo clínico e na abordagem de suas peculiaridades sociais e psicológicas, uma vez que, há grande variação na apresentação clínica da doença, que vai desde a fase aguda até a fase avançada, com as manifestações clássicas da síndrome da imunodeficiência.

O manejo da AIDS exige abordagem específica e rápida incorporação de novos saberes e práticas. A presença de profissionais com boa formação técnica e ética e a atitude afetiva para com os colegas de trabalho e os usuários deve-se aliar às condições mínimas necessárias para assistir com qualidade todas as PVHA (BRASIL, 2008b).

Em indivíduos não tratados, estima-se em dez anos o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença. (BACCHETTI et al, 1989). Alguns achados clínicos de fácil diagnóstico são indicadores da progressão para a AIDS, como a infecção da cavidade oral por *Candida albicans*, que é um marcador clínico precoce de imunodeficiência. A presença de diarreia crônica e febre de origem indeterminada também são preditores de evolução da infecção pelo HIV para a doença estabelecida. Outras doenças oportunistas e neoplásicas também são definidoras de AIDS, entre as quais destacam-se: pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, neurotoxoplasmose, tuberculose, meningite criptocócica, retinite por citomegalovírus, sarcoma de Kaposi, linfomas não-Hodgkin e o câncer de colo uterino em mulheres jovens (POLK et al., 1987).

Na abordagem inicial de PVHIV, além da avaliação clínica, dois exames são de extrema importância: a realização da contagem de linfócitos T-CD4+, que é utilizada internacionalmente como marcador do estado imunológico dos indivíduos e a quantificação plasmática da carga viral do HIV, que serve como marcador do risco de queda subsequente nas contagens de linfócitos T-CD4+ (BRASIL, 2008a). Estes exames são úteis para avaliar prognóstico e indicação de início de terapia antirretroviral.

Recomenda-se que seja feita, ainda, avaliação do risco cardiovascular global como rotina em toda PVHIV, além da investigação da presença de comorbidades e doenças metabólicas, tendo em vista que o uso da TARV pode acarretar o aparecimento de algumas condições associadas ao maior risco de eventos cardiovasculares e mudanças no perfil

metabólico, estimando-se que, uma vez iniciado o tratamento antirretroviral, 33 a 82% dos pacientes possam desenvolver hipercolesterolemia, e 43 a 66% apresentem hipertrigliceridemia (BRASIL, 2008a).

É importante que, na avaliação inicial de uma pessoa com diagnóstico recente de infecção pelo HIV seja estabelecida uma sólida relação médico-paciente. O uso de uma linguagem acessível é fundamental para explicar aspectos essenciais da doença, bem como a importância da avaliação clínico-laboratorial e do tratamento, para isso, o MS sugere um roteiro para abordagem dos pacientes (ANEXO A e ANEXO B).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Reestruturar a abordagem inicial ao adulto infectado pelo HIV por ocasião do primeiro atendimento ambulatorial do paciente no Hospital Correia Picanço.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer o perfil sócioepidemiológico e clínico dos pacientes atendidos no ambulatório de HIV/Aids do Hospital Correia Picanço, a partir da implantação de um questionário estabelecido.

- Reorganizar a equipe interdisciplinar visando atingir a integralidade do atendimento a PVHIV atendidas no Hospital Correia Picanço.

#### **4 PLANO OPERATIVO**

A intervenção será realizada no ambulatório de HIV/AIDS do Hospital Correia Picanço a partir de março de 2013 e terá como população alvo PVHIV que procurarem atendimento ambulatorial pela primeira vez no HCP.

O atendimento será realizado no SAE que funciona dentro do ambulatório do Hospital Correia Picanço e possui sete consultórios médicos, um gabinete odontológico, uma farmácia, quatro consultórios de outros profissionais de nível superior, uma recepção, uma sala de espera para os pacientes com dois banheiros, uma sala de ouvidoria, uma copa, uma sala de reuniões e dos banheiros para funcionários.

O atendimento será realizado em um único dia da semana, nos três turnos de atendimentos, das 07:00 às 19:00 horas e será utilizado um questionário padronizado para abordagem inicial do paciente (APÊNDICE A).

Médicos infectologistas, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos irão trabalhar na abordagem inicial de todo adulto infectado pelo HIV que procurar o ambulatório do Hospital Correia Picanço, seguindo as orientações do manual de orientações do Ministério da Saúde: Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV de 2008 (BRASIL, 2008a).

O ambulatório funcionará plenamente articulado com a rede de saúde junto aos serviços especializados de referência municipal, regional e estadual, buscando em caráter complementar à assistência integral à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS. O serviço contará com retaguarda laboratorial local e regional, assegurando a execução de exames de maior complexidade.

A farmácia ambulatorial do Hospital Correia Picanço trabalhará com a dispensação de medicamentos antirretrovirais e de outros medicamentos para doenças oportunistas e/ou produtos estratégicos para as DST/AIDS, tais como os insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante e kit para redução de danos).

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Identificar as características do paciente atendido pela primeira vez no Hospital Correia Picanço, em relação a: -Características biológicas: sexo, idade e raça; -Características socioeconômicas: Município de residência, escolaridade, renda do chefe da família e suporte social; -Características relacionadas aos hábitos de vida: Tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas; -Características clínicas: presença de doenças oportunistas, comorbidades, presença de fatores de risco para doenças metabólicas e cardiovasculares, contagem de CD4, carga viral do HIV, Índice de Massa Corporal, estágio da doença, acompanhamento anterior em outro SAE, uso prévio de antirretroviral, categoria de exposição. - Reorganizar a equipe interdisciplinar visando atingir a integralidade do atendimento a PVHIV atendidas no Hospital Correia Picanço.

**ESTRATÉGIAS:**

Realizar o primeiro atendimento a PVHIV em um único dia na semana, em três turnos de atendimento, com participação de equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos e nutricionistas e neste momento, aplicar o questionário com perguntas formuladas para identificar as características acima citadas. Identificar os pacientes em situação clínica de maior gravidade que necessitem de tratamento sob internação hospitalar e referenciá-los para o próprio HCP.

**METAS:**

Conhecer o perfil socioeconômico e clínico de 100% das PVHIV atendidas no ambulatório do Hospital Correia Picanço.

Promover o atendimento, seguindo um modelo de assistência integral de 100% das PVHIV atendidas no ambulatório do Hospital Correia Picanço.

Capacitar 100% da equipe de médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, nutricionistas, farmacêuticos e recepcionistas visando assistência integral às PVHIV atendidas no ambulatório do Hospital Correia Picanço.

**RESULTADOS ESPERADOS:**

Oferecer atendimento interdisciplinar voltado não apenas para a doença, mas também com enfoque no indivíduo, considerando as suas questões particulares e olhando para as PVHIV, como seres que trazem consigo outras necessidades que não necessariamente estejam ligadas ao HIV.

Diminuir as filas de espera pela consulta de primeira vez oferecendo acesso precoce aos antirretrovirais, garantindo o início rápido do tratamento, diminuindo as complicações e o aparecimento das infecções oportunistas e ainda aumentando a adesão ao tratamento.

Dar à equipe médica subsídios para avaliar as condições clínicas e definir quando e quais drogas antirretrovirais mais apropriadas para cada paciente.

Conhecer o perfil das PVHIV que chegam pela primeira vez ao ambulatório e com isso dar às autoridades em Saúde no Brasil, dados importantes para que sejam criadas ações estratégicas que visem melhorar as condições de acesso destes pacientes às unidades de saúde.

Melhorar os indicadores de morbimortalidade e de qualidade de vida, assegurando, ao paciente uma assistência direcionada para as suas diferentes necessidades.

## 5 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

### 5.1 Cronograma de Elaboração do Projeto de Intervenção

2012	MAR	ABRIL	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT
REVISÃO LITERÁRIA	X	X	X	X	X	X	X	X
DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DO AMBULATÓRIO	X	X						
ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO						X	X	
APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO								X

Fonte: Autora, 2012

### 5.2 Cronograma de Implantação do Plano de Intervenção

2013	JAN/FEV	MAR/OUT	NOV	DEZ
REUNIÕES PARA APRESENTAÇÃO DO PROJETO E SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	X			
TREINAMENTO DA EQUIPE PARA APLICAÇÃO DA ENTREVISTA (QUESTIONÁRIO)	X			
EXECUÇÃO DO PROJETO/APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO		X		
DIGITAÇÃO DOS DADOS			X	
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS RESULTADOS				X

Fonte: Autora, 2012

## **6 ORÇAMENTO ESTIMADO**

Todas as atividades a serem desenvolvidas na presente intervenção serão incorporadas às rotinas do atendimento ambulatorial sem ônus adicionais para o HCP.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a reestruturação da abordagem inicial ao adulto infectado pelo HIV no ambulatório do Hospital Correia Picanço, espera-se conhecer o perfil dos pacientes que chegam pela primeira vez ao ambulatório para proporcionar dados que possam direcionar ações estratégicas que visem melhorar os indicadores de morbimortalidade através de um atendimento interdisciplinar buscando a integralidade da assistência prestada a PVHIV acompanhadas no HCP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACCHETTI, P; MOSS, A. R. **Incubation period of AIDS in San Francisco**. Nature. 1989. Mar, v. 16, n. 338, p. 251–253.

BASTOS, F. I. **Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros**. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6405&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-\\_-aids-no-brasil](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6405&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_-aids-no-brasil)>. Acesso em: 12 de setembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico: Programa Nacional de DST e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação de Pernambuco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2008b. **Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids: Qualiaids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS, **Boletim Epidemiológico**. 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim\\_aids\\_2011\\_final\\_m\\_pdf\\_26659.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf)>. Acesso em: 12 de setembro 2012.

BRITES, Carlos. **A importância de tratar o paciente como um todo**. São Paulo: Elsevier, 2007.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n. 34, p.207-217, 2000.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS: Rio

Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. **Ver. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v.52, n.2, abril. 2006.

DOURADO, Ines et al. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia antiretroviral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 40, p.9-17, 2006.

FURTADO, Juvêncio José Duailibe. Prefácio. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Manual Boas Práticas de Adesão HIV/Aids. **SBI**. Prefácio, São Paulo, 2005. Ano IV, n. 14, p. 5-6, abril/maio/junho, 2006. Disponível em : <<http://www.infectologia.org.br/anexos/Boletim%20SBI%2014.pdf>>. Acesso em: 12 de setembro de 2012.

KERR, L. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras**. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.

MASCOLINI, M. **Half HIV+ in France still coming to care late** – with high death risk. 13th European AIDS Conference, Belgrade, written by Mark Mascolini, Serbia, 12–15 October 2011. Disponível em: <[http://www.natap.org/2011/EACS/EACS\\_07.htm](http://www.natap.org/2011/EACS/EACS_07.htm)>. accessed: 15 October 2012.

MELCHIOR, Regina et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 143-151, 2006.

NEMES, Maria Ines Battistella *et al.* Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl.2, p. S310-S321, 2004.

POLK B.F, Fox R et al. Predictors of the acquired immunodeficiency syndrome developing in a cohort of seropositive homosexual men. **N Eng L Med**, v. 84, n. 15, p 5404-5408, 1987.

PALELLA, F. J. et al. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 43, n. 1, p. 27-32, 2006.

SANDERS, G.D. et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. **N Engl J Med**, n. 352, p. 570-585, 2005.

SZWARCWALD, C. L. et al. **HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil**. *Braz J Infect Dis* [online]. 2008, v.12,

n.3, pp. 167-172. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-86702008000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-86702008000300002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 de setembro 2012  
SZWARCOWALD, C. L. et al. HIV-related risky practices among Brazilian Young men, 2007. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 27, Sup 1, p.S19-S26, 2011.

SZWARCOWALD, C. L. **Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil**. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dados-cientificos-do-projeto-financiado?ident=239-2007>>. Acesso em: 12 de setembro 2012.

UNAIDS . **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**. Together we will end aids. Geneva, 2012 Disponível em:  
<[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718\\_togetherwewillendaids\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718_togetherwewillendaids_en.pdf)>. Acessado em: 12 de setembro 2012.

WHO. **Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011**. Geneva, World Health Organization, 2011. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf)>. acessado em: 10 de setembro 2012.

# **ANEXOS**

## ANEXO A

## Aspectos a Serem Abordados no Atendimento Inicial

Necessidades e informações para o manejo	Aspectos a serem abordados
Reação emocional ao diagnóstico	Avaliar o apoio familiar e social
Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar a data do primeiro exame anti-HIV</li> <li>• Documentação do teste;</li> <li>• Tempo provável de soropositividade;</li> <li>• Situações de risco para infecção;</li> <li>• Presença ou história de doenças oportunistas;</li> <li>• Contagem de CD4+ ou carga viral anterior;</li> <li>• Uso anterior de TARV e eventos adversos prévios;</li> <li>• Compreensão sobre a doença: explicação sobre transmissão, história natural, significado da contagem de CD4, carga viral e TARV.</li> </ul>
Abordagem do risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vida sexual</li> <li>• Utilização de preservativos</li> <li>• História de sífilis e outras DST</li> <li>• Abuso de tabaco, álcool e drogas</li> <li>• Interesse em reduzir os danos à saúde</li> </ul>
História médica atual e passada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História de doença mental</li> <li>• História de tuberculose: PPD, doença e tratamento</li> <li>• Outras doenças ;Hospitalização</li> <li>• Uso de práticas complementares e/ou alternativas</li> </ul>
História reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desejo de ter filhos</li> <li>• Métodos contraceptivos</li> </ul>
História social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir a rede de apoio social (família, amigos, ONG)</li> <li>• Condições de domicílio</li> <li>• Condições de alimentação</li> <li>• Emprego</li> <li>• Aspectos legais</li> </ul>
História familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças cardiovasculares</li> <li>• Dislipidemias</li> <li>• Diabetes</li> </ul>
<p>Prevenção</p> <p>Entre as medidas que devem ser sistematicamente realizadas na atenção aos portadores do HIV estão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhar o paciente para reduzir as situações de risco relacionadas a exposições sexuais e uso de drogas, incluindo práticas orais desprotegidas;</li> <li>• Pesquisar sintomas e tratar DST, reduzindo o risco de reinfecção pelo HIV;</li> <li>• Estimular a avaliação das parcerias sexuais;</li> <li>• Discutir sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, quando pertinente;</li> <li>• Disponibilizar insumos de prevenção (preservativos, gel, seringas e agulhas descartáveis para UDI) e orientar o portador sobre o uso correto dos mesmos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estímulo à adoção de um estilo de vida que inclua atividade física rotineira e alimentação adequada;</li> <li>• Abordar especificamente as medidas de prevenção da transmissão do HIV o mais precocemente possível. Essa abordagem tem o objetivo de prevenir a transmissão do HIV para outras pessoas, evitar a reinfecção e a aquisição de outros agravos, como Sífilis, vírus da hepatite B (HBV) e/ou vírus da hepatite C (HCV);</li> <li>• O médico tem um papel central em auxiliar seus pacientes a reduzir exposições de risco e adotar práticas seguras. A valorização da relação médicopaciente tem papel essencial em todos os aspectos da atenção médica.</li> </ul>

Fonte: Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos infectados pelo HIV, MS, 2008.

**ANEXO B****Exame Físico Recomendado na Abordagem Inicial**

Órgãos e sistemas	Orientações/manifestações associadas
Pele	Pesquisar sinais de dermatite seborréica, foliculite, micose cutânea, molusco contagioso, Sarcoma de Kaposi.
Cabeça e pescoço	Realizar, sempre que possível, fundoscopia quando CD4 < 200 Na orofaringe, pesquisar candidíase oral.
Linfonodos	Pesquisar linfadenopatias
Abdome	Pesquisar hepatomegalia ou esplenomegalia
Neurológico	Pesquisar sinais focais e avaliar estado cognitivo
Genital Anal e perianal	Examinar a região, pesquisando corrimento, úlceras e verrugas (HPV)

Fonte: Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos infectados pelo HIV, MS, 2008.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO A PVHIV NO HOSPITAL CORREIA PICAÑO			
IDENTIFICAÇÃO			
1 - Número do prontuário	2 - Nome		
3 - Data da Entrevista ____/____/____	4 - Data de Nascimento ____/____/____	5 - Idade	6 - Sexo
7 - Nome da Mãe			
8 - Raça (cor da pele auto referida) 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena	9 - Estado Civil 1 Solteiro (a) 2 Casado (a) 3 Separado (a) 4 Viúvo (a) 5 Divorciado	10- Com quem você reside 1 Sozinho 2 Com família 3 Com companheiro (a) 4 Em abrigo ( casa de apoio ) 5 Na rua	11 - Você tem companheiro (a) fixo(a) ? 1 - Sim 2 - Não
II - PROCEDÊNCIA			
12 - Qual a cidade que você mora	13 - Endereço: Rua		
14 - Apto	15-Bloco	16 - Bairro	17 - Estado
18 - CEP	19 - Tel:	20 - Cel:	21 - Tel. Vizinho / Orelhão
22 - Dê um ponto de referência para chegar na sua casa:			
CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DO CHEFE DA FAMÍLIA			
23 - Você é o chefe/responsável pela família 1 - Sim (vai para questão 34) 2 - Não	24 - O chefe da família sabe ler e escrever 1 - Sim 2 - Não 8 - Não sabe informar	25 - Qual foi a última série que o chefe da família estudou e passou de ano? 1. 1 a 9 Série 2. 10 a 12 Série 3. 13 a 19 Série	
26 - Na semana passada, o chefe da família trabalhou em alguma atividade em que recebeu dinheiro ? 1 - Sim 2 - Não 8 - Não sabe informar			
27 - Qual a ocupação do chefe da família ?	28 - O Chefe da família possui outro tipo de rendimento ? 1 - Sim 2 - Não (se sim vá para questão 33)... 8 - Não sabe informar	29 - O chefe da família recebeu no mês passado algum desses rendimentos abaixo 1 - Auxílio doença 2 - Aposentadoria por invalidez 3 - Aposentadoria por tempo de serviço 4 - Loas 5 - Aluguel 6 - Outros 7 - Não 8 - Não sabe informar	
30 - Quanto de dinheiro o chefe da família recebeu no mês passado ?			
R\$:			

HÁBITOS DE VIDA			
<b>31 - Na sua vida inteira, você já tomou pelo menos 8 drinks (Por drink, eu quero dizer meia cerveja, um copo de vinho ou uma dose de destilado (pinga, whisky, etc.) de qualquer tipo de bebida alcoólica)?</b> 1 - Sim 2 - Não (vai para questão 38)	<b>32 - Já houve algum período na sua vida em que em um ano você tomou pelo menos 8 drinks contendo álcool ?</b> 1 - Sim 2 - Não (vai para questão 38)	<b>33 - Durante os últimos 30 dias, você bebeu pelo menos uma dose de alguma bebida alcoólica?</b> 1 - Sim 2 - Não (vai para questão 38)	
<b>34 - Durante os últimos 3 meses, com que frequência você geralmente tomou cerveja, vinho, pinga ou qualquer outro tipo de bebida alcoólica?</b> 1 - Todos os dias 2 - Quase todos os dias 3 - 3 a 4 dias por semana 4 - 1 a 2 dias por semana 5 - 2 a 3 dias por mês 6 - Uma vez por mês 7 - Menos de uma vez por mês		<b>35 - Nos dias em que você bebeu nos últimos 3 meses quantos drinks você geralmente tomou num único dia? Por drink, eu quero dizer: meia cerveja, um copo de vinho ou uma dose de destilado (pinga, whisky, etc.).</b> 9 - Não se aplica	
<b>36 - Você está atualmente em tratamento para um problema com o álcool ?</b> 1 - Sim 2 - Não		<b>37 - A classificação quanto ao uso de bebida alcoólica (preenchido pelos coordenadores):</b> 1 - Abstêmio 2 - Bebedor leve (para homens, o produto da questão 58 pela 59 menor que 21 e para mulheres menor de 14) 3 - Bebedor pesado (para homens, o produto da questão 58 pela 59, maior ou igual a 21 e para mulheres maior ou igual a 14) 4 - Dependente do álcool (Caso tenha respondido sim, na questão 60).	
<b>38 - Você fuma cigarros atualmente ?</b> 1 - Sim 2 - Nunca fumei (vai para questão 43) 3 - Fumou mas parou (vai para questão 40) 4 - Não informado	<b>39- Quantos cigarros você fuma ?</b> 1 - 1 a 10 cigarros (até meio maço) por dia 2 - 11 a 20 cigarros (meio a um maço) por dia 3 - mais de 20 cigarros (mais de um maço) 4 - de um a dez cigarros por semana 5 - não sei		<b>40 - Com que idade começou a fumar?</b>
<b>41 - Há quanto tempo parou de fumar ?</b> 1. Meses 2. Anos 3. Não sabe informar 4. Nunca parou	<b>42 - Até agora, quantos cigarros você acha que fumou durante a sua vida inteira?</b> 1- entre 1 e 100 cigarros até 5 maços) 2 - mais de 100 cigarros (mais de 5 maços) 3 - não sei	<b>43 - Você usa outros derivados do tabaco ?</b> 1 - Sim 2 - Não (pula a questão 45) 3 - Usou mas parou	<b>44 - Qual dos abaixo listados?</b> 1 - cachimbo 2 - charuto 3 - fumo de rolo 4 - cigarro de palha 5 - cigarrilha 6 - rapé
<b>45 - Você já experimentou?</b>			
<b>45.1 - MACONHA</b> 1 - Nunca usei 2 - Fumei alguma vez na vida 3 - Não fumei no último ano 4 - Fumei no último ano	<b>45.2 - COCAÍNA</b> 1 - Nunca usei 2 - Usei alguma vez na vida 3 - Não usei no último ano 4 - Usei no último ano	<b>45.3 - CRACK</b> 1 - Nunca usei (pipei) 2 - Usei alguma vez na vida 3 - Não usei no último ano 4 - Usei no último ano	<b>45.4 - COLA</b> 1 - Nunca usei 2 - Usei alguma vez na vida 3 - Não usei no último ano 4 - Usei no último ano

INFECÇÃO PELO HIV/aids				
<b>46 - Há quanto tempo o você ficou sabendo que está com HIV/aids ?</b>		<b>47 - Você está apresentando algum destes problemas ?</b>		
		<b>47.1 - Diarréia por 30 dias ou mais?</b>	<b>47.2 - Caspa na face e couro cabeludo e/ou problemas de pele ?</b>	<b>47.3 - Sapinho na boca ou cândida ?</b>
		<b>47.4 - Gânglios (lândrias) em pelo menos dois locais do corpo há mais de um mês o</b>		
		1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não
				1 - Sim 2 - Não

<b>48 - Você toma algum remédio (coquetel) para tratar o HIV/aids?</b>  1 – Sim 2 – Não (vai para questão <b>105</b> ) 8 – Não sabe informar (vai para questão <b>105</b> )	<b>49 - Esse é o primeiro esquema do coquetel que você usa?</b>  1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica	<b>50 - De duas semanas para cá você deixou de tomar algum dos comprimidos (remédios) do coquetel?</b>  1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica	<b>51 - Se sim, quantos comprimidos você deixou de tomar?</b>
---	---	--	---

## SINTOMAS

<b>52- Você está tendo tosse?</b>  1 – Sim 2 – Não (vai para questão <b>109</b> ) 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica	<b>53 - Há quanto tempo você está tossindo?</b> 1- Dias 2 – Semanas 3 – Meses 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica	<b>54 - Sua tosse tem catarro?</b>  1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica	<b>55 - Seu catarro tem sangue?</b>  1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica
<b>56 - Você está tendo febre?</b>  1 – Sim 2 – Não (vai para questão <b>58</b> ) 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica	<b>57 - Há quanto tempo Você está tendo febre?</b> 1- Dias 2 – Semanas 3 – Meses 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica	<b>58 - Você sua enquanto está dormindo a ponto de molhar suas roupas?</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica	<b>59 - Você está perdendo peso?</b>  1 – Sim 2 – Não (v/para questão <b>62</b> ) 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica
<b>60 - Há quanto tempo você está perdendo peso?</b>  1- Dias 2 – Semanas 3 – Meses 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica	<b>61 - Quantos quilos Você perdeu?</b>  Kg  8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica		<b>62 - Você está sentindo falta de ar?</b>  1 – Sim 2 – Não (vai para questão <b>64</b> ) 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica
<b>63 - Há quanto tempo Você está sentindo falta de ar?</b> 1- Dias 2 – Semanas 3 – Meses 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica	<b>64 - Você está sentindo fraqueza?</b>  1 – Sim 2 – Não (vai para questão <b>66</b> ) 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica		<b>65 - Há quanto tempo Você está sentindo fraqueza?</b> 1- Dias 2 – Semanas 3 – Meses 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica

## ANTECEDENTES PESSOAIS

<b>66 - Você conhece alguém com tuberculose ?</b>  1 – Sim 2 – Não (vai para questão <b>69</b> ) 8 – Não sabe informar	<b>67 - Quando esta pessoa esteve doente ?</b> 1. Dias 2. Meses 3. Anos 8. Não sabe informar 9. Não se aplica	<b>68 - Você e a pessoa com tuberculose dormiam na mesma casa ?</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica
<b>69 - Você já realizou teste para tuberculose no braço (teste de Mantoux) ?</b> 1 – Sim 2 – Não (vai para questão <b>71</b> ) 8 – Não sabe informar	<b>70 - Se sim, você sabe informar o resultado ?</b> 1- Positivo 2 – Negativo 8 – Não sabe informar	<b>71 - O seu médico alguma vez passou remédio para PREVENIR a tuberculose ?</b> 1 – Sim 2 – Não (vai para questão <b>73</b> ) 8 – Não sabe informar (vai para questão <b>73</b> )
<b>72- Você tomou o remédio durante todo o tempo que o médico disse para tomar ?</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica	<b>73 - Você já se TRATOU para tuberculose alguma vez na sua vida ?</b> 1 – Sim 2 – Não (vai para questão <b>76</b> ) 8 – Não sabe informar (vai para questão <b>76</b> )	<b>74- Há quanto tempo você teve a doença ?</b> 1. Dias 2. Meses 3. Anos 8. Não sabe informar 9. Não se aplica

<b>75 - Você tomou os remédios para tratar a tuberculose durante o período que o médico disse para o sr (a) tomar ?</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar 9 – Não se aplica		<b>76 - Você foi informado por profissional de saúde que tem diabete mellitus (açúcar no sangue) ?</b> 1 – Sim 2 – Não (vai para questão 79) 8 – Não sabe informar ( vai para questão 79)		<b>77 - Há quanto tempo você soube que tem diabetes mellitus ?</b> 1.Dias 2. Meses 3. Anos 8. Não sabe informar 9. Não se aplica	
				<b>78 - Você faz uso de alguma medicação para diabetes?</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar	
<b>79 - Você está tomando alguns destes remédios?</b>					
<b>79.1 - Insulina</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar		<b>79.2 - Metformina</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar		<b>79.3 – Atenolol</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar	
<b>79.4 - Propranolol</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar		<b>79.5 - Hidroclorotiazida</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar		<b>79.6 - Estatina (Pravastatina; atorvastatina; sinvastatina)</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar	
				<b>79.7 – Ainticonvulsivante nos últimos 30 dias (Fenobarbital / Hidantal / Carbanazepina / Ácido Valproico)</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar	
<b>80 - Você soube por algum profissional de saúde que tem alguma dessas doenças?</b>					
<b>80.1 - Câncer ou linfoma</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar		<b>80.2 - Doença crônica do fígado ou cirrose</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar		<b>80.3 - Lipodistrofia familiar ou hereditária</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar	
<b>81- Você foi informado por algum profissional de saúde que tem pressão alta?</b> 1 – Sim 2 – Não (vai para questão 83) 8 – Não sabe informar (vai para questão 83)		<b>82 - Você faz uso de alguma medicação para pressão alta?</b> 1 – Sim 2 – Não 3 – Já fez mas parou		<b>83 - Você tem insuficiência renal crônica</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar	
<b>84 - Você foi informado por profissional de saúde que tem gordura (colesterol ou triglicerídeos) aumentada no sangue?</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar		<b>85 - Qual o tipo de gordura você foi informado(a) que está aumentada?</b> 1 – Colesterol 2 – Triglicerídeos 3 – Colesterol e Triglicerídeos 8 – Não sabe informar		<b>86- Você faz uso de alguma medicação para baixar o triglicerídeo no sangue?</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar	
<b>87 - Você já teve infarto do coração?</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar		<b>88 - Se sim, há quanto tempo você teve infarto do coração ?</b>		<b>89 - Você já fez alguma cirurgia no coração (ponte de safena, colocação de stent)?</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe informar	
<b>90- Você já teve derrame cerebral?</b> 1 – Sim 2 – Não 8 – Não sabe		<b>91 - Se sim, há quanto tempo você teve derrame cerebral?</b>		<b>92 - Na sua vida adulta qual foi o menor peso que o senhor teve?</b>	

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS**

<b>93 - Peso:</b>  <b>Kg</b>		<b>94 - Altura:</b>  <b>cm</b>		<b>95 – IMC:</b>  <b>,</b>	
<b>96 - Circunferência abdominal::</b>  <b>,</b> <b>cm</b>		<b>97 - Quadril:</b>  <b>,</b> <b>cm</b>		<b>98 - Circunferência braquial</b>  <b>,</b>	
<b>99 - Prega cutânea tricípital:</b>  <b>cm</b>		<b>100 - Pressão Arterial Inicial</b>  <b>X</b>			