



UNIVERSIDADE UNIATENEU
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ELIZANGELA PAULINO MACHADO

JESUS CINTIA CARNEIRO

LUANA VIANA MENDES

MARIA ROSELY SOUSA GOMES

TAYARA GOMES DOS SANTOS

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES COM TUBERCULOSE
DIAGNOSTICADOS SOROPOSITIVOS**

FORTALEZA
2018

ELIZANGELA PAULINO MACHADO

JESUS CINTIA CARNEIRO

LUANA VIANA MENDES

MARIA ROSELY SOUSA GOMES

TAYARA GOMES DOS SANTOS

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES COM TUBERCULOSE
DIAGNOSTICADOS SOROPOSITIVOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Ateneu, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Enfermagem.

Orientador: Profa. Ms. Lara Leite de Oliveira.

FORTALEZA

2018

M149a Machado, Elizangela Paulino.

Análise epidemiológica de adolescentes com tuberculose diagnosticados soropositivos. / Jesus Cintia Carneiro, Luana Viana Mendes, Maria Rosely Sousa Gomes, Tayara Gomes dos Santos. -- Fortaleza: UNIATENEU, 2018.
28 f.

Orientadora: Profa. Ms. Lara Leite de Oliveira.

Artigo (Graduação em Enfermagem) – UNIATENEU, 2018.

1.Infecções por HIV. 2.Epidemiologia. 3.Saúde do adolescente. 4.Tuberculose.
I.Carneiro, Jesus Cintia. II.Mendes, Luana Viana. III.Gomes, Maria Rosely Sousa.
IV.Santos, Tayara Gomes dos. V.Título.

CDD 614.4

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES COM TUBERCULOSE DIAGNOSTICADOS SOROPOSITIVOS

(*EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF ADOLESCENTS WITH TUBERCULOSIS
DIAGNOSTICATED SOROPOSITIVES*)

ElizangelaPaulino Machado¹
Jesus Cintia Carneiro²
Luana Viana Mendes³
Maria Rosely Sousa Gomes⁴
Tayara Gomes dos Santos⁵
Lara Leite de Oliveira⁶

RESUMO

Introdução: Entende-se que os adolescentes tem importante papel junto ao amadurecimento biológico, bem como suas manifestações sexuais vividas, podendo representar riscos à saúde de tais adolescentes, do ponto de vista das infecções adquiridas, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) Embora algumas mídias façam campanhas para o uso de preservativo, a sua erotização e as liberações dos costumes influenciam bastante no início de uma vida sexual cada vez mais precoce. Por isso, o presente estudo analisa o perfil epidemiológico de adolescentes diagnosticados com tuberculose e HIV, na faixa etária entre 10 a 19 anos, no estado do Ceará.

Objetivo: Analisar a incidência de casos notificados de adolescentes com tuberculose e que também são acometidos com HIV positivo, visando conhecer o perfil sócio econômico desses adolescentes. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa do tipo documental, transversal e com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada na plataforma DATASUS, no período de agosto a outubro de 2018. **Resultados e discussão:** Observou-se que no período de 2001 a 2002 foram registrados 3 casos; já entre 2004 a 2006 ocorreu uma redução significativa nos casos notificados; nos anos seguintes houve uma oscilação, sendo a ocorrência máxima de 12 casos no ano de 2014; em 2015 foram registrados 5 casos; em 2016 foram registrados 8 casos, e em 2017 esse número volta a cair para 7 casos. **Conclusão:** De modo geral podemos perceber que os números são crescentes, embora haja ampla circulação de informações, até mesmo em campanhas nas redes sociais e vários outros informativos, a cada dia os jovens estão mais suscetíveis à infecção pelo HIV. Vale ressaltar que os profissionais da enfermagem buscam estratégias para melhorar a orientação desses jovens. A partir dos dados coletados conclui-se que é necessário dar uma atenção maior para esse problema que existe não apenas no Ceará, mas em todo o mundo.

Palavras-chaves: Infecções por HIV. Epidemiologia. Saúde do Adolescente. Tuberculose.

ABSTRACT

Introduction: It is understood that adolescents play an important role in biological maturation, as well as their sexual manifestations, and may represent a risk to the health of such adolescents from the point of view of acquired infections, such as the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Although some media campaigns for condom use, their eroticization and the release of customs greatly influence the onset of an increasingly precocious sex life. Therefore, the present study analyzes the epidemiological profile of adolescents diagnosed with tuberculosis and HIV, aged 10 to 19 years, in the state of Ceará. **Objective:** To analyze the incidence of reported cases of adolescents with tuberculosis and who are also affected with HIV positive, in order to know the socioeconomic profile of these adolescents. **Methodology:** This is a research of the document type, transversal and with a quantitative approach. Data collection was performed on the DATASUS platform, from August to October 2018. **Results and discussions:** It was observed that in the period from 2001 to 2002, 3 cases were recorded; already between 2004 and 2006 there was a significant reduction in reported cases; in the following years there was an oscillation, with a maximum occurrence of 12 cases in 2014; in 2015, 5 cases were recorded; in 2016 were registered 8 cases, and in 2017 this number falls again to 7 cases. **Conclusion:** In general we can see that the numbers are increasing, although there is a wide circulation of information, even in campaigns in social networks and several other informative, every day young people are more susceptible to HIV infection. It is worth emphasizing that nursing professionals are looking for strategies to improve the orientation of these young people. From the collected data it is concluded that it is necessary to give greater attention to this problem that exists not only in Ceará but throughout the world.

Keywords: HIV infections. Epidemiology. Adolescent Health. Tuberculosis.

¹Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Uniateneu. E-mail: elizangela.machado2011@hotmail.com

²Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Uniateneu. E-mail: cintia_carneiro2009@hotmail.com

³Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Uniateneu. E-mail: luanavianamendes@gmail.com

⁴Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Uniateneu. E-mail: roselyg612@live.com

⁵Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Uniateneu. E-mail: tayaragomes@hotmail.com

⁶Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Uniateneu. E-mail: lara.oliveira@fate.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A adolescência, que vai de 10 – 19 anos (OMS), é um período caracterizado por mudanças no crescimento e desenvolvimento, transformações anatômicas, fisiológicas e sociais. Essas mudanças são fator potencial no processo de formação do adolescente, pois a sexualidade passa a ocupar espaço, havendo o início da vida sexual sem que muitos tenham orientação sobre os riscos que correm em uma relação sexual desprotegida (COSTA, 2017). A adolescência, nos últimos anos, tem apresentado uma grande vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis (IST's). Mais de 25% dos casos de infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ocorrem em jovens com menos de 25 anos (COSTA, 2017).

O papel desempenhado pelo adolescente junto ao amadurecimento biológico e as manifestações sexuais vividas por adolescentes pode representar riscos à saúde do ponto de vista das infecções como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Embora algumas mídias façam campanhas para o uso de preservativo, a sua erotização e as liberações dos costumes influenciam bastante no início de uma vida sexual cada vez mais precoce (CABRAL, 2015).

O HIV é caracterizado como retrovírus que afeta os linfócitos T do sistema imunológico. A origem do vírus ainda é desconhecida, embora alguns relatos apontem para o surgimento na África Central como resultado de uma mutação juntamente com outros vírus não patológicos descendo por vista indireta e identificada no macaco (ROVERATTE, 2014).

O indivíduo infectado pelo HIV não apresenta de imediato manifestações clínicas. O agente viral pode ficar no organismo do mesmo em um período de incubação que varia de 3 a 6 semanas. Essa é uma fase onde o vírus não provoca sintomas claros, quando aparecem são poucos, não apresentam perigos e desaparecem rapidamente. Os indivíduos que não apresentam sintomas clínicos ou apresentam sintomas pouco específicos são denominados soro positivo. Essa é uma fase que antecede a AIDS. A AIDS é uma fase na qual começam a surgir sintomas clínicos mostrando de maneira mais clara a infecção pelo HIV (ROVERATTE, 2014).

Existem dois tipos de HIV; HIV 1 e HIV 2. Qualquer uma dessas infecções pode evoluir para AIDS. O HIV tem pouco tempo de vida fora do corpo humano, em contato com o ar, ele morre rapidamente. A infecção é transmitida pelo contato sexual sem uso do preservativo, por via sanguínea, seja pelo compartilhamento de objetos perfuro cortantes contaminados como agulhas, mais raramente por transfusões sanguíneas ou hemocomponentes contaminados. A infecção não pode ser transmitida por mosquitos, insetos, suor, talheres, pratos, copos ou outros objetos que sejam utilizados pelo indivíduo

infectado. Outras formas de transmissão são a transplacentária, ou seja, intrauterina. A gestante portadora do HIV infecta o bebê durante a gestação através da placenta ou durante o parto vaginal, pois o bebê entra em contato com o sangue contaminado da mãe e também pela amamentação o bebê pode ser infectado pelo vírus (FIOCRUZ, 2017).

No Brasil, existem muitas políticas voltadas à prevenção e tratamento do HIV, programas de orientações, campanhas de educação em saúde, entre outros programas, com o objetivo voltado ao tratamento e controle da doença. Nos últimos anos, destacaram - se muitos processos em função do tratamento, com a distribuição gratuita de medicamentos e tratamentos das doenças oportunistas, realizações de exames laboratoriais e testes rápidos com acompanhamento clínico. Os profissionais estão a cada dia mais capacitados para oferecer a atenção necessária aos pacientes. Já existem laboratórios criados para acompanhamento de resistência a medicação e principalmente a disponibilidade referente aos custos, priorizando o nosso país em desenvolvimento, essas políticas tem diminuindo a mortalidade e a incidência da infecção pelo vírus do HIV (BRASIL, 2017).

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes, na adolescência é comum a não aceitação do tratamento e, com isso, é necessário o apoio psicológico para ele e para a família que é de extrema importância na adesão ao tratamento de quem convive com HIV. Sendo assim, deve ser feito um trabalho multiprofissional capacitado para acolher o adolescente e sua família, para que possam estabelecer uma relação de confiança e sensibilidade. É necessário trabalhar cada situação encontrada de forma integral e individualizada (BRASIL, 2017).

Segundo CSORDAS, na adolescência ocorrem várias alterações físicas e emocionais, as quais se relacionam à cultura, às relações sociais, à religião e às questões de gênero. A descoberta de uma patologia crônica como o HIV nessa fase da vida causa uma vulnerabilidade significativa para a pessoa, favorecendo para a baixa estima, depressão, ansiedade, afastamento do meio social e conflitos familiares, aumentando cada vez mais a possibilidade da não adesão ao tratamento. O apoio familiar ao adolescente HIV positivo é o fator primordial para o tratamento desse jovem. O diagnóstico deve ser revelado o mais precocemente possível para conscientiza-lo a respeito do tratamento, das possibilidades de ter uma boa qualidade de vida e adquirir bem-estar psicossocial. Não revelar o diagnóstico da doença ao adolescente adia o conhecimento sobre a patologia, prejudica a autonomia do mesmo, e dificulta um tratamento eficaz.

Vários jovens são contaminados pelo HIV no Brasil. Em pesquisa entre os jovens infectados de 1980 a 2015 foram notificados 3.103 casos entre pessoas que estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos; 15.492, no grupo de 15 a 19 anos (DA SILVA AMARAL, 2018).

Segundo a Organização das Nações Unidas no Brasil (ONUBR), em média 29 adolescentes entre 15 e 19 anos são infectados pelo vírus HIV a cada hora. Sendo as mulheres mais vulneráveis de acordo com a organização das Nações Unidas (ONU). As adolescentes representam cerca de 65% das novas infecções em adolescentes em todo o mundo (ONUBR, 2016).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de AIDS e IST's, no Brasil, foi observado que, a partir de 2006, houve um aumento no diagnóstico de HIV em jovens com faixa etária entre 13 a 19 anos de idade do sexo masculino. Em 2006, a razão dos sexos era de 7 casos em homens para cada 10 casos em mulheres e em 2016 passou para 16 casos em homens para cada 10 casos em mulheres (BRASIL, 2017).

Nos últimos 10 anos, observou-se um aumento na taxa de detecção do HIV entre os jovens com idade entre 15 a 19 anos. Em 2006, a taxa de detecção do HIV em cada 100.000 habitantes em adolescentes do sexo masculino era de 2,4 casos e no sexo feminino era de 3,6 casos. Em 2016, a taxa passou para 6,7 casos em homens e em mulheres 4,1 casos/100.00 habitantes, foi um aumento de 13,9% nos casos comparando os anos de 2006 a 2016 (BRASIL, 2017).

Atualmente, os adolescentes estão com a vida sexual muito ativa e eles não procuram uma forma de prevenção na relação sexual. Devido a isso, houve um aumento dos casos de adolescentes com HIV no Brasil e em ambos os sexos. É uma situação preocupante, pois mesmo com tantas informações e facilidades em adquirir preservativos muitas pessoas continuam sendo infectadas pelo vírus HIV (BRASIL, 2017).

A tuberculose (TB), embora seja uma doença cuja cura foi viabilizada há décadas, ainda é reconhecida como um problema de saúde pública atual e persistente. Ligada à pobreza, má distribuição de renda e baixa qualidade nas condições de vida da população, a TB leva a óbito cerca de seis mil pessoas ao ano no Brasil, e é agravada pelo aumento do número de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (MAGNABOSCO, 2016).

Considera-se que a infecção pelo HIV é um dos mais importantes fatores de risco conhecidos para TB, de modo que as pessoas que vivem com HIV/AIDS estão 21 a 34 vezes mais propensas a desenvolver TB ativa quando comparadas à população geral. No Brasil, a TB ativa em PVHA é a condição de maior impacto na mortalidade por AIDS e por TB. Em

2011, entre os casos de TB notificados no SINAN (71 mil), cerca de 10% apresentavam coinfeção TB/HIV, sendo 6% a taxa de letalidade relacionada à sobreposição de ambas as infecções (MAGNABOSCO, 2016).

Dessa forma, faz-se o seguinte questionamento: Qual a incidência de tuberculose em adolescentes diagnosticados com HIV no estado do Ceará?

Este trabalho de pesquisa visa buscar informações sobre o índice de casos de HIV/AIDS em adolescentes, pois estes se mostram um público com grande vulnerabilidade e, em sua grande maioria, não possui uma educação em saúde sobre sexualidade referente aos riscos de uma relação sexual desprotegida. Com isso, é preciso saber o que está acontecendo, para que possamos atuar da melhor maneira possível, para tentar fazer com que os adolescentes evitem a atividade sexual desprotegida.

Esse trabalho tem o interesse de avaliar os números de casos notificados de adolescentes com tuberculose diagnosticados com HIV, e mostrar para as escolas, familiares e unidades de saúde a importância dos cuidados com adolescentes e sua sexualidade; mostrar como é grande o número de adolescentes infectados pelo HIV e a importância do conhecimento desses dados, para que possam se prevenir. É importante ressaltar que a notificação dos casos é de grande serventia para pesquisas e futuras intervenções.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar o perfil epidemiológico de adolescentes com tuberculose diagnosticados soropositivos no período de 2001 – 2017 no estado do Ceará.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA. Adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, apresentaram sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystiscariniie* comprometimento do sistema imune. A partir daí, chegaram à conclusão de que se tratava de uma nova doença, que ainda não era classificada, e de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível. Essa doença é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A infecção provoca destruição do sistema imune, principalmente pela eliminação de linfócitos CD4. Com a diminuição, algumas infecções oportunistas e certos tipos de câncer podem surgir. Essas infecções são causadas por organismos que não causam infecções em indivíduos saudáveis (MACIEL, 2014).

O vírus do HIV é invólucro, sendo que existem 2 tipos; o HIV 1 e o HIV 2, que são agentes causadores da AIDS. Este vírus é uma partícula esférica composta por material genético, proteína e enzimas, ele entra no organismo através do contato direto do vírus presente em materiais contaminados como mucosas, porta de entrada da pele, introduzido por materiais perfuro-cortantes. Em sua maioria a infecção é causada por um único vírus (MATOS, 2012).

Com a disseminação do HIV ficou evidente o grave problema de saúde pública, de proporções pandêmicas, que esta infecção significava. O resultado da mistura explosiva das duas pragas foi um brutal incremento na incidência de tuberculose doença. Aproximadamente 8 milhões de pessoas em todo o mundo são coinfectadas pelo HIV e pela tuberculose. No Brasil, 8% dos pacientes com tuberculose também têm AIDS. Cerca de 50% das pessoas com as duas infecções irão desenvolver a tuberculose clínica, que está associada com uma menor sobrevida dos portadores de AIDS. As taxas de reativação podem ser até 20 vezes maiores do que em pessoas sem o HIV (Pedro Ernesto, 2006).

Assim que o organismo reconhece o agente invasor, várias células de defesa são enviadas para o local da invasão. As células de defesa que "engolem" o vírus para metabolizá-lo começam a tentar exercer sua função defensora e acabam por inserir ainda mais o agente infeccioso dentro do sistema imune. Com a chegada de mais células tentando combatê-lo, a replicação viral é aumentada. Como o vírus não consegue se replicar (multiplicar) sozinho, ele pega carona na célula do hospedeiro, entrando como um espião e fazendo com que a célula do hospedeiro trabalhe para fazer novos vírus (FREITAS, 2017).

O HIV e a AIDS são completamente diferentes. A AIDS é a doença causada pelo vírus do HIV. A doença se desenvolve lentamente no organismo e os seus sintomas se assemelham muito aos de uma gripe. Só depois de muitos anos, depois de ter destruído a maior parte das células de defesa, é que o sistema imunológico começa a dar sinais de fraqueza, e denuncia que há algo errado. O vírus usa um processo chamado transcriptase reversa para transformar o seu RNA em DNA e usa a estrutura das células para se multiplicar dentro do organismo. Quando ele mistura o seu material genético ao DNA das nossas células, elas passam a não exercer seu papel de defesa e a imunidade passa a ser baixa, então aparecem as doenças oportunistas (BOTELHO, 2018).

Embora ainda não exista cura para o vírus do HIV, as novas tecnologias de pesquisas, o avanço na medicina, atualmente mostraram que com o tratamento feito adequadamente, a qualidade de vida de pessoas soropositivas aumentou de modo significativo. O maior problema enfrentado, e mais difícil de ser resolvido são as questões morais e os

preconceitos. Lidar com um novo estilo de vida não é fácil. As mudanças dos hábitos vão desde a obrigação de tomar a medicação pelo resto da vida até novo comportamento e os novos compromissos a serem seguidos. Mas, o mais complicado ainda é a convivência com o estigma e o preconceito que fazem uma reviravolta no estilo de vida e principalmente nos projetos de vida (AGOSTINI, 2017).

Nos últimos anos, com o aumento da liberdade sexual e o aparecimento do HIV/AIDS, entre outras doenças, os adolescentes passaram a ser estudo de vários autores de uma maneira global, pois é na adolescência que se incorpora a ideia de que o adolescente é construtor de seus processos de vida pessoal e coletivo, e isso lhe confere autonomia e responsabilidades sociais (PERINI, 2010).

Na fase da adolescência, vários elementos se entrecruzam como as transformações no corpo, o desejo sexual, o autoconceito, a escolha de um parceiro, de uma profissão, e as exigências sociais e culturais. O HIV/AIDS entre os jovens cria uma barreira para a formação da identidade, pois de um modo geral os adolescentes se deparam com um diagnóstico e tem que conviver com essa doença que, além de crônica, é permeada por preconceito, medo e incertezas quanto ao futuro.

Segundo a revista Paulista de Pediatria em um trabalho qualitativo de pesquisa, identificaram que a principal dificuldade relatada pelos jovens soropositivos é a revelação diagnóstica a terceiros, os seus relacionamentos pessoais, a adesão da responsabilidade do tratamento e o peso psicológico de aceitar que vai viver com uma doença crônica (GALANO, 2015).

O atraso na revelação do diagnóstico é um fator que pode ocasionar diversas dificuldades na vida de adolescentes soropositivos. Por muitas vezes os pais preferem adiar a revelação do diagnóstico por uma questão de superproteção ou medo da reação do filho e da sociedade, pois infelizmente o preconceito ainda é bastante evidente em relação ao HIV e muitos pais preferem adiar esse diagnóstico para poupar situações constrangedoras a seu filho. No entanto, isso dificulta de modo geral a vida desse adolescente. A revelação tardia pode ocasionar dificuldades para aderir ao tratamento, aumento das chances da não aceitação da doença, o risco de depressão e isolamento por medo das reações dos amigos, familiares e da sociedade. De modo geral, é necessária a revelação o mais precocemente possível, para que o fator psicológico possa ser trabalhado, e haver adaptação à nova realidade.

Com o avanço da terapia retroviral houve um aumento significativamente da sobrevida dos pacientes soropositivos. O ponto chave para determinar qual vai ser a reação do paciente referente à doença é a revelação do diagnóstico, pois é um marco na vida dos

jovens soropositivos, é o ponto de partida para um reposicionamento na vida dessas pessoas. A partir desse momento o adolescente vai preparar-se para sua nova realidade, seu novo estilo de vida.

Atualmente, as carências de conhecimentos entre os jovens em relação ao HIV e a falta de informações estão relacionadas a diversos fatores como a precariedade na educação, na saúde, a ausência de estímulos para o aprendizado em relação à doença, a forma de como é transmitida as informações relacionadas ao HIV. Tais fatores prejudicam o conhecimento dos jovens em relação à patologia abordada (OLIVEIRA, 2017).

Segundo Pedrosa (2014), o Ceará é uma das regiões que possuem um nível elevado nos casos de HIV/AIDS, destacando o número de casos em adolescentes entre 15 e 24 anos que chega a 0,9% dos casos em homens para cada mulher infectada pelo HIV/AIDS. O não uso de preservativo é o fator primordial para o contágio do HIV/AIDS. Foi verificado que os jovens não usam preservativos nas relações sexuais como forma de proteção à sua saúde e seu bem-estar, o que agrava os índices de adolescentes infectados pelo vírus da imunodeficiência (HIV).

As pessoas mesmo possuindo conhecimento sobre o HIV/AIDS, mesmo sabendo o quanto é arriscado o sexo desprotegido, ainda não se protegem. Em 2015 houve um aumento acentuado nos casos de HIV/AIDS entre pessoas com faixa etária entre 15 a 19 anos de idade. As condições socioeconômicas desfavoráveis são critérios de maior vulnerabilidade a infecção pelo HIV/AIDS. A concentração de casos de AIDS no Brasil está presente em regiões de maior pobreza. Muitas políticas públicas são abordadas em relação a essa patologia, mas apesar de tantas campanhas de alerta de epidemias para controlar e diminuir as taxas de incidência do vírus, grande parte da população não consegue enxergar a doença como algo preocupante (OLIVEIRA, 2018).

Uma crescente taxa de incidência entre jovens de 13 a 19 anos com AIDS é evidente no Brasil. O baixo nível socioeconômico e atraso escolar são alguns critérios que predis põem esses jovens à vulnerabilidade da exposição do vírus HIV/AIDS. A principal via de transmissão do HIV é a sexual, os jovens não costumam usar preservativo nas relações sexuais. Em relação à sexualidade, 75% dos casos de HIV/AIDS são em homossexuais e 25% em heterossexuais (TAQUETTE, 2017).

A fase da adolescência é bastante vulnerável a infecção pelo HIV, vários fatores são detectados, os biológicos, psíquicos, sociais e econômicos. O HIV/AIDS são umas das principais causas de mortalidade entre os jovens com faixa etária entre 10 e 24 anos no mundo, podendo ser infectados já nas primeiras relações sexuais por se tratarem de jovens

desinformados, psicologicamente despreparados ou precocemente iniciados na vida sexual. A prevalência de infecção pelo HIV entre jovens de 17 a 20 anos passou de 0,09% para 0,12%. O grau de escolaridade desses jovens está relacionado a essa prevalência. Outros fatores que predisõem os adolescentes à infecção pelo vírus do HIV são as mudanças biopsicossociais como as influências psicológicas e sociais; a necessidade de experimentar coisas novas como o álcool e outras drogas. O uso de aplicativos de relacionamento tem sido atualmente um facilitador a infecção do HIV/ AIDS em jovens e adolescentes (BOTELHO, 2017).

A epidemia do HIV/AIDS surgiu em uma época em que as autoridades sanitárias mundiais supunham que as doenças infecciosas estavam controladas, em função das tecnologias e do saber médico moderno. A pandemia suscitou comportamentos e respostas coletivas, nos quais estão inseridas as estratégias políticas oficiais em seus diversos contextos. No Brasil - como um problema de saúde que evoluiu demonstrando contradições sociais, econômicas e culturais - o HIV/AIDS constitui-se em uma temática bastante relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública (VILLARINO, 2013).

Fonseca (2005) mostra a complexidade e o dinamismo da epidemia do HIV/AIDS no Brasil e no mundo, salientando as grandes mudanças epidemiológicas ao longo dos primeiros 20 anos, bem como a evolução das respostas sociais e políticas. Assim, a análise da elaboração das respostas políticas à epidemia do HIV/AIDS no Brasil constitui um espaço importante, abrangente e necessário de investigação (FONSECA, 2005).

Diversos estudos apontam diferentes momentos na história do HIV/AIDS no Brasil, as quais se cruzaram de inúmeras formas com a história mais ampla da vida política no país. A primeira fase data do início da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos de AIDS no país. Caracterizou-se pela omissão das autoridades governamentais, em especial no plano federal, acompanhada de uma onda de medo, estigma e discriminação. Na falta de liderança nacional, as respostas à epidemia tenderam a surgir das comunidades afetadas e de setores progressistas, levando à formação das primeiras organizações não governamentais (VILLARINHO, 2013).

Diante do exposto, e com o intuito de contribuir com o reconhecimento e fomentar o debate em torno das políticas públicas de saúde e de sua influência à atenção a saúde das pessoas com HIV/AIDS, o presente estudo tem como objetivo identificar as principais políticas públicas para o HIV/AIDS, no cenário brasileiro, a partir da década de 1980, dado ao surgimento da epidemia, assim como refletir sobre seu impacto na assistência às pessoas que convivem com HIV/AIDS (VIEIRA, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo documental, transversal e com abordagem quantitativa.

Pesquisa documental é realizada em fontes como tabelas estatísticas, cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais de qualquer natureza – pintura, escultura, desenho, notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos (POLIT, BECK, 2011).

O estudo transversal é o estudo em que a exposição e a doença são determinadas simultaneamente. Não é possível distinguir a temporalidade dos eventos. São úteis para sugerir a presença de associação (podem gerar hipótese e não testar essa hipótese) (ARAGÃO, 2011).

A pesquisa quantitativa é muito comum no mercado, pois prioriza os resultados numéricos dos estudos propostos para avaliar os comportamentos e opiniões dos indivíduos de um determinado grupo ou população (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; SOUSA, 2010).

4.2 Período e Local do estudo

A pesquisa foi realizada na plataforma DATASUS (Departamento de informática do SUS). No período de agosto a outubro de 2018.

4.3 População e Amostra

A população desta pesquisa foi de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos de idade que foram notificados com o vírus HIV diagnosticados com tuberculose de 2001 a 2017. Assim, a amostra do estudo foi no total de 85 casos notificados, pois foram coletadas todas as fichas de notificação compulsória dos últimos 17 anos.

4.4 Coleta de dados

A pesquisa foi realizada na plataforma DATASUS, onde foram avaliadas as notificações dos adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos com tuberculose diagnosticados soropositivos, notificados entre o período de 2001 a 2017, foram coletados dados referentes à escolaridade, raça, sexo, se faziam uso de álcool ou outras drogas ilícitas.

Foram incluídos na pesquisa adolescentes na faixa etária entre 10 a 19 anos, de ambos os sexos com tuberculose, diagnosticados soropositivo. Como critério de exclusão, não foram tomados em consideração os documentos que possuíam rasuras, dados ilegíveis, e indivíduos que estiverem fora dessa faixa etária. Não foram divulgadas informações pessoais (nome, idade, endereço, etc.) dos pacientes. Visto que há o compromisso de sigilo, o presente trabalho garante a preservação da identidade e das informações dos pacientes. Propõe a definição de indicadores para avaliar e monitorar fatores determinantes para a proliferação da doença.

4.5 Análise de dados

Os dados foram apresentados em versão 24 e analisados no programa Stata Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Programa que fornecerá as frequências absolutas e relativas, média e mediana das variáveis quantitativas. Os dados estudados serão expostos através de gráficos e tabelas.

4.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos observados conforme a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõem diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos.

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

O presente estudo dispensou envio ao comitê de ética, pois os dados foram coletados de uma plataforma online, DATASUS (Departamento de informática do SUS).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

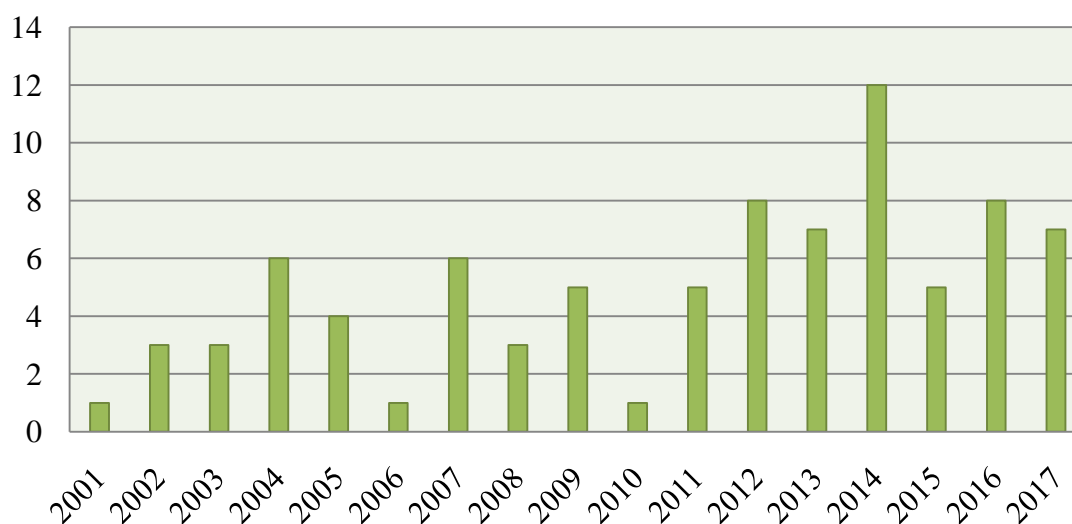
O presente estudo tratou da incidência de adolescente soropositivo diagnosticados com tuberculose no estado do Ceará. Isso é fundamental para uma reorganização do planejamento em saúde, voltado para prevenção e promoção da saúde de adolescentes e crianças da região.

Assim, a figura a seguir apresenta a incidência de adolescente soropositivo diagnosticados com tuberculose da região em 17 anos de acompanhamento epidemiológico pela Secretaria de Saúde do estado.

Gráfico 1 – Incidência de adolescente soropositivo diagnosticados com tuberculose no estado do Ceará de 2001 a 2017. Plataforma DATASUS, 2018. N = 85.

Foram notificados no DATASUS 85 casos de adolescentes infectados pelo HIV diagnosticados com tuberculose no estado do Ceará, no período de 2001 a 2017. Observamos entre 2001 e 2002 foram registrados 3 casos, em 2003 e 2004 analisamos um aumento no número de 3 casos notificados passou para 6 casos, já entre os anos de 2004 a 2006 teve uma redução significativa nos casos notificados, já nos anos seguintes existiu uma oscilação dos casos notificados, a máxima chega a 12 casos no ano de 2014, já nos anos de 2015 foram registrados 5 casos, em 2016, 8 casos, e em 2017 esse número volta a cair para 7 casos.

Nº de casos de adolescentes soropositivos com diagnóstico de tuberculose



DATASUS, 2018.

Fonte:

Vale ressaltar que o este número pode ser bem maior. Neste mesmo período 343 ainda estão com teste em andamento e 3.619 que tem tuberculose, mas não realizou o teste de HIV, então este número ainda alarmante.

Como mostra o gráfico 1, identifica-se uma variação quanto ao número de adolescentes soropositivo diagnosticados com tuberculose entre 2001 e 2017. Mesmo com essas variações o número de adolescentes infectados é sempre presente, gerando preocupação quanto às medidas realizadas para tratamentos desses adolescentes, redução do número de notificações e o risco da transmissão vertical, visando à redução do mesmo.

De acordo com estudo realizado para elaboração deste trabalho, no período de 2001 a 2017, o número casos teve períodos de crescimento, o que corrobora com os dados obtidos nesse estudo, apresentando assim uma possível falha na atenção primária. Entretanto, esse crescimento também se apresenta positivo quanto às notificações dos casos serem realizados.

A utilização das fichas de notificações oferecidas pelo SINAN e DATASUS tem sido uma ferramenta útil para avaliar uma base estimada sobre a real prevalência da coinfeção da TB relacionada ao HIV, uma vez que a subnotificação destas doenças podem ser um limitador da estimativa de coinfeção. Em alguns estudos, calculando-se a ficha de notificação da coinfeção pelas duas bases de dados separadamente, a prevalência da coinfeção TB/HIV foi inicialmente de 6,7% entre 30.680 notificados pelo SINAN TB E 13,7% entre os 6.753 notificados no SINAN AIDS (BRASIL, 2015).

Em 2016, a Secretaria de Saúde do DF notificou 617 novos casos de HIV diagnosticados, além de 319 registros de pessoas vivendo com AIDS. Hoje, o governo do DF fornece antirretrovirais – os coquetéis de enfrentamento ao HIV – cerca de 13,6 mil pessoas (BRASIL, 2016).

Conforme a tabela 1 observa-se que grande parte dos adolescentes notificados no estado do Ceará com HIV, diagnosticados com tuberculose, possuíam ensino fundamental completo (n: 23/27%), eram pardos (n: 66/78%), do sexo masculino (n: 60/71%), grande parte desse público não fazia uso de álcool (n: 51/60%), e não faziam uso de drogas ilícitas (n: 17/20%). Observa-se que muitos casos não foram notificados pelos profissionais de saúde, o que dificulta no acompanhamento sobre o agravo da doença.

VARIÁVEIS	N(85)	%
Escolaridade		
Até ensino fundamental completo	23	27%
Ensino médio incompleto e completo	11	13%
Não preenchido	51	60%
Raça		
Branco	9	11%
Parda	66	78%
Outra	2	2%
Não preenchido	8	9%
Sexo		
Masculino	60	71%
Feminino	25	29%
Alcoolismo		
Sim	9	11%
Não	51	60%
Não preenchido	25	29%
Drogas Ilícitas		
Sim	4	5%
Não	17	20%
Não preenchido	64	75%

Fonte: Próprio autor, 2018.

Segundo a Vigilância epidemiológica a notificação de TB entre casos de AIDS foi de 35%, um valor alto e que merece consideração, porém é provável que o desconhecimento dos critérios para a notificação de casos de AIDS e não de HIV positivo podem ter alterado o registro de 19,6% de casos de TB / HIV como AIDS (BRASIL, 2015).

Vale ressaltar o fato de que muitas fichas de notificação não tinham todos os campos preenchidos, assim diversos itens foram ignorados ou deixados em branco nas fichas, como mostra a tabela. Dessa forma, mostra-se relevante incentivar o preenchimento adequado por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

Com o objetivo de analisar o perfil epidemiológico de adolescentes com HIV positivo diagnosticados com tuberculose no período de 2001 – 2007, no estado do Ceará, utilizamos as 5 macrorregiões, no decorrer das figuras serão mostradas a divisão dos casos.

Segundo Rocha (2017), a TB é mais frequentemente diagnosticada nos homens (62%) do que nas mulheres (38%). Isso pode ser decorrente das desigualdades ao gênero na atenção à saúde. Especula-se que as diferenças de gênero na prevalência da tuberculose notificada em nível mundial estejam relacionadas ao acesso mais cedo e fácil aos serviços de saúde de boa qualidade.

Estudos comprovam que, no estado do Piauí os casos notificados de adolescentes coinfectados com tuberculose/HIV, são do sexo masculino (n:467/75, 4%) e em relação à raça, a maioria dos indivíduos eram pardos (n:457/73, 8%). A justificativa para essa predominância no sexo masculino nos casos de coinfeção de tuberculose/HIV está relacionada à maior exposição desses indivíduos aos fatores de riscos, como a prática de relação sexual desprotegida, transfusões sanguíneas com seringas e agulhas contaminadas usam de drogas injetáveis, e o autocuidado com a saúde. Desta forma, vale ressaltar a importância da educação em saúde para os adolescentes com ênfase no autocuidado e prevenção contra a doença (OLIVEIRA, 2018).

Conforme a tabela 2 observa-se que a maioria dos adolescentes notificados no estado do Ceará com HIV diagnósticos com tuberculose, eram casos novos (n: 72/85%), não eram institucionalizados (n: 37/44%), sua TB era do tipo pulmonar (n: 63/74%), tinham confirmação através de exames laboratoriais (n: 48/56%), tinham confirmação através da 1ª baciloscopia (n: 41/48%), tinham confirmação através da 2ª baciloscopia, neste item, a maior incidência não foram preenchidos pelos profissionais, chegando a (n: 46/54%), tiveram a

confirmação positiva através da cultura de escarro (n: 13/15%), e muitos não fizeram o tratamento diretamente observado (n: 41/48%).

Tabela 2 – Dados laboratoriais dos adolescentes com tuberculose diagnosticados soropositivos no estado do Ceará entre 2001 e 2017. DATASUS 2018. N = 85.

VARIÁVEIS	n(85)	%
Tipo de Entrada		
Caso Novo	72	85%
Recidiva	2	2%
Reingresso após abandono	7	8%
Não Sabe	2	2%
Transferência	2	2%
Institucionalizado		
Não preenchido	42	49%
Não	37	44%
Presídio	4	5%
Outro	2	2%
Forma da TB		
Pulmonar	63	74%
Extrapulmonar	18	21%
Extrapulmonar + Pulmonar	4	5%
Confirmação TB por exame Laboratorial		
Sim	48	56%
Não	37	44%
Confirmação de TB 1ª Bacil de Escarro		
Positivo	41	48%
Negativo	17	20%
Não Realizado	27	32%
Confirmação de TB 2ª Bacil de Escarro		
Não preenchido	46	54%
Positivo	12	14%
Negativo	4	5%
Não realizado	23	27%
Confirmação de TB por cultura de Escarro		
Positivo	13	15%
Negativo	3	4%
Em andamento	2	2%
Não realizado	67	79%
Confirmação de Tratamento Direto Observado		
Sim	20	24%
Não	41	48%
Não preenchido	24	28%

Fonte: Próprio autor, 2018.

As pesquisas apresentam limitações quando utilizamos bases de dados secundárias para análises e comparações, as informações são limitadoras em cada uma delas, no entanto

comparando umas às outras, relacionando seus dados podemos chegar à qualificação dos dados e trazer maior precisão dos resultados, no caso específico os dados das notificações do SINAN apresentam mais recursos que as fichas encontradas na plataforma de dados DATASUS, porém a avaliação dos dados de ambas nos permitimos ter uma base coerente mais próxima dos valores reais.

6 CONCLUSÃO

Buscou-se nessa pesquisa avaliar a incidência de adolescentes soropositivas diagnosticados com tuberculose no estado do Ceará, avaliando também as medidas preventivas para a redução da transmissão vertical do vírus. Os dados foram coletados do Departamento de informática do SUS (DATASUS).

As descrições realizadas nesse artigo apontam para necessidade de maiores investimentos na capacitação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas de notificação. Esses instrumentos são fundamentais para o funcionamento adequado do sistema de informação que requer aparato tecnológico e de insumos disponíveis para seu efetivo manuseio.

Também é imprescindível que todos os suportes de registros sobre as doenças, cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, sejam sempre supervisionados.

Devem ser checados e analisados pelos profissionais de saúde, no sentido de aprimorar a construção de indicadores e nortear com mais eficácia e eficiência a alocação de recursos para as ações de prevenção e controle dos agravos no país.

O processo de capacitação das equipes no manuseio desses instrumentos pode trazer racionalidade e reflexão crítica no processo de trabalho em todas as etapas da assistência, pois haviam fichas preenchidas incompletas, como também com vários campos do instrumento deixados em branco, pois esse instrumento tem finalidade de melhorar o atendimento como facilitar o planejamento, a avaliação e o gerenciamento do processo de trabalho comprometido com as realidades locais.

As reuniões de equipe devem ser incentivadas pela gestão local, pois através destas pode-se checar os dados epidemiológicos e agilizar as soluções, evitando-se agravamento dos quadros de saúde da população adscrita.

Com a Estratégia Saúde da Família em expansão no Brasil, tornam-se imprescindíveis investimentos nesta área, assim como estudos que analisem de maneira mais detalhada dos diversos cenários aqui contextualizados de forma agrupadas.

Os adolescentes mais infectados pelo vírus eram de raça parda, o grau de escolaridade é ensino fundamental completo, o sexo predominante foi masculino, conforme esse resultado possibilita-se traçar medidas preventivas voltadas à transmissão vertical do vírus.

Observamos a grande subnotificação, mesmo com todos os projetos que visam à redução da transmissão vertical, verificou-se a falta de qualidade no preenchimento das fichas de notificação, pois os profissionais acabam não preenchendo todos os campos.

A maior incidência de adolescentes notificados se deu em casos novos. A quantidade de TDO não realizado é alarmante, inferiores os que realizaram, tendo em vista que o acompanhamento desses adolescentes é primordial na redução da transmissão vertical. Assim, o uso dos Antirretrovirais no tratamento supervisionado foi menor do que os que aderiram à terapia, sabendo que o uso do RIPH é uma das medidas preventivas da transmissão do vírus da tuberculose.

A assistência de enfermagem é fundamental nesse estudo, tendo em vista que o tratamento diretamente observado é como uma das principais medidas preventivas que são realizadas pelo enfermeiro, e necessária para uma assistência com qualidade, acompanhamento eficaz visando reduzir possíveis doenças que venham acometer adolescentes e o meio. Quando os adolescentes são diagnosticados durante a fase de ataque, o profissional busca prestar assistência de qualidade, como o Ministério da Saúde determina, apesar de não ter sempre as condições para tal.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, Eliã Pinheiro et al. **Conhecer para atuar: propostas para ações mais eficazes na prevenção do HIV/AIDS em adolescentes no município de Belém do Pará.**2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e ISTS.** Brasília. Ministério da Saúde, 2017 (Secretaria de vigilância pública em saúde, ISSN 1517 1159).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRAZ DE OLIVEIRA, LayzeEt Al. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA COINFECÇÃO TUBERCULOSE/HIV. **Cogitare Enfermagem**, V. 23, N. 1, 2018.

CABRAL, João Victor Batista; DOS SANTOS, Siglyta Soares Ferreira; DE OLIVEIRA, Conceição Maria. Perfil Sociodemográfico, Epidemiológico e Clínico dos Casos de Hiv/Aids em Adolescentes no Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 18, n. 1, p. 149-163, 2015.

COSTA, Edielson dos Anjos. **Conhecimento do uso da camisinha masculino na prevenção das DSTs/AIDS nos adolescentes de uma escola pública do estado de Sergipe - uma atualização.** 2017.

COSTA, Mércia Cristine Magalhães Pinheiro. **Educação entre pares na orientação sexual de adolescentes e jovens: possibilidades e limitações.** 2017. Tese de Doutorado.

CSORDAS, Michele Casser. **O perfil clínico e o nível de atividade física de adolescentes HIV/AIDS com baixa adesão à terapia antirretroviral combinada.** SEFIC UNILASALLE. Canoas, 2015.

DA SILVA AMARAL, Regiane et al. Soropositividade para HIV/AIDS e características sociocomportamentais em adolescentes e adultos jovens/HIV/AIDS. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 2, p.164-179, 2018.

FIOCRUZ. **Modos de Contaminação pelo HIV e de infecções pela AIDS**. 2017. (Núcleo de Epidemiologia- Hospital Evandro Chagas IOC- FIOCRUZ). Disponível em: <www.dbbm.fiocruz.br/hec/epidem/3contami.html>. Acesso em 29 mar. 2018.

Filho AJN, Maeda TY, Ferraz DM. Tuberculose e AIDS. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2006; 5(2): 73-82

MAGNABOSCO, Gabriela Tavares et al . Controle da Tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2798, 2016 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100410&lng=en&nrm=iso>. accesson 12 Nov. 2018. EpubSep 09, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1187.2798>.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Brasília: Ministério da Saúde; 2017

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Tuberculose 2015. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente a tuberculose. HTTP // u.saude.gov.br/imagens/pdf/2015/marco/25/boletim-tuberculose-2015.pdf.

OLIVEIRA, AcileyMahoneAraujo de. Levantamento do perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural de jovens e adolescentes do Campus V da UEPB e da Escola Estadual de Ensino Médio José Lins do Rego para implantação do Programa de Educação Permanente em Saúde. 2017.

ONUBR. Alerta do UNICEF: **Adolescentes estão morrendo de AIDS em um ritmo alarmante**. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/alerta-unicef-adolescentesestao-morrendo-de-aids-num-ritmo-alarante/>>. Acesso em: 26 mar.2018.

ROVERATTE. Dagmar Santos. Guia da sexualidade. **Reedição ampliada e ilustrada**. Editora e gráfica DAIOCOKU, 2014.

ROCHA, Sarah Christina Couto; MATTOS, Rômulo Medina de; FULCO, Tatiana de

Oliveira. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO RIO DE JANEIRO, UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Episteme Transversalis**, [S.l.], v. 6, n.

2, ago. 2017. ISSN 2236-2649. Disponível em:

<<http://revista.ugb.edu.br/index.php/episteme/article/view/153>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

Santos, Danielle Talita doset al. Infecção latente por tuberculose entre pessoas com HIV/AIDS, fatores associados e progressão para doença ativa em município no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. 8 [Acessado 1 Dezembro 2018] , e00050916. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00050916>>. Epub 21 Ago 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050916>.

Santos, Janine Nascimento doset al. Fatores associados à cura no tratamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2011-2014**Artigo derivado da dissertação de Mestrado intitulada ‘Vulnerabilidades e sua influência no desfecho do tratamento da tuberculose, no estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2011 a 2014’, defendida por Janine Nascimento dos Santos junto ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Controle da Tuberculose da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), em 2016. . *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2018, v. 27, n.

3 [Acessado 1 Dezembro 2018] , e2017464. Disponível em:

<<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300015>>. Epub 22 Out 2018. ISSN 22379622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300015>.

Soares, Marcelo Luiz Medeiros et al. Aspectos sociodemográficos e clínicoepidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2017, v. 26, n. 2 [Acessado 1 Dezembro 2018] , pp. 369-378. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S167949742017000200014>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S167949742017000200014>.

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO SINAN TUBERCULOSE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE					
TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose. TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravo/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	TUBERCULOSE		A 1 6 . 9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Coi	
	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade				
	0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Nº do Prontuário		32 Ocupação		
	33 Tipo de Entrada		34 Institucionalizado		
1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência		1 - Não 2 - Presídio 3 - Asilo 4 - Orfanato 5 - Hospital Psiquiátrico 6 - Outro 9 - Ignorado			
Dados Clínicos	35 Raio X do Tórax		36 Teste Tuberculínico		
	1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado		1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado		
	37 Forma	38 Se Extrapulmonar			
1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar	1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra				
39 Agravos Associados					
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Outras _____					
Dados do Laboratório	40 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)		41 Baciloscopia de Outro Material	42 Cultura de Escarro	
	1ª amostra 1 - Positiva 2ª amostra 2 - Negativa 3 - Não Realizada		1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada	1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	
	43 Cultura de Outro Material	44 HIV	45 Histopatologia		
1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado	1 - Baar Positivo 4 - Em Andamento 2 - Sugestivo de TB 5 - Não Realizado 3 - Não Sugestivo de TB			
Tratamento	46 Data de Início do Tratamento Atual		47 Drogas		
			<input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Pirazinamida <input type="checkbox"/> Etionamida 1 - Sim <input type="checkbox"/> Etambutol <input type="checkbox"/> Estreptomicina <input type="checkbox"/> Outras _____ 2 - Não		
48 Indicado para Tratamento Supervisionado (TS/DOTS)?		49 Número de Contatos Registrados	50 Doença Relacionada ao Trabalho		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome			Assinatura	
Tuberculose			Sinan NET	SVS 18/05/2006	

ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO SINAN HIV

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Nº

Criança exposta ao HIV: Entende-se como criança exposta aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença CRIANÇA EXPOSTA AO HIV		Código (CID10) 3 Data da Notificação	
					Z 20.6	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data de Diagnóstico		
	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
14 Escolaridade			15 Número do Cartão SUS			
			16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso					
	Antec. Epiol. da Mãe/Nutriz	31 Idade da mãe/nutriz Anos	32 Escolaridade da mãe/nutriz 0-Analfabeto 3-5a à 8a série incompleta do EF 6-Ensino médio completo	1-1ª 4ª série incompleta do EF 4-Ensino fundamental completo 7-Educação superior incompleta		2- 4ª série completa do EF 5-Ensino médio incompleto 8-Educação superior completa 9-Ignorado
		33 Raça/cor da mãe/nutriz 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	34 Ocupação da mãe/nutriz			
35 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado				
36 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado				
Investigação da criança exposta ao HIV	37 Nº da Declaração de Nascido Vivo		38 Tipo de parto 1 - Parto vaginal 2 - Parto cesáreo 9 - Ignorado			
	39 UF	40 Município do local de nascimento:	Código (IBGE)	41 Local de nascimento (Unidade de Saúde): Código		
	42 Aleitamento materno: 1 - Sim 2 - Não 3 - Alimentação mista 9 - Ignorado		43 Aleitamento cruzado: 1-sim 2 - não 9 - ignorado		44 Uso de profilaxia com anti-retroviral oral 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	
	45 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas): 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - Ignorado					
	46 Dados laboratoriais da criança		1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 6 - Detectável 7 - Indetectável 9 - Ignorado			
	<input type="checkbox"/> 1º Teste de detecção de ácido nucléico	Data da coleta	<input type="checkbox"/> Teste de triagem anti-HIV	Data da coleta		
	<input type="checkbox"/> 2º Teste de detecção de ácido nucléico	Data da coleta	<input type="checkbox"/> Teste confirmatório anti-HIV	Data da coleta		
<input type="checkbox"/> 3º Teste de detecção de ácido nucléico	Data da coleta	<input type="checkbox"/> Teste rápido 1 <input type="checkbox"/> Teste rápido 2 <input type="checkbox"/> Teste rápido 3	Data da realização			

Criança exposta ao HIV

Sinan NET

SVS 18/05/2009

Evolução do caso	47 Evolução do caso (criança exposta ao HIV) <input type="checkbox"/>	48 Data de encerramento da investigação de criança exposta ao HIV
	1 - Infectada 2 - Não infectada 3 - Perda de seguimento 4 - Caso em andamento 5 - Transferência para outro Município e/ou Estado 6 - Óbito por HIV/Aids 7 - Óbito por outras causas.	
Observações adicionais		
Investigador	Município/Unidade de Saúde	
	Nome	Função
		Assinatura

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico. Entende-se como data do diagnóstico a data de nascimento da criança ou nos casos de exposição por amamentação cruzada, será a data de início da amamentação (quando o início da amamentação não for conhecido, deverá registrar nesse campo o 1º dia do mês e ano referente ao período aproximado da exposição). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher como Filho de: (nome da mãe).

16 - Preencher com o nome completo da Mãe do paciente (sem abreviações).

Os campos 31 a 36 devem ser preenchidos com os dados da mãe. No caso de criança exposta ao HIV e que teve aleitamento cruzado, preencher com os dados da nutriz.

35 - Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação

1 - assinalar na situação em que a gestante fez monoterapia com AZT ou profilaxia com TARV independente da semana gestacional ou TARV/tratamento segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids.

2 - gestante não realizou profilaxia/tratamento com monoterapia ou TARV.

3 - assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado

9 - Não foi possível, após a investigação, informar se a gestante realizou profilaxia/tratamento.

36 - Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto.

1 - assinalar na situação em que a parturiente recebeu AZT por via endovenosa desde o início do trabalho de parto até o clampamento do cordão umbilical ou em situação excepcional de não disponibilidade do AZT injetável utilizou-se esquema alternativo de zidovudina oral segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids.

2 - parturiente não realizou profilaxia/tratamento

3 - assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado

9 - Não foi possível, após a investigação, informar se a parturiente realizou profilaxia/tratamento.

38 - Tipos de parto: assinalar se o parto foi do tipo vaginal, ou do tipo Cesáreo, ou ignorado quando, após a investigação, não foi possível identificar o tipo de parto.

42 - Aleitamento materno, assinalar: 1 - criança foi amamentada exclusivamente (independente do tempo); 2 - criança não foi amamentada; 3 - alimentação mista; 9 - não foi possível, após a investigação, informar se a criança foi amamentada ou não.

43 - Aleitamento cruzado, assinalar: 1 - a criança foi amamentada por outra mulher que não a sua mãe; 2 - não houve amamentação cruzada; 9 - não foi possível, após investigação, informar se a criança foi amamentada por sua mãe ou por outra mulher.

44 - Uso de profilaxia com anti-retroviral oral, assinalar: 1 - criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde; 2 - criança não recebeu profilaxia com anti-retroviral oral; 9 - não foi possível, após investigação, informar se a criança recebeu profilaxia com anti - retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde.

45 - Informar o tempo total de uso da profilaxia oral em semanas. Se não fez uso de profilaxia registrar = 4, se for ignorado registrar = 9.

46 - Dados laboratoriais da criança

São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoborbância ligada à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Immuno Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência.

São testes confirmatórios: imonofluorescência indireta, imunoblot, Western Blot, teste de amplificação de ácidos nucleicos como, por exemplo, a reação em cadeia da polimerase (Polimerase Chain Reaction, PCR) e amplificação sequencial de ácidos nucleicos (Nucleic Acid Sequence Based Amplification, NASBA).

Para as crianças menores de 18 meses de idade, exposta ao HIV por transmissão vertical, considera-se criança infectada quando houver a presença de RNA ou DNA obtidas em momentos diferentes.

A - Evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças para fins de vigilância epidemiológica.

A.1 - Para as crianças menores de 18 meses de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical, considerando-se criança infectada quando houver a presença de RNA viral plasmático detectável acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA pró-viral em duas amostras obtidas em momentos diferentes (conforme fluxograma do consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças pelo HIV em vigência).

A.2 - Crianças com 18 meses de idade ou mais, expostas ao HIV por transmissão vertical, serão consideradas infectadas pelo HIV quando uma amostra de soro for positiva em um (1) teste de triagem ou um (1) confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápido.

47 - Evolução do caso

1 - Criança infectada: quando existirem dois resultados de cargas virais detectáveis ou sorologia anti-HIV reagente após os 18 meses;

2 - Criança não infectada: quando duas amostras que apresentam resultados abaixo do limite de detecção, por meio da quantificação do RNA viral plasmático ou detecção do DNA pró-viral (a segunda amostra deverá ser realizada após o 4º mês de vida) e sorologia anti-HIV negativa após os 12 meses de idade.

3 - Perda de seguimento: quando o serviço perde contato com a criança, antes de se estabelecer a conclusão do diagnóstico laboratorial.

4 - Caso em andamento: quando o serviço de saúde ainda não dispõe dos resultados laboratoriais para a definição do status sorológico da criança.

5 - Transferência para outro Município e/ou Estado: assinalar se o acompanhamento/tratamento da criança foi transferido para outro Município e/ou Estado.

6 - Óbito por HIV/Aids: quando o óbito ocorreu durante o período de acompanhamento, antes da definição do status viral ou sorológico da criança e foi relacionado à aids.

7 - Óbito por outras causas: quando o óbito ocorreu por outras causas não relacionadas à aids.

48 - Informar a data em que ocorreu o encerramento da investigação da criança exposta ao HIV.