

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR HIV/AIDS

BRASIL 2014



Protocolo de Investigação de Óbito por HIV/aids

1. Introdução

No Brasil, desde a introdução e disponibilização universal da terapia antirretroviral de alta potência (TARV) (do inglês *Highly Active Antiretroviral Therapy - HAART*), a partir de 1996, verificou-se uma queda importante do coeficiente global de mortalidade por aids no país. Estudos demonstram também que a adesão dos pacientes aos antirretrovirais é comparável à que se verifica nos países desenvolvidos [1] e que a sobrevivência entre os pacientes vivendo com HIV/aids aumentou expressivamente [2] após a introdução da TARV. No entanto, a despeito da universalidade dos insumos de assistência à saúde, a atenção às pessoas com HIV e aids no SUS é bastante desigual, variando desde cuidados em centros de excelência bem equipados e confortáveis, até unidades de saúde com recursos humanos e materiais muito escassos, refletindo a situação das imensas desigualdades regionais do país.

O acesso aos cuidados de assistência também não se apresenta uniforme: enquanto na região Sul 40,8% da população infectada pelo HIV descobre a doença em um momento tardio, na região Norte esse número é ainda maior (53,3%), refletindo presumivelmente diferenças regionais no acesso ao diagnóstico. Há fortes indícios de que o início da TARV ocorre tardiamente para uma parcela razoável de pessoas com aids, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país, contribuindo para a não redução das taxas de mortalidade por aids nessas regiões. Um inquérito nacional mostrou que 33% dos pacientes em início do tratamento específico para aids tinham contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 200 células/mm³ [3]. No Rio Grande do Norte, 52,4% dos casos com indicação de terapia antirretroviral chegavam ao serviço especializado com alguma condição indicativa de imunodeficiência [4]. Estudos de demandas de serviços confirmam as altas proporções de pacientes em início de tratamento com baixa contagem média de CD4+ [5] [6]. Os resultados de uma pesquisa sobre o acesso aos serviços de saúde em Salvador, BA [7] também revelam proporções preocupantes de acesso tardio ao tratamento: 32% dos pacientes iniciaram o tratamento antirretroviral com CD4 < 200, e 52% com CD4 < 350. Além disso, a busca pela realização de testes anti-HIV ainda é muito baixa no país, com apenas 28% da população adulta sendo testada em algum momento da sua vida. A região Nordeste tem a maior proporção de casos com primeiro teste tardio [8] e apenas 8% da população brasileira realizaram um exame de detecção da infecção HIV de forma espontânea [8].

O total de óbitos registrados por aids, entre 1980 e 2012, foi de 265.698; destes, 71,6% ocorreram em homens. A razão de sexos (H:M) dos óbitos por aids vem se mantendo constante, desde 2008, em 1,9 óbitos em homens para cada óbito em mulheres. A taxa de mortalidade por sexo não tem apresentado grandes variações nos últimos 10 anos. Em 2012, a taxa entre os homens foi de 8,1/100.000 habitantes e entre as mulheres, 4,2. Do total de óbitos, mais da metade ocorreu na região Sudeste (62,6%) - região que concentra o maior número de casos notificados – seguida da região Sul (17,1%), Nordeste (11,6%), Centro-Oeste (4,9%) e região Norte (3,8%). A tendência de redução nas taxas de mortalidade por aids, cujo declínio foi de 57% entre 1996 e 2012, ocorreu principalmente em razão da queda observada



na mortalidade na região Sudeste. Em 2012, foram declarados 11.896 óbitos por aids no Brasil, o que equivale a um coeficiente (padronizado) de mortalidade por aids de 5,5 por 100.000 habitantes para o país como um todo, sendo de 7,7 na região Sul, de 5,6 nas regiões Norte e Sudeste, de 4,7 no Centro-Oeste e de 4,0 no Nordeste. Os estados com coeficientes de mortalidade maiores do que a média nacional foram: Rio Grande do Sul (11,1/100.000), Rio de Janeiro (9,1), Pará (6,7), Santa Catarina e Amazonas (6,4), Espírito Santo (6,3) e Pernambuco (6,0). O Acre, com 1,5 óbitos por 100.000 habitantes, é o estado com o menor coeficiente de mortalidade por aids [9].

A avaliação da mortalidade por aids segundo a idade mostra que a taxa de mortalidade nos últimos 10 anos vem diminuindo em diversos grupos etários, principalmente entre as pessoas mais jovens. A taxa de mortalidade entre os indivíduos menores de 9 anos de idade é a menor dentre todas as faixas etárias e, de 2003 para 2012, apresentou uma diminuição de aproximadamente 50%, independentemente do gênero. Entre os homens, houve uma redução da mortalidade nas faixas etárias até 44 anos, com exceção das faixas de 10 a 14 e de 15 a 19 anos. Dentre as faixas que apresentaram aumento dessa taxa, destacam-se a de 55 a 59 anos e a de 60 anos ou mais, que apresentaram elevação de 22,7% e 33,3%, respectivamente. Entre as mulheres, observa-se redução na taxa de mortalidade nas faixas etárias de até 9 anos e de 20 a 34 anos. As demais apresentaram aumento de 2003 para 2012, com destaque para a de 60 anos ou mais, que registrou uma elevação de 81,3% [9].

Outro aspecto preocupante é a alta proporção de óbitos por aids notificados no Sinan pelo critério excepcional óbito. Do total de casos de aids identificados no Brasil desde o início da epidemia (1980) até junho de 2013, cerca de 9,0% só foram conhecidos após o óbito, caracterizando uma falha no sistema de vigilância epidemiológica [9].

Desde 2001 o Brasil registra, em média, 11.000 óbitos por ano em decorrência da aids, um número alto, considerando-se o investimento programático em todos os níveis ao longo desse período. Assim, o presente documento tem por objetivo alertar para a necessidade de uma investigação profunda sobre as causas que perpetuam a alta mortalidade nas diferentes regiões, bem como nortear uma discussão sobre a necessidade de ação programática por estados e municípios visando diminuir a ocorrência dos óbitos considerados evitáveis.

2. Objetivos da investigação de óbitos por HIV/aids

2.1. Objetivo geral

Investigar os óbitos por HIV/aids no Brasil, visando uma estratégia de redução da mortalidade evitável em pessoas vivendo com o HIV.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar a magnitude e os determinantes da mortalidade por HIV/aids nas diferentes Unidades da Federação e municípios, visando a melhoria da qualidade na atenção, assistência e vigilância;



- Avaliar periodicamente os principais problemas observados na investigação dos óbitos e as medidas de intervenção realizadas para redução da mortalidade;
- Propor medidas que possam impactar a ocorrência de mortes evitáveis por aids;
- Informar e divulgar aos órgãos, instituições e demais interessados os resultados dos trabalhos desenvolvidos.

3. Estratégia de implantação de Comitês para investigação de óbitos por HIV/aids [10]

3.1. Implantação dos Comitês Municipais e/ou Estaduais

Recomenda-se a todas as Unidades da Federação, suas capitais e o Distrito Federal a implantação de Comitês de Investigação de Óbitos por HIV/aids. Cada UF poderá propor a implantação de Comitês em municípios que apresentem epidemias relevantes para o estado (conforme os critérios de priorização definidos).

Os Comitês deverão ser instituídos por Portaria e ter um regimento interno que estabeleça seus objetivos, a periodicidade das reuniões, fluxograma para investigação dos óbitos e critérios de seleção dos óbitos a serem investigados.

3.2. Finalidades e funções

Os Comitês para a investigação dos óbitos por HIV/aids deverão ser organismos intersetoriais e multiprofissionais de caráter sigiloso, com o objetivo principal de analisar os óbitos por HIV/aids e propor medidas para melhorar a qualidade da atenção ao portador do HIV/aids, visando diminuir a ocorrência de óbitos considerados evitáveis. Deverão ter atuação técnico-científica, não coercitiva ou punitiva, com funções educativas e propositivas.

3.3. Composição e funcionamento

É fundamental que os Comitês sejam constituídos por representantes dos serviços nos diversos níveis de atenção relacionados com o atendimento ao portador do HIV/aids e que tenham capacidade técnica para desempenhar a referida função. Além destes, a participação das sociedades científicas, entidades de classe, dos representantes do movimento de pessoas vivendo com HIV/aids e instituições de ensino é importante para a análise dos óbitos e definição e implementação de medidas. Será facultado aos Comitês o convite para a participação de membros temporários “ad hoc” para discussão de óbitos selecionados, visando enriquecer a discussão e as propostas dela advindas.

Os Comitês deverão ter um grupo de trabalho ou secretariado executivo, liderado pela coordenação estadual e/ou municipal dos programas de HIV/aids, encarregado de convocar as reuniões do pleno do Comitê e de discutir todos os óbitos em investigação, selecionando aqueles que serão discutidos pela totalidade dos membros do Comitê.



Recomenda-se que o Comitê seja constituído com representação das seguintes instâncias:

1. Coordenação estadual e/ou municipal de HIV/aids;
2. Área de vigilância epidemiológica;
3. Centro de Testagem e Aconselhamento;
4. Serviço de Atenção Especializada;
5. Coordenação estadual/municipal de tuberculose;
6. Laboratório de referência;
7. Rede hospitalar pública e conveniada;
8. Área de atenção básica;
9. Conselho municipal/estadual de saúde;
10. ONG;
11. Pessoas vivendo com HIV/aids;
12. Conselho Regional de Medicina;
13. Conselho Regional de Enfermagem;
14. Área de Saúde Mental;
15. Área de Assistência Social;
16. Membros “ad hoc”.

4. Critérios para investigação de óbitos por HIV/aids

4.1. Para fins de investigação de óbitos por HIV/aids, recomendam-se os seguintes critérios e fontes de informação, a partir do momento da implantação de cada Comitê:

1. Casos notificados no Sinan pelo critério óbito (fonte: Sinan)
2. Óbitos por HIV/aids em menores de 25 anos de idade (fonte: SIM)
3. Óbitos por HIV/aids ocorridos até dois anos após o diagnóstico do HIV (fonte: Sinan)
4. Óbitos por HIV/aids em pessoas com TB menores de 50 anos (fonte: SIM)
5. Óbito em gestante com HIV/aids (fonte: Comitê de mortalidade materna)

4.2. Critérios para priorização da investigação de óbitos em municípios das Unidades Federadas:

1. Capitais dos estados;
2. Municípios com taxa de mortalidade acima da média estadual;
3. Proporção de casos conhecidos pelo critério excepcional óbito acima de 5%;
4. Registro de óbitos por aids até um ano após o diagnóstico do HIV.



5. Métodos de investigação de óbitos por HIV/aids

5.1. Fontes para coleta e obtenção dos dados:

- Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) – fonte para coleta dos dados demográficos e do óbito;
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) – fonte para complementação dos dados epidemiológicos e de diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) – fonte para informação sobre os medicamentos antirretrovirais utilizados pelos pacientes;
- Sistema de Controle dos Exames Laboratoriais (Siscel) – fonte para os resultados de exames de CD4 e carga viral realizados pelos pacientes;
- Sistema de registro de laboratórios – fonte complementar para obtenção das datas de diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Prontuários médicos – fonte para obtenção do histórico da assistência aos pacientes;
- Entrevistas com os profissionais diretamente envolvidos na assistência (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais e outros) – fonte para obtenção de dados complementares aos coletados nos prontuários médicos;
- Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) – fonte complementar para obtenção do histórico de internações dos pacientes;
- Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) – fonte complementar para obtenção de dados epidemiológicos e data de diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Outras – quaisquer outras fontes que os Comitês considerem relevantes para a investigação dos óbitos.

5.2. Protocolo para investigação de óbito por HIV/aids (Anexo 1 – Protocolo, Anexo 2 - Instrução para preenchimento do protocolo e Anexo 3 – Ficha de Avaliação e recomendações do Comitê)

A coleta dos dados sobre os óbitos deverá ser realizada no instrumento padronizado e elaborado para esse fim. A esse instrumento poderão ser juntados outros documentos/informações que os investigadores considerem relevantes para suas conclusões e propostas.

5.3. Levantamento dos dados sobre óbitos em investigação:

A investigação dos óbitos proporciona informações sobre os fatores que contribuíram para essas ocorrências e serve de guia para o desenvolvimento de intervenções voltadas para a prevenção de mortes no futuro. Ela deverá ser iniciada pelos profissionais que trabalham com os dados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e/ou realizada pelos setores de vigilância epidemiológica ou pelos Comitês, dependendo da demanda local.



Amparados por portarias governamentais e credenciados por autoridades sanitárias, os membros do Comitê responsáveis pelas investigações são representantes da estrutura governamental, estando, portanto, aptos a acessar os prontuários médicos. A investigação em prontuários deve ser realizada somente pelos profissionais técnicos que fazem parte dos Comitês.

5.4. Análise dos óbitos e fatores de evitabilidade:

Depois de efetuar o preenchimento do Protocolo de Investigação dos Óbitos por HIV/aids, o secretariado executivo ou grupo de trabalho do Comitê deve promover reunião para analisar ampla e detalhadamente os casos e selecionar aqueles que serão debatidos em profundidade pelo pleno do Comitê (**Fluxograma de investigação dos óbitos**).

Da análise dos óbitos devem constar o perfil socioeconômico do caso, a assistência médica, dados precisos sobre a declaração de óbito e sobre se a morte era evitável, os **fatores de evitabilidade** e as medidas de prevenção cabíveis. É fundamental a participação dos especialistas membros do Comitê para avaliar os diagnósticos e tratamentos dispensados ao paciente. A experiência de outros comitês de mortalidade tem demonstrado que convidar para essas reuniões chefes de centros de saúde e hospitais ou os profissionais de saúde que atenderam o paciente pode ser muito produtivo para a correção imediata dos problemas assistenciais que levaram ao óbito.

O propósito da investigação de óbito é compreender os fatores associados e prevenir a morte por causas similares no futuro. Os setores de vigilância epidemiológica e os Comitês devem definir os critérios que utilizarão para estabelecer a evitabilidade de cada óbito. Assim, é necessário procurar aplicar critérios de evitabilidade que não se limitem à análise das medidas terapêuticas adotadas, mas que levem em conta os seguintes fatores:

- Da comunidade e do indivíduo: considerar os casos em que ocorreu uma recusa em procurar a assistência necessária ou em seguir as orientações dos profissionais de saúde pelas mais diversas questões, desde as culturais e religiosas, preconceitos e estigmas, até por falta de reconhecimento do problema. Devem-se investigar as barreiras de adesão ao tratamento com antirretrovirais.
- Profissionais: considerar os casos em que ocorreu negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atenderam ao paciente. Investigar se o diagnóstico da infecção pelo HIV foi tardio, principalmente naqueles indivíduos que não são considerados integrantes de populações-chave (“grupos de risco”) pelos profissionais. Barreiras na comunicação entre os profissionais e os pacientes levando à dificuldade de adesão também devem ser consideradas.
- Institucionais: considerar os casos em que problemas político-administrativos contribuíram para o óbito, tais como falta de acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e aos



serviços especializados, carência de leitos, falta de medicamentos específicos, dificuldade para realização de exames complementares e inexistência de sistema de referência e contrarreferência formalizado, entre outros. A discriminação em razão de orientação sexual, raça/cor e outros fatores sociais, levando à barreira de acesso aos serviços e influenciando na adesão ao tratamento, também deve ser investigada.

- Sociais: considerar os casos em que as condições socioeconômicas desfavoráveis contribuíram para o óbito, tais como desemprego, baixa renda familiar e baixa escolaridade, discriminação em razão de orientação sexual e estigma, entre outros.
- Intersetoriais: considerar os casos em que a falta e/ou ineficiência dos equipamentos sociais contribuiu para o óbito. Como exemplos, podem-se citar a disponibilidade limitada de meios de transporte, a inexistência de estradas, a segurança pública ineficiente, entre outros.

5.5. Elaboração e divulgação do relatório:

Após as etapas de investigação e análise dos óbitos, o próximo passo é a elaboração de um relatório contendo o estudo dos casos analisados e as medidas formuladas para fomentar a redução da mortalidade por HIV/aids naquela área de abrangência. O Comitê é responsável pela consolidação e elaboração de um relatório anual descrevendo a situação no estado. A forma de organizar a informação produzida fica a critério de cada Comitê. No entanto, algumas tabulações mínimas devem ser elaboradas para fins de consolidação e comparação dos dados:

- Número de óbitos evitáveis por grupos de causas;
- Número de óbitos evitáveis e não evitáveis por município de residência;
- Listagem de óbitos e seus principais fatores intervenientes.

Além das tabulações dos dados, o relatório deve conter os estudos de cada um dos casos clínicos analisados, abordando: os dados pessoais do caso; dados do óbito; antecedentes e fatores de risco; dados do acompanhamento e da assistência; dados da atenção hospitalar; causa do óbito na Declaração de Óbito; laudo da necropsia, quando houver; classificação do óbito após investigação; e comentários a respeito do caso. Ao final, o relatório deverá conter um capítulo com propostas de medidas de prevenção e intervenção.

É importante que a divulgação das informações do relatório não permita a identificação do paciente, dos profissionais e instituições de saúde que o atenderam, a fim de evitar problemas ético-legais.

O relatório final deverá ser apresentado e discutido com os interlocutores diretamente envolvidos com a temática, visando a elaboração de estratégias regionais e locais para a diminuição dos óbitos evitáveis e a melhoria da assistência aos portadores do HIV/aids.



5.6. Recomendações para intervenções e interlocução com gestores locais

Os Comitês devem encaminhar os relatórios em tempo hábil às Coordenações Estaduais e/ou Municipais para que estas possam implementar as medidas propostas. A principal tarefa dos Comitês é perceber em cada caso investigado o que deve ser modificado para evitar novas mortes e comunicar essas conclusões àqueles que podem conduzir ou realizar as mudanças necessárias. Os Comitês devem apontar os problemas existentes em cada nível (hospitalar, ambulatorial, etc.) e recomendar a essas instâncias intervenções para solucioná-los. Só assim serão capazes de contribuir para a redução da mortalidade.

A presidência do Comitê ou todo o colegiado deve trabalhar para manter a interlocução permanente com os gestores em sua área de abrangência, de modo a participar da elaboração dos planos anuais para redução da mortalidade por HIV/aids.

Os Comitês também devem procurar diálogo com outras instituições não pertencentes ao segmento da Saúde, mas que possam participar na implementação de medidas que auxiliem na melhoria da qualidade de vida dos portadores do HIV/aids.

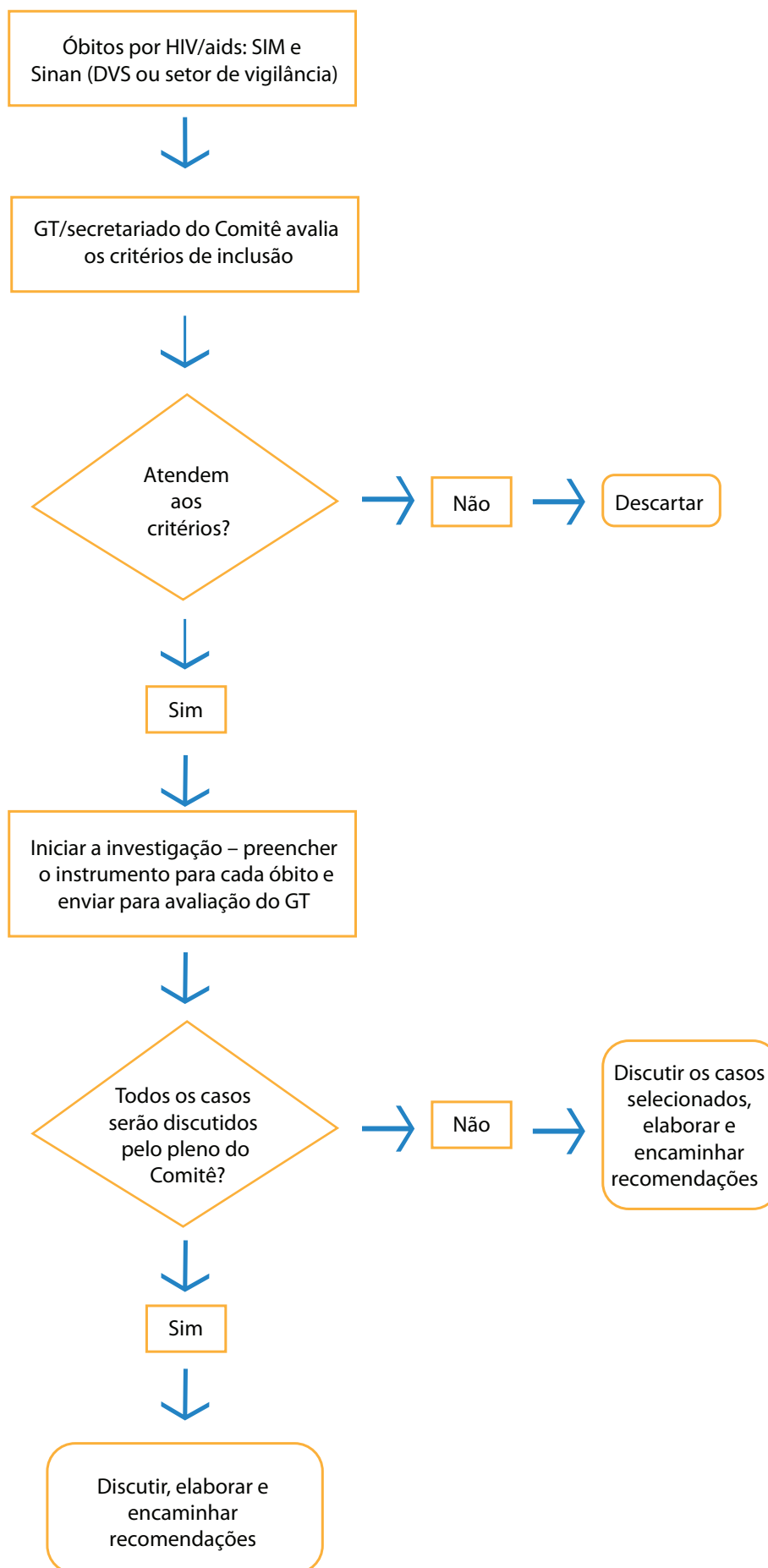


Referências:

1. Hallal R, Ravasi G, Kuchenbecker R, Greco D, Simão. M. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. *Rev Temp Act em Saúde Col.* 2010; 2(2): 53-65
2. Dourado I, Veras MASM, Barreira D et al. AIDS epidemic trends after the introduction of anti-retroviral therapy in Brazil. *Rev Saúde Pública;* 40(Supl):9-17, 2006
3. Brasil. Ministério da Saúde/SVS/PN-DST-Aids. UNGASS-Resposta Brasileira 2005/2007: Relatório de Progresso do País, 2008 (Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 20 fev. 2013).
4. Brito, AM; Szwarcwald, CL; Castilho, EA. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 - 2002. *Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo*, v. 52, n. 2, abr. 2006.
5. Sá MS, Sampaio J, Haguihara T, et al. Clinical and laboratory profile of HIV-positive patients at the moment of diagnosis in Bahia, Brasil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases:* 11(4):395-398, 2007
6. Fernandes JRM, Acurcio FA, Campos LN, et al. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 25(6):1369-1380, 2009
7. Bahia. Sumário Executivo Estudo ATASS, Salvador, 2011 [mimeo]
8. Souza Junior, PRB et al . Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. *Rev. Saúde Pública:* 38(6), 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST, Ano II - nº 1 [até 26ª semana - dezembro de 2013], Brasília, dezembro de 2013 (Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 14 de março de 2014).
10. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2007.



Fluxograma para investigação dos óbitos por HIV/aids



**Anexo 1****Protocolo para investigação de óbitos por HIV/aids****I. Dados gerais**

Nº do Sinan: _____ () Não possui registro no Sinan

Nº do Siscel: _____ () Não possui registro no Siscel

Nº Declaração de Óbito (SIM): _____

Município de ocorrência do óbito: _____ UF: _____

Data da notificação: ____/____/____

II. Dados de identificação

1. Nome: _____

2. Nome da Mãe: _____

3. Data de nascimento: ____/____/____

4. Sexo: () **F** - Feminino, **M** - Masculino)

5. Endereço de residência: _____

6. Bairro: _____

7. Área: () Urbana () Rural () Ignorada

8. UF: _____ Município: _____

III. Dados sociodemográficos

1. Raça/cor: () Branca () Preta Parda () Indígena () Amarela ()

2. Escolaridade (em anos de estudos concluídos):

() Nenhuma

() de 1 a 3

() de 4 a 7

() de 8 a 11

() 12 ou mais

() Ignorada



3. Estado civil:

- Solteiro(a)
 Casado(a)/união consensual
 Divorciado(a)/separado(a)
 Viúvo(a)
 Ignorado

4. Ocupação: _____

IV. Dados epidemiológicos

1. Data do diagnóstico da infecção pelo HIV: ____/____/____

2. Data da notificação do caso da infecção pelo HIV: ____/____/____

3. Data do diagnóstico de aids: ____/____/____

4. Data da notificação do caso de aids: ____/____/____

5. Relações sexuais (*atenção: assinalar apenas uma opção*):

- Só com homens
 Só com mulheres
 Com homens e mulheres
 Não se aplica
 Ignorado

6. Transmissão sanguínea:

- Uso de drogas
 Hemofilia
 Transfusão de sangue/hemoderivados
 Acidente com material biológico com posterior soroconversão até seis meses



7. Transmissão vertical:

- Sim
- Não
- Ignorado

8. Identidade de gênero:

- Travesti
- Mulher transexual
- Homem transexual
- Não se aplica
- Ignorado

9. Situações de vulnerabilidades (assinalar mais de uma opção, quando necessário):

- Vivendo na rua ou em situação de rua
- Sofreu abuso/violência sexual
- Usuário(a) de “crack”
- Usuário(a) de álcool
- Usuário(a) de outro tipo de droga ilícita. Especifique: _____
- Privado(a) de liberdade
- Profissional do sexo
- Imigrante. País: _____ Há quanto tempo? _____
- Outras situações de vulnerabilidade. Especifique: _____

V. Dados clínicos

Foi acompanhado em serviço de saúde?

- Sim
- Não

Se “Sim”, responda às perguntas das seções V e VI.

Se “Não”, responda somente às perguntas da seção VI.



Pacientes em acompanhamento:

1. Nome do último serviço de saúde (antes do óbito): _____
2. Município do serviço: _____ UF: _____
3. Gestão: () Pública () Privada () Outro. Especifique _____
4. Tipo de serviço:
 - () SAE
 - () Hospital geral
 - () Hospital de referência
 - () Hospital universitário
 - () Outro. Especifique: _____
5. Nº do prontuário: _____
6. Nº do cartão SUS: _____
7. Data da primeira consulta: ____/____/____
8. Data da consulta ambulatorial mais próxima do óbito: ____/____/____

Se foi acompanhado em mais de um serviço, preencher os campos abaixo para os dois últimos serviços.

Nome do serviço	Município	UF	Gestão	Tipo	Data da primeira consulta	Data da última consulta	Observações

Uso de antirretrovirais:

1. Esquema no momento do óbito (*atenção: assinalar apenas uma opção*):
 - () Nenhum
 - () Não estava usando, porém já havia usado
 - () Estava usando e era o seu primeiro esquema
 - () Estava usando e já havia feito uso de outro(s) esquema(s) anteriormente



- () Estava usando, mas não há informação sobre tratamentos anteriores
- () Ignorado, sem informação no prontuário

2. Esquemas ARV utilizados (usar as siglas abaixo, data de início, data de suspensão e motivo da troca, de acordo com anotação médica):

Esquema	Data de início	Data de suspensão	Motivo da troca

Droga	Sigla
Abacavir	ABC
Amprenavir	APV
Atazanavir	ATZ
Darunavir	DRV
Delavirdina	DLV
Didanosina	ddl
Efavirenz	EFV
Enfuvirtida	T-20
Estavudina	d4T
Etravirina	ETR
Fosamprenavir	FPV
Indinavir	IDV
Lamivudina	3TC
Lopinavir+ritonavir	LPV/r
Maraviroque	MVQ
Nelfinavir	NFV
Nevirapina	NVP
Raltegravir	RAL
Ritonavir	RTV
Saquinavir	SQV
Tenofovir	TDF
Tipranavir	TPV
Zalcitabina	dDC
Zidovudina	AZT

Motivo da troca	Código
Falha clínica	1
Abandono	2
Falha virológica	3
Resistência	4
Intolerância	5
Não adesão	6
Falta de medicamento	7
Coinfecção com TB	8
Gestação (contra-indicação do esquema)	9
Ignorado	99



3. Nos casos de não adesão e abandono do tratamento, descreva os motivos:

3.a. Nesse caso, foi feito algum contato/busca ativa desse paciente?

() Sim

() Não. Por quê? _____

Uso de profilaxias:

1. Fez uso de medicamento para profilaxias primárias?

() Sim () Não

Se “Sim”, preencher o quadro abaixo:

Nome	Data do início	Data do fim	Motivo
Sulfametoxazol+trimetoprima			
Dapsona			
Isoniazida			
Azitromicina			
Claritromicina			
Outras (especifique)			

Se “Não”, descrever o motivo:

2. Primeiro resultado do CD4: _____ Data: ___/___/___

3. Resultados dos exames de CD4 subsequentes (anotar os resultados dos dois anos anteriores à data do óbito):



Data	Resultado	Observações

4. Primeiro resultado de carga viral: _____ cópias/mm³ Data: ____/____/____

5. Resultados dos exames de Carga Viral subsequentes (anotar os resultados dos dois anos anteriores à data do óbito):

Data	Resultado (cópias)	Observações

6. Realizou exames de genotipagem?

() Sim () Não

Se "Sim":

Data de realização: ____/____/____

Resultados: _____

Indicações:



7. Durante o acompanhamento, apresentou alguma das doenças oportunistas abaixo?

Doença	Data do diagnóstico	Data do início do tratamento	Data do término do tratamento	Nº de episódios	Observações
Tuberculose pulmonar					
Tuberculose extrapulmonar					
Neurotoxoplasmose					
Pneumonia por <i>P. jiroveci</i>					
Herpes Zoster					
Candidíase esofageana / invasiva					
Sarcoma de Kaposi					
Outras (especificar)					

8. Durante o acompanhamento, apresentou alguma das comorbidades abaixo?

Doença	Data do diagnóstico	Data do início do tratamento	Data do término do tratamento	Observações
Hepatite B				
Hepatite C				
Diabetes Mellitus				
Dislipidemias				
Neoplasias (Especifique: _____)				
Nefropatia				
Outras (especificar)				

**VI. Dados do óbito**

1. Local de ocorrência:

() Hospital/serviço de saúde: () Público () Privado

() Outro: Especifique: _____

() Domicílio

() Outro _____

2. Paciente foi assistido durante o evento que o levou ao óbito?

() Sim, no serviço em que era acompanhado(a)

() Sim, em um serviço de urgência/emergência:

() Público () Privado () Outro. Especifique: _____

() Não. Motivo: _____

3. Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito):

Parte I:

a) _____ CID: _____

b) _____ CID: _____

c) _____ CID: _____

d) _____ CID: _____

Parte II:

_____ CID: _____

_____ CID: _____

4. Causa do óbito após a investigação:

Parte I:

a) _____ CID: _____

b) _____ CID: _____

c) _____ CID: _____

d) _____ CID: _____

Parte II:

_____ CID: _____

_____ CID: _____



Anexo 2

Instruções para o preenchimento do “Protocolo para investigação de óbitos por HIV/aids”

I. Dados gerais

Anotar o nº Sinan: se o(a) paciente não tiver sido notificado, assinalar com um X na casela “Não possui registro no Sinan”.

Anotar o nº Siscel: se o(a) paciente não tiver realizado nenhum exame, assinalar com um X na casela “Não possui registro no Siscel”.

Anotar o nº da Declaração de Óbito conforme registro do SIM.

Anotar o nome do Município e da UF de ocorrência do óbito conforme registro da Declaração de Óbito.

Anotar a data do óbito, conforme registro da Declaração de Óbito.

II. Dados de identificação

(Atenção: os dados referentes aos itens 1 a 8 deverão ser transcritos da Declaração de Óbito)

1. Anotar o nome completo do paciente, sem abreviaturas.
2. Anotar o nome completo da mãe do paciente, sem abreviaturas.
3. Anotar a data de nascimento do paciente (dd/mm/aaaa).
4. Assinalar com um X o sexo do paciente.
5. Anotar o endereço de residência do paciente.
6. Anotar o bairro de residência do paciente.
7. Assinalar com um X a área de residência.
8. Anotar o município e a UF de residência do paciente.

III. Dados sociodemográficos

(Atenção: os dados referentes aos itens 1 a 4 deverão ser transcritos da Declaração de Óbito)

1. Assinalar com um X a raça/cor do paciente.
2. Assinalar com um X a escolaridade em anos de estudos concluídos pelo paciente.
3. Assinalar com um X o estado civil do paciente.
4. Escrever por extenso a ocupação do paciente.

IV. Dados epidemiológicos

(Atenção: os dados epidemiológicos poderão ser obtidos da Ficha Sinan e/ou do prontuário médico)

1. Anotar a data do diagnóstico da infecção pelo HIV (dd/mm/aaaa), definida como data da coleta da sorologia anti-HIV ou de testes virológicos com resultados reagentes. Se a data não for conhecida, anotar 99/99/9999.
2. Anotar a data (dd/mm/aaaa) em que o caso de infecção pelo HIV foi notificado em ficha Sinan.
3. Anotar a data do diagnóstico de aids (dd/mm/aaaa), definida como a data em que o indivíduo se enquadrou em um dos critérios de definição de casos de aids, ou seja, tenha evidência clínica e laboratorial, exceto quando se trata do critério óbito. Nesse caso, a data do diagnóstico é igual à data do óbito. Se a data não for conhecida, anotar 99/99/9999.
4. Anotar a data (dd/mm/aaaa) em que o caso de aids foi notificado em Ficha Sinan. Se a data não for conhecida, anotar 99/99/9999.
5. Assinalar com um X a opção que melhor define o caso.



6. Assinalar com um X o provável modo de transmissão sanguínea (todas as opções que se apliquem).
Definições: contato direto com sangue, que inclui compartilhamento de agulhas para injeção de drogas; transfusão de sangue e/ou hemoderivados; hemofilia; acidente com material biológico (ocupacional ou não).
7. Assinalar com um X se foi transmissão vertical.
Definições: quando o provável modo de transmissão ocorreu da mãe/nutriz HIV+ para o filho/criança durante a gestação, parto ou amamentação.
8. Assinalar com um X a opção que melhor se aplique.
Definições: Travesti - pessoa do sexo masculino que deseja ser reconhecida socialmente como mulher, mas não apresenta conflito com seu sexo biológico e sua genitália. A travesti busca transformar o corpo em um corpo feminino por meio de hormônios e/ou cirurgias e, pelo menos em princípio, não deseja realizar cirurgia de redesignação de sexo; **Mulher transexual** (de homem para mulher) - pessoa que nasceu com sexo masculino e que se identifica social, corporal e psicologicamente com o gênero feminino. A mulher transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo feminino e, na maior parte das vezes, busca a hormonioterapia e intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo; **Homem transexual** (de mulher para homem) - pessoa que nasceu com sexo feminino e que se identifica social, corporal e psicologicamente com o gênero masculino. O homem transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo masculino e pode buscar a hormonioterapia e/ou intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo.
9. Registrar se o paciente apresentava situações de vulnerabilidades. Se necessário, assinalar com um X mais de uma opção. Se foi usuário de drogas ilícitas, descrever as drogas utilizadas. Se imigrante, escrever o nome do país e o tempo residência no Brasil. Se houver detecção de outras vulnerabilidades, descrever.

V. Dados clínicos

Assinale com um X se o paciente foi acompanhado em algum serviço de saúde depois do diagnóstico (HIV ou aids).

Para os pacientes em acompanhamento:

1. Anotar o nome da última unidade de saúde/serviço (antes do óbito).
2. Anotar o nome do município e UF do serviço/unidade de saúde.
3. Assinalar o tipo de gestão da Unidade: se Pública, Privada ou outro (nesse caso, especifique).
4. Assinalar com um X o tipo de serviço; se for outro, especificar.
5. Anotar o N° do prontuário.
6. Anotar o N° do cartão SUS.
7. Anotar a data da primeira consulta nesse serviço (dd/mm/aaaa).
8. Anotar a data da consulta ambulatorial mais próxima do óbito (dd/mm/aaaa).

Se o paciente tiver sido acompanhado em mais de um serviço, preencher os campos do quadro indicativo para os dois últimos serviços, contendo: nome da unidade, município, UF, gestão, tipo de serviço, data da primeira consulta, data da última consulta e observações (para situações relevantes relativas às unidades de acompanhamento do caso).

Em relação ao uso de antirretrovirais:

1. Assinalar um dos itens (autoexplicativo)
2. Preencher o quadro com o esquema ARV utilizado (usar as siglas das tabelas), data de início (dd/mm/aaaa) e data de suspensão (dd/mm/aaaa), e descrever o motivo da troca, de acordo com anotação médica e os códigos.
3. Anotar os possíveis motivos de abandono e/ou não adesão.
 - 3.a. Assinale com um X se foi feito algum contato e, se não, descrever os motivos.



Em relação ao uso de profilaxias:

1. Se, durante o acompanhamento médico, o paciente tenha ou não feito uso de algum medicamento indicado para profilaxia primária, assinale **sim** ou **não**. Caso assinale “Sim”, preencher a data do início do tratamento (dd/mm/aaaa) e a data do término (dd/mm/aaaa) (se não houver informação sobre algumas dessas datas, preencher o campo com 99/99/9999), e descreva de forma sucinta o motivo da indicação, conforme conste no prontuário médico. Se o paciente não tiver feito profilaxia primária, descreva o motivo.
2. Anotar o resultado da primeira contagem de linfócitos T CD4+ e a data da coleta da amostra de sangue para realização do exame (dd/mm/aaaa). Caso a data não seja conhecida, anotar 99/99/9999.
3. Anotar os resultados dos exames para contagem de linfócitos T CD4+ subsequentes ao primeiro exame e a data da coleta (dd/mm/aaaa); caso alguma das datas não seja conhecida, anotar 99/99/9999. Nesse campo, mesmo que o paciente tenha mais de dois anos de acompanhamento, só deverão ser registrados os resultados dos exames de contagem de linfócitos T CD4+ dos dois últimos anos anteriores à data do óbito. No campo “observações” poderão ser anotadas situações relevantes relacionadas ao exame.
4. Anotar o resultado da primeira carga viral (em cópias/mm³) e a data da coleta da amostra de sangue para realização do exame (dd/mm/aaaa). Caso a data não seja conhecida, anotar 99/99/9999.
5. Anotar os resultados dos exames de carga viral (em cópias/mm³) subsequentes ao primeiro, com a data da coleta (dd/mm/aaaa); caso alguma das datas não seja conhecida, anotar 99/99/9999. Nesse quadro, mesmo que o paciente tenha mais de dois anos de acompanhamento, só deverão ser registrados os resultados da carga viral dos dois últimos anos anteriores à data do óbito. No campo “observações” poderão ser anotadas situações relevantes relacionadas à realização do exame.
6. Assinalar com um X se o paciente realizou ou não algum exame de genotipagem. Se for assinalado “Sim”, anotar a data de realização (dd/mm/aaaa). Caso a data não seja conhecida, anotar 99/99/9999; descrever também o resultado que consta no Sisgeno (ou como transcrito no prontuário médico) e as indicações para a realização do exame de genotipagem. Nos casos em que houver mais de uma genotipagem, repetir todas as informações (data de realização, resultado e indicação).
7. Se, durante o acompanhamento, o paciente apresentou ou não alguma infecção oportunista e/ou doença associada, anotar as informações ao lado de cada uma das doenças relacionadas. Caso tenha ocorrido algum agravo/doença não especificado, registre o nome no campo “outras”. Preencher a data do diagnóstico (dd/mm/aaaa), data do início do tratamento (dd/mm/aaaa), data do término do tratamento (dd/mm/aaaa) (se não houver informação sobre algumas destas datas, preencher o campo com 99/99/9999) e o número de episódios caso o paciente tenha tido mais de uma vez a mesma condição, em qualquer momento de seu acompanhamento pelo(s) serviço(s) de saúde. No campo “observações” poderão ser anotadas as situações complementares e relevantes.
8. Se, durante o acompanhamento, o paciente apresentou alguma das comorbidades selecionadas, anotar as informações no quadro. Preencher o quadro da(s) doença (s) com a data do diagnóstico (dd/mm/aaaa), data do início do tratamento (dd/mm/aaaa) e data do término do tratamento (dd/mm/aaaa) (se não houver informação sobre algumas destas datas, preencher o campo com 99/99/9999).



VI. Dados do óbito

1. Local de ocorrência: deverá ser assinalado com um X o local do óbito: se tiver ocorrido em hospital ou serviço de saúde, assinalar se é Público, Privado ou outro (especificar).
2. O paciente foi assistido durante o evento que o levou ao óbito: assinalar com um X uma das opções; se não foi assistido, descreva o motivo.
3. Causa do óbito: deverá ser transcrita da Declaração de Óbito, tanto a parte I quanto a parte II, com os respectivos CID.
4. Causa do óbito após a investigação: deverá ser anotada a causa básica de óbito (parte I e parte II), com os respectivos CID, mesmo nos casos em que não ocorra mudança da causa após a investigação.



Anexo 3

Ficha de Avaliação e recomendações do Comitê

Iniciais do paciente: _____ N° da DO: _____

Data da avaliação: ___/___/___

1. Na opinião dos investigadores, este óbito poderia ter sido evitado?

- () Sim
- () Não
- () Inconclusivo

Identifique e justifique, com base nos eixos abaixo:

() **Comunidade e indivíduo:** _____

() **Profissionais:** _____

() **Institucionais:** _____

() **Sociais:** _____

() **Intersetoriais:** _____

2. Recomendações:



3. Observações:

Avaliadores



Anexo 3

Instrução para o preenchimento da “Ficha de Avaliação e recomendações do Comitê”

Cada óbito investigado deverá ter uma “Ficha de Avaliação e recomendações do Comitê” preenchida.

1. Marcar com um X, com base na investigação do óbito, se os investigadores o consideraram como evitável, inevitável ou inconclusivo.

Definições:

Óbito evitável – quando são identificadas inadequações na condução do caso que possivelmente tenham contribuído para o desfecho negativo.

Óbito inevitável – quando são identificadas situações irreversíveis em âmbito clínico e/ou de autonomia do sujeito.

Inconclusivo – quando, após investigações, não há dados suficientes para o julgamento das circunstâncias que levaram ao óbito.

Para a identificação do eixo, considere:

Da comunidade e do indivíduo – os casos em que ocorreu uma recusa em procurar a assistência necessária ou em seguir as orientações dos profissionais de saúde pelas mais diversas questões, desde as culturais e religiosas, preconceitos e estigmas, até por falta de reconhecimento do problema.

Profissionais – os casos em que ocorreu negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atenderam ao paciente.

Institucionais – os casos em que problemas político-administrativos contribuíram para o óbito, tais como falta de acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e aos serviços especializados, carência de leitos, falta de medicamentos específicos, dificuldade para realização de exames complementares e inexistência de sistema de referência e contrarreferência formalizado, entre outros.

Sociais – os casos em que as condições socioeconômicas desfavoráveis contribuíram para o óbito, tais como desemprego, baixa renda familiar e baixa escolaridade, discriminação em razão de orientação sexual e estigma, entre outros.

Intersetoriais – os casos em que a falta e/ou ineficiência dos equipamentos sociais contribuiu para o óbito.

2. Recomendações: as propostas elaboradas pelo Comitê devem ser claras, factíveis e relacionadas ao contexto de sua aplicação.
3. Observações: outros comentários relacionados ao contexto da investigação do caso.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA