



**Classificação prognóstica dos pacientes aidéticos do Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
(HC-FMUSP) no período de 1988-1990**

NT

22

Lucila Ohno-Machado
São Paulo, 1991

E A E S P .	
SECRETARIA ESCOLAR	
PROTOCOLO N.º	2599/91
RECEBIDO EM	24/08/91

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

**Classificação prognóstica dos pacientes aidéticos do Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
(HC-FMUSP) no período de 1988-1990**

Dissertação de Mestrado
apresentada à
Escola de Administração de
Empresas da Fundação
Getúlio Vargas

Lucila Ohno-Machado

São Paulo, 1991



12/11/91

Ao Ruy, meu marido, por
sua participação constante
e ajuda inestimável na
elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Ruth Moreira Leite e aos médicos do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HC-FMUSP.

Ao Prof.Dr. Daniel Sigulem e à equipe do do Centro de Informática em Saúde da Escola Paulista de Medicina.

Ao Prof.Dr. György Miklós Böhm e aos funcionários da Fundação Faculdade de Medicina da USP.

Ao Prof.Dr. Álvaro Eduardo de Almeida Magalhães e à equipe do Serviço de Informática Médica da Divisão de Clínica Radiológica do HC-FMUSP.

Ao Prof.Dr. Esdras Borges da Costa e aos professores e funcionários da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (EAESP-FGV).

Ao Prof.Dr. Eduardo Massad e aos médicos e funcionários da Disciplina de Informática Médica da Faculdade de Medicina da USP.

À Profa.Dra. Maria Cristina de Souza Campos e ao Prof.Dr. Rubens Keinert, da EAESP-FGV.

Ao Dr. Chao Lung Wen e à equipe de Informática da Fundação Faculdade de Medicina da USP.

À Sra. Adriana Regina Onofre e aos funcionários da Biblioteca do Centro de Estudos Rafael de Barros.

Sumário

1 - INTRODUÇÃO	6
1.1. Generalidades. Histórico	6
1.2. AIDS no Mundo	8
1.3. AIDS no Brasil	11
1.4. Aspectos Clínicos	13
1.5. Aspectos Sócio-econômicos	20
1.6. Proposição	25
2 - MATERIAL E MÉTODOS	26
2.1. Casuística	26
2.2. Método	29
2.2.1. Coleta de Dados	29
2.2.2. Análise Estatística	29
3 - RESULTADOS	31
3.1. Estatísticas Descritivas	31
3.2. Análise Discriminante	34
3.3. Análise de Sobrevida	41
4 - DISCUSSÃO	43
5 - CONCLUSÕES	51
6 - BIBLIOGRAFIA	53
ANEXO I - TABELAS	58
ANEXO II - FIGURAS	106

Resumo

A literatura mundial sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e condições relacionadas à infecção pelo HIV é abundante, mas o mesmo não acontece na literatura médica nacional, embora o Brasil detenha a quarta posição do mundo em número de casos. Fatores prognósticos da doença ainda não foram estabelecidos, conhecendo-se pouco sobre a sobrevida dos pacientes acometidos pela síndrome, especialmente em nosso meio.

Foram estudados 312 pacientes aidéticos atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) de novembro de 1988 a dezembro de 1990. Os casos foram notificados à Secretaria de Saúde do Estado, e os dados introduzidos em uma base de dados computadorizada.

Após análise discriminante entre o grupo dos pacientes que obituaram no período e o que se manteve vivo neste intervalo, definiram-se os preditores de óbito para os casos estudados. Tais preditores incluíram, entre outros: tempo decorrido a partir das primeiras manifestações da doença, sexo, idade do paciente, número e tipo de infecções por fungos.

A análise de sobrevida pelo método atuarial mostrou uma sobrevida no primeiro ano de observação de 65,6% e no segundo ano de 54,7% para o total dos pacientes. As curvas de sobrevida de pacientes acometidos por infecções por fungos, mulheres e maiores de 40 anos sugeriram uma menor sobrevida nesses pacientes, confirmando os resultados da análise discriminante. Porém, o teste de Cox indicou uma significância menor que 0,05 quando da comparação entre os grupos.

Abstract

Despite the presence of libraries of information throughout the world on AIDS and HIV infection related conditions, and bearing in mind the fact that Brazil ranks fourth in the world in the incidence of the disease, there is a distinct lack of Brazilian medical literature on this theme. Prognostic factors for the disease are still not established and very little is known about AIDS patients' survival time in our community.

Between November 1988 and December 1990 a study was carried out on 312 AIDS patients admitted to the University Hospital in São Paulo (HC-FMUSP). The cases were notified to the State Health Authority and data was included in a computerized database.

After performing the discriminant analysis between the group of patients who died and those who survived after the above interval, the predictors for death were defined. These predictors were, among others: time elapsed between the first manifestations of the disease and death/discharge, sex, age, number and type of fungal infection.

The actuarial life table analysis showed a survival of 65,6% in one year and 54,7% in two years for the entire group. The survival curves for the patients infected secondarily by fungus, the women, and the patients older than 40, suggested a shorter survival for these groups, confirming the results of the discriminant analysis. But the Cox test for comparison between these curves resulted in a significance of less than 0.05.

*"Vivo em dois mundos diferentes e ocultos:
um sabe, outro não. Não queria viver, mas
disse a mim mesma: não me suicidarei; o
vírus o fará por mim."*

Sabine, 24 anos. (Em "Cotidiano de uma
aidética", Tribuna Alemã 24, out. 1988)

1. INTRODUÇÃO

1.1 Generalidades. Histórico

Em junho de 1981, Gotlieb et al. relatavam evidências de "uma nova e severa síndrome de imunodeficiência", acometendo especialmente indivíduos homossexuais do sexo masculino, nas cidades de Los Angeles e São Francisco ⁽¹⁾. A síndrome envolvia pneumonia extremamente rara causada por um protozoário, o *Pneumocystis carinii* (PC). Em julho do mesmo ano, o CDC (*Center for Disease Control*), centro especializado em doenças transmissíveis de Atlanta, EUA, relatava um aumento exagerado de casos de Sarcoma de Kaposi (SK) em Nova Iorque e na Califórnia ⁽²⁾. O SK é um tipo raro de neoplasia maligna, associado à deficiência imunológica do paciente, e que costumava se apresentar de forma menos grave e de evolução bem mais lenta até então.

Ambos os acometimentos (pneumocistose e SK) apontavam para um novo tipo de comprometimento do sistema imunológico, um tipo de imunodeficiência que era adquirida na idade adulta. A denominação proposta para a síndrome foi AIDS, acrônimo de *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, ou SIDA (*Syndrome d'immunodéficience acquise*). Análises retrospectivas revelaram a presença da síndrome na África desde a década de sessenta e na América a partir do final da década de setenta ⁽³⁾.

A partir dos primeiros trabalhos sobre pneumocistose e SK a literatura médica foi crescendo, dada a dimensão social que a doença passou a assumir nos anos oitenta. Em 1983 começaram a ser notificados casos em indivíduos heterossexuais, predominando os de origem haitiana ⁽⁴⁾, usuários de drogas ⁽⁵⁾, hemofílicos ⁽⁶⁾ e politransfundidos, através do contato sexual e sangue contaminado

Em 1983 foi isolado o retrovírus linfadenopático LAV, causador da AIDS, no Instituto Pasteur (França) por Montagnier e colaboradores (7). Em seguida Gallo e colaboradores (EUA, 1984) isolaram o retrovírus linfotrópico para células T humanas, o HTLV-III (8). Verificado que se tratava da mesma subfamília de vírus, um comitê de conciliação denominou o agente etiológico causador da AIDS "*Human Immunodeficiency Virus*" (HIV). Em 1987 foi detectado em Liboa, Portugal, o HIV-2 (um retrovírus diferente do HIV-1, mais comum), encontrado principalmente na África Ocidental (Guiné-Bissau e Cabo Verde) (9). Alguns casos foram identificados na Europa (especialmente cidades portuárias e também no Brasil (10)).

O HIV pôde ser isolado de vários tecidos e secreções humanas, confirmando a possibilidade de transmissão perinatal (transplacentária (11) e através do leite materno (12)), transmissão a partir de órgãos para transplante infectados (13) e a partir de agulhas e materiais cortantes infectados (14). Não há ainda evidências sobre a transmissão do vírus por artrópodos e contatos casuais, embora haja especulações a esse respeito (15).

A antiga definição oficial de AIDS do CDC, apresentada em 1982 (16), sofreu ligeiras modificações em 1985 (17), sendo adotada para uso mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986 (18). Em 1987 a definição foi revista (19)(tab.2), para dar mais ênfase à infecção pelo HIV e para adicionar alguns indicadores de doença. Todavia, a definição do CDC/OMS para a doença não foi adequada em muitos países em desenvolvimento (20), os quais geralmente não possuem serviços de laboratórios adequados para a população como um todo. Além disso, o padrão da doença apresenta diferenças significativas entre as diferentes regiões do globo (21).

1.2. AIDS no Mundo

Ainda não foi determinado com certeza onde e como o HIV começou a se propagar. Acredita-se que tenha uma origem nos macacos africanos, infectados a partir de 1960 na África Equatorial. A forma pela qual os nativos africanos foram infectados ainda não foi bem esclarecida. A conexão com a Europa e América parece ter sido feita através de trabalhadores e turistas.

Três padrões distintos de infecção e doença podem ser descritos, de acordo com o comportamento de risco predominante, distribuição geográfica e época de introdução (22):

Padrão I

Época de introdução: final dos anos setenta.

Distribuição: América do Norte, algumas partes da América Latina (excetuando-se alguns países do Caribe), Europa, Austrália e Nova Zelândia. É a forma predominante no Brasil.

Transmissão: homo/bissexuais e usuários de drogas endovenosas.

Razão Masculino/Feminino: 10:1 a 15:1

Padrão II

Época de introdução: década de setenta.

Distribuição: África Oriental, Central e Sul.

Transmissão: heterossexuais e crianças, transmissão sexual e parenteral.

Razão Masculino/Feminino: 1:1

Padrão III

Época de introdução: década de oitenta.

Distribuição: Ásia, Europa oriental, norte da África, Oriente Médio, países do Pacífico (excetuando-se Austrália e Nova Zelândia).

Transmissão: heterossexuais e crianças, transmissão sexual e parenteral.

Poucos casos foram encontrados nessas regiões, sendo originários de países de padrão I ou II.

No final de 1990 haviam sido notificados 314.611 casos de AIDS no mundo inteiro (24). Este total representou um crescimento de 55% em relação a 1989 (203.599 casos), no qual a taxa de crescimento em relação a 1988 (129.385 casos) havia sido de 57%. A OMS calcula ainda que, por sub-notificação e sub-reconhecimento da doença, haveria realmente, no final de 1990, cerca de 900.000 casos de AIDS em adultos e 400.000 casos em crianças.

A OMS aponta que haja uma sub-notificação da ordem de 80 a 90% para os casos de AIDS. Os países que mais notificaram a doença em 1990 foram: EUA (149.498), Uganda (15.569), Zaire (11.732), Brasil (11.070) e França (9.718). O número de casos por 100.000 habitantes, contudo, aponta as regiões do Caribe e da

África Central como as maiores concentrações de aidéticos do mundo, seguidas de longe pelos outros países das Américas (EUA) e Europa:

País	Número de casos por 100.000 habitantes
Bermuda	49,1
Guiana Francesa	38,6
Bahamas	38,0
Christopher Nevis	37,0
Malawi	36,0
Estados Unidos	12,6
França	4,8

O total de casos notificados na Ásia e Oceania (3.284) indica uma pequena prevalência nessas áreas, com exceção da Austrália (2.040). Há que se considerar que a identificação e notificação de casos em algumas partes do globo pode estar bastante prejudicada. A OMS aponta 50% dos casos de AIDS em adultos como originários da África, e o número sobe para 90% no caso das crianças.

Chin e cols ⁽²²⁾ consideram difícil prever as dimensões da pandemia da AIDS, visto que:

- a) é uma síndrome relativamente nova, havendo seguimento de menos de 10 anos até o presente;
- b) o conhecimento atual sobre os comportamentos de risco e modos de transmissão do HIV é incompleto e de difícil estudo;

c) a proporção exata de pessoas que irão inevitavelmente desenvolver a doença ainda não é conhecida.

Além disso, as diferenças ocasionadas da infecção pelo HIV-1 e HIV-2 necessitam estudos mais extensivos, bem como as alternativas terapêuticas e de profilaxia através de vacinas.

Torna-se difícil fazer projeções a longo prazo para a doença. Contudo, projeções a curto prazo devem ser feitas, pois o número de infectados independe das medidas profiláticas que foram tomadas a partir de 1988, visto que o período de incubação do vírus é estimado em 8-9 anos e as pessoas que desenvolverão a doença nos próximos anos terão sido, em sua maioria, infectadas antes de 1988 (25).

1.3 A AIDS no Brasil

O Brasil notificou 1.571 casos de AIDS antes de 1986, sendo que em 1987 esta cifra atingiu 2.117 casos novos, crescendo continuamente desde então (1988: 3.432 casos, 1989: 4.079 casos). A notificação relativa a 1990, ainda incompleta, já apontava 1.206 novos casos em nosso território, totalizando 12.405 casos (26). A princípio, os pacientes adquiriam a infecção no exterior (EUA, principalmente), pertencendo às camadas mais favorecidas da população. Eram homo/bissexuais ou usuários de drogas endovenosas, em menor proporção. O primeiro caso relatado no país foi em 1982, sendo retrospectivamente identificado um caso em São Paulo em 1980. A investigação epidemiológica da AIDS só iniciou oficialmente no Brasil em 1985 (1983 em São Paulo).

A notificação por parte dos profissionais de saúde não é sempre executada de maneira correta, podendo levar a viéses na interpretação de certos dados. Desta forma, é baixo o índice de eficiência do Sistema de Vigilância Epidemiológica no

país. Técnicos do Ministério da Saúde estimam uma subnotificação de cerca de 30-40% em relação à AIDS.

Cerca de 80% dos casos notificados concentram-se no eixo Rio-São Paulo, sendo a proporção homens-mulheres de 9:1. O padrão epidemiológico é do tipo I, sendo que os homo/bissexuais são responsáveis por cerca de 52% dos casos, usuários de drogas 15% e 5% dos casos apresentam história de transfusão de sangue ou derivados. Esse padrão de transmissão vêm se alterando com o decorrer do tempo, diminuindo os casos de comportamento de risco homossexual relativamente aos usuários de drogas e transmissão peri-natal (27).

O pico de incidência por idade têm sido na faixa de 30 a 34 anos, havendo alta incidência na faixa dos adultos jovens (20 a 40 anos). Calcula-se que 0,1% da população brasileira já esteja infectada pelo HIV, o que poderá significar um grande número de novos casos nos próximos anos.

1.4. Aspectos Clínicos

A infecção pelo HIV pode se manifestar desde uma infecção assintomática até uma severa imunodeficiência. Para poder entender melhor a evolução clínica do indivíduo portador do HIV foram propostos alguns sistemas de classificação dos infectados, dentre os quais os mais aceitos e utilizados em países desenvolvidos são os do CDC (28) e o do Exército Americano (*Walter Reed Staging System for HIV Infection*). A própria definição de AIDS é diferente nos dois sistemas, bem como as variáveis utilizadas para a classificação.

O CDC classifica o portador de HIV em quatro grandes grupos, considerando AIDS a partir do grupo IV:

Grupo I

Infecção Aguda. Os pacientes apresentam sinais e sintomas como sudorese, febre, mal-estar, mialgias e/ou artralgias, cefaléia, diarreia e dor de garganta (semelhantes aos da mononucleose infecciosa). Essas manifestações têm início abrupto, durando de três a quatorze dias. O indivíduo evolui então para algum dos grupo a seguir:

Grupo II

Infecção assintomática. A grande maioria dos infectados encontra-se atualmente neste estágio.

Grupo III

Linfadenopatia persistente generalizada. Há aumento de linfonodos em 1 cm. ou mais, em duas ou mais cadeias extrainguinais, persistindo por mais de três meses.

Grupo IV

Outras doenças. O paciente deve estar acometido por uma das formas abaixo:

Subgrupo A - Doença Constitucional. Definida como pelo menos um dos seguintes: febre persistente por mais de 1 mês, perda de peso involuntária maior que 10%, diarreia persistente por mais de 1 mês e ausência de outra doença que justifique esses achados.

Subgrupo B - Doença Neurológica. Definida como um ou mais dos seguintes: demência, mielopatia, neuropatia periférica e ausência de outra doença que justifique esses achados.

Subgrupo C - Infecção secundária

Categoria C.1- Infecção Secundária por agentes listados na definição do CDC para AIDS (PC e outros).

Categoria C.2- Infecção Secundária por agentes não listados na definição do CDC para AIDS (Tuberculose e outros).

Subgrupo D - Cânceres Secundários. Um ou mais dos cânceres mencionados na definição do CDC para AIDS.

Subgrupo E - Outras condições

A definição do CDC para AIDS, revista pelo CDC em 1987 e em uso atualmente em países desenvolvidos, envolve o isolamento ou evidências clínicas de infecção por determinados agentes (tab.1) ou determinadas neoplasias e evidências laboratoriais da presença do HIV. Os testes imunológicos que indicam o contato com o vírus não são necessários para o caso onde o *Pneumocystis carinii* é isolado ou há uma contagem de linfócitos T auxiliares (CD4) inferior a $400/\text{mm}^3$ (tab.2) e um agente oportunista.

A classificação descrita acima é utilizada para adultos somente, havendo uma classificação especial para crianças até treze anos.

A classificação de Walter Reed apresenta 7 estágios sucessivos (29):

Estágio 0. Exposição ao vírus.

Estágio 1. Infecção Aguda.

Estágio 2. Linfadenopatia Crônica

Estágio 3. Queda dos linfócitos T auxiliares abaixo de $400/\text{mm}^3$.

Estágio 4. Acometimento da resposta imunológica de hipersensibilidade tardia.

Estágio 5. Anergia total. Ausência de hipersensibilidade tardia.

Estágio 6. Infecção oportunística + Imunodeficiência sistêmica (AIDS)

Notamos que a existência de SK isoladamente, mesmo com a sorologia de HIV+, não define o AIDS no infectado, como ocorre na definição anterior do CDC.

A evolução dos estágios citados ou a sequência temporal dos grupos do CDC têm sido bastante estudadas em países desenvolvidos, embora alguns resultados ainda sejam contraditórios. Estima-se que os assintomáticos permaneçam nessa condição de 3 a 6 anos e que os casos definidos como AIDS tenham uma sobrevida média em torno de dois anos⁽³⁰⁾. Deve-se lembrar que alguns estudos apontam uma melhora na sobrevida desde os primeiros casos de 1981 até os dias de hoje, podendo ser devidas ao uso de drogas antivirais como o AZT (azidotimina)^(31,32) ou da profilaxia do *Pneumocistis carinii*, como a combinação Sulfametoxazol+Trimetopim ou a Pentamidina ⁽³³⁾. Em ambos os sistemas o acompanhamento laboratorial é de fundamental importância, sendo aceita pela comunidade médica o efeito da contagem de linfócitos T auxiliares⁽³⁴⁾, da B2 microglobulina ⁽³⁵⁾, anticorpos para o p24 ⁽³⁶⁾, antígeno p24 ⁽³⁷⁾, e IgA⁽³⁸⁾.

O fato de haver dois sistemas classificatórios e também duas definições para a AIDS causa problemas que são evidentes a nível mundial, porque os testes laboratoriais tornam-se fundamentais para as duas abordagens. Em países do terceiro mundo não é comum, como aponta Conlon⁽³⁹⁾, que tais testes estejam disponíveis para a maior parcela da população, dificultando a identificação, a terapêutica e o prognóstico de tais pacientes.

Para contornar este problema a OMS criou em 1986 uma definição de AIDS para países em desenvolvimento, que incluía o achado de pelo menos dois sinais MAJOR e um sinal MINOR:

SINAIS MAJOR:

1. Perda de peso maior que 10%
2. Diarréia crônica de mais de 1 mês de duração
3. Febre por mais de 1 mês.

SINAIS MINOR:

1. Tosse persistente por mais de 1 mês.
2. Dermatite pruriginosa generalizada.
3. Herpes zoster recorrente.
4. Candidíase orofaríngea.
5. Infecções por Herpes simplex crônicas progressivas e disseminadas.
6. Linfadenopatia generalizada.

Há que se considerar que os estudos que levaram a tal definição foram efetuados na África e, como visto anteriormente, o padrão africano não é o encontrado em vários países do terceiro mundo, incluindo o Brasil. A definição foi testada no Zaire, tendo uma especificidade de 90% e uma sensibilidade de 59%. O valor preditivo da definição foi de 74%, mostrando que a definição pode ser bastante útil para aquela realidade. Conlon ⁽³⁹⁾ afirma ainda que, em países em desenvolvimento, a pneumonia por PC é rara, o que não é compatível com o caso brasileiro. Dessa forma, é de se esperar que no Brasil, dado o padrão epidemiológico tipo I e semelhança ao quadro clínico americano e europeu, um outro tipo de classificação e definição seja necessária.

Em nosso país a classificação segue a do CDC para a notificação de casos. A classificação, contudo, muitas vezes não pode ser seguida à risca, dada a falta

ocasional de material de laboratório ou de especialistas em moléstias infecciosas, que podem fazer um julgamento mais correto nos casos duvidosos.

A classificação de severidade dos pacientes do grupo IV foi proposta por Turner e cols. em 1989 ⁽⁴⁰⁾, baseada em dados clínicos. Testada em 6.000 pacientes, esta classificação divide os pacientes em três grandes grupos, com taxas de mortalidade que variam de 6% no início do estágio I até 60% no final do estágio III. A classificação adota alguns pressupostos como: morbidade e mortalidade devem aumentar conforme se avança nos estágios; o envolvimento de um órgão isoladamente é menos severo que o envolvimento de múltiplos órgãos; complicações múltiplas são piores que complicações isoladas; acometimento do sistema nervoso central (SNC) e falência de órgãos estão associados com maiores taxas de mortalidade e, portanto, um estágio avançado da doença.

O valor da classificação dos pacientes tornou-se evidente para os americanos, que consideram não somente o nível de atendimento e intervenção correspondente a uma melhoria da qualidade de vida dos aidéticos, mas também os custos envolvidos neste tipo de atividades para o sistema de saúde ⁽⁴¹⁾. Além disso, trabalho recente de Kaplan e cols. ⁽⁴²⁾ indica o nível de qualidade de vida como um forte preditor de mortalidade, correlacionado com variáveis biológicas, neuropsicológicas e psiquiátricas.

No Brasil, onde nem todos têm acesso ao sistema de saúde gratuito e, aos que possuem esta possibilidade de atendimento, oferecem-se recursos escassos, são óbvios os benefícios de um sistema classificatório. Contudo, os sistemas apresentados consideram os pacientes americanos e as características clínicas do AIDS nessa região, bem como a disponibilidade de assistência médica nos E.U.A..

É necessário que as classificações sejam testadas em território nacional para que seja comprovada sua validade em nosso meio. Há motivos para acreditar que os pacientes aidéticos do Brasil e as características sócio-econômicas envolvidas sejam bastante diferentes da realidade norte-americana. Como um exemplo, têm sido feitos estudos no Brasil tentando relacionar uma sobrevida menor em pacientes provenientes de classes sociais menos favorecidas (43).

1.5. Aspectos Sócio-econômicos

As implicações de uma doença que mata pessoas em seus anos mais produtivos é, e continuará sendo, enorme (44). O grande número de infectados atualmente significará um número grande de doentes em alguns anos. O impacto da AIDS sobre o desenvolvimento político e econômico de algumas nações poderá ser crítico.

Mann e cols (45) indicavam em 1988 que a taxa de mortalidade adulta em algumas áreas urbanas da África Central deveria dobrar ou triplicar num período de dois anos. Os programas de diminuição da taxa de mortalidade infantil nessas regiões estariam seriamente comprometidos com a AIDS, devendo aumentar a taxa em pelo menos 25% devido à nova doença. Apontavam ainda a ineficiência do sistema de saúde dessas regiões, que seria seriamente afetado com os 400.000 casos novos a serem identificados no curto espaço de tempo de 5 anos.

A reorientação de comportamentos considerados "de risco" interferiu nas frequências relativas de cada um dos padrões de transmissão da doença, podendo começar a ser sentida no Brasil nos últimos anos, quando a porcentagem relativa de notificações de casos de homo/bissexuais baixou, aumentando o número de casos de usuários de drogas endovenosas e transmissão peri-natal (46).

Custos

Somas consideráveis são gastas para educação e profilaxia da infecção, nas mais variadas partes do mundo. O *Harvard Institute of International Development* estima a perda anual de 350 milhões de dólares devido às mortes por AIDS para a economia do Zaire, o que corresponde a 8% do PIB do país. O mesmo estudo

estima 980 milhões de dólares em perdas devidas à AIDS na África Central em 1995. A estabilidade política poderia ser abalada por essa condição econômica⁽⁴⁴⁾.

Nos E.U.A. os gastos com a AIDS subiram de 60 milhões de dólares em 1984 para 900 milhões em 1988, e 1,2 bilhões em 1989, para o Serviço de Saúde Pública. Quanto ao custo de atendimento médico para o paciente aidético, estima-se algo entre 30 a 140 mil dólares por paciente. Para 1991 e 1992 faziam-se projeções em torno de 4,5 a 5 bilhões de dólares em atendimento médico. Acresça-se a isso os custos indiretos em hospitais (máscaras, óculos, luvas, etc.), o custo do possível retorno de doenças como a tuberculose (cuja incidência vinha diminuindo continuamente nos E.U.A. desde o começo do século), a contribuição de voluntários e a colaboração gratuita de alguns meios de comunicação⁽⁴⁷⁾.

Thompson e cols ⁽⁴⁸⁾ indicam que atenção deve ser dada, no tocante aos custos da AIDS, ao atendimento não hospitalar, serviços não remunerados, qualidade de vida, "*Willingness To Pay*" (o índice WTP) e os limites da quantificação desses elementos.

Políticas de Saúde

Dado o impacto da AIDS, a OMS criou um programa mundial de combate à síndrome, cujos objetivos são: prevenir novas infecções pelo HIV; fornecer suporte e assistência aos já infectados; congregar esforços internacionais no combate à doença. Torna-se, porém, difícil falar-se em prevenção pelo uso de condon quando este não está disponível para grande parte da população, ou em mudança de comportamento nos usuários de drogas quando não há clínicas suficientes para seu correto atendimento. O mesmo pode ser dito em relação à disponibilidade de testes para "screening" de doadores de bancos de sangue. Isto sem levar em consideração fatores culturais que tornam a discussão em torno de alguns temas um tanto difícil.

Não há precedente na História da Saúde Pública americana, de uma doença que concentrasse tantos esforços (e tão rapidamente) no sentido da detecção do agente, determinação de medidas profiláticas e procura da terapêutica como a AIDS. Por sua associação com sexo, a AIDS causou muita discussão em torno de temas como a homossexualidade, tipos de práticas sexuais, aborto. As minorias estão desproporcionalmente representadas nos casos de AIDS dos Estados Unidos, com negros e hispânicos constituindo 40% dos casos, embora representem apenas 20% da população.

O advento da AIDS também mudou a prática médica substancialmente. Medidas que já deveriam ser tomadas para prevenção de outras infecções (Hepatite B, por exemplo) passaram dos manuais ao dia-a-dia dos profissionais de saúde. Muitos hospitais chegaram até a preterir pacientes aidéticos, em favor daqueles que poderiam pagar melhor por seus tratamentos (44).

Também importantes são as considerações a respeito da intervenção médica precoce. Arno e cols (47) apontam as implicações da AIDS no sistema de saúde americano. As estratégias terapêuticas em relação aos assintomáticos justificam-se porque: dados epidemiológicos indicam que, na ausência de intervenção, a grande maioria dos casos evoluirá para AIDS; há evidências que drogas como o AZT inibem a replicação viral, retardando o desenvolvimento da doença e talvez até diminuindo a infectividade; a incidência de agentes oportunistas como os causadores de sífilis, tuberculose e pneumonia bacteriana pode ser melhor controlada se drogas antivirais forem associadas. Para o controle dos assintomáticos, apontam os autores a necessidade de melhora no atendimento ambulatorial e referem que 80% dos gastos nesse modelo devem-se às drogas. O AZT, por exemplo, custa cerca de \$8.000 dólares anuais ao sistema de saúde

americano. Drogas para profilaxia do PC como a Pentamidina inalatória custam cerca de \$1.200 dólares anuais. Além disso, prolongamento da sobrevivência dos pacientes pode significar um aumento posterior de gastos em cuidados médicos. Discussões como essa ocorrem em todas as partes do mundo.

O controle da transmissão do HIV não interessa somente aos países desenvolvidos, mas também aos países nos quais a AIDS não surge apenas como um mal biológico e social, mas também uma pesada carga financeira, abalando a já frágil infra-estrutura econômica. Como exemplo, recomendações sobre viagens a países sub-desenvolvidos referem-se não somente aos riscos de contrair-se a infecção, mas também a recomendações para os já infectados sobre qual o tipo de infecção oportunista que terão de enfrentar nesses países estrangeiros (49).

Cabe aos dirigentes das políticas de saúde a decisão de investimento em todos os níveis de atuação (profilaxia, terapêutica precoce e assistência médica propriamente dita) no desenvolvimento da epidemia da AIDS. As implicações sociais, culturais e biológicas que surgiram da epidemia da AIDS compartilham agora com as implicações econômicas um lugar de destaque na formulação de uma política de saúde responsável em qualquer parte do mundo. A terapêutica disponível hoje está longe de fornecer uma solução definitiva aos acometidos pela AIDS, e as vacinas ainda encontram-se em fase experimental (50).

O estabelecimento de critérios de classificação dos pacientes para países em desenvolvimento, nos quais não está disponível o aparato técnico ideal para acompanhamento diagnóstico e prognóstico do aidético é necessidade reconhecida mundialmente (51). Tais critérios devem ser levados em consideração na distribuição dos escassos recursos disponíveis para o setor de saúde em países como o nosso, onde a população jovem é responsável por grande parcela da atividade

produtiva, apesar de muitas vezes não poder contar com elementos de infraestrutura básica no que se refere à educação, condições sanitárias e de trabalho e moradia.

1.6. Proposição

A proposta deste trabalho é estabelecer critérios de classificação de gravidade para uso na elaboração de políticas de saúde para a assistência ao paciente aidético. Tentaremos avaliar a sobrevida desses pacientes em nosso meio e determinar os preditores de óbito a partir do diagnóstico da doença. Embora haja grande número de trabalhos referindo o tempo de duração entre a infecção e o desenvolvimento da AIDS na literatura médica mundial^(52,53,54,55,56,57), o mesmo não se pode dizer sobre o tempo de duração entre o diagnóstico da doença e o evento final do óbito, havendo algumas tentativas isoladas neste sentido.

Os trabalhos realizados até o presente momento, que enfatizam a sobrevida a partir do diagnóstico vêm todos de países desenvolvidos, como os E.U.A.⁽⁵⁸⁾ e Reino Unido⁽⁵⁹⁾, havendo muito pouco a nível de terceiro mundo, conforme verificado na base de dados computadorizada de literatura médica latino-americana. Há que se reconhecer a importância de iniciativas isoladas em nosso meio, mas que ainda não possuem número expressivo de casos ⁽⁶⁰⁾.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. Casuística

De novembro de 1988 a dezembro de 1990 foram notificados 453 atendimentos de casos suspeitos de AIDS provenientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e dois hospitais auxiliares (Hospital do Cotoxó, Hospital de Suzano) à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SS-SP). Os atendimentos incluíam a primeira consulta ambulatorial anual de um determinado paciente ou uma internação. 352 casos atendidos foram confirmados, correspondendo a 312 pacientes.

Para notificação foram considerados os pacientes HIV+ pertencentes ao grupo IV do CDC. 27 pacientes foram notificados em 1988, 107 em 1989 e 178 em 1990. Os casos foram classificados e notificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HC (NEHC), por três médicos especializados, segundo os critérios estabelecidos pela Secretaria para cada uma das variáveis constantes da ficha de notificação a seguir:

(*)Sexo: masculino ou feminino.

Data de Nascimento.

Naturalidade: (Município, estado e país)

(*)Escaridade: Analfabeto, 1º. grau, 2º. grau, Superior, Ignorado.

Domicílio atual: endereço.

(*)Local provável de Infecção: Fora do país, Ignorado.

(*)Prática Sexual: Homossexual, Bissexual, Heterossexual ou Ignorada.

Fatores de Risco: Prática Sexual, Uso de Drogas Injetáveis, Transfusão de Drogas Injetáveis, Transfusão de Sangue ou derivados, Hemodiálise, Hemofilia, Transmissão Vertical, Contato profissional com pacientes de AIDS, Ignorado.

Infecções Oportunistas com Diagnóstico comprovado:

Protozoários: Criptosporidiose, Pneumonia por PC, Isosporiase, Toxoplasmose, Giardíase, Amebíase.

Fungos: Histoplasmose, Criptococose, Candidíase oral, Candidíase esofagiana, Outros fungos.

Bactérias: Micobacterium tuberculosis, Outras micobacterioses, Outras bacterioses.

Vírus: Citomegalovírus (CMV), Herpes simplex (HS), outros vírus.

Helminetos: Estrongiloidíase, outros helmintos.

Neoplasias associadas: KS, Carcinomas, Linfomas.

Situação atual do paciente: Não confirmado, Grupo I, Grupo II, Grupo III, Grupo IV, Óbito (data), Alta (data).

Data do aparecimento das primeiras manifestações clínicas.

Data do diagnóstico.

Sorologia para HIV realizada no HC-FMUSP:

Elisa: +, -, não realizado.

Imunofluorescência: +, -, não realizado.

Western Blot: +, -, não realizado.

Médico responsável: nome, telefone e data de preenchimento.

(*) itens mutuamente exclusivos.

Além dessas informações, havia dados relativos ao registro administrativo no hospital e no NEHC, bem como informações clínicas e anátomo-patológicas (quando existentes) para uso do NEHC. As mesmas não se encontravam em formato padronizado e portanto não foram incluídas no sistema computadorizado. Há que se notar que não havia, no protocolo padronizado pela SS-SP para os casos de AIDS, informações sobre os grupos I, II, III, IVa, IVb (que não eram de notificação compulsória) e IVe do CDC, sendo nossa pesquisa em relação a variáveis preditoras de óbito efetuada considerando somente variáveis clínicas relativas à classificação dos pacientes nos grupo IVc e IVd.

Para a análise das curvas de sobrevida dos pacientes foram considerados somente aqueles que apresentavam dados completos de data de diagnóstico/data de aparecimento dos primeiros sintomas e data da alta ou óbito (278 pacientes).

2.2. Método

2.2.1. Coleta de Dados

Os dados foram colhidos diretamente na enfermaria dos prontuários dos pacientes, quando a notificação era feita nesse período, do prontuário constante no arquivo médico para casos ambulatoriais e de alta ou óbito já consumados quando da verificação do caso. A partir das fichas em papel foi montado banco de dados relacional em um microcomputador PC-AT compatível. A consistência dos dados era feita tanto na entrada dos mesmos, como depois do banco de dados já montado. Casos duvidosos ou incompletos foram revistos no arquivo médico do HC. Cálculos para estabelecimento da idade, duração da doença e contagem de infecções oportunistas de cada ficha foram feitos automaticamente pelo computador e agregados ao banco de dados para a análise estatística.

2.2.2. Análise estatística

As estatísticas descritivas e univariadas foram obtidas com o auxílio do programa BMDP/PC90⁽⁶¹⁾ e envolveram todos os pacientes confirmados no serviço. Alguns gráficos utilizaram o programa STATGRAPHICS⁽⁶²⁾.

A análise discriminante foi efetuada em microcomputador PC-AT 386, utilizando os módulos avançados do programa SPSS/PC⁽⁶³⁾. A análise de sobrevivência utilizou o programa Análise pelo Método Atuarial⁽⁶⁴⁾, desenvolvido na Escola Paulista de Medicina e as curvas foram comparadas pelo método de Cox⁽⁶¹⁾.

Para a análise discriminante foi considerada a probabilidade "a priori" de óbito igual àquela que os pacientes assintomáticos considerados apresentaram nesse

período (1988-1990) no HC-FMUSP e usado o método de Wilks. Foram consideradas as fichas de notificação confirmadas como de pacientes aidéticos, sem tratamento prévio por agente antiviral como AZT. Os casos que não apresentavam todas as variáveis não foram considerados para a análise, mas puderam ser classificados segundo a função discriminante resultante do processo.

Para a análise de sobrevida a partir do método atuarial foram considerados apenas os pacientes nos quais era possível determinar o tempo de duração da doença a partir dos primeiros sintomas. O evento considerado era o óbito, sendo as altas não seguidas consideradas como perdas. Iniciou-se o estudo com o primeiro caso apontando início dos sintomas em 1984, com término em 31/12/90. Nos casos onde estava determinada a data dos primeiros sintomas apenas com o mês e ano, foi considerado o dia 15 como dia de início. Nos casos onde havia somente o ano, foi considerado o dia 30/06 como data de início. Os grupos definidos para comparação de sobrevida vieram tanto da literatura quanto dos indicadores preditivos determinados pela análise discriminante.

Os resultados obtidos foram comparados, sempre que possível, a dados da literatura nacional e, caso isto não se mostrasse possível, a dados da literatura médica mundial.

3. RESULTADOS

3.1. Estatísticas Descritivas

Caracterização dos pacientes

Dos 312 pacientes com AIDS confirmado acompanhados no HC-FMUSP no período de 11/88 a 12/90, 232 foram internados no hospital e 80 receberam apenas assistência ambulatorial ou a nível de pronto-socorro (tab.3). Havia 260 homens e 52 mulheres, com uma relação de 5:1 (tab.4). Houve 94 óbitos (tab.4A).

Encontramos 68 casos declarados de homossexuais, 14 de bissexuais, 90 de heterossexuais e ausência dessa informação em 140 pacientes (tab.5).

O grupo de risco pôde ser determinado em 158 casos, sendo que em 19 casos o paciente pertencia a mais de 1 grupo. 95 dos casos foram devido à prática sexual (18 desses casos apresentavam também outro fator de risco); 74 devido ao uso de drogas endovenosas (17 casos de associação); 18 devido à transfusão sanguínea (4 associações); nenhum caso devido à hemodiálise; 2 casos de hemofílicos e 7 casos de transmissão vertical. Não houve nenhum relato que sugerisse infecção por outras vias. A associação mais frequente de fatores de risco foi entre prática sexual e uso de drogas endovenosas (16 casos) (tab.6 e 7).

A idade dos pacientes variou de 0 a 68 anos, com a média de 31,6 anos, e desvio padrão de 12,9 (tab.8, fig.1).

A maioria dos pacientes era natural do estado de São Paulo (167 casos ou 53,5%) ou de grandes cidades brasileiras de outros estados (tab.9 e 10).

O maior número de casos de uma determinada ocupação deu-se na ocupação de cabeleireiro, comerciantes e motoristas (10 casos cada), além das mulheres que

se dedicavam a prendas domésticas (16 casos) e desempregados (12 casos). Houve 16 casos de profissionais de nível superior (tab.11).

Ocupações de Nível Superior:	16 casos
Nível Médio:	201 casos
Trabalhadores braçais:	46 casos
Ocupação Ignorada:	49 casos
<hr/>	
Total:	312 casos

Tempo de duração do HIV+ /AIDS

A época de aparecimento dos primeiros sintomas variou conforme a tabela:

1984	1 paciente
1985.....	6
1986.....	7
1987.....	14
1988.....	49
1989.....	72
1990.....	55
Ignorado.....	108
<hr/>	
Total.....	312

O tempo de duração a partir da data das primeiras manifestações até o óbito variou de 0 a 1948 dias, com média de 269,5 dias (Fig.2).

O tempo a partir do diagnóstico sorológico de HIV+ e o óbito variou de -2 dias (diagnóstico sorológico confirmado 2 dias após o óbito de um paciente em Pronto-Socorro) até 2369 dias. A média foi de 204,6 dias.

O tempo de duração entre o diagnóstico sorológico HIV+ e a manifestação da doença foi em média 65 dias.

Caracterização clínica

Apenas 7 pacientes foram submetidos à profilaxia com AZT e 1 com pentamidina inalatória (tab.12)

Em relação às infecções oportunistas, os agentes mais comuns foram, em ordem decrescente: *Candida albicans* (em orofaringe e esôfago, 137 casos, 111 associações com outros agentes ou neoplasias), *Pneumocystis carinii* (84 casos, 72 associações), *Micobacterium tuberculosis* (78 casos, 57 associações) e *Toxoplasma gondii* (62 casos, 42 associações), Citomegalovírus (25 casos).

Logo em seguida vem a primeira neoplasia, o Sarcoma de Kaposi (24 casos, 15 associações) (tab.13 e 14). A soma de agentes por categoria e a soma total de acometimentos (infecções oportunistas+neoplasias) foi efetuada pelo computador (tab.15)(Fig.3).

3.2. Análise Discriminante

Análise Univariada preliminar

Antes da análise discriminante propriamente dita, foi efetuada uma análise univariada, determinando-se as médias e desvios padrão de cada uma das variáveis para o grupo de sobreviventes e de óbitos. Podemos notar que dentre os óbitos ocorridos, 28,6% eram mulheres, a média do número de infecção por fungos e bactérias foi maior entre os óbitos que entre os sobreviventes (o mesmo não acontecendo para os protozoários, vírus, helmintos e neoplasias), (tab.16).

Foi então feito um teste para verificar a igualdade das médias para o grupo de sobreviventes e de óbitos levando em consideração cada variável independentemente. O teste de significância resultou em 0,0064 para a variável idade, 0,0038 para o número de fatores de risco, 0,0133 para o número de infecções por fungos, 0,0343 para a presença de infecção da orofaringe por *Candida* e 0,0298 para a presença de infecções por vírus (exceto HIV, CMV e Herpes) (tab.16A).

Foi feita então a matriz de correlações entre as variáveis, notando-se que a maior correlação entre variáveis independentes foi entre neoplasias e citomegalovírus: 0,2738 (tab.17).

Análise Discriminante

Dos 312 casos confirmados, 130 não possuíam informação sobre alguma variável, 70 casos foram excluídos por não possuírem informações sobre a terapia prévia com AZT, sendo usados 108 para a análise discriminante. Dentre os casos utilizados, havia 28 óbitos.

Foram consideradas todas as variáveis binárias que indicavam presença ou ausência de infecção oportunista e neoplasias, sexo, idade, tempo decorrido desde o início das primeiras manifestações da doença, grupos de risco aos quais o paciente pertencia (considerados isoladamente e no total), número de agentes oportunistas divididos em protozoários, fungos, bactérias, helmintos e outros vírus além do HIV, número total de agentes oportunistas, número de neoplasias, e número de acometimentos em geral.

As variáveis incluídas após 9 passos do método de minimização do lambda de Wilks e probabilidade "a priori" de óbito de 0,26 (proporção de óbitos no grupo analisado) foram, ao nível mínimo de tolerância de 0,005 (tab.18):

- (a) número de grupos de risco aos quais o paciente pertencia;
- (b) idade;
- (c) sexo;
- (d) tempo decorrido a partir das primeiras manifestações;
- (e) número de infecções simultâneas por fungos;
- (f) número de infestações por helmintos;
- (g) pertinência ao grupo de risco dos transfundidos;
- (h) infecção por *Cryptosporidium*;
- (i) infecção por *Candida sp.* no esôfago.

Os valores de lambda de Wilks variaram de 0,9235 (Grupos de Risco), com significância de 0,0038 até 0,7091 (Candidíase esofageana), com significância de 0,0001 (tab.19).

Os coeficientes para as variáveis preditoras foram de:

(a) 0,5852318

(b) -0,4432283E-01

(c) -1,115972

(d) 0,1273204E-02

(e) -0,4288636

(f) 1,396945

(g) 1,311482

(h) 1,337328

(i) -0,9692801

constante 1,028038

O escore discriminante foi calculado a partir de função:

$$D = 0,5852318(a) + -0,4432283E-01(b) + -1,115972(c) + 0,1273204E-02(d) + -0,4288636(e) + 1,396945(f) + 1,311482(g) + 1,337328(h) + -0,9692801(i) + 1,028038$$

Os centróides para os grupos de sobreviventes e óbitos foram de 0,37543 e -1,07266, respectivamente.

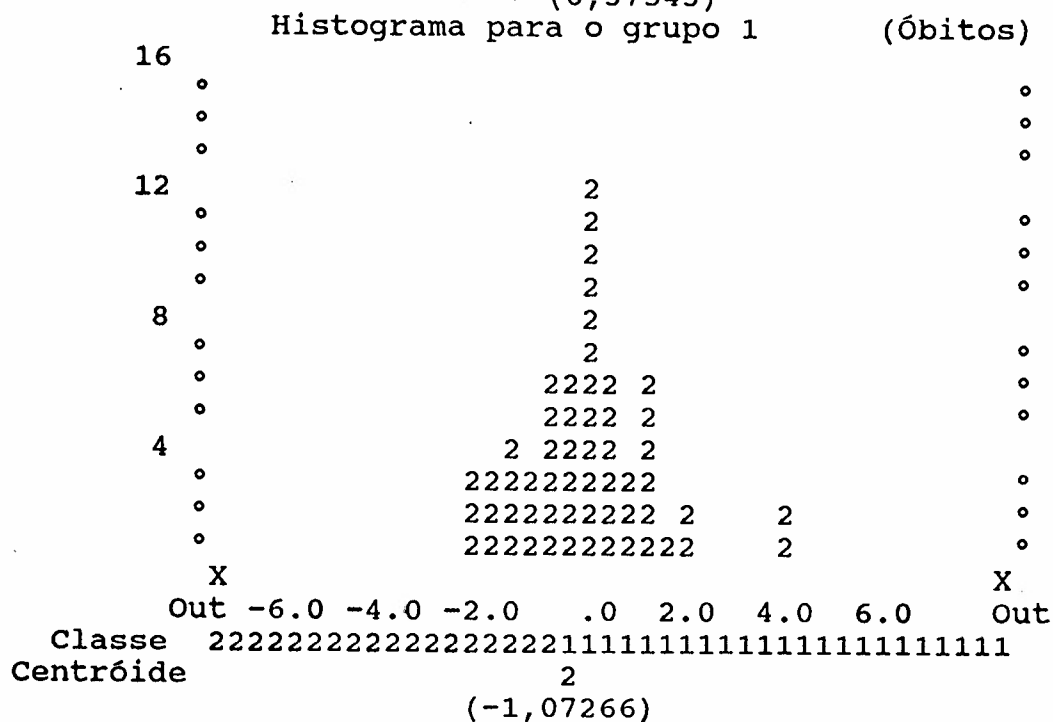
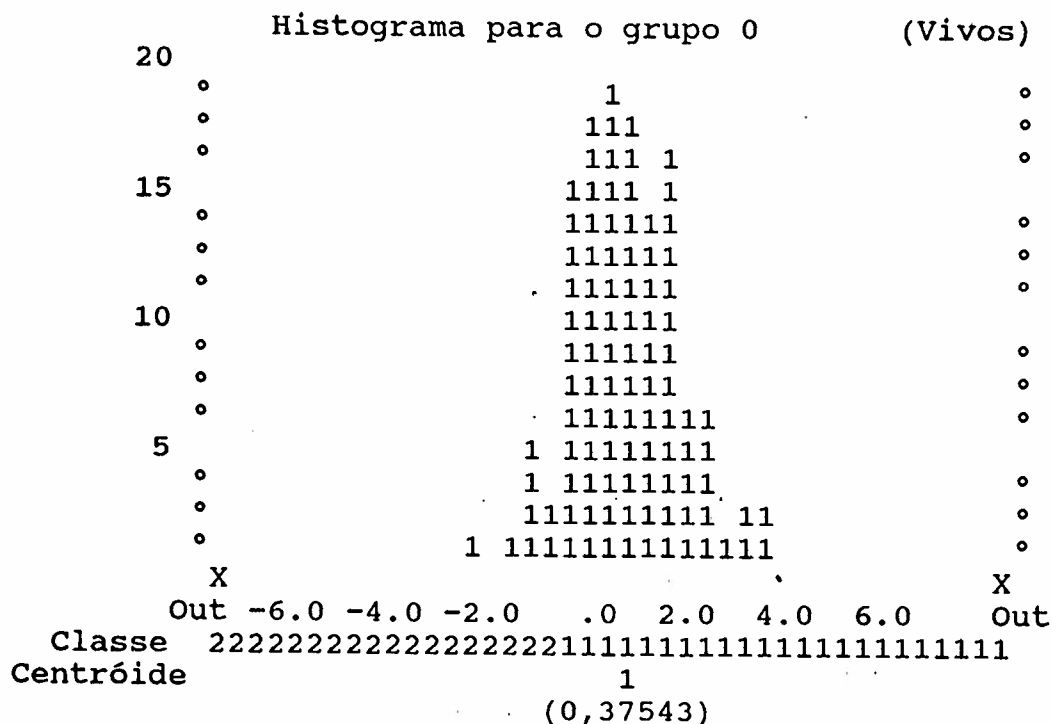
Os coeficientes padronizados da função discriminante foram:

- (a) 0,32278
- (b) -0,48926
- (c) -0,43241
- (d) 0,48947
- (e) -0,29353
- (f) 0,38347
- (g) 0,27579
- (h) 0,22072
- (i) -0,26473

O lambda de Wilks para a função foi de 0,7091, a correlação canônica (coef. de correlação de Pearson neste caso) foi de 0,5394 e o teste de hipótese para diferença entre as médias dos grupos transformou o lambda em um valor qui-quadrado de 34,897 com 9 graus de liberdade. O nível observado de significância foi de 0,0001.

Foi efetuada a classificação de todos os casos do estudo. Os histogramas para cada grupo podem ser vistos a seguir:

Símbolo	Grupo	Descrição
1	0	Vivos
2	1	Óbitos



Houve erro em 16 casos. A porcentagem total dos casos analisados classificados corretamente pela função discriminante foi 85,2%.

Esses resultados serão bastante úteis para a escolha da estratificação de casos na análise de sobrevida a seguir.

3.3. Análise de Sobrevida

A análise de sobrevida pelo método atuarial foi efetuada considerando-se todos os casos confirmados do período. O número de casos de óbito em menos de 1 semana do relato do aparecimento das primeiras manifestações da doença foi 7.

Na avaliação geral dos pacientes, tivemos que a sobrevida em 1 ano foi de 65,7%, com um erro padrão de 3,7%. Iniciaram o intervalo 204 pacientes, havendo 52 óbitos no primeiro ano a partir do início das manifestações da doença e perda de seguimento de 16 pacientes. O cálculo de expostos ao risco revelou 151,5 casos (tab.21).

A sobrevida em dois anos foi calculada em 54,6%, devendo-se ressaltar que o erro padrão nesse caso foi de 5,1%. Apenas 47 pacientes iniciaram o intervalo, havendo 6 óbitos e 23 remoções no período. A sobrevida em três anos também foi calculada, apresentado o valor de 50,8%, com um erro padrão de 6,0. 18 pacientes iniciaram o intervalo, houve 1 óbito e 7 remoções.

Foram feitas as tabelas de sobrevida para os grupos definidos como (veja também fig.4 a 9):

- total de pacientes de AIDS:
 - a partir das manifestações (204 casos, tab.21)
 - a partir da sorologia (231 casos, tab.22);
- adultos com menos de 40 anos (133 casos, tab.23);
- adultos com 40 anos ou mais(32 casos, tab.24);
- homens (173 casos, tab.25);
- mulheres (31 casos, tab.26);
- pacientes doentes há mais de 1 mês e menos de 1 ano (137 casos, tab.27);

- pacientes doentes há 1 ano ou mais (48 casos, tab.28);
- pacientes acometidos por fungos (111 casos, tab.29);
- pacientes infectados por prática sexual (183 casos, tab.30);
- pacientes infectados pelo uso de drogas injetáveis (54 casos, tab.31);

Os demais grupos que seriam formados a partir dos resultados da análise discriminante não foram montados porque haveria menos de 20 pacientes em cada um deles e o erro padrão seria muito grande na tabela de sobrevida.

As curvas de sobrevida dos grupo acima foram sobrepostas à do estudo com o total dos pacientes e comparadas pelo método de Cox.

Nenhuma das comparações apresentou significância acima de 5%. Foram comparadas as tabelas até 2 anos de sobrevida, visto que a maioria apresentava erro pequeno até então. Após este período os erros começavam a ultrapassar a 10% na maioria das tabelas.

4. DISCUSSÃO

Caracterização dos pacientes

É importante a ênfase no critério diagnóstico adotado pela SS-SP, seguido pelo NEHC, que apresenta algumas modificações em relação aos critérios do CDC, o que poderá ser bastante importante no caso de comparações com a casuística mundial. Em algumas ocasiões o diagnóstico de uma infecção oportunística é presuntivo, não implicando necessariamente numa cultura positiva, como no caso de toxoplasmose cerebral (achados tomográficos altamente sugestivos conferem o diagnóstico), PC (achados radiológicos mais prova terapêutica), infecção pelo Citomegalovírus (CMV), etc. Da mesma forma, muitas vezes a clínica confirma um teste sorológico positivo (ELISA), não havendo a realização de testes comprobatórios como o de Western Blot (muitas vezes este exame não está disponível).

No que diz respeito ao preenchimento das notificações, fica evidente a falta de informação no item prática sexual e fatores de risco. Comparado à literatura nacional, onde encontramos apenas 9,2% de casos de grupo de risco desconhecido, temos cerca de 44%. Contudo, se considerarmos os casos preenchidos corretamente e supusermos que o grupo de risco foi mascarado pelo paciente no caso de contaminação por prática sexual, e compararmos as porcentagens obtidas dos aidéticos do HC-FMUSP e aidéticos do Brasil, verificaremos que não há diferenças significativas, apontando que a amostra utilizada poderia eventualmente representar bem o universo brasileiro:

Tabela de Comparação entre fatores de risco no HC, Brasil, E.U.A. e Europa (em %)

	HCFMUSP	BRASIL	E.U.A.	EUROPA
	88/90	80/90	80/90	80/90
Prática Sexual	24,7	62,2	65,0	55,0
Uso Drogas E.V.	18,3	14,6	22,0	32,1
Hemofílico	0,6	1,9	1,0	3,1
Receptor Sangue	4,6	4,7	2,0	3,2
Associações	6,0	7,4	7,0	2,0
Vertical	2,2	-	-	-
Ignorado	43,6	9,2	3,0	4,6
	100,0	100,0	100,0	100,0

O mesmo pode se dizer em relação à faixa etária dos pacientes atendidos (em %):

	HCFMUSP	BRASIL	EUROPA
	88/90	80/90	80/90
0-9	6,4	3,0	3,8
10-19	2,2	3,3	1,1
20-29	29,2	30,6	32,2
30-39	34,6	37,8	35,0
40-49	15,7	16,9	17,4
50-59	4,8	5,1	6,9
>60	2,2	2,0	3,2
Ignorado	4,9	1,3	0,4
	100,0	100,0	100,0

Tempo de duração do HIV+ /AIDS

No presente estudo, há notificação de casos na maioria das vezes seguindo os critérios do CDC, mas o cálculo do tempo de duração da doença é feito a partir das primeiras manifestações clínicas, e não do diagnóstico para notificação. Ao considerar o tempo de duração entre o diagnóstico sorológico e a manifestação da doença deve se lembrar ainda que muitos dos pacientes deste estudo procuraram o hospital para resolver seu problema de saúde e o diagnóstico sorológico foi feito com caráter assistencial e não puramente para uma pesquisa científica. Desta forma, o diagnóstico sorológico se deu em 91% das vezes (284 casos) na mesma

semana ou após o aparecimento dos primeiros sintomas e, portanto, esse intervalo de tempo não deve ser comparado àqueles nos quais o diagnóstico sorológico é feito em pacientes assintomáticos, que passam então a ser seguidos até o desenvolvimento do AIDS e óbito e sobre os quais os estudos são mais abundantes.

Quando comparados aos dados do estudo de Rothemberg⁽⁵⁸⁾ de Nova Iorque, onde foram estudados retrospectivamente 5.833 pacientes aidéticos num período de 4 anos, encontramos algumas diferenças na sobrevida em 1 e 2 anos. Devemos levar em consideração, entretanto, que estudos recentes demonstram a melhora da sobrevida dos pacientes conforme o ano de estudo, e que o estudo de Rothemberg termina em 1988, época de início deste. A literatura nacional é muito pobre nesse tipo de estudos, ainda assim os resultados são compatíveis com os apontados por Fonseca ⁽⁶⁰⁾ em pacientes atendidos pelo grupo de Imunologia do HC-FMUSP.

Caracterização clínica

É de se ressaltar o pequeno número de casos de neoplasias. A comparação com dados da literatura nacional e estrangeira revela a parcela grande de casos de tuberculose^(65,66,67), enquanto que o SK representa pequena porção dos doentes.

Análise Discriminante

Foram consideradas variáveis obtidas diretamente das fichas de notificação e também foram consideradas associações entre essas variáveis, de modo a possibilitar uma generalização maior do tipo de acometimento, como a presença de mais de um agente oportunista ou de um fator de risco, para permitir a comparação com casos da literatura.

Estudos citados anteriormente (40,58) mostram a importância do PC e mais de um agente oportunista na sobrevida dos pacientes, bem como o fator sexo e grupo de risco. O SK em geral está correlacionado com uma sobrevida maior nesses pacientes. Em nossos resultados, contudo, o PC não foi introduzido na função, e nem sequer a infecção por protozoários apareceu como uma variável preditora para óbito. O SK também não foi introduzido nesse nível de tolerância.

Os coeficientes estandardizados apontam o sexo como uma variável de peso na determinação do escore discriminante, o que é controverso na literatura médica (68,69).

O tempo decorrido entre as primeiras manifestações e o óbito é outra variável importante, o que é compatível com a evolução natural da doença.

Outras variáveis preditoras são a idade, o número de grupos de risco aos quais o paciente pertence, bem como a presença de fungos e helmintos. Não devemos superestimar o valor preditivo dessas variáveis porque o número de casos efetivamente analisados ainda não é o ideal e o critério diagnóstico clínico, e não o isolamento do agente, muitas vezes é utilizado em nosso meio.

Apesar do lambda de Wilks ser estatisticamente significativo (0,0001), não devemos esquecer que ele testa apenas a hipótese de que as médias das populações são iguais. Contudo, a efetividade da função discriminante na classificação dos casos

é bastante significativa. A chance de classificação correta, de posse da probabilidade "a priori" de 0,26 de óbito, é de 0,74. A porcentagem de casos classificados corretamente (85,2) supera esse número em mais de 10%.

Os resultados apresentados sugerem que a função discriminante teve uma performance boa para classificação dos casos. Com o aumento do número de casos será possível testar a função prospectivamente e realizar uma nova avaliação da efetividade de classificação. Caso continuem adequados, os resultados poderão servir de insumo para a tomada de decisão por parte dos médicos e administradores no tocante à internação e alternativas terapêuticas para esses pacientes. Estudo específicos devem ser feitos para que se avalie a importância das variáveis preditoras sobre a evolução natural da doença, especialmente no que diz respeito ao tipo de agentes oportunistas, já que as doenças infecciosas de caráter endêmico em nosso país merecem a devida atenção devido ao seu caráter peculiar.

Análise de Sobrevida

A análise de sobrevida pelo método atuarial retira a maior quantidade de informação possível dos dados disponíveis⁽⁷⁰⁾, mesmo que haja apenas informação parcial em alguns casos. Embora o tempo de seguimento dos pacientes não tenha sido tão longo, nem o número de pacientes nos quais as datas de início das manifestações da doença tenha sido o ideal (204 casos foram excluídos dos 312 originais por falta de informação crítica para esta análise), não há, na literatura nacional, nenhum trabalho publicado que realize esta análise em mais de 50 pacientes até o momento.

O pequeno número de casos completos, todavia, não impediu o cálculo de sobrevida para os pacientes do estudo. Comparando os resultados com a literatura mundial, percebemos que a sobrevida encontrada em 1 ano, de 65,7% e em 2 anos,

de 54,58%, é superior à estimada por Longini e cols⁽⁷¹⁾, de aproximadamente 58% em 1 ano e 35% em dois anos para indivíduos com diagnóstico de AIDS. Contudo, o tempo considerado foi a partir do diagnóstico de AIDS conforme regras do CDC, e não o tempo decorrido desde o aparecimento dos primeiros sintomas. Poder-se-ia contra-argumentar dizendo que, em nosso meio, o estado geral dos pacientes tratados em hospitais é pior que nos E.U.A., contrabalançando o efeito positivo do maior período por nós considerado, mas estudos mais aprofundados seriam necessários para que se pudesse fazer tal afirmação. Além disso, o método usado por Longini foi o de Kaplan-Meyer e não o método atuarial.

No único trabalho brasileiro no qual as tabelas de de sobrevida foram construídas ⁽⁶⁰⁾(também através do método atuarial), tem-se uma sobrevida em 2 anos de apenas 32,6%, considerando todos os soropositivos, e de 12,1%, considerando apenas os doentes de AIDS. Como o número de casos de diagnóstico de AIDS foi muito reduzido no referido trabalho, consideramos que não forneça uma representação realista da situação dos aidéticos em nosso meio. O autor comenta o estado adiantado da doença no qual os pacientes se encontravam quando procuraram o hospital.

Considerando os diversos grupos, formados a partir do valor preditivo de algumas variáveis da análise discriminante, pudemos fazer uma estratificação muito grosseira para que o número de casos em cada grupo não fosse inferior a 30.

O fato de as comparações pelo método de Cox não mostrarem diferenças significantes nas tabelas de sobrevida não nos permite concluir que nesses grupo a doença se manifeste de maneira diferente. São precisos estudos mais aprofundados e com maior número de casos utilizáveis para que possa estabelecer alguma relação definitiva entre os resultados da análise discriminante e da análise de sobrevida.

O fato de ter sido usado o universo dos pacientes aidéticos atendidos no HC-FMUSP no período citado anteriormente, e não uma amostra randomizada multicêntrica com grupo controle (conforme preconizado para o estudo de AIDS⁽⁷²⁾) não nos permite fazer generalizações pretensiosas. Contudo, a semelhança do perfil demográfico dos casos vistos abre-nos espaço para que estudos que caminhem nessa direção.

5. CONCLUSÕES

A falta de estudos sobre a sobrevida dos pacientes de AIDS em território nacional é marcante. A maioria das instituições de ensino e assistência utiliza critérios internacionais de diagnóstico e estadiamento da doença. As informações colhidas no Brasil permitem classificar o padrão epidemiológico brasileiro como o do tipo I. Contudo, as diferenças no quadro clínico e laboratorial da doença no Brasil ainda não foram devidamente analisadas.

O presente estudo apresenta as variáveis preditoras para óbito em pacientes atendidos no HC-FMUSP, no período de 11/88 a 12/90. Os cinco fatores que mais discriminaram o grupo de óbito dos sobreviventes foram:

- (a) número de grupos de risco aos quais o paciente pertencia;
- (b) idade;
- (c) sexo;
- (d) tempo decorrido a partir das primeiras manifestações;
- (e) número de infecções simultâneas por fungos.

Definida a função discriminante, constatamos a sua eficácia em 85% dos casos.

Montada a tabela de sobrevida dos pacientes, constatou-se o grande número de óbitos no primeiro ano de manifestações. A sobrevida dos pacientes aidéticos assistidos no HC-FMUSP em 1 ano é de 65,7%, em dois anos baixa para 54,6%.

Não se conseguiu reproduzir nas tabelas de sobrevida a diferença entre os grupos estratificados segundo as variáveis preditoras definidas nos cinco itens

acima. Acreditamos que um estudo prospectivo com uma casuística maior possa esclarecer esta questão.

O estado em que se encontra o sistema de saúde pública do país não permite desperdício de recursos. Situação comum na profissão médica, uma decisão rápida e precisa pode alterar o curso de evolução de uma doença em determinado paciente. Analogamente, uma decisão rápida e precisa das autoridades de saúde poderá alterar o curso desta epidemia em nosso meio. Para isso, os dirigentes das políticas de saúde do país devem contar com estudos atualizados e dirigidos à nossa realidade, que apresentem insumos para a definição de uma política de ação no caso da AIDS.

6. BIBLIOGRAFIA

1. GOTLIEB, M.S.; SCHROFF, R.; SCHANKER, H.M. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. New Engl.J.Med., v.305, p.1425-31, 1981.
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis carinii pneumonia among homosexual men - New York City and California. M.M.W.R., v.30, p.305-8, 1981.
3. VERONESI, R. et al. AIDS/SIDA. In: Veronesi, R. Doenças Infecciosas e Parasitárias. São Paulo, 1991. Cap.30, p.228-47.
4. PITCHENIK, A.E. et al. Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma among haitians: evidence of a new acquired immunodeficiency state. Ann.Int.Med., v.98, p.277-84, 1983.
5. WORMSER, G.P. et al. Acquired immunodeficiency syndrome in male prisoners. Ann.Int.Med., v.98, p.297-303, 1983.
6. DAVIS, K.C. et al. Acquired immunodeficiency syndrome in a patient with hemophilia. Ann.Int.Med., v.3, p.284-6, 1983.
7. BARRÉ-SINOUSI, F. et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Science, v.220, p.868-71, 1983.
8. GALLO, R.C. et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. Science, v.224, p.500-3, 1984.
9. CLAVEL, F.G. et al. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. Science, v.223, p.343-6, 1986.
10. VERONESI, R. et al. HIV-2 in Brazil. Lancet, v.II, p.402, 1987.
11. VILMER, E. et al. Possible transmission of a human lymphotropic retrovirus (LAV) from mother to infant with AIDS. Lancet, v.1, p.229-30, 1984.
12. ZIEGLER, J.B. et al. Post-natal transmission of AIDS - Associated retrovirus from mother to infant. Lancet, v.1, p.896-7, 1985.
13. PROMPT, C.A. et al. Transmission of AIDS virus at renal transplantation. Lancet, v.2, p.672, 1985.
14. WEISS, S.H. et al. HTLV-III infection among health care workers. Association with needle-stick injuries. JAMA, v. 254, p.2089-93, 1985.
15. ZUCKERMAN, A. AIDS and insects. Brit.Med.Journ., v.292, p.1094-5, 1986.
16. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Update on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). MMWR, v.31, p.507-14, 1982.

17. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome for national reporting. MMWR, v.34, p.373-5, 1985.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Acquired Immunodeficiency syndrome (AIDS). WHO Wkly.Epidemiol.Rec., v.61, p.69-76, 1986.
19. CENTER FOR DISEASE CONTROL. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR, v.36, 1987. Suppl 15.
20. COLEBUNDERS, R. et al. Evaluation of a clinical case-definition of acquired immunodeficiency syndrome in Africa. Lancet, v.I, p.492-4, 1987.
21. PIOT, P. et al. AIDS: an international perspective. Science, v.239, p.573-779, 1988.
22. CHIN, J.; MANN, J.M. The global patterns and prevalence of AIDS and HIV infection. AIDS, v.2, p.S247-S252, 1988. Suppl.1.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND CENTER FOR DISEASE CONTROL. Statistics from the World Health Organization and Center for Disease Control. AIDS, v.4, p.1305-10, 1990.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics Annuary. Geneve, WHO, 1990.
25. HEYWARD, W.L.; CURRAN, J.W. The epidemiology of AIDS in the U.S. Scien.Amer., v.259, n.4, p.52-9, 1988.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Ano III, N^o.8, 1990.
27. OYAFUSO, L.K.M. Aspectos Epidemiológicos. In: Lacaz, C.S. AIDS/SIDA, São Paulo, 1990.
28. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Classification System for Human T-Lymphotropic Virus Type III/Lymphadenopathy-Associated Virus Infections. Ann.Int.Med., v.105, p.234-7, 1986.
29. REDFIELD, R.R.; WRIGHT, D.C.; TRAMONT, E.C. The Walter Reed Staging Classification for HTLV-III/LAV Infection. New Engl.Journ.Med., v.314, n.2, p.131-2, 1986.
30. REDFIELD, R.R.; BURKE, D.S. HIV Infection: the clinical picture. Scien.Amer., v.259, n.4, p.70-8, 1988.
31. FISCHL, M.A. et al. The efficacy of Azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. New Engl.Journ.Med., v.317, n.4, p.185-91, 1987.
32. WOLF, F. et al. Effect of zidovudine on serum human Immunodeficiency virus antigen levels in symptom-free subjects. Lancet, v.I, n.8582, p.373-6, 1988.
33. DEVITA, V.T. et al. Developmental Therapeutics and the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Ann.Int.Med., v.106, p.568-581, 1987.

34. GOEDERT, J.J. et al. Effect of T4 Count and Cofactors on the Incidence of AIDS in Homosexual Men Infected with Human Immunodeficiency Virus. JAMA, v.257, n.3, p.331-4, 1987.
35. MUNOZ, A. et al. Effect on Time to AIDS of Symptons, Immune Activation Markers and Prophylaxis at Different Levels of CD4. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 7. Florence, 1991. Programa e resumos. Florence, 1991.
36. PEDERSEN, C. et al. The development of AIDS or AIDS-related conditions in a cohort of HIV antibody-positive homosexual men during a 3-year follow-up period. Journ.Int.Med., v.225, p.403-9, 1989.
37. TAMALET, C. et al. Progression to AIDS and changes in HIV-1 antigenaemia and core antibodies. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 7. Florence, 1991. Programa e resumos. Florence, 1991.
38. TAYLOR, J. et al. Prognostically Significant Classification of Immune Changes in AIDS with Kaposi's sarcoma. Blood, v.67, n.3, p.666-71, 1986.
39. CONLON, C. Clinical Aspects of HIV infection in developing countries. Brit.Med.Bull., v.44, n.1, p.101-14, 1988.
40. TURNER, B.J.; KELLY, J.V.; BALL, J.K. A severity classification system for AIDS hospitalizations. Med.Care, v.27, n.4, p.423-37, 1989.
41. MARKSON, L. et al. Influence of Severity of AIDS Complications in Health Care Expenditures. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 7. Florence, 1991. Programa e resumos. Florence, 1991.
42. KAPLAN, R. et al. Quality of Life Measurement for persons with HIV Infection. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 7. Florence, 1991. Programa e resumos. Florence, 1991.
43. CARNEIRO, A. et al. Low education levels decreases survival in AIDS patients in Brazil. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 7. Florence, 1991. Programa e resumos. Florence, 1991.
44. FINEBERG, H. The social dimension of AIDS. Scien.Amer., v.259, n.4, p.106-12, 1988.
45. MANN, J.M. et al. The International Epidemiology of AIDS. Scien.Amer., v.259, n.4, p.60-9, 1988.
46. GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Centro de Informações de Saúde. Boletim Epidemiológico. São Paulo, 1988.
47. ARNO, P.S. et al. Economic and Policy implications of early intervention in HIV disease. JAMA, v.262, n.11, p.1493-8, 1989.

48. THOMPSON, M.S.; MEYER, H.J. The costs of AIDS: Alternative Methodological Approaches. CONFERENCE OF THE HEALTH SERVICES RESEARCH METHODOLOGY: A FOCUS ON AIDS. Tucson, 1989. Proceedings. Rockville, 1989.
49. WILSON, M.E.; VON REYN, C.F.; FINEBERG, H.V. Infections in HIV-Infected Travelers: Risks and prevention. Ann.Int.Med., v.114, p.582-92, 1991.
50. DOLIN, R. et al. The safety and Immunogenicity of a Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Recombinant gp160 Candidate Vaccine in Humans. Ann.Int.Med., v.114, p.119-27, 1991.
51. DE LA CRUZ, F. et al. Clinical Manifestations Associated with HIV1 and HIV2 Infection in Mozambique, Southeastern Africa. In: VII INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS. Florence, 1991. Programa e resumos. Florence, 1991.
52. GOEDERT, J.J. et al. Three-Year incidence of AIDS in five cohorts of HTLV-II-Infected risk group members. Science, v.231, p.992-5, 1986.
53. POLK, B.F. et al. Predictors of the acquired immunodeficiency syndrome developing in a cohort of seropositive homosexual men. New Engl.Journ.Med., v.316, n.2, p.61-6, 1987.
54. TAYLOR, J.M.G.; SCHWARTZ, K.; DETELS, R. The time from infection with human immunodeficiency virus (HIV) to the onset of AIDS. Journ.Infec.Dis., v.154, n.4, p.694-7, 1986.
55. KINGSLEY, L.A. et al. Risk factors for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals. Lancet, v.I, p.345-8, 1987.
56. MOSS, A.R. et al. Seropositivity for HIV and the development of AIDS or AIDS related condition: three year follow up of the San Francisco General Hospital cohort. Brit.Med.Journ., v.296, p.745-50, 1988.
57. KAPLAN, J.E. et al. A six-year follow-up of HIV-Infected Homosexual Men with Lymphadenopathy. JAMA, v.260, n.18, p.2694-8, 1988.
58. ROTHEMBERG, R. et al. Survival with the acquired immunodeficiency syndrome. New Engl.Journ.Med., v.317, n.21, p.1297-302, 1987.
59. MARASCA, G.; MCEVOY, M. Length of survival of patients with acquired immune deficiency syndrome in the United Kingdom. Brit.Med.Journ., v.292, p.1727-9, 1986.
60. FONSECA, L.A.M. Estudo de uma coorte de pacientes soropositivos para o vírus da Imunodeficiência humana: uma contribuição ao conhecimento da história natural da síndrome da imunodeficiência adquirida. São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
61. BMDP STATISTICAL SOFTWARE. BMDP Statistical Software Manual. Los Angeles, 1990.

62. STATISTICAL GRAPHICS CORPORATION. Statgraphics User's guide. EUA, 1987.
63. NORUSIS, M. SPSS-PC+ Advanced Statistics. Chicago, 1990.
64. CIS-EPM. Sistema de Cálculo pelo Método Atuarial. São Paulo, 1991.
65. SUNDERAM, G. et al. Tuberculosis as a manifestation of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). JAMA, v.256, n.3, p.362-6, 1986.
66. SNIDER, D.E. et al. Mycobacterioses and the acquired immunodeficiency syndrome. Am.Rev.Resp.Dis., v.136, p.492-6, 1987.
67. SELWYN, P.A. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. New Engl.Journ.Med., v.320, n.9, p.545-550, 1989.
68. TURNER, B.J. et al. Survival patterns of women and men with AIDS: Impact of health care use prior to AIDS. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 7. Florence, 1991. Programa e resumos. Florence, 1991.
69. ARANETA, M.R. et al. Survival trends among women with AIDS in San Francisco. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 7. Florence, 1991. Programa e resumos. Florence, 1991.
70. CUTLER, S.J.; EDERER, B.S. Maximum Utilization of the Life Table Method in Analyzing Survival. Journ.Chron.Dis., v.8, n.6, p.699-712, 1958.
71. LONGINI, I.M. et al. Statistical Analysis of the stages of HIV Infection Using a Markov Model. Stat.Med., v.8, p.831-43, 1989.
72. ALBRECHT, G.L. The intelligent Design of AIDS Research Strategies. CONFERENCE OF THE HEALTH SERVICES RESEARCH METHODOLOGY: A FOCUS ON AIDS. Tucson, 1989. Proceedings. Rockville, 1989.

ANEXO I

TABELAS

(ign. = ignorado)

TABELA 1

AGENTES OPORTUNISTAS (3)

a) Protozoários:

Pneumocystis carinii
Toxoplasma gondii
Cryptosporidium sp.

b) Vírus:

Herpes simplex
Varicella zoster
Citomegalovirus (CMV)
Vírus Epstein-Barr (EB)
Papovírus
Adenovírus

c) Bactérias

Mycobacterium avium
Mycobacterium tuberculosis
Mycobacterium sp.
Nocardia asteroides
Shigella sp.
Salmonella sp.
Listeria monocytogenes
Hemophilus influenzae
Streptococcus pneumoniae
Legionella sp.
Staphylococcus aureus
Clostridium perfringens

Fungos

Candida sp.
Cryptococcus neoformans
Histoplasma capsulatum
Aspergillus sp.

TABELA 2

CRITÉRIO DIAGNÓSTICO DO CDC
(Revista em 1987)

I. Indicadores de doença diagnosticados definitivamente, na ausência de outras causas de imunodeficiência ou sorologia positiva para HIV

Candidíase do esôfago, traquéia, brônquios ou pulmão

Cryptococcus extrapulmonar

Cryptosporidium com diarreia > 1 mês

CMV exceto no fígado, baço, ou linfonodos em pacientes > 1 mês

Herpes simplex causando úlcera cutânea por > 1 mês ou bronquite, pneumonite ou esofagite em pacientes > 1 mês

SK em pacientes < 60 anos

Linfoma cerebral primário em pacientes < 60 anos

Pneumonia linfóide intersticial e/ou hiperplasia linfóide pulmonar em pacientes < 13 anos

Mycobacterium avium ou *M. kansasii* disseminado

Pneumonia por PC

Leucoencefalopatia multifocal progressiva

Toxoplasmose cerebral em pacientes > 1 mês

II. Indicadores da doença diagnosticados definitivamente, não importando outras causas de imunodeficiência, com sorologia para HIV positiva

Todos da seção I

Infecções bacterianas recorrentes ou múltiplas, em pacientes < 13 anos causadas por *Hemophilus*, *Streptococcus* ou outras bactérias piogênicas

Coccidioidomicose disseminada

Encefalopatia pelo HIV

Histoplasmose disseminada

Isosporíase com diarreia > 1 mês

SK em qualquer idade

Linfoma primário cerebral em qualquer idade

Linfoma não-Hodgkin de células B ou tipo imunológico desconhecido

Infecção por *Mycobacterium* disseminada

M. tuberculosis extrapulmonar

Septicemia por *Salmonella* recorrente

HIV "wasting syndrome"

III. Indicadores de doença diagnosticados presuntivamente com evidência de infecção pelo HIV

Candidíase esofageana

Retinite por CMV com perda de visão

SK

Pneumonia linfóide intersticial e/ou hiperplasia linfóide pulmonar em pacientes <13 anos

Infecção por *Mycobacterium* disseminada

Pneumonia por PC

Toxoplasmose cerebral em pacientes > 1 mês

IV. Indicadores de doença diagnosticados definitivamente na ausência de outras causas de imunodeficiência e resultados sorológicos negativos para HIV

Pneumonia por PC

Outros indicadores de doença listados na seção I e uma contagem de linfócitos T-auxiliares (CD4) $<400/\text{mm}^3$

TABELA 3

INTERNAÇÕES

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valido Porcent	Cum Porce
não	0	80	25.6	25.6	25.6
sim	1	232	74.4	74.4	100.0
TOTAL		312	100.0	100.0	

TABELA 4

SEXO

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cu Porce
masc.	0	260	83.3	83.3	83.3
fem.	1	52	16.7	16.7	100.0
TOTAL		312	100.0	100.0	

TABELA 4A

ÓBITO

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
vivos	0	218	69.9	69.9	69.9
óbitos	1	94	30.1	30.1	100.0
TOTAL		312	100.0	100.0	

TABELA 5

PRÁTICA SEXUAL

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
nao perg.		44	14.1	14.1	14.1
homossex.	1	68	21.8	21.8	35.9
bissex.	2	14	4.5	4.5	40.4
heterossex.	3	90	28.8	28.8	69.2
nao refer.	4	96	30.8	30.8	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

TABELA 6

GRUPOS DE RISCO

CONTAMINACÃO POR PRÁTICA SEXUAL

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porcen
não	0	217	69.6	69.6	69.6
sim	1	95	30.4	30.4	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

USO DE DROGAS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porcen
não	0	238	76.3	76.3	76.3
sim	1	74	23.7	23.7	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

TRANSFUSÃO

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
não	0	294	94.2	94.2	94.2
sim	1	18	5.8	5.8	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

HEMOFILIA

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
não	0	310	99.4	99.4	99.4
sim	1	2	.6	.6	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

TRANSMISSÃO VERTICAL

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
não	0	305	97.8	97.8	97.8
sim	1	7	2.2	2.2	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

TABELA 7

NÚMERO DE FATORES DE RISCO

Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
0	136	43.6	43.6	43.6
1	157	50.3	50.3	93.9
2	19	6.1	6.1	100.0
<hr/>				
TOTAL	312	100.0	100.0	

ASSOCIAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
ign.		136	43.6	43.6	43.6
prat.sexual	1	77	24.7	24.7	68.3
prat.sex.+uso drogas	12	16	5.1	5.1	73.4
prat.sex.+transfusao	13	2	.6	.6	74.0
uso drogas	2	57	18.3	18.3	92.3
uso drogas+transfusao	23	1	.3	.3	92.6
transfusao	3	14	4.5	4.5	97.1
hemofilia	5	2	.6	.6	97.8
transm.vert.	6	7	2.2	2.2	100.0
<hr/>					
TOTAL		312	100.0	100.0	

TABELA 8

FAIXA ETÁRIA

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
0 - 9	1	20	6.4	6.4	6.4
10 - 19	2	7	2.2	2.2	8.7
20 - 29	3	91	29.2	29.2	37.8
30 - 39	4	108	34.6	34.6	72.4
40 - 49	5	49	15.7	15.7	88.1
50 - 59	6	15	4.8	4.8	92.9
> 59	7	7	2.2	2.2	95.2
ign.	12	15	4.8	4.8	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	312	100.0	100.0	

TABELA 9

ESTADO

Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
ign.	49	15.7	15.7	15.7
AL	2	.6	.6	16.3
BA	18	5.8	5.8	22.1
CE	5	1.6	1.6	23.7
ES	2	.6	.6	24.4
GO	1	.3	.3	24.7
MG	14	4.5	4.5	29.2
PA	3	1.0	1.0	30.1
PB	9	2.9	2.9	33.0
PE	17	5.4	5.4	38.5
PI	2	.6	.6	39.1
PR	11	3.5	3.5	42.6
RJ	6	1.9	1.9	44.6
RS	3	1.0	1.0	45.5
SE	3	1.0	1.0	46.5
SP	167	53.5	53.5	100.0
TOTAL	312	100.0	100.0	

TABELA 10

MUNICÍPIO

	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
ign.		98	31.4	31.4	31.4
AEROPOLI		1	.3	.3	31.7
AGUAI		1	.3	.3	32.1
ANHEMBI		1	.3	.3	32.4
AQUIDABA		1	.3	.3	32.7
ARAPONGA		1	.3	.3	33.0
ARARAQUA		1	.3	.3	33.3
ARTHUR B		1	.3	.3	33.7
ASSIS		1	.3	.3	34.0
BARIRI		1	.3	.3	34.3
BARRETOS		1	.3	.3	34.6
BARUERI		2	.6	.6	35.3
BAURU		2	.6	.6	35.9
BELEM		1	.3	.3	36.2
BOA ESPE		1	.3	.3	36.5
CABREUVA		2	.6	.6	37.2
CAMBE		1	.3	.3	37.5
CAMBUI		1	.3	.3	37.8
CAMPINA		1	.3	.3	38.1
CAMPINAS		1	.3	.3	38.5
CANAFIST		1	.3	.3	38.8
CATANDUV		1	.3	.3	39.1
CENTRAL		1	.3	.3	39.4
COLATINA		1	.3	.3	39.7
CRATO		1	.3	.3	40.1
DIADEMA		1	.3	.3	40.4
FARIAS B		1	.3	.3	40.7
FEIRA DE		1	.3	.3	41.0
GARCAS		1	.3	.3	41.3
GUARULHO		3	1.0	1.0	42.3
IPIAU		1	.3	.3	42.6
IPOJUCA		1	.3	.3	42.9
ITAPETIN		1	.3	.3	43.3
JACAREI		1	.3	.3	43.6
JUIZ DE		2	.6	.6	44.2
JUNCO DO		1	.3	.3	44.6
LAGARTO		1	.3	.3	44.9
LEME		1	.3	.3	45.2
LONDRINA		1	.3	.3	45.5
MARILIA		1	.3	.3	45.8
MOGI MIR		2	.6	.6	46.5
MONTEIRO		1	.3	.3	46.8
MUENGE		1	.3	.3	47.1
MULINGU		1	.3	.3	47.4
MURICI		1	.3	.3	47.8
MUZAMBIN		1	.3	.3	48.1

NITEROI	1	.3	.3	48.4
NOVO CRA	1	.3	.3	48.7
OLHO DAG	1	.3	.3	49.0
PAEBIRU	1	.3	.3	49.4
PAU DE F	1	.3	.3	49.7
PAULOPOL	1	.3	.3	50.0
PEDERNEI	1	.3	.3	50.3
POCOS DE	1	.3	.3	50.6
PORTO AL	1	.3	.3	51.0
RECIFE	4	1.3	1.3	52.2
RIBEIRAO	3	1.0	1.0	53.2
RIFANIA	1	.3	.3	53.5
RIO DE J	4	1.3	1.3	54.8
RIO DE S	1	.3	.3	55.1
RUBINEIA	1	.3	.3	55.4
S.J.DO P	1	.3	.3	55.8
SANTA AL	1	.3	.3	56.1
SANTA AM	1	.3	.3	56.4
SANTA IN	1	.3	.3	56.7
SANTA RI	1	.3	.3	57.1
SANTO AN	4	1.3	1.3	58.3
SANTOS	2	.6	.6	59.0
SAO JOSE	1	.3	.3	59.3
SAO PAUL	116	37.2	37.2	96.5
SENADOR	1	.3	.3	96.8
SIQUEIRA	1	.3	.3	97.1
TEJUPA	1	.3	.3	97.4
TEOFILO	2	.6	.6	98.1
TORRINHA	1	.3	.3	98.4
TRES FRO	1	.3	.3	98.7
TUPACIGU	1	.3	.3	99.0
TUPARIGU	1	.3	.3	99.4
VALDIVIA	1	.3	.3	99.7
VOLTA RE	1	.3	.3	100.0
<hr/>				
TOTAL	312	100.0	100.0	

TABELA 11

OCUPAÇÃO

	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
ign.	49	15.7	15.7	15.7	15.7
ACOUGUEI	1	.3	.3	.3	16.0
ADVOGADO	2	.6	.6	.6	16.7
AERONAUT	1	.3	.3	.3	17.0
AGENTE O	1	.3	.3	.3	17.3
AJ. GERA	1	.3	.3	.3	17.6
AJ.MECAN	1	.3	.3	.3	17.9
AJUDANT	1	.3	.3	.3	18.3
AJUDANTE	11	3.5	3.5	3.5	21.8
ALMOXARI	2	.6	.6	.6	22.4
AMBULANT	1	.3	.3	.3	22.8
ANALISTA	1	.3	.3	.3	23.1
APOSENTA	8	2.6	2.6	2.6	25.6
APRENDIZ	1	.3	.3	.3	26.0
ARQUITET	1	.3	.3	.3	26.3
ARTEFINA	1	.3	.3	.3	26.6
ARTES GR	1	.3	.3	.3	26.9
ASSESSOR	1	.3	.3	.3	27.2
ASSISTEN	1	.3	.3	.3	27.6
AT. ENFE	1	.3	.3	.3	27.9
ATENDENT	2	.6	.6	.6	28.5
ATOR	1	.3	.3	.3	28.8
AUTONOMO	2	.6	.6	.6	29.5
AUX ASSI	1	.3	.3	.3	29.8
AUX CLIC	1	.3	.3	.3	30.1
AUX CONT	2	.6	.6	.6	30.8
AUX ENFE	1	.3	.3	.3	31.1
AUX LABO	1	.3	.3	.3	31.4
AUX SERV	2	.6	.6	.6	32.1
AUX. ENF	2	.6	.6	.6	32.7
AUX. ESC	2	.6	.6	.6	33.3
AUX. LAB	1	.3	.3	.3	33.7
AUX. NAV	1	.3	.3	.3	34.0
AUX.DEPT	1	.3	.3	.3	34.3
AUXILIAR	7	2.2	2.2	2.2	36.5
BALCONIS	6	1.9	1.9	1.9	38.5
BANCARIO	4	1.3	1.3	1.3	39.7
CABELEIR	10	3.2	3.2	3.2	42.9
CAIXA	3	1.0	1.0	1.0	43.9
CAMELO	1	.3	.3	.3	44.2
CASEIRO	1	.3	.3	.3	44.6
COBRADOR	2	.6	.6	.6	45.2
COMERCIA	10	3.2	3.2	3.2	48.4
CONFEREN	1	.3	.3	.3	48.7
CONTADOR	1	.3	.3	.3	49.0

CONTINUO	1	.3	.3	49.4
CORRETOR	1	.3	.3	49.7
CORTADOR	1	.3	.3	50.0
COSTUREI	1	.3	.3	50.3
DESEMPRE	12	3.8	3.8	54.2
DESENHIS	3	1.0	1.0	55.1
DETENTO	1	.3	.3	55.4
DOMESTIC	1	.3	.3	55.8
EMPREGAD	1	.3	.3	56.1
ENCANADO	1	.3	.3	56.4
ENCARREG	3	1.0	1.0	57.4
ENGENHEI	1	.3	.3	57.7
ENTREGAD	3	1.0	1.0	58.7
ESCRITUR	1	.3	.3	59.0
ESTAMPAD	1	.3	.3	59.3
ESTUDANT	1	.3	.3	59.6
FAXINEIR	1	.3	.3	59.9
FEIRANTE	3	1.0	1.0	60.9
FUNC.PUB	1	.3	.3	61.2
FUNCIONA	1	.3	.3	61.5
FUNILEIR	1	.3	.3	61.9
GARCON	1	.3	.3	62.2
GARI	1	.3	.3	62.5
GERENTE	1	.3	.3	62.8
INDUSTRI	1	.3	.3	63.1
INSPETOR	1	.3	.3	63.5
JARDINEI	1	.3	.3	63.8
JORNALIS	1	.3	.3	64.1
LEITOR H	1	.3	.3	64.4
LETRISTA	1	.3	.3	64.7
MANOBRIS	1	.3	.3	65.1
MAQUIADO	1	.3	.3	65.4
MARCENEI	3	1.0	1.0	66.3
MARITIMO	1	.3	.3	66.7
MECANICO	4	1.3	1.3	67.9
MEDICO	3	1.0	1.0	68.9
MENOR	2	.6	.6	69.6
MESTRE D	1	.3	.3	69.9
MONITOR	1	.3	.3	70.2
MONTADOR	1	.3	.3	70.5
MOTOQUEI	1	.3	.3	70.8
MOTORIST	10	3.2	3.2	74.0
NAO TRAB	7	2.2	2.2	76.3
OFFICE B	1	.3	.3	76.6
OPER.COM	1	.3	.3	76.9
PEDREIRO	4	1.3	1.3	78.2
PENSIONI	1	.3	.3	78.5
PESQUISA	2	.6	.6	79.2
PINTOR	5	1.6	1.6	80.8
PINTOR D	1	.3	.3	81.1
POLIDOR	1	.3	.3	81.4
PORTEIRO	2	.6	.6	82.1
PRENDAS	16	5.1	5.1	87.2
PRENSIST	1	.3	.3	87.5

PRESIDIA	2	.6	.6	88.1
PROFESSOR	5	1.6	1.6	89.7
PROTETIC	1	.3	.3	90.1
PUBLICIT	1	.3	.3	90.4
RECEPCIO	1	.3	.3	90.7
REPRES.	1	.3	.3	91.0
ROUPEIRO	1	.3	.3	91.3
SECRETAR	1	.3	.3	91.7
SECURITA	1	.3	.3	92.0
SERV GER	1	.3	.3	92.3
SERVENTE	2	.6	.6	92.9
SERVICOS	1	.3	.3	93.3
SOLDADO	1	.3	.3	93.6
TAPECEIR	1	.3	.3	93.9
TEC. MAQ	1	.3	.3	94.2
TEC. PRO	1	.3	.3	94.6
TECELAO	1	.3	.3	94.9
TECNICO	4	1.3	1.3	96.2
TRAINEE	1	.3	.3	96.5
VENDEDOR	6	1.9	1.9	98.4
VIGIA	3	1.0	1.0	99.4
VIGILANT	1	.3	.3	99.7
ZELADOR	1	.3	.3	100.0
	-----	-----	-----	
TOTAL	312	100.0	100.0	

TABELA 12

TERAPIA

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
nenhuma/sulfam+trim	0	167	53.5	95.4	95.4
azt	1	7	2.2	4.0	99.4
pentamidina	2	1	.3	.6	100.0
ign.	.	137	43.9	MISSING	
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

TABELA 13

(0 = ausência 1 = presença)

CRIPTOSPORIDIUM

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porc
0		297	95.2	95.2	95.2
1		15	4.8	4.8	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

PCARINII

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
0		230	73.7	73.7	73.7
1		82	26.3	26.3	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

ISOSPORIDIUM

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
0		303	97.1	97.1	97.1
1		9	2.9	2.9	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

TOXOPLASMA

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
0		251	80.4	80.4	80.4
1		61	19.6	19.6	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

GIARDIA

Valid Cum

Grupos

Valor	Frequência	Porcent	Porcent	Porce
0	311	99.7	99.7	99.7
1	1	.3	.3	100.0
<hr/>				
TOTAL	312	100.0	100.0	

AMEBA

Grupos

Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
0	310	99.4	99.4	99.4
1	2	.6	.6	100.0
<hr/>				
TOTAL	312	100.0	100.0	

HISTOPLASMA

Grupos

Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
0	307	98.4	98.4	98.4
1	5	1.6	1.6	100.0
<hr/>				
TOTAL	312	100.0	100.0	

CRIPTOCOCO

Grupos

Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
0	293	93.9	93.9	93.9
1	19	6.1	6.1	100.0
<hr/>				
TOTAL	312	100.0	100.0	

CANDIDÍASE ORAL

Grupos

Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
0	196	62.8	62.8	62.8
1	116	37.2	37.2	100.0
<hr/>				
TOTAL	312	100.0	100.0	

CANDIDÍASE ESOFAGEANA

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	291	93.3	93.3	93.3
	1	21	6.7	6.7	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	312	100.0	100.0	

OUTROS FUNGOS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	305	97.8	97.8	97.8
	1	7	2.2	2.2	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	312	100.0	100.0	

TUBERCULOSE

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	234	75.0	75.0	75.0
	1	78	25.0	25.0	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	312	100.0	100.0	

OUTRAS MICOBACTÉRIAS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	310	99.4	99.4	99.4
	1	2	.6	.6	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	312	100.0	100.0	

OUTRAS BACTÉRIAS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	300	96.2	96.2	96.2
	1	12	3.8	3.8	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	312	100.0	100.0	

CITOMEGALOVÍRUS (CMV)

Grupos

Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porcent
0	286	91.7	91.7	91.7
1	26	8.3	8.3	100.0
	-----	-----	-----	
TOTAL	312	100.0	100.0	

HERPES

Grupos

Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porcent
0	293	93.9	93.9	93.9
1	19	6.1	6.1	100.0
	-----	-----	-----	
TOTAL	312	100.0	100.0	

OUTROS VÍRUS

Grupos

Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porcent
0	288	92.3	92.3	92.3
1	24	7.7	7.7	100.0
	-----	-----	-----	
TOTAL	312	100.0	100.0	

ESTRONGILÓIDES

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	301	96.5	96.5	96.5
	1	11	3.5	3.5	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

OUTROS HELMINTOS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	307	98.4	98.4	98.4
	1	5	1.6	1.6	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

SARCOMA DE KAPOSI

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	289	92.6	92.6	92.6
	1	23	7.4	7.4	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

CARCINOMAS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	311	99.7	99.7	99.7
	1	1	.3	.3	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

LINFOMAS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	309	99.0	99.0	99.0
	1	3	1.0	1.0	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

TABELA 14
ASSOCIAÇÕES
PROTOZOÁRIOS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porcen
Nenhum		166	53.2	53.2	53.2
Criptos.	1	6	1.9	1.9	55.1
Criptos.+PC	12	3	1.0	1.0	56.1
Criptos.+PC+Isosp.	123	2	.6	.6	56.7
Criptos.+Isosp.+Toxop.	134	1	.3	.3	57.1
Criptos.+Toxop.	14	3	1.0	1.0	58.0
PC	2	65	20.8	20.8	78.8
PC+Isosp.	23	3	1.0	1.0	79.8
PC+Toxopl.	24	9	2.9	2.9	82.7
Isosp.	3	3	1.0	1.0	83.7
Toxop.	4	48	15.4	15.4	99.0
Giard.	5	1	.3	.3	99.4
Ameb.	6	2	.6	.6	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

FUNGOS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porcen
Nenhum		163	52.2	52.2	52.2
Histop.	1	1	.3	.3	52.6
Histop.+Criptoc.	12	1	.3	.3	52.9
Histopl+Cand_Oral	13	2	.6	.6	53.5
Histopl+Cand_Esof	14	1	.3	.3	53.8
Criptoc.	2	12	3.8	3.8	57.7
Criptoc.+Cand_Oral	23	4	1.3	1.3	59.0
Criptoc.+Cand_Esof	24	1	.3	.3	59.3
Criptoc.+Outro Fung.	25	1	.3	.3	59.6
Cand_Oral	3	102	32.7	32.7	92.3
Cand_Oral+Cand_Esof.	34	7	2.2	2.2	94.6
Cand_Oral+Cand_Esof+Outr.	345	1	.3	.3	94.9
Cand_Esof	4	11	3.5	3.5	98.4
Outros fungos	5	5	1.6	1.6	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

BACTÉRIAS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
Nenhum		224	73.8	73.8	73.8
TB	1	75	24.0	24.0	94.9
TB+Outras bact.	13	3	1.0	1.0	95.8
Outras Micob.	2	1	.3	.3	96.2
Outras Bact.	3	9	2.9	2.9	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

VÍRUS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
Nenhum		250	80.1	80.1	80.1
CMV	1	23	7.4	7.4	87.5
CMV+Herpes	12	3	1.0	1.0	88.5
Herpes	2	12	3.8	3.8	92.3
Herpes+Outros Vir.	23	4	1.3	1.3	93.6
Outros Vir.	3	20	6.4	6.4	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

HELMINTOS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
Nenhum		291	94.9	94.9	94.9
Estrong.	1	11	3.5	3.5	99.0
Outros Helm.	2	5	1.6	1.6	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

NEOPLASIAS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
Nenhum		285	91.3	91.3	91.3
Sarcoma de Kaposi	1	23	7.4	7.4	98.7
Carcinomas	2	1	.3	.3	99.0
Linfomas	3	3	1.0	1.0	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

TABELA 15

SOMA DOS AGENTES E NEOPLASIAS

NÚMERO DE INFECÇÕES POR FUNGOS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	163	52.2	52.2	52.2
	1	131	42.0	42.0	94.2
	2	17	5.4	5.4	99.7
	3	1	.3	.3	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	312	100.0	100.0	

NÚMERO DE INFECÇÕES POR BACTÉRIAS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	221	70.8	70.8	70.8
	1	87	27.9	27.9	98.7
	2	4	1.3	1.3	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	312	100.0	100.0	

NÚMERO DE INFECÇÕES POR VÍRUS (exceto HIV)

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	250	80.1	80.1	80.1
	1	55	17.6	17.6	97.8
	2	7	2.2	2.2	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	312	100.0	100.0	

NÚMERO DE INFECÇÕES POR HELMINTOS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porce
	0	295	94.6	94.6	94.6
	1	17	5.4	5.4	100.0
		-----	-----	-----	
	TOTAL	312	100.0	100.0	

NÚMERO DE NEOPLASIAS

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porcent
0		284	91.0	91.0	91.0
1		28	9.0	9.0	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

NÚMERO DE INFECÇÕES (exceto HIV)

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porcent
0		56	17.9	17.9	17.9
1		94	30.1	30.1	48.1
2		90	28.8	28.8	76.9
3		52	16.7	16.7	93.6
4		14	4.5	4.5	98.1
5		3	1.0	1.0	99.0
6		3	1.0	1.0	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

NÚMERO DE ACOMETIMENTOS (INFECÇÕES E/OU NEOPLASIAS)

Grupos	Valor	Frequência	Porcent	Valid Porcent	Cum Porcent
0		54	17.3	17.3	17.3
1		86	27.6	27.6	44.9
2		94	30.1	30.1	75.0
3		50	16.0	16.0	91.0
4		21	6.7	6.7	97.8
5		4	1.3	1.3	99.0
6		2	.6	.6	99.7
7		1	.3	.3	100.0
		-----	-----	-----	
TOTAL		312	100.0	100.0	

TABELA 16
MÉDIAS DOS GRUPOS

OBITO	SEXO	IDADEMAN	IDADE	RISC
0	.15000	297.85000	30.01250	.78750
1	.28571	131.57143	36.75000	.42857
Total	.18519	254.74074	31.75926	.69444
OBITO	PROT	FUNG	BACT	VIRU
0	.52500	.55000	.45000	.31250
1	.50000	.92857	.50000	.10714
Total	.51852	.64815	.46296	.25926
OBITO	HELM	NEOP	SOMAMICR	SOMATUDO
0	.11250	.12500	1.95000	2.07500
1	.00000	.10714	2.03571	2.14286
Total	.08333	.12037	1.97222	2.09259
OBITO	PSEXUAL	DROGAS	TRANSFUS	CRIPTOS
0	.41250	.28750	.06250	.03750
1	.21429	.17857	.00000	.00000
Total	.36111	.25926	.04630	.02778
OBITO	PCARINII	TOXOPL	CRIPTOCO	CAND ESO
0	.25000	.17500	.06250	.05000
1	.21429	.28571	.10714	.17857
Total	.24074	.20370	.07407	.08333
OBITO	OUTROSFU	TB	OUTRASBA	CMV
0	.02500	.31250	.10000	.10000
1	.10714	.35714	.10714	.07143
Total	.04630	.32407	.10185	.09259
OBITO	HERPES	OUTROSVI	ESTRONG	KAPOSI
0	.06250	.15000	.06250	.10000
1	.03571	.00000	.00000	.10714
Total	.05556	.11111	.04630	.10185

DESVIOS PADRÃO DOS GRUPOS

OBITO	SEXO	IDADEMAN	IDADE	RISC
0	.35932	435.73340	8.88249	.56689
1	.46004	157.17587	15.73302	.50395
Total	.39026	389.58030	11.38032	.57125
OBITO	PROT	FUNG	BACT	VIRU
0	.65555	.65410	.57147	.54177
1	.50918	.76636	.50918	.41627
Total	.61873	.70133	.55410	.51827
OBITO	HELM	NEOP	SOMAMICR	SOMATUDO
0	.31797	.33281	1.04215	1.11122
1	.00000	.31497	1.03574	1.00791
Total	.27767	.32691	1.03633	1.08116
OBITO	PSEXUAL	DROGAS	TRANSFUS	CRIPTOS
0	.49539	.45545	.24359	.19118
1	.41786	.39002	.00000	.00000
Total	.48256	.44027	.21111	.16510
OBITO	PCARINII	TOXOPL	CRIPTOCO	CAND_ESO
0	.43574	.38236	.24359	.21932
1	.41786	.46004	.31497	.39002
Total	.42953	.40463	.26311	.27767
OBITO	OUTROSFU	TB	OUTRASBA	CMV
0	.15711	.46644	.30189	.30189
1	.31497	.48795	.31497	.26227
Total	.21111	.47021	.30386	.29121
OBITO	HERPES	OUTROSVI	ESTRONG	KAPOSI
0	.24359	.35932	.24359	.30189
1	.18898	.00000	.00000	.31497
Total	.23013	.31573	.21111	.30386

TABELA 16A

Wilks' Lambda (U-statistic) and univariate F-ratio
with 1 and 106 degrees of freedom

Variable	Wilks' Lambda	F	Significance
SEXO	.97656	2.544	.1137
IDADEMAN	.96469	3.880	.0515
IDADE	.93206	7.727	.0064
RISC	.92347	8.784	.0038
PROT	.99968	.3355E-01	.8550
FUNG	.94352	6.345	.0133
BACT	.99842	.1676	.6831
VIRU	.96957	3.327	.0710
HELM	.96818	3.484	.0647
NEOP	.99942	.6134E-01	.8049
SOMAMICR	.99867	.1407	.7083
SOMATUDO	.99924	.8100E-01	.7765
PSEXUAL	.96730	3.584	.0611
DROGAS	.98813	1.273	.2618
TRANSFUS	.98301	1.832	.1788
CRIPTOS	.99000	1.071	.3031
PCARINII	.99866	.1422	.7068
TOXOPL	.98549	1.561	.2143
CRIPTOCO	.99442	.5948	.4423
CAND_ESO	.95844	4.596	.0343
OUTROSFU	.97065	3.205	.0763
TB	.99825	.1855	.6675
OUTRASBA	.99989	.1135E-01	.9153
CMV	.99813	.1982	.6571
HERPES	.99737	.2791	.5984
OUTROSVI	.95625	4.850	.0298
ESTRONG	.98301	1.832	.1788
KAPOSI	.99989	.1135E-01	.9153

TABELA 17

MATRIZ DE CORRELAÇÃO

(Pooled Within-Groups Correlation Matrix)

	SEXO	IDADEMAN	IDADE	RISC	PROT	FUNG	BACT
SEXO	1.00000						
IDADEMAN	.06157	1.00000					
IDADE	-.23193	.13706	1.00000				
RISC	-.03878	.09257	-.08954	1.00000			
PROT	-.01175	-.10690	.09347	-.02958	1.00000		
FUNG	-.07216	.15402	.11606	-.04480	-.00222	1.00000	
BACT	-.01751	-.16250	-.13666	.05074	-.16099	-.19327	1.00
VIRU	.06614	.21159	.15575	.13434	-.13691	-.01440	-.15
HELM	-.03104	-.15462	-.02214	-.00545	.01521	.00251	-.06
NEOP	.12182	.15498	.12135	-.06046	-.08089	.07196	-.20
SOMAMICR	-.03944	.01405	.13002	.04474	.44637	.54671	.21
SOMATUDO	-.00096	.06033	.16129	.02459	.40327	.54565	.14
PSEXUAL	-.08498	.16435	.21165	.58976	.02149	-.07866	-.03
DROGAS	-.04865	-.02162	-.17111	.49577	-.01985	.05351	.16
TRANSFUS	.02895	-.02955	.02819	.16776	.02707	.01639	-.18
CRIPOTOS	.08113	-.08706	.02570	-.03757	.31497	.02923	-.03
PCARINII	-.09678	-.10871	.13129	.02691	.65111	.01370	.03
TOXOPL	.03706	-.07914	-.02366	-.06161	.51337	-.03854	-.22
CRIPTOCO	.03628	.05278	.01195	-.14426	.05038	.33800	-.04
CAND_ESO	-.09169	-.01844	.15708	.10691	-.08892	.51259	-.01
OUTRÔSFU	.09821	.19160	.17474	.01140	-.11259	.20542	-.03
TB	-.03132	-.10013	-.10468	-.03527	-.13265	-.11785	.74
OUTRASBA	.07520	-.08959	-.11296	-.03282	-.13424	-.09869	.43
CMV	.10233	.05625	.13858	-.00920	-.16616	.03503	-.03
HERPES	-.10921	.14136	.08582	.12104	-.13968	.07888	.01
OUTROSVI	.09419	.19150	.06295	.14061	.03425	-.11553	-.24
ESTRONG	-.08684	-.10459	.06884	-.07626	.09924	.08193	-.10
KAPOSI	.07520	.18211	.14460	-.03282	-.08452	.03677	-.17
	VIRU	HELM	NEOP	SOMAMICR	SOMATUDO	PSEXUAL	DROGA
VIRU	1.00000						
HELM	.14662	1.00000					
NEOP	.14309	.09158	1.00000				
SOMAMICR	.35619	.31212	-.01676	1.00000			
SOMATUDO	.38459	.32679	.28633	.95320	1.00000		
PSEXUAL	.15607	.23694	.13449	.08434	.12149	1.00000	
DROGAS	.01158	-.20223	-.15752	.06127	.01108	-.25012	1.00
TRANSFUS	.03828	-.09193	-.08539	-.07545	-.09812	-.09996	-.14
CRIPOTOS	.00697	.13795	-.06528	.22797	.19872	-.02847	.01
PCARINII	-.08076	-.01992	-.00952	.37392	.35544	.06718	-.04
TOXOPL	-.19295	-.13412	-.04322	.03177	.01738	-.07301	.02
CRIPTOCO	.07790	-.07333	-.10315	.24567	.20422	-.20304	.08
CAND_ESO	.01444	.19504	-.00376	.33267	.31765	.02018	.07
OUTRÔSFU	.00472	-.03700	.05893	.04308	.05910	.14506	-.11
TB	-.15140	-.13197	-.25543	.13240	.04963	-.14483	.18
OUTRASBA	.01076	.12383	-.03025	.12750	.11303	.06851	-.12
CMV	.58450	.12933	.27381	.22731	.30062	.22142	-.19

HERPES	.66379	.06511	-.09110	.32253	.28152	.06197	.03
OUTROSVI	.60798	.07201	.04631	.13445	.14284	.00319	.17
ESTRONG	.12578	.72521	.05123	.31258	.31503	.08820	-.14
KAPOSI	.07103	.12383	.91089	-.05070	.22687	.13332	-.12

	TRANSFUS	CRIPTOS	PCARINII	TOXOPL	CRIPTOCO	CAND_ESO	OUTRO
TRANSFUS	1.00000						
CRIPTOS	-.05096	1.00000					
PCARINII	.07802	.03314	1.00000				
TOXOPL	.01390	-.07436	-.12002	1.00000			
CRIPTOCO	-.05318	.17618	.00889	-.06492	1.00000		
CAND_ESO	.12319	-.03139	-.00572	-.09659	-.10295	1.00000	
OUTROSFU	-.02684	-.02052	-.11964	-.13504	-.07646	.06022	1.00
TB	-.14851	-.11353	.07448	-.20960	.02776	.07057	-.06
OUTRASBA	-.07348	.13107	-.18938	-.01969	-.09630	-.10587	.07
CMV	-.07674	-.05866	-.10691	-.07769	.03498	.02870	.09
HERPES	.13357	-.04641	-.04398	-.11751	.08995	.08548	-.04
OUTROSVI	.03616	.10134	.00000	-.15825	.02884	-.06681	-.04
ESTRONG	-.06667	.22085	-.02601	-.09727	-.05318	.28745	-.02
KAPOSI	-.07348	-.05617	.02559	-.09626	-.09630	.00727	.07

	TB	OUTRASBA	CMV	HERPES	OUTROSVI	ESTRONG	KAPOS
TB	1.00000						
OUTRASBA	-.10288	1.00000					
CMV	-.08303	.10421	1.00000				
HERPES	.09351	-.08126	.19967	1.00000			
OUTROSVI	-.24162	-.01992	-.12485	.16463	1.00000		
ESTRONG	-.14851	.07348	.07674	.13357	.03616	1.00000	
KAPOSI	-.23383	-.01229	.10421	-.08126	.07970	.07348	1.00

TABELA 18

----- Variables not in the analysis after step 0 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
SEXO	1.0000000	1.0000000	2.5445	.97656
IDADEMAN	1.0000000	1.0000000	3.8801	.96469
IDADE	1.0000000	1.0000000	7.7267	.93206
RISC	1.0000000	1.0000000	8.7839	.92347
PROT	1.0000000	1.0000000	.33555E-01	.99968
FUNG	1.0000000	1.0000000	6.3452	.94352
BACT	1.0000000	1.0000000	.16757	.99842
VIRU	1.0000000	1.0000000	3.3272	.96957
HELM	1.0000000	1.0000000	3.4836	.96818
NEOP	1.0000000	1.0000000	.61343E-01	.99942
SOMAMICR	1.0000000	1.0000000	.14074	.99867
SOMATUDO	1.0000000	1.0000000	.81000E-01	.99924
PSEXUAL	1.0000000	1.0000000	3.5839	.96730
DROGAS	1.0000000	1.0000000	1.2728	.98813
TRANSFUS	1.0000000	1.0000000	1.8321	.98301
CRIPOTOS	1.0000000	1.0000000	1.0707	.99000
PCARINII	1.0000000	1.0000000	.14224	.99866
TOXOPL	1.0000000	1.0000000	1.5609	.98549
CRIPTOCO	1.0000000	1.0000000	.59484	.99442
CAND_ESO	1.0000000	1.0000000	4.5962	.95844
OUTROSFU	1.0000000	1.0000000	3.2050	.97065
TB	1.0000000	1.0000000	.18554	.99825
OUTRASBA	1.0000000	1.0000000	.11355E-01	.99989
CMV	1.0000000	1.0000000	.19815	.99813
HERPES	1.0000000	1.0000000	.27909	.99737
OUTROSVI	1.0000000	1.0000000	4.8497	.95625
ESTRONG	1.0000000	1.0000000	1.8321	.98301
KAPOSI	1.0000000	1.0000000	.11355E-01	.99989

At step 1, RISC was included in the analysis.

Groups	Degrees of Freedom	Signif.	Between
Wilks' Lambda	1 1	106.0	
Equivalent F	1	106.0	.0038

----- Variables in the analysis after step 1 -----

Variable	Tolerance	F to remove	Wilks' Lambda
RISC	1.0000000	8.7839	

----- Variables not in the analysis after step 1 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
SEXO	.9984958	.9984958	2.0072	.90615

IDADEMAN	.9914306	.9914306	2.6522	.90072
IDADE	.9919818	.9919818	5.8296	.87490
PROT	.9991248	.9991248	.67170E-01	.92288
FUNG	.9979925	.9979925	5.2190	.87975
BACT	.9974258	.9974258	.28733	.92095
VIRU	.9819539	.9819539	1.8941	.90711
HELM	.9999703	.9999703	3.2422	.89581
NEOP	.9963440	.9963440	.16730	.92201
SOMAMICR	.9979986	.9979986	.23631	.92140
SOMATUDO	.9993956	.9993956	.11696	.92245
PSEXUAL	.6521809	.6521809	.29567E-01	.92321
DROGAS	.7542138	.7542138	.14115	.92223
TRANSFUS	.9718558	.9718558	.69024	.91744
CRIPTOS	.9985886	.9985886	1.2033	.91301
PCARINII	.9992756	.9992756	.80959E-01	.92276
TOXOPL	.9962045	.9962045	1.0450	.91437
CRIPTOCO	.9791901	.9791901	.11037	.92250
CAND ESO	.9885696	.9885696	5.6032	.87669
OUTROSFU	.9998700	.9998700	3.0439	.89746
TB	.9987562	.9987562	.97466E-01	.92262
OUTRASBA	.9989230	.9989230	.79109E-04	.92347
CMV	.9999154	.9999154	.20416	.92168
HERPES	.9853505	.9853505	.26695E-01	.92324
OUTROSVI	.9802293	.9802293	2.9750	.89803
ESTRONG	.9941851	.9941851	2.2957	.90372
KAPOSI	.9989230	.9989230	.79109E-04	.92347

* * * * *

At step 2, IDADE was included in the analysis.

Groups		Degrees of Freedom	Signif.	Between
Wilks' Lambda	.87490	2	1	106.0
Equivalent F	7.50687		2	105.0 .0009

----- Variables in the analysis after step 2 -----

Variable	Tolerance	F to remove	Wilks' Lambda
IDADE	.9919818	5.8296	.92347
RISC	.9919818	6.8599	.93206

----- Variables not in the analysis after step 2 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
SEXO	.9426357	.9364862	3.9278	.84306
IDADEMAN	.9701340	.9701340	3.7688	.84430
PROT	.9908104	.9837269	.21750	.87307
FUNG	.9853358	.9794014	3.8498	.84367
BACT	.9798299	.9744820	.70110	.86904
VIRU	.9535781	.9535781	3.0847	.84970
HELM	.9994539	.9914696	2.8613	.85147

NEOP	.9827933	.9784904	.45371	.87110
SOMAMICR	.9798905	.9739829	.24737E-01	.87469
SOMATUDO	.9724498	.9652360	.28599E-02	.87488
PSEXUAL	.5816784	.5816784	.98138	.86672
DROGAS	.7380265	.7380265	.51022	.87063
TRANSFUS	.9699730	.9629611	.82560	.86801
CRIPTOS	.9980859	.9907373	1.2440	.86456
PCARINII	.9812558	.9740936	.35414	.87193
TOXOPL	.9953461	.9879185	1.1223	.86556
CRIPTOCO	.9791892	.9714768	.10504	.87402
CAND ESO	.9605711	.9605711	3.7128	.84474
OUTROSFU	.9687287	.9610862	1.6839	.86096
TB	.9870339	.9803390	.31259	.87228
OUTRASBA	.9853817	.9785346	.80007E-01	.87423
CMV	.9807839	.9730021	.59075	.86996
HERPES	.9759320	.9752901	.15117	.87363
OUTROSVI	.9744763	.9705090	3.4427	.84687
ESTRONG	.9903091	.9870456	2.6144	.85345
KAPOSI	.9786941	.9718935	.10729	.87400

At step 3, SEXO was included in the analysis.

Groups		Degrees of Freedom	Signif.	Between
Wilks' Lambda	.84306	3 1	106.0	
Equivalent F	6.45337	3	104.0	.0005

----- Variables in the analysis after step 3 -----

Variable	Tolerance	F to remove	Wilks' Lambda
SEXO	.9426357	3.9278	.87490
IDADE	.9364862	7.7830	.90615
RISC	.9882338	5.8574	.89054

----- Variables not in the analysis after step 3 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
IDADEMAN	.9595986	.9103230	4.4510	.80814
PROT	.9907310	.9287735	.22368	.84123
FUNG	.9829614	.9274642	4.0572	.81111
BACT	.9774973	.9179978	.83454	.83628
VIRU	.9404685	.9016032	3.8270	.81286
HELM	.9980309	.9355852	2.4981	.82310
NEOP	.9598739	.9153401	.93124	.83551
SOMAMICR	.9798535	.9207734	.27406E-01	.84284
SOMATUDO	.9708537	.9097409	.17106E-01	.84292
PSEXUAL	.5816780	.5816780	.93987	.83544
DROGAS	.7342720	.7342720	.70228	.83735
TRANSFUS	.9677568	.9337457	.96297	.83525
CRIPTOS	.9904253	.9347824	1.5979	.83018
PCARINII	.9769089	.9240132	.20566	.84138
TOXOPL	.9945294	.9360426	.96010	.83527
CRIPTOCO	.9782048	.9364459	.65207E-01	.84253

CAND_ESO	.9581271	.9147501	3.9305	.81207
OUTROSFU	.9478300	.8964834	.98825	.83505
TB	.9834312	.9231056	.44139	.83946
OUTRASBA	.9830956	.9267256	.33591E-01	.84279
CMV	.9615453	.9100285	1.0654	.83443
HERPES	.9688724	.9311631	.46629E-01	.84268
OUTROSVI	.9598133	.9263780	4.2671	.80952
ESTRONG	.9843293	.9347949	2.0548	.82657
KAPOSI	.9664254	.9110113	.29177	.84068

* * * * *

At step 4, IDADEMAN was included in the analysis.

Groups		Degrees of Freedom	Signif.	Between
Wilks' Lambda	.80814	4	1	106.0
Equivalent F	6.11339		4	103.0 .0002

----- Variables in the analysis after step 4 -----

Variable	Tolerance	F to remove	Wilks' Lambda
SEXO	.9323989	4.6095	.84430
IDADEMAN	.9595986	4.4510	.84306
IDADE	.9103230	9.3674	.88163
RISC	.9756219	4.3651	.84239

----- Variables not in the analysis after step 4 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
PROT	.9761256	.8992513	.51217	.80410
FUNG	.9605200	.9055211	5.2876	.76831
BACT	.9562227	.8981261	.35201	.80536
VIRU	.9128407	.8854033	2.4870	.78890
HELM	.9755339	.9102949	3.4959	.78136
NEOP	.9427857	.8954895	.45153	.80458
SOMAMICR	.9797672	.8951097	.20165E-01	.80798
SOMATUDO	.9699158	.8864993	.40411E-02	.80811
PSEXUAL	.5764344	.5764344	.56670	.80367
DROGAS	.7323757	.7323757	.50830	.80413
TRANSFUS	.9644598	.9066927	1.1619	.79904
CRIPTOS	.9808535	.9071856	2.0755	.79202
PCARINII	.9608801	.8935307	.50552	.80415
TOXOPL	.9891135	.9102468	.64831	.80303
CRIPTOCO	.9740609	.9103052	.14699	.80697
CAND_ESO	.9557577	.8874645	3.3550	.78240
OUTROSFU	.9243961	.8804253	1.7110	.79481
TB	.9775845	.9001837	.24036	.80624
OUTRASBA	.9773152	.9032283	.44161E-03	.80813
CMV	.9610093	.8864208	.91660	.80094
HERPES	.9526884	.9077356	.31073E-02	.80811

OUTROSVI	.9347803	.9049567	2.9003	.78579
ESTRONG	.9741825	.9071425	2.6039	.78802
KAPOSI	.9420237	.8928015	.40892E-01	.80781

At step 5, FUNG was included in the analysis.

Groups		Degrees of Freedom	Signif.	Between
Wilks' Lambda	.76831	5 1	106.0	
Equivalent F	6.15181	5 5	102.0	.0001

----- Variables in the analysis after step 5 -----

Variable	Tolerance	F to remove	Wilks' Lambda
SEXO	.9284306	4.9848	.80586
IDADEMAN	.9376906	5.6823	.81111
IDADE	.9055211	7.6825	.82618
RISC	.9726510	3.5765	.79525
FUNG	.9605200	5.2876	.80814

----- Variables not in the analysis after step 5 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
PROT	.9761023	.8946343	.49745	.76454
BACT	.9306984	.8955004	.90816	.76146
VIRU	.9105747	.8797502	2.0185	.75326
HELM	.9748593	.9054707	3.5097	.74251
NEOP	.9407747	.8915585	.57126	.76399
SOMAMICR	.6821463	.6687457	1.7124	.75550
SOMATUDO	.6822565	.6756473	2.3172	.75108
PSEXUAL	.5674439	.5674439	.20733	.76674
DROGAS	.7232591	.7232591	.19856	.76680
TRANSFUS	.9635280	.9021771	1.2449	.75895
CRIPTOS	.9788430	.9027482	2.2510	.75156
PCARINII	.9606282	.8891790	.52717	.76432
TOXOPL	.9884316	.9054738	.70576	.76298
CRIPTOCO	.8650891	.8530631	.15770	.76711
CAND_ESO	.6918888	.6918888	.50543	.76448
OUTROSFU	.8942408	.8790514	.77555	.76245
TB	.9674385	.8967382	.49935	.76453
OUTRASBA	.9717145	.8993057	.36035E-01	.76804
CMV	.9604894	.8823278	.96250	.76106
HERPES	.9500615	.9033075	.39889E-02	.76828
OUTROSVI	.9156481	.8985470	1.8145	.75475
ESTRONG	.9670393	.9029815	3.1088	.74537
KAPOSI	.9420220	.8882061	.39692E-01	.76801

At step 6, HELM was included in the analysis.

Groups		Degrees of Freedom	Signif.	Between
Wilks' Lambda	.74251	6 1	106.0	
Equivalent F	5.83760	6 6	101.0	.0000

----- Variables in the analysis after step 6 -----

Variable	Tolerance	F to remove	Wilks' Lambda
SEXO	.9280442	4.5865	.77623
IDADEMAN	.9159283	6.7971	.79248
IDADE	.9054707	7.2504	.79581
RISC	.9725762	3.3557	.76718
FUNG	.9598559	5.2847	.78136
HELM	.9748593	3.5097	.76831

----- Variables not in the analysis after step 6 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
PROT	.9761016	.8945862	.47806	.73897
BACT	.9229060	.8952381	.58940	.73816
VIRU	.8767194	.8767194	1.1156	.73432
NEOP	.9264795	.8910918	.26768	.74053
SOMAMICR	.5900523	.5900523	.42551	.73936
SOMATUDO	.5753537	.5753537	.69149	.73741
PSEXUAL	.4983475	.4983475	.42886E-01	.74219
DROGAS	.6763939	.6763939	.10012E-02	.74250
TRANSFUS	.9537454	.9021755	1.6450	.73049
CRIPTOS	.9626307	.9025533	1.5428	.73123
PCARINII	.9590987	.8891753	.61462	.73797
TOXOPL	.9670408	.9054066	.31165	.74020
CRIPTOCO	.8597897	.8508392	.28465	.74040
CAND ESO	.6597827	.6597827	1.2463	.73337
OUTROSFU	.8941572	.8790229	.71194	.73726
TB	.9456513	.8962862	.17724	.74119
OUTRASBA	.9585338	.8993012	.16149	.74131
CMV	.9402304	.8814842	.49134	.73888
HERPES	.9430695	.8999562	.91745E-02	.74244
OUTROSVI	.9040365	.8801690	1.2508	.73333
ESTRONG	.4557701	.4557701	.32645	.74009
KAPOSI	.9175484	.8859344	.10368E-01	.74243

At step 7, TRANSFUS was included in the analysis.

Groups	Wilks' Lambda	Equivalent F	Degrees of Freedom	Signif.	Between
	.73049	5.27061	7 1	106.0	
			7	100.0	.0000

----- Variables in the analysis after step 7 -----

Variable	Tolerance	F to remove	Wilks' Lambda
SEXO	.9253543	4.7653	.76530
IDADEMAN	.9104545	7.1403	.78265
IDADE	.9021755	7.4859	.78517
RISC	.9402115	2.3547	.74769
FUNG	.9587535	5.3503	.76957
HELM	.9649616	3.8966	.75895

TRANSFUS .9537454 1.6450 .74251

----- Variables not in the analysis after step 7 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
PROT	.9756616	.8916120	.42986	.72733
BACT	.8833761	.8833761	.25672	.72860
VIRU	.8756296	.8708743	.99673	.72321
NEOP	.9214204	.8868137	.36699	.72779
SOMAMICR	.5840471	.5840471	.60128	.72608
SOMATUDO	.5661822	.5661822	.97692	.72335
PSEXUAL	.4653493	.4653493	.15766E-01	.73037
DROGAS	.6117746	.6117746	.19733	.72904
CRIPTOS	.9605871	.8989829	1.6526	.71850
PCARINII	.9554289	.8868059	.48546	.72693
TOXOPL	.9669996	.9021058	.31272	.72819
CRIPTOCO	.8577601	.8488543	.34660	.72794
CAND ESO	.6493879	.6493879	1.6147	.71877
OUTROSFU	.8924266	.8750793	.60494	.72605
TB	.9217504	.8945001	.47092E-01	.73014
OUTRASBA	.9552576	.8965398	.10442	.72972
CMV	.9346408	.8768884	.62683	.72589
HERPES	.9261529	.8918387	.71000E-01	.72997
OUTROSVI	.9032413	.8743038	1.1378	.72219
ESTRONG	.4556770	.4556770	.29794	.72830
KAPOSI	.9143819	.8821220	.68520E-03	.73049

At step 8, CRIPTOS was included in the analysis.

Degrees of Freedom Signif. Between

Groups	Wilks' Lambda	Degrees of Freedom	Signif.	Between
Wilks' Lambda	.71850	8	1	106.0
Equivalent F	4.84845	8	8	99.0 .0000

----- Variables in the analysis after step 8 -----

Variable	Tolerance	F to remove	Wilks' Lambda
SEXO	.9148890	5.2270	.75643
IDADEMAN	.9034775	7.5542	.77332
IDADE	.8989829	7.7156	.77449
RISC	.9401358	2.3278	.73539
FUNG	.9569130	5.4738	.75822
HELM	.9502084	3.1183	.74113
TRANSFUS	.9517206	1.7538	.73123
CRIPTOS	.9605871	1.6526	.73049

----- Variables not in the analysis after step 8 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
PROT	.8819391	.8683127	.71255E-01	.71798
BACT	.8823292	.8812055	.20844	.71697
VIRU	.8756001	.8646656	.98505	.71135

NEOP	.9127860	.8822334	.52411	.71468
SOMAMICR	.5575116	.5575116	.25644	.71662
SOMATUDO	.5497983	.5497983	.59403	.71417
PSEXUAL	.4634538	.4634538	.42137E-01	.71819
DROGAS	.6089329	.6089329	.12439	.71759
PCARINII	.9543942	.8841491	.41746	.71545
TOXOPL	.9625152	.8950789	.21762	.71691
CRIPTOCO	.8288102	.8288102	.12525	.71758
CAND_ESO	.6438704	.6438704	1.3037	.70906
OUTROSFU	.8914757	.8714670	.52772	.71465
TB	.9116845	.8922717	.67276E-02	.71845
OUTRASBA	.9433457	.8923330	.21474	.71693
CMV	.9253422	.8718752	.83229	.71245
HERPES	.9251325	.8858425	.48815E-01	.71814
OUTROSVI	.8920758	.8640483	.84122	.71238
ESTRONG	.4409094	.4409094	.99477E-01	.71777
KAPOSI	.9081249	.8775533	.63001E-02	.71845

At step 9, CAND_ESO was included in the analysis.

Groups		Degrees of Freedom	Signif.	Between
Wilks' Lambda	.70906	9	1	106.0
Equivalent F	4.46781		9	98.0 .0001

----- Variables in the analysis after step 9 -----

Variable	Tolerance	F to remove	Wilks' Lambda
SEXO	.9148622	5.1326	.74620
IDADEMAN	.8909993	6.4893	.75602
IDADE	.8798406	6.3970	.75535
RISC	.9168979	2.8015	.72933
FUNG	.6832611	1.7078	.72142
HELM	.8965625	3.9089	.73735
TRANSFUS	.9376137	2.0764	.72409
CRIPOTOS	.9524256	1.3411	.71877
CAND_ESO	.6438704	1.3037	.71850

----- Variables not in the analysis after step 9 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
PROT	.8698599	.6350518	.17601E-01	.70894
BACT	.8653988	.6315156	.88675E-01	.70842
VIRU	.8744973	.6430594	.88635	.70264
NEOP	.9093504	.6414470	.41925	.70601
SOMAMICR	.5573565	.4974749	.23207	.70737
SOMATUDO	.5489187	.4937756	.51434	.70532
PSEXUAL	.4565125	.4565125	.42597E-02	.70903
DROGAS	.6037184	.6037184	.20699	.70755
PCARINII	.9511910	.6417094	.32966	.70666
TOXOPL	.9581061	.6409209	.29016	.70695
CRIPTOCO	.7522815	.5519953	.52054E-04	.70906
OUTROSFU	.8887949	.6419342	.61000	.70463

TB	.8655970	.6113214	.31398E-01	.70884
OUTRASBA	.9390786	.6409579	.28633	.70698
CMV	.9245743	.6433361	.75604	.70358
HERPES	.9251295	.6438683	.46797E-01	.70872
OUTROSVI	.8911715	.6432177	.75863	.70356
ESTRONG	.4210906	.4210906	.31786	.70675
KAPOSI	.9068382	.6429581	.12957E-02	.70906

F level or tolerance or VIN insufficient for further computation.

TABELA 19

TÁBUA SUMÁRIA

Step	Action		Vars In	Wilks'		Sig.	Label
	Entered	Removed		Lambda			
1	RISC		1	.92347		.0038	
2	IDADE		2	.87490		.0009	
3	SEXO		3	.84306		.0005	
4	IDADEMAN		4	.80814		.0002	
5	FUNG		5	.76831		.0001	
6	HELM		6	.74251		.0000	
7	TRANSFUS		7	.73049		.0000	
8	CRIPTOS		8	.71850		.0000	
9	CAND_ESO		9	.70906		.0001	

Structure Matrix:

Pooled-within-groups correlations between discriminating variables
and canonical discriminant functions
(Variables ordered by size of correlation within function)

	FUNC 1
RISC	.44940
IDADE	-.42149
FUNG	-.38196
CAND_ESO	-.32508
IDADEMAN	.29868
HELM	.28301
PSEXUAL	.27876
SEXO	-.24187
TRANSFUS	.20524
OUTROSVI	.17915
CRIPTOS	.15690
SOMATUDO	-.14318
ESTRONG	.13637
OUTROSFU	-.13285
SOMAMICR	-.12459
HERPES	.11927
CRIPTOCO	-.11813
VIRU	.11086
DROGAS	.10453
TB	-.09635
TOXOPL	-.09019
CMV	-.08989
OUTRASBA	.08145
NEOP	-.07867
PCARINII	-.04822
KAPOSI	-.02261
BACT	-.00992
PROT	.00448

TABELA 20

CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS PELA FUNÇÃO DISCRIMINANTE

	Mis Val	Sel	Actual Group		Highest Probability Group P(D/G) P(G/D)	2nd Highest Group P(G/D)	Discrim Scores
1		No	1 **	0	.8101 .9203	1 .0797	.6158
14		No	0	0	.9760 .8864	1 .1136	.3453
15		Yes	0	0	.2108 .9804	1 .0196	1.6269
17		No	0	0	.6742 .8160	1 .1840	-.0450
18		No	0	0	.4775 .7445	1 .2555	-.3349
19		No	0	0	.6916 .8211	1 .1789	-.0213
21		No	0	0	.8239 .8552	1 .1448	.1529
22		No	0	0	.9652 .8844	1 .1156	.3319
23		No	0 **	1	.6925 .6391	0 .3609	-1.4681
24		Yes	0	0	.3586 .6833	1 .3167	-.5426
25		Yes	0	0	.5887 .9469	1 .0531	.9161
26		No	0	0	.6789 .9369	1 .0631	.7894
27		No	0	0	.4999 .9559	1 .0441	1.0501
28		Yes	1	1	.8891 .5500	0 .4500	-1.2121
29		Yes	0	0	.5841 .9474	1 .0526	.9228
31		No	0 **	1	.9680 .5142	0 .4858	-1.1127
32		Yes	0	0	.8057 .8510	1 .1490	.1295
34		No	0	0	.4440 .7290	1 .2710	-.3901
35		Yes	0	0	.5057 .7567	1 .2433	-.2902
37		Yes	1	1	.0584 .9393	0 .0607	-2.9653
38		Yes	0	0	.8212 .9188	1 .0812	.6014
41		Yes	0	0	.5267 .7652	1 .2348	-.2576
42		Yes	0	0	.1203 .9872	1 .0128	1.9288
43		Yes	0	0	.5260 .7649	1 .2351	-.2588
47		No	0	0	.7228 .9316	1 .0684	.7302
48		Yes	0	0	.7428 .9291	1 .0709	.7036
49		Yes	0	0	.6658 .8135	1 .1865	-.0565
52		Yes	0	0	.3842 .9664	1 .0336	1.2457
53		Yes	1 **	0	.4556 .7345	1 .2655	-.3707
54		Yes	0	0	.7222 .9317	1 .0683	.7310
58		No	0	0	.1977 .9814	1 .0186	1.6637
51		No	1 **	0	.7634 .8406	1 .1594	.0744
54		No	0	0	.4512 .9604	1 .0396	1.1289
55		No	0 **	1	.3620 .7890	0 .2110	-1.9842
56		Yes	0	0	.0775 .9906	1 .0094	2.1411
57		No	1 **	0	.2330 .9787	1 .0213	1.5680
58		No	1 **	0	.1779 .5368	1 .4632	-.9717
70		Yes	0	0	.7879 .8467	1 .1533	.1064
74		Yes	0	0	.4836 .9574	1 .0426	1.0759
75		No	0	0	.3193 .6584	1 .3416	-.6204
76		Yes	0	0	.4278 .9625	1 .0375	1.1684
77		No	0	0	.1599 .9842	1 .0158	1.7809
78		Yes	0	0	.9354 .8788	1 .1212	.2944
79		No	0	0	.3221 .9716	1 .0284	1.3656
80		Yes	0	0	.4069 .7104	1 .2896	-.4539
81		No	1 **	0	.7999 .9217	1 .0783	.6289

83	No	0	0	.0195	.9958	1	.0042	2.7103
87	Yes	0	0	.0049	.9979	1	.0021	3.1861
88	Yes	1	1	.0643	.9357	0	.0643	-2.9225
92	No	1 **	0	.8056	.9209	1	.0791	.6216
93	Yes	0	0	.4685	.7405	1	.2595	-.3495
94	Yes	0	0	.1533	.5076	1	.4924	-1.0527
95	Yes	1	1	.5012	.7257	0	.2743	-1.7453
101	Yes	0	0	.7146	.8276	1	.1724	.0097
103	Yes	0	0	.4804	.9577	1	.0423	1.0811
104	Yes	1 **	0	.7181	.8286	1	.1714	.0144
106	No	0	0	.1239	.9870	1	.0130	1.9141
107	No	0 **	1	.5610	.6986	0	.3014	-1.6540
111	Yes	0	0	.9360	.8789	1	.1211	.2951
112	Yes	0	0	.2084	.5687	1	.4313	-.8826
114	No	1 **	0	.8199	.9189	1	.0811	.6031
116	No	0	0	.9534	.8987	1	.1013	.4338
117	Yes	0	0	.5076	.9551	1	.0449	1.0380
119	No	0	0	.6871	.8198	1	.1802	-.0274
120	Yes	0	0	.2044	.5647	1	.4353	-.8937
121	No	0	0	.9339	.8785	1	.1215	.2925
122	No	1 **	0	.0014	.9988	1	.0012	3.5762
123	No	0	0	.8684	.9120	1	.0880	.5411
124	No	0	0	.6124	.9444	1	.0556	.8820
125	Yes	1	1	.9441	.5250	0	.4750	-1.1427
128	No	1 **	0	.5457	.7727	1	.2273	-.2288
129	No	0	0	.3534	.9690	1	.0310	1.3035
131	Yes	0	0	.9580	.8979	1	.1021	.4281
132	Yes	0	0	.7364	.9299	1	.0701	.7120
133	Yes	0	0	.2311	.5900	1	.4100	-.8222
134	No	0	0	.3329	.9707	1	.0293	1.3437
135	No	1 **	0	.4056	.9645	1	.0355	1.2072
136	Yes	0	0	.0775	.9906	1	.0094	2.1410
138	Yes	1 **	0	.9193	.8756	1	.1244	.2741
140	No	1 **	0	.7403	.8346	1	.1654	.0439
141	No	0	0	.1964	.5566	1	.4434	-.9166
142	Yes	1 **	0	.3575	.6827	1	.3173	-.5446
144	Yes	0	0	.5365	.7691	1	.2309	-.2427
145	Yes	0	0	.8884	.9090	1	.0910	.5158
146	Yes	0	0	.7333	.8327	1	.1673	.0347
148	Yes	0	0	.9457	.9000	1	.1000	.4435
149	No	1 **	0	.7187	.9321	1	.0679	.7357
150	Yes	0	0	.0928	.9894	1	.0106	2.0562
151	Yes	0	0	.3507	.9692	1	.0308	1.3087
153	Yes	0	0	.7218	.8296	1	.1704	.0194
154	No	0	0	.4062	.7100	1	.2900	-.4553
155	No	1	1	.5919	.6846	0	.3154	-1.6088
160	Yes	0	0	.1950	.5552	1	.4448	-.9204
162	Yes	1	1	.3580	.7908	0	.2092	-1.9918
164	No	0 **	1	.0781	.9276	0	.0724	-2.8343
165	Yes	1 **	0	.8877	.9091	1	.0909	.5167
166	Yes	0	0	.6406	.8057	1	.1943	-.0914
171	Yes	0	0	.4179	.7161	1	.2839	-.4346
172	No	1 **	0	.1732	.5315	1	.4685	-.9865
174	Yes	1	1	.7540	.6112	0	.3888	-1.3860

76	Yes	0	0	.1619	.9841	1	.0159	1.7743
77	No	0	0	.4479	.7309	1	.2691	-.3834
79	Yes	0	0	.9001	.8718	1	.1282	.2499
80	Yes	0	0	.2356	.5941	1	.4059	-.8106
81	No	1 **	0	.6219	.9433	1	.0567	.8686
82	No	0 **	1	.5073	.7229	0	.2771	-1.7358
83	Yes	0	0	.7264	.9312	1	.0688	.7253
85	Yes	0	0	.0082	.9973	1	.0027	3.0206
86	Yes	0	0	.3515	.6790	1	.3210	-.5563
88	Yes	0	0	.7804	.9243	1	.0757	.6543
90	Yes	1 **	0	.5272	.7654	1	.2346	-.2568
93	No	1	1	.2650	.8338	0	.1662	-2.1874
94	Yes	1	1	.2246	.8528	0	.1472	-2.2869
98	Yes	0 **	1	.5489	.7040	0	.2960	-1.6720
02	No	1 **	0	.4648	.7388	1	.2612	-.3556
03	No	0	0	.7703	.9256	1	.0744	.6674
04	Yes	1	1	.0818	.9255	0	.0745	-2.8131
05	Yes	0	0	.2904	.9742	1	.0258	1.4327
07	Yes	1	1	.3740	.7835	0	.2165	-1.9617
08	No	1 **	0	.6276	.8015	1	.1985	-.1096
10	Yes	1	1	.4377	.7545	0	.2455	-1.8488
12	Yes	0	0	.5262	.9533	1	.0467	1.0092
13	Yes	1 **	0	.8070	.8513	1	.1487	.1311
14	Yes	0	0	.5068	.7571	1	.2429	-.2884
15	No	0	0	.9721	.8956	1	.1044	.4103
17	Yes	0	0	.3079	.6506	1	.3494	-.6442
18	No	1 **	0	.4403	.7273	1	.2727	-.3962
19	Yes	0	0	.0960	.9891	1	.0109	2.0399
20	No	1 **	0	.4461	.7301	1	.2699	-.3866
23	Yes	1 **	0	.2692	.6221	1	.3779	-.7295
24	Yes	1 **	0	.5466	.7730	1	.2270	-.2274
25	Yes	1 **	0	.2591	.6140	1	.3860	-.7532
26	Yes	0	0	.9784	.8869	1	.1131	.3483
27	Yes	0	0	.2824	.6322	1	.3678	-.6995
29	Yes	1	1	.7605	.6083	0	.3917	-1.3775
32	No	1	1	.8545	.5657	0	.4343	-1.2560
33	Yes	0	0	.3230	.9715	1	.0285	1.3638
35	Yes	1	1	.1909	.8691	0	.1309	-2.3806
36	Yes	0	0	.7981	.8491	1	.1509	.1196
37	Yes	0	0	.5685	.7812	1	.2188	-.1949
38	Yes	0	0	.2379	.5961	1	.4039	-.8049
42	Yes	0	0	.3945	.7038	1	.2962	-.4761
43	Yes	0	0	.8138	.8529	1	.1471	.1399
45	Yes	0	0	.5259	.7649	1	.2351	-.2589
46	Yes	0	0	.6254	.9430	1	.0570	.8636
48	Yes	0	0	.2044	.5647	1	.4353	-.8938
50	Yes	0	0	.5627	.7791	1	.2209	-.2034
51	Yes	1 **	0	.3153	.6557	1	.3443	-.6287
52	Yes	0	0	.6553	.8103	1	.1897	-.0710
53	No	1 **	0	.5743	.7833	1	.2167	-.1863
54	Yes	0	0	.9483	.8813	1	.1187	.3106
55	Yes	0	0	.9893	.8926	1	.1074	.3888
56	Yes	0	0	.7795	.8446	1	.1554	.0954
58	Yes	0 **	1	.7091	.6315	0	.3685	-1.4457

59	Yes	0	0	.8855	.9094	1	.0906	.5194
60	No	1 **	0	.0019	.9986	1	.0014	3.4852
61	No	0	0	.5140	.9545	1	.0455	1.0280
62	Yes	0	0	.8676	.9121	1	.0879	.5421
64	No	0	0	.3056	.6490	1	.3510	-.6490
65	No	1 **	0	.3020	.6465	1	.3535	-.6568
66	Yes	0	0	.6814	.8181	1	.1819	-.0351
67	No	0	0	.2353	.5938	1	.4062	-.8114
69	No	1 **	0	.3822	.6970	1	.3030	-.4984
71	Yes	1 **	0	.5588	.7776	1	.2224	-.2093
73	No	1	1	.9470	.5237	0	.4763	-1.1391
74	No	1 **	0	.5526	.7753	1	.2247	-.2184
75	No	1 **	0	.2170	.9799	1	.0201	1.6099
77	No	1	1	.2065	.8615	0	.1385	-2.3359
78	No	0	0	.6564	.8106	1	.1894	-.0694
79	Yes	0	0	.7528	.8378	1	.1622	.0605
83	No	0	0	.3200	.6589	1	.3411	-.6190
87	No	0	0	.8722	.8659	1	.1341	.2146
88	No	0	0	.3243	.6617	1	.3383	-.6102
91	Yes	1 **	0	.5459	.7727	1	.2273	-.2285
92	No	0	0	.2383	.9782	1	.0218	1.5547
96	No	0	0	.0161	.9963	1	.0037	2.7825
97	Yes	0	0	.7484	.9284	1	.0716	.6962
98	Yes	0	0	.4191	.9633	1	.0367	1.1834
99	Yes	0	0	.0623	.9918	1	.0082	2.2393
04	Yes	1 **	0	.8728	.9113	1	.0887	.5355
10	No	0	0	.5139	.9545	1	.0455	1.0283
12	Yes	1	1	.6522	.6573	0	.3427	-1.5234

TABELA 21

TODOS OS PACIENTES
(a partir da data das primeiras manifestações)

Inter- valo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
1/12	30	16	6	7	0	204	193,0	0,04	0,96	96,37	1,29
0- 1	365	16	88	52	1	204	151,5	0,34	0,66	65,68	3,69
1- 2	365	0	23	6	0	47	35,5	0,17	0,83	54,58	5,14
2- 3	365	0	7	1	0	18	14,5	0,07	0,93	50,81	6,01
3- 4	365	0	4	1	0	10	8,0	0,13	0,88	44,46	7,93
4- 5	365	0	2	0	0	5	4,0	0,00	1,00	44,46	7,93
5- 6	365	0	3	0	0	3	1,5	0,00	1,00	44,46	7,93
6- 7	365	0	0	0	0	0					

INTERNADOS

Inter- valo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
1/12	30	10	4	7	0	165	158,0	0,04	0,96	95,57	1,59
0- 1	365	10	74	52	1	165	122,5	0,42	0,58	57,55	4,29
1- 2	365	0	12	6	0	28	22,0	0,27	0,73	41,86	6,29
2- 3	365	0	4	1	0	10	8,0	0,13	0,88	36,62	7,37
3- 4	365	0	2	1	0	5	4,0	0,25	0,75	27,47	9,66
4- 5	365	0	1	0	0	2	1,5	0,00	1,00	27,47	9,66
5- 6	365	0	1	0	0	1	0,5	0,00	1,00	27,47	9,66
6- 7	365	0	0	0	0	0					

TABELA 22

TODOS OS PACIENTES HIV+
(a partir da data da sorologia positiva)

Inter- valo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
1/12	30	17	42	33	0	231	201,5	0,16	0,84	83,62	2,48
0- 1	365	17	106	67	1	231	169,0	0,40	0,60	60,36	3,92
1- 2	365	0	18	4	0	40	31,0	0,13	0,87	52,57	4,99
2- 3	365	0	8	1	0	18	14,0	0,07	0,93	48,81	5,88
3- 4	365	0	5	1	0	9	6,5	0,15	0,85	41,30	8,51
4- 5	365	0	0	1	0	3	3,0	0,33	0,67	27,54	12,59
5- 6	365	0	1	0	0	2	1,5	0,00	1,00	27,54	12,59
6- 7	365	0	1	0	0	1					

TABELA 23

ADULTOS JOVENS
(13 a 39 anos)

Inter- valo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
1/12	30	0	6	3	0	133	130,0	0,02	0,98	97,96	1,32
0- 1	365	0	70	33	0	133	98,0	0,34	0,66	66,33	4,86
1- 2	365	0	14	4	0	30	23,0	0,17	0,83	54,79	6,60
2- 3	365	0	4	0	0	12	10,0	0,00	1,00	54,79	6,60
3- 4	365	0	2	1	0	8	7,0	0,15	0,86	46,96	9,19
4- 5	365	0	2	0	0	5	4,0	0,00	1,00	46,96	9,19
5- 6	365	0	3	0	0	3	1,5	0,00	1,00	46,96	9,19
6- 7	365	0	0	0	0	0					

TABELA 24

ADULTOS
(mais de 40 anos)

Inter- valo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
1/12	30	0	0	2	0	32	32,0	0,06	0,94	93,75	4,28
0- 1	365	0	8	11	1	32	27,5	0,40	0,60	60,00	9,74
1- 2	365	0	7	2	0	12	8,5	0,24	0,76	45,88	11,47
2- 3	365	0	2	0	0	3	2,0	0,00	1,00	45,88	11,47
3- 4	365	0	1	0	0	1	0,5	0,05	1,00	45,88	11,47

TABELA 25

HOMENS

Inter- valo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
1/12	30	13	6	5	0	173	163,5	0,03	0,97	96,94	1,29
0- 1	365	13	78	42	1	173	127,0	0,33	0,67	66,93	3,99
1- 2	365	0	18	5	0	39	30,0	0,17	0,83	55,77	5,64
2- 3	365	0	6	1	0	16	13,0	0,08	0,92	51,48	6,64
3- 4	365	0	4	1	0	9	7,0	0,14	0,86	44,13	8,87
4- 5	365	0	2	0	0	4	3,0	0,00	1,00	44,13	8,87
5- 6	365	0	2	0	0	2	1,0	0,00	1,00	44,13	8,87
6- 7	365	0	0	0	0	0					

TABELA 26

MULHERES

Inter- valo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
1/12	30	3	0	2	0	31	29,5	0,07	0,93	93,22	4,40
0- 1	365	3	10	10	0	31	24,5	0,41	0,59	59,18	9,46
1- 2	365	0	5	1	0	8	5,5	0,18	0,82	48,42	12,44
2- 3	365	0	1	0	0	2	1,5	0,00	1,00	48,42	12,44
3- 4	365	0	0	0	0	1	1,0	0,00	1,00	48,42	12,44
4- 5	365	0	0	0	0	1	1,0	0,00	1,00	48,42	12,44
5- 6	365	0	1	0	0	1	0,5	0,00	1,00	48,42	12,44
6- 7	365	0	0	0	0	0					

TABELA 27

PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES HÁ MENOS DE UM ANO

Inter- valo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
1/12	30	3	4	6	0	137	135,0	0,04	0,96	95,56	1,77
0- 1	365	3	86	50	1	137	93,5	0,53	0,47	46,52	5,23

TABELA 28

PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES HÁ MAIS DE UM ANO

Inter- alo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
12	30	0	0	0	0	48	48,0	0,00	1,00	100,00	0,00
1	365	0	0	1	0	48	48,0	0,02	0,98	97,92	2,06
2	365	0	23	6	0	47	35,5	0,17	0,83	81,37	6,39
3	365	0	7	1	0	18	14,5	0,07	0,93	75,76	8,05
4	365	0	4	1	0	10	8,0	0,13	0,88	66,29	11,32
5	365	0	2	0	0	5	4,0	0,00	1,00	66,29	11,32
6	365	0	3	0	0	3	1,5	0,00	1,00	66,29	11,32
7	365	0	0	0	0	0					

TABELA 29

PACIENTES C/ INFECÇÃO POR FUNGOS

Inter- alo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
12	30	11	1	4	0	111	105,0	0,04	0,96	96,19	1,77
1	365	11	43	33	0	111	84,0	0,39	0,61	60,71	4,96
2	365	0	10	4	0	24	19,5	0,21	0,79	47,93	6,90
3	365	0	3	1	0	10	8,5	0,12	0,88	42,29	8,07
4	365	0	3	0	0	6	4,5	0,00	1,00	42,29	8,07
5	365	0	0	0	0	3	3,0	0,00	1,00	42,29	8,07
6	365	0	3	0	0	3	1,5	0,00	1,00	42,29	8,07
7	365	0	0	0	0	0					

TABELA 30

PACIENTES INFECTADOS POR VIA SEXUAL

Inter- alo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
12	30	16	6	6	0	183	172,0	0,03	0,97	96,51	1,34
1	365	16	76	46	1	183	136,5	0,34	0,66	66,30	3,84
2	365	0	22	5	0	44	33,0	0,15	0,85	56,25	5,27
3	365	0	7	1	0	17	13,5	0,07	0,93	52,09	6,31
4	365	0	4	1	0	9	7,0	0,14	0,86	44,65	8,76
5	365	0	2	0	0	4	3,0	0,00	1,00	44,65	8,76
6	365	0	2	0	0	2	1,0	0,00	1,00	44,65	8,76
7	365	0	0	0	0	0					

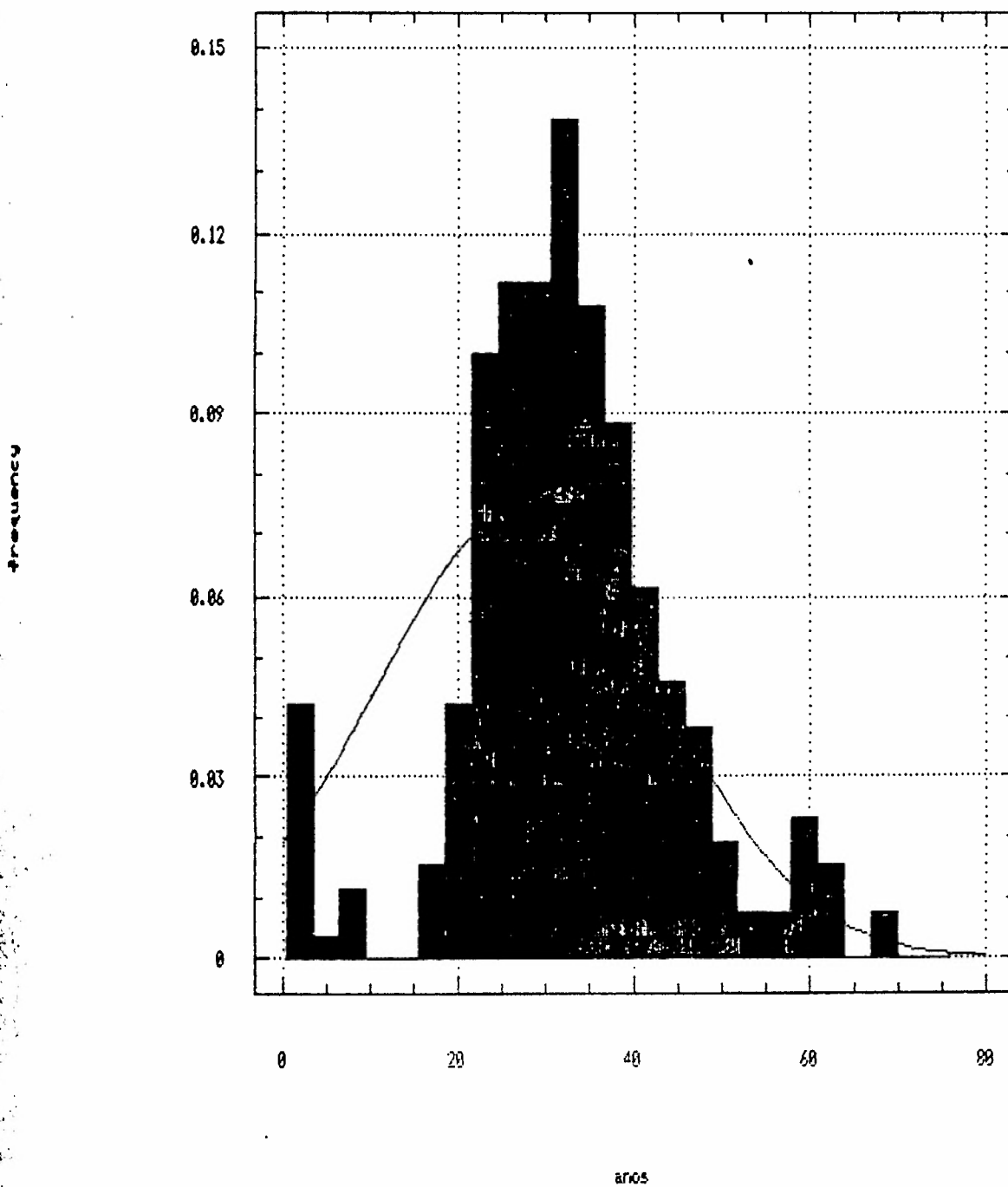
TABELA 31

USUÁRIOS DE DROGAS

Inter- valo	No. dias	No.de Perd.	No. Rem.	No. Even.	Vivos Incom	Inic. Inter.	Exp. Risco	Prop. Evento	Prop. Sobr.	Sobrev. Cumul.	Erro Padrao
1/12	30	4	1	2	0	54	51,5	0,04	0,96	96,12	2,59
0- 1	365	4	26	13	0	54	39,0	0,33	0,67	66,67	7,25
1- 2	365	0	6	1	0	11	8,0	0,13	0,88	58,33	10,05
2- 3	365	0	2	0	0	4	3,0	0,00	1,00	58,33	10,05
3- 4	365	0	0	0	0	2	2,0	0,00	1,00	58,33	10,05
4- 5	365	0	1	0	0	2	1,5	0,00	1,00	58,33	10,05
5- 6	365	0	1	0	0	1	0,5	0,00	1,00	58,33	10,05
6- 7	365	0	0	0	0	0					

figura 1

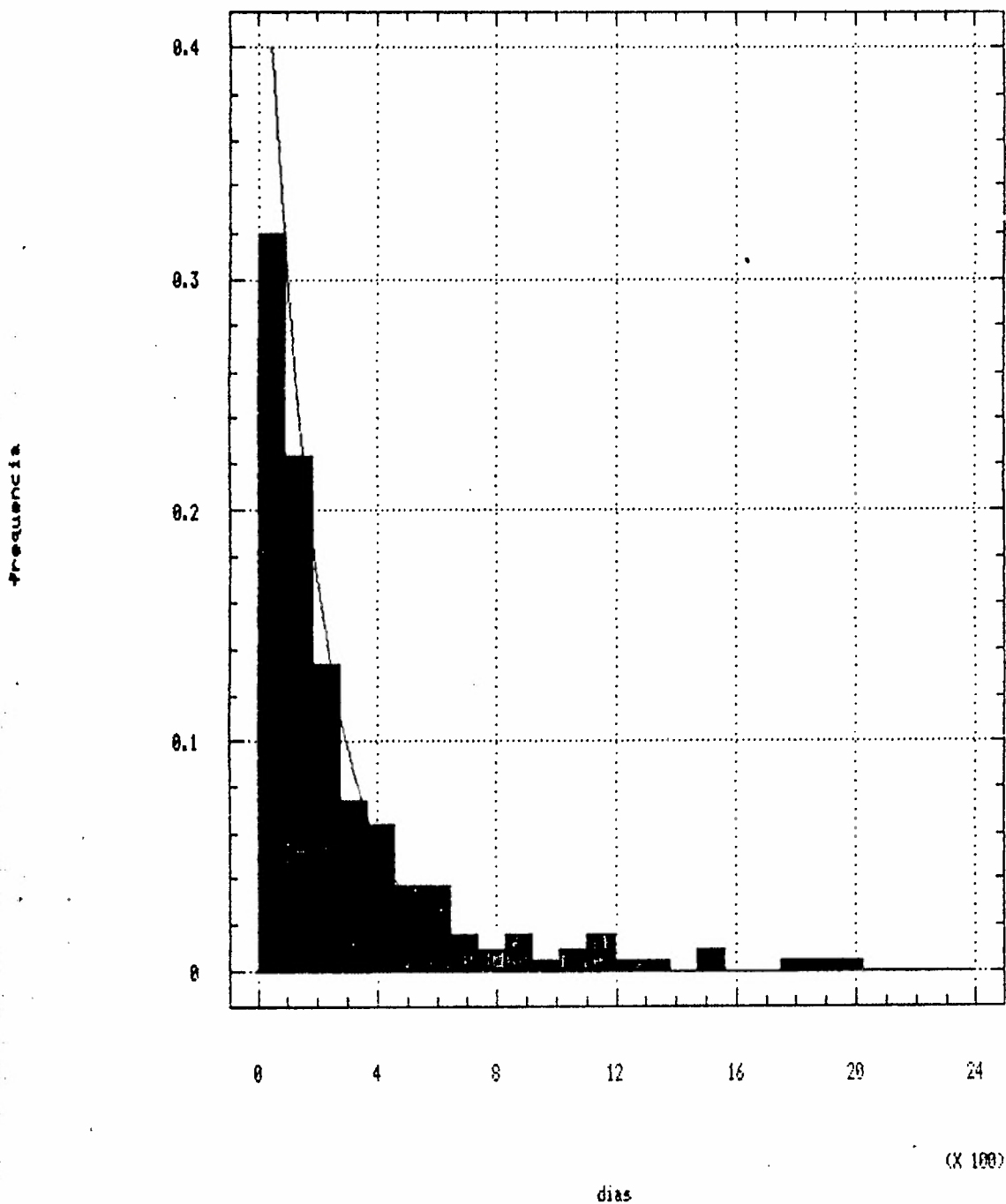
IDADE



Distribuição de idade dos pacientes do HCFMUSP

figura 2

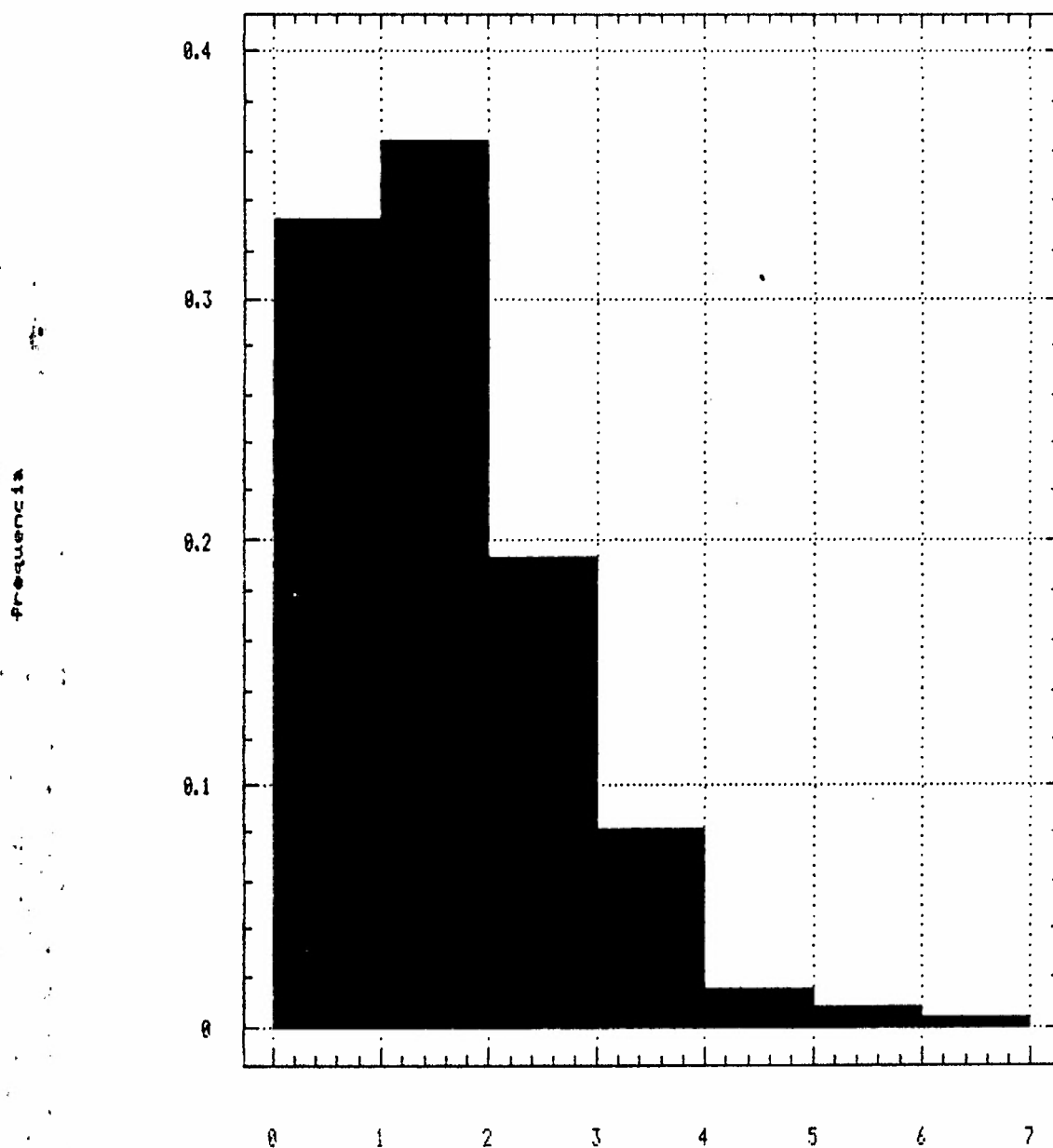
TEMPO A PARTIR DAS 1AS MANIFESTACOES



Distribuição do tempo decorrido a partir das
primeiras manifestações da doença

figura 3

NÚMERO DE ACOMETIMENTOS



Distribuição do número de acometimentos por
paciente

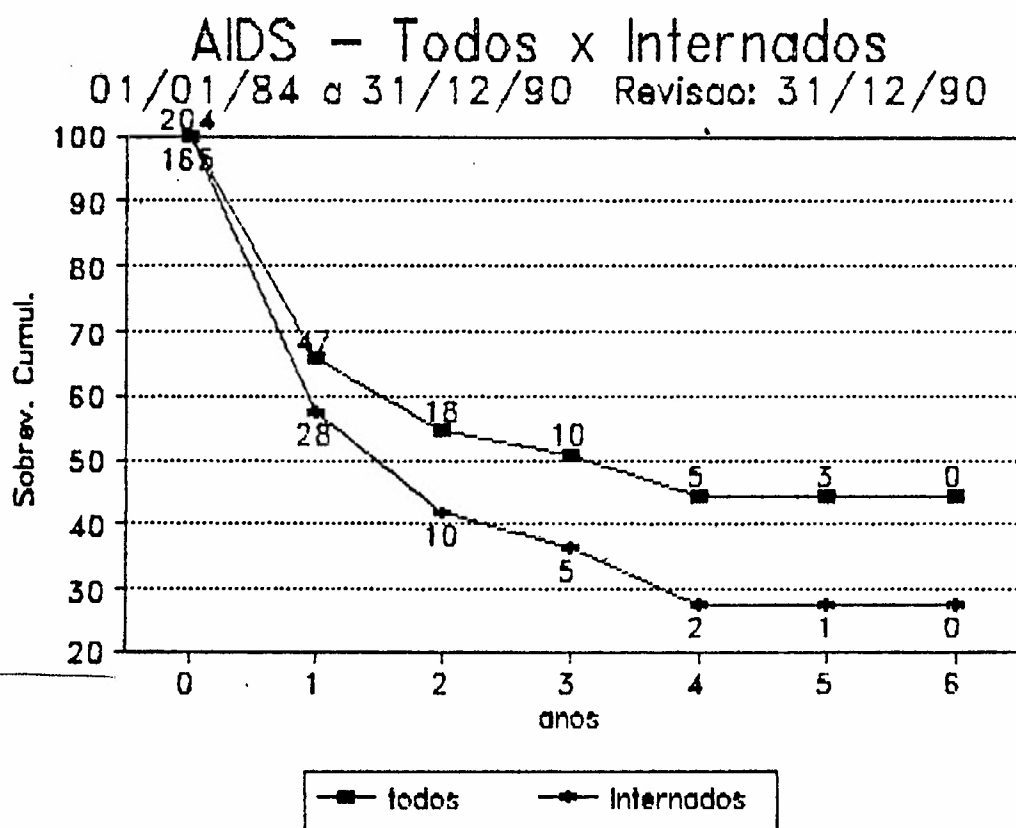


Figura 4

AIDS - 1as manifestacoes x sorologia 01/01/84 a 31/12/90 Revisao: 31/12/90

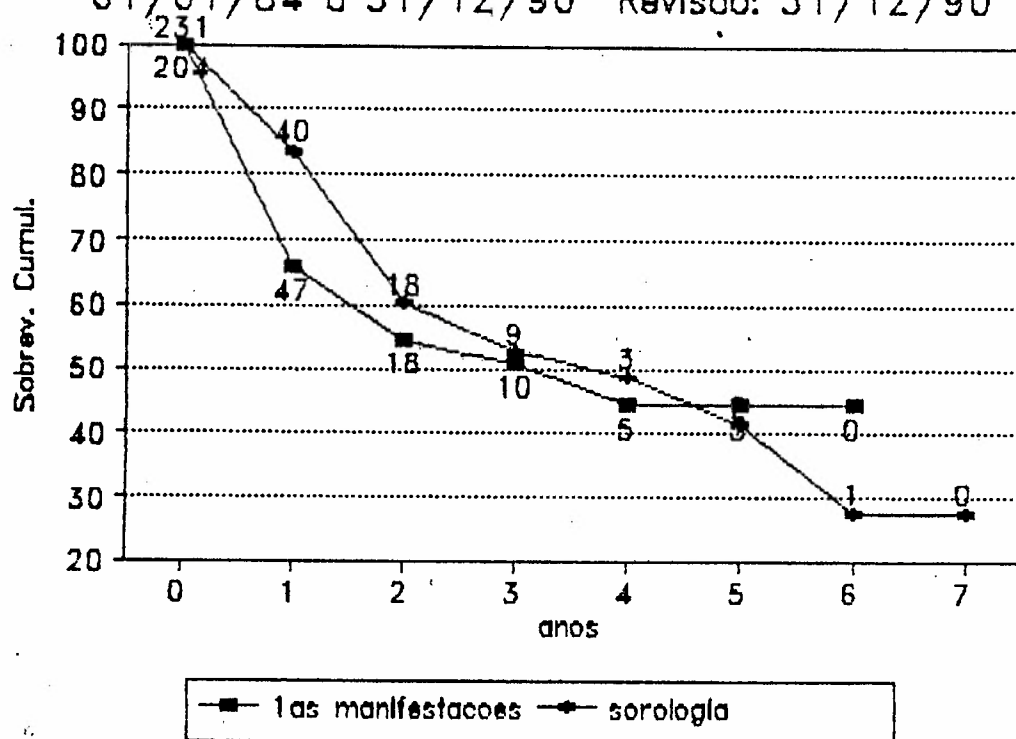


Figura 5

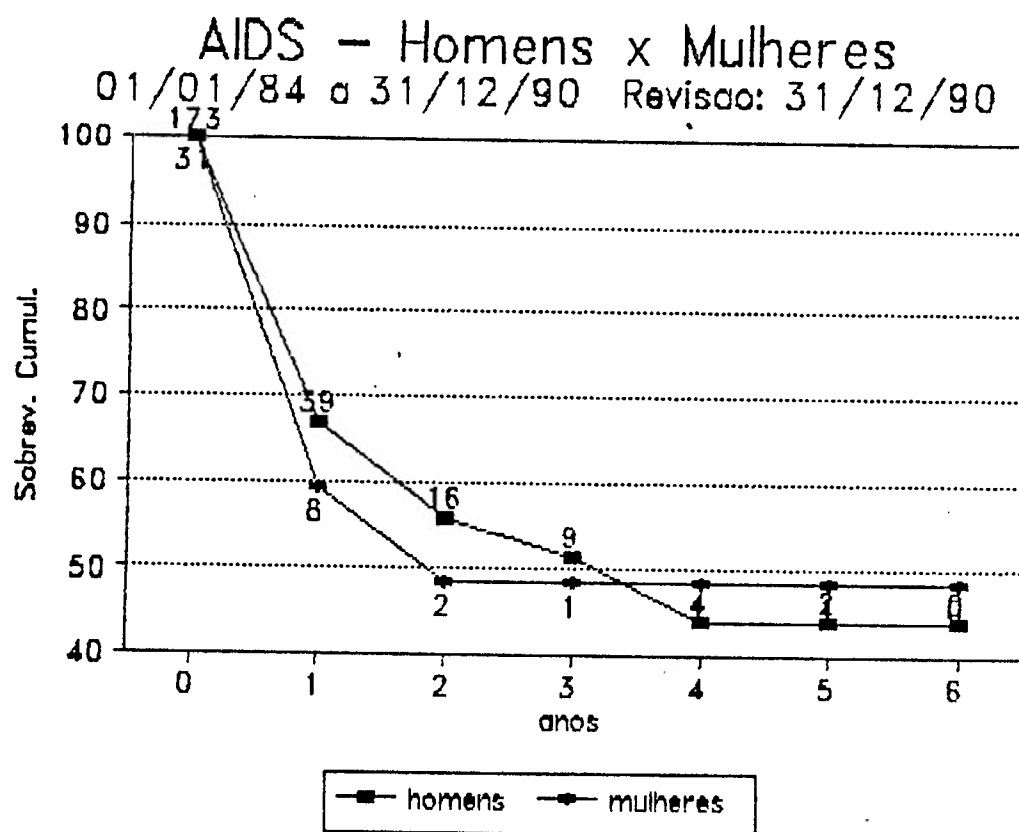


Figura 6

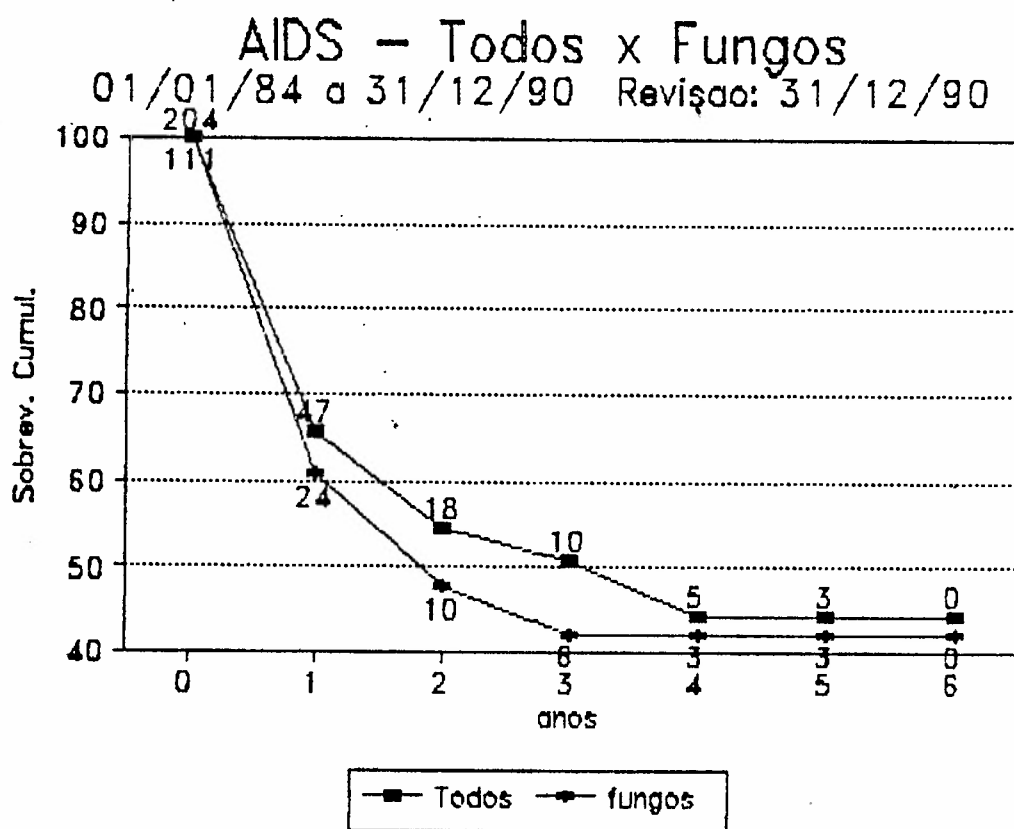


Figura 7

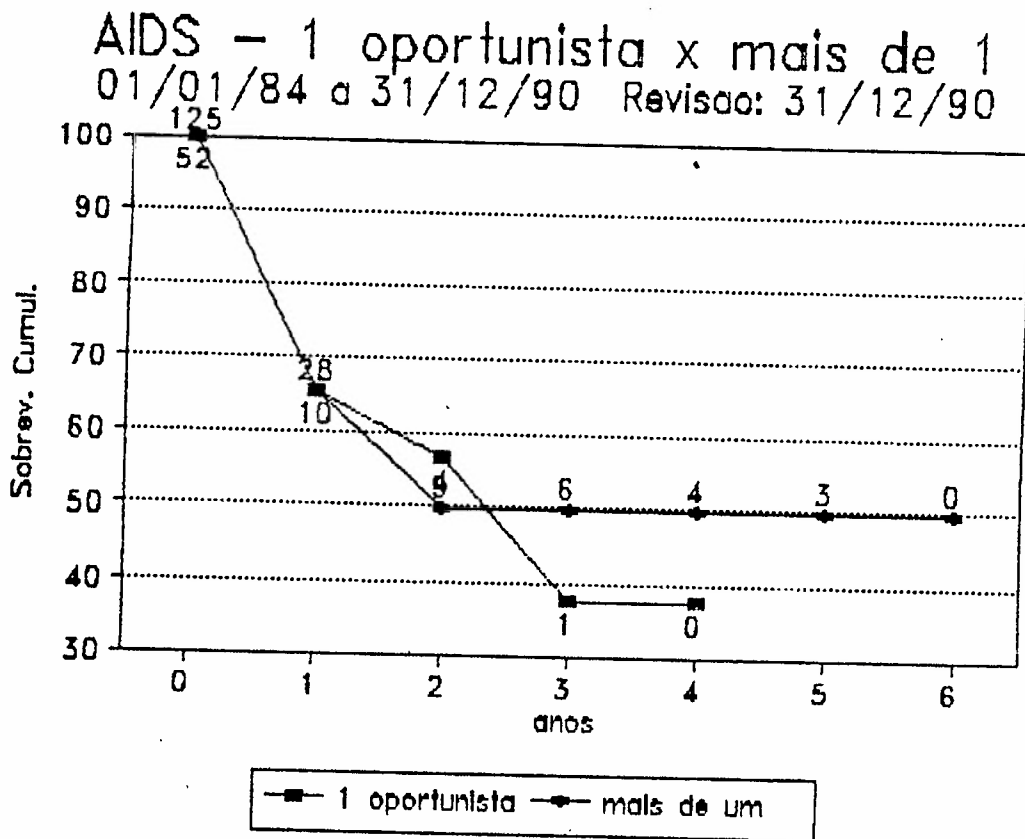


Figura 8

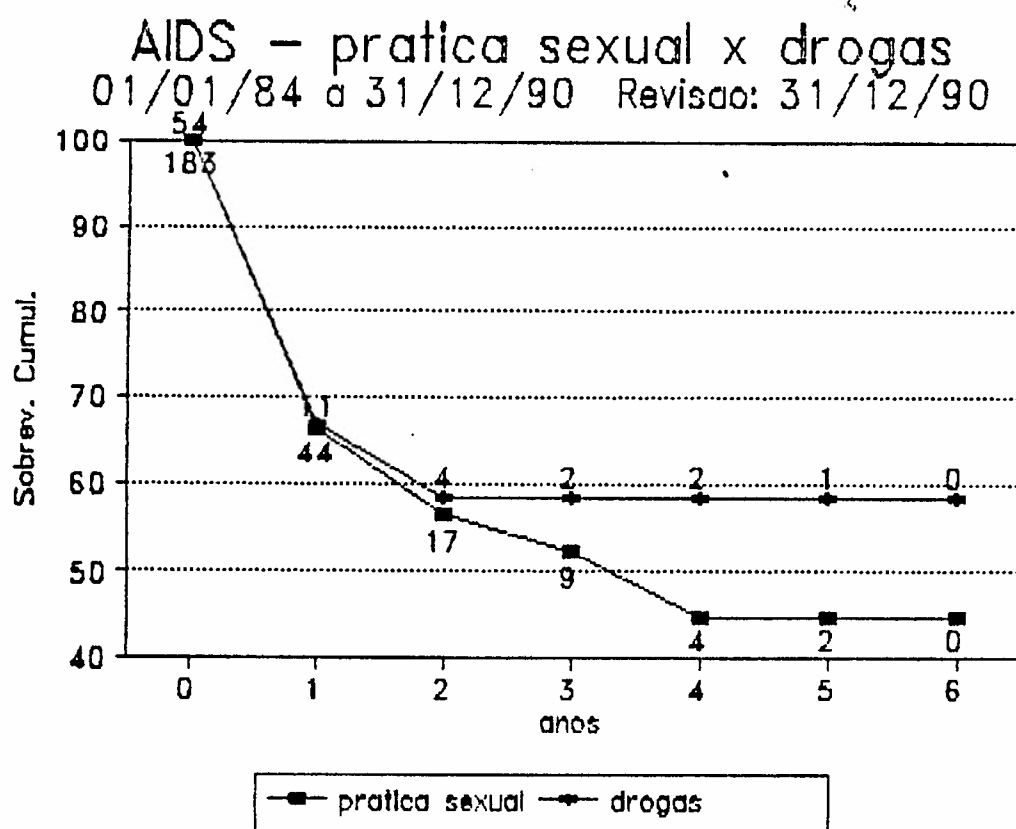


Figura 9