

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO CURSO  
DE FISIOTERAPIA**

**Vitor Hugo Santos de Freitas**

**Atuação preventiva e as condutas fisioterapêuticas utilizadas para  
o tratamento de pacientes portadores dos agravos do HIV/AIDS:  
REVISÃO DE LITERATURA**

**São Paulo**

**2020**

**Vitor Hugo Santos de Freitas**

**Atuação preventiva e as condutas fisioterapêuticas utilizadas para  
o tratamento de pacientes portadores dos agravos do HIV/AIDS:  
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Fisioterapia da Universidade Santo Amaro  
– Unisa, como requisito parcial para obtenção do  
título Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Ms. Raquel Fernandes Batista.

Co-orientador: Prof. Ms. Thuam Silva Rodrigues

**São Paulo**

**2020**

## FICHA CATALOGRÁFICA

F938a Freitas, Vitor Hugo Santos de

Atuação preventiva e as condutas fisioterapêuticas utilizadas para o tratamento de pacientes portadores dos agravos de HIV/Aids: revisão de literatura / Vitor Hugo dos Santos de Freitas. – São Paulo, 2020.

34 f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Universidade Santo Amaro, 2020.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Me. Raquel Fernandes Batista

Coorientador(a): Prof. Me. Thuam Silva Rodrigues

1. Síndrome da imunodeficiência adquirida. 2. Vírus da imunodeficiência humana. 3. Atenção primária. 4. Fisioterapia. 5. Prevenção. I. Batista, Raquel Fernandes, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Elaborado por Ricardo Pereira de Souza – CRB 8 / 9485

**FOLHA DE APROVAÇÃO**  
**VITOR HUGO SANTOS DE FREITAS**

**ATUAÇÃO PREVENTIVAS E AS CONDUTAS FISIOTERAPÊUTICAS  
UTILIZADAS PARA O TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DOS  
AGRAVOS DO HIV/AIDS: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

**Data de Aprovação: \_\_04\_\_ / \_\_11\_\_ / 2020\_\_**

  
Dr<sup>a</sup> Raquel F. Batista  
Fisioterapeuta  
CREFITO 3/75022F

**Orientadora: Profa. Ms. Raquel Fernandes Batista**

**NOTA: \_\_9,0 (Nove) \_\_\_\_\_**

## **AGRADECIMENTO**

Quero agradecer imensamente a Deus por ter me mantido em pé até esse momento e que nunca me desamparou em momento algum em minha vida, agradeço muito todo o apoio que minha família me deu para que eu pudesse concluir o meu sonho em me forma, em especial ao meu pai por nunca ter faltado o seu conselho, apoio em tudo em minha vida e mãe por ser minha base em todos os meus momentos seja bons ou ruins nunca faltou a sua sombra para me guardar sempre, agradeço minha namorada por não me desampara nunca e me ajudar em tudo o que foi apresentado ao longo dessa formação e por ser a minha companheira em tudo, aos meus amigos Lucas, Romualdo, Cristiano e Yara pois sem eles não conseguiria ter ideias mais claras para desenvolver melhor esse trabalho, ao meu irmão infelizmente finado, ele que quando comecei a estudar esse curso foi uns dos que me apoiou e ficou muito feliz por ter começo e infelizmente ele nao pode ver o meu sucesso e por fim, agradeço a todos os meus professores em especial prof. Raquel e Thuam por me ajudarem na conclusão e orientações desse trabalho.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é caracterizada por uma infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que atinge os linfócitos TCD4+. A ausência dessas células predispõe o indivíduo a um estado mais suscetível a contaminações por doenças oportunistas graves. O vírus do HIV/AIDS age diretamente no DNA da célula e começa a se reproduzir gerando cópias virais intracelular. Após a multiplicação viral, há a destruição do linfócito e a infecção das demais células. A AIDS foi reconhecida mundialmente em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos, que apresentaram sarcoma de *Kaposi*, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imunológico, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda sem classificação etiológica, que provavelmente é infecciosa e transmissível. A contaminação e a transmissão devem-se através de relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas, transmissão vertical, amamentação e transfusão de sangue. Quando o sistema imunológico é afetado de forma intensa, começam a surgir os primeiros sintomas da HIV (febre alta, diarreia constante, crescimento dos gânglios linfáticos, perda de peso e erupções da pele). Podendo aparecer sequelas que podem ser motoras, respiratórias, neurológicas além de outras devido a facilidade de adaptação e agressividade do vírus. A importância da inserção desse indivíduo no serviço de saúde para que seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar, incluindo o profissional de fisioterapia que auxiliará no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença.

**OBJETIVO:** Investigar na literatura formas de atuação preventiva e as condutas fisioterapêuticas utilizadas para o tratamento de pacientes portadores dos agravos do HIV/AIDS. **METODO:** Trata-se de uma revisão de literatura integrativa com análise quantitativa por levantamento de dados sobre a importância do conhecimento das complicações oriundas da AIDS. Além de descrever as abordagens fisioterapêuticas na atenção básica da saúde dos pacientes infectados. **RESULTADOS:** A importância da formação de acolhedores nas unidades de saúde, vem trazendo benefícios não só para os portadores do vírus mas para toda a sociedade, os investimentos na ciência e nas tecnologias, colabora para a manutenção de todos os pacientes e auxiliando nos paradigmas do preconceito e toda a equipe deve estar bem alinhada para ter uma boa conduta voltada para o benefício do paciente portador do HIV/AIDS. **CONCLUSÃO:** Notou-se que o objetivo da Fisioterapia é oferecer suporte frente à luta pela manutenção e otimização da qualidade de vida desses pacientes. No âmbito hospitalar e ambulatorial, o fisioterapeuta tem realizado avanços e contribuído na conquista do bem-estar geral dos pacientes com HIV/AIDS, tanto com ações preventivas bem como acolhimento e orientações em grupo, como intervenções reabilitadoras.

**Palavras-chave:** SIDA. HIV/AIDS. Atenção Primária. Fisioterapia. Prevenção.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is characterized by an infection caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which affects TCD4 + lymphocytes. The absence of these cells predisposes the individual to a state more susceptible to contamination by serious opportunistic diseases or the development of neoplasms of unusual types. The HIV / AIDS virus acts directly on the cell's DNA and begins to reproduce generating intracellular viral copies. After viral multiplication, the lymphocyte is destroyed and the other cells are infected. AIDS was recognized worldwide in the middle of 1981, in the USA, from the identification of a high number of adult male patients, homosexuals and residents of San Francisco and New York, who presented Kaposi's sarcoma, Pneumocystis carinii pneumonia and impairment of the immune system, which led to the conclusion that it was a new disease, still without etiological classification, which is probably infectious and transmissible. Contamination and transmission are due to unprotected sex, sharing of contaminated syringes, vertical transmission, breastfeeding and blood transfusion. When the immune system is severely affected, the first symptoms of HIV start to appear (high fever, constant diarrhea, growth of lymph nodes, weight loss and skin rashes). There is the possibility of the appearance of sequelae that can be motor, respiratory, neurological and others due to the ease of adaptation and aggressiveness of the virus. The importance of inserting this individual in the health service to be accompanied by a multidisciplinary team, including the physiotherapy professional who will assist in the diagnosis, treatment and prevention of the disease. **OBJECTIVE:** To investigate in the literature forms of preventive action and the physiotherapeutic approaches used to treat patients with HIV / AIDS. **METHOD:** This is an integrative literature review with quantitative analysis and data collection on the importance of knowledge of complications arising from AIDS. In addition to describing physical therapy approaches in primary health care for infected patients. **RESULTS:** HIV is the virus that spreads through body fluids affecting the cells of the immune system, the TCD4 lymphocytes. Some patients may not have symptoms for a period, others have flu-like symptoms, such as fever, prolonged malaise, swollen lymph nodes, cutaneous erythema and sore throat. When positive, the patient will be guided to suitability and adherence to his drug treatment, initiating treatment. HIV infection leads to AIDS, a phase in which the body's defense is seriously damaged, CD4 numbers are reduced, progressing to AIDS or diagnosed with opportunistic diseases, which can lead to hospitalizations for control of the presented condition. **CONCLUSION:** It was noted that the goal of Physiotherapy is to offer support in the face of the struggle to maintain and optimize the quality of life of these patients. In the hospital and outpatient setting, the physiotherapist has made progress and contributed to the achievement of the general well-being of patients with HIV / AIDS, both with preventive actions as well as welcoming and group guidance, such as rehabilitation interventions.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
2 OBJETIVOS .....	12
2.1 Objetivo Geral .....	12
2.2 Objetivo específico.....	12
3. METODOLOGIA .....	13
4. REVISÃO DE LITERATURA .....	14
5. RESULTADOS .....	15
6. DICUSSÃO .....	24
7. CONCLUSÃO .....	30
8. REFERÊNCIAS.....	31

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é caracterizada por uma infecção adquirida causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), atingindo as células de defesa em especial os linfócitos TCD4+ que predispõe o paciente a um estado mais suscetível a contaminações de doenças consideradas oportunistas graves ou neoplasias de tipos incomuns<sup>1</sup>.

Em meados de 1981 foi reconhecida mundialmente nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco e Nova Iorque, que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda sem classificação etiológica, que provavelmente é infecciosa e transmissível. O HIV é visto por uma grande preocupação do ponto de vista médico, político e social. Onde mobilizou inúmeros recursos de gerenciamento que exigiam a ação conjunta dos governos e autoridades de saúde para alcançar o controle<sup>2</sup>.

Entre os anos de 2007 até junho de 2019, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 300.496 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 136.902 (45,6%) na região Sudeste, 60.470 (20,1%) na região Sul, 55.090 (18,3%) na região Nordeste, 26.055 (8,7%), a população entre 15-19 anos apresenta um índice crescente da síndrome<sup>12</sup>. A prevalência entre os gêneros são de 17 homens para cada 10 mulheres. Na faixa etária de 20-29 anos, a razão é de 30 homens para cada 10 mulheres. A taxa detectada entre a mesma faixa etária no mesmo período triplicou, de 2,4 para 6,0 casos a cada 100 mil habitantes<sup>4.7.9</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde, a prevalência na população em geral é de 0,4%, enquanto a prevalência em populações vulneráveis como usuários de drogas é de 5,9%, homens que fazem sexo com homens (HSH) 10,5% e mulheres profissionais do sexo é de 4,9%<sup>3.9</sup>.

O Brasil é o país da América Latina com o maior número de novas infecções por HIV, onde 49% das pessoas contaminadas em 2016, eram brasileiros, segundo a estimativa do Programa de Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS. O dado mais alarmante, entretanto, é que das 4,500 novas infecções pelo vírus HIV em adultos/jovens de 35%, ocorreram entre 15-24 anos<sup>8</sup>.

O vírus do HIV age invadindo células do sistema imunológico por meio da ligação da molécula CD4 leucocitária à glicoproteína GP 120 viral com o apoio de um correceptor – geralmente CXCR4 (principalmente macrófagos) ou CCR5 (característico do linfócito *Helper*). Pode ocorrer também através da proteína GP4 que se funde a outro receptor de superfície celular. Assim, o material genético do vírus que é RNA de fita simples é introduzido na célula e ocorre a transcrição reversa que produz o DNA de cadeias duplas. Esta informação é armazenada no núcleo da célula, onde ao integrar-se desempenha a sua função, unindo o genoma viral ao genoma. Assim quando estimulada causa a replicação e expressão dos genes virais, resultando na multiplicação do vírus nas células infectadas<sup>14,15</sup>

A introdução da terapia antirretrovirais (TARV) desenvolveu o potencial de transformar a AIDS em uma doença crônica, com possibilidades de controle. O HIV/AIDS ainda não tem cura, sendo que a eficácia do tratamento depende da adesão do paciente ao tratamento. Nas últimas décadas, a dispensa dos medicamentos para a TARV, levou a diminuição da morbimortalidade relacionada ao HIV/AIDS e ao aumento da expectativa e qualidade de vida dessas pessoas. Os medicamentos mais comuns no tratamento são: LAMIVUDINA, TENOFORVIR, EFAVIRENZ, ATAZANAVIR, DARUNAVIR, RITONAVIR, DOLUTEGRAVIR e RALTEGRAVIR<sup>10</sup>.

A prefeitura do município do São Paulo, disponibiliza centro de atenção especializados para o tratamento das INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST), como os CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA), que são centros de testagem para aqueles que estão com suspeitas ou que queiram fazer teste para saber sua sorologia atual. E os SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADAS em DST/AIDS( SAE DST/AIDS), que são centros que vai cuidar desde o início do tratamento desse paciente, disponibilizando especialistas para o manejo da sua saúde. Trata-se de uma equipe multidisciplinar que vai trabalhar com o paciente do primeiro momento que ele chega ao serviço, quando ele é diagnosticado até a manutenção de tratamento ao longo dos anos. O fisioterapeuta compõe a equipe multidisciplinar e está engajado no tratamento desse portador do vírus, atuando em realização de acolhimento que vai contribuir para o diagnóstico do paciente ou sessões de fisioterapia para tratar de comorbidades apresentadas<sup>3</sup>.

A hipótese é de que, a crescente aumento dos números de novos casos registrados por HIV/AIDS é por falta da não adesão básica aos cuidados preventivos da síndrome e pelo o estilo de vida, pela as condições socioeconômicas em que as pessoas se encontram e pela falta de testagem dos adultos-jovens para saber seu estado sorológico. Com o aumento da expectativa de vida dos pacientes infectados pelo HIV resultantes da terapia do TARV, é de extrema importância que esses pacientes tenham algum tipo de intervenção fisioterapêutica para tratar de alterações resultantes de importantes alterações metabólicas e osteoarticulares decorrentes do prolongado tempo de infecção viral desse tratamento. Observa-se complicações neurológicas, respiratórias e motoras<sup>4,10</sup>

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Investigar na literatura as formas de atuação preventiva e as condutas fisioterapêuticas utilizadas para o tratamento de pacientes portadores dos agravos do HIV/AIDS.

### **2.2 Objetivo específico**

- Identificar quais são as atuações fisioterapêuticas preventivas de HIV/AIDS.
- Levantar na literatura os principais motivos que os paciente portador de HIV/AIDS foram encaminhados aos serviços de Fisioterapia.
- Identificar quais são condutas terapêuticas utilizadas no tratamento do HIV/AIDS.

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura integrativa. Para essa revisão utilizou-se as bases de dados PUBMED (MEDLINE e Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro), para a seleção de artigos. Obedecendo os critérios de inclusão; artigos publicados no período entre 2015 e 2020, nas línguas portuguesa e inglesa, e que abordassem atuação fisioterapêutica nos agravos do HIV/AIDS. Os critérios de exclusão foram artigos que abordem outras patologias além do HIV/AIDS.

Em minha estratégia de buscas nas bases de dados, foram encontrados ao todo, 52 artigos. Desses, 1 na base de dados Pedro, 34 na Pubmed e 17 na SciELO. Estudos excluídos foram 14 por título, 3 por serem duplicados e 17 por não atenderem os critérios de inclusão. Estudos com potencial para a inclusão foram 18 e esses mesmos 18 foram incluídos na revisão.

#### 4. REVISÃO DE LITERATURA

HIV é o vírus que se espalha através de fluídos corporais e afeta as células do sistema imunológico, são as células CD4 ou as T. A detecção do vírus é feita por coleta de sangue ou por fluidos orais. Para saber sobre sua sorologia, o paciente pode procurar a unidade básica ou centros especializados no tratamento da doença. Quando positivo, o paciente será orientado para adequação e adesão ao seu tratamento medicamentoso que por sua vez o portador da doença inicia em seu tratamento. Sem tratamento, o HIV afeta e destrói essas células do sistema imunológico, tornando o organismo incapaz de conter a infecção. Quando isso ocorre, a infecção por HIV leva a AIDS, fase que a defesa do corpo está seriamente danificada, quando os números das células de CD4 está menor que 350 milímetro cúbico de sangue, indicando pode está progredindo para o diagnóstico da AIDS ou que o paciente seja diagnosticado com uma doenças oportunistas mais comuns nos pacientes, que são elas: Tuberculose, Pneumonia por *Pneumocystis carinii*, Leucoencefalopatia Multifocal, Citomegalovírus e Neurotoxoplasmose<sup>8,18</sup>.

O tratamento do portador do vírus na unidade de saúde, deve ser bem planejado pelo o profissional e pela a equipe de saúde que intervém no acompanhamento nos ambulatórios ou unidades especializadas e as consultas com o médico especialista não deve ser substituída pois ele que vai monitorar o tipo de tratamento.

A adesão ao tratamento não deve ser unicamente exclusiva do portador do vírus, deve haver harmonia entre o paciente e a unidade na qual ele busca seu tratamento. Quando não ocorre adesão do tratamento, o paciente começa a sofrer com os efeitos deletérios da doença. A falta da adesão ao tratamento, faz com que as células do sistema imunológico fiquem mais propenso ao surgimento das doenças oportunistas. Persistindo a não adequação do tratamento, o portador do vírus pode ser hospitalizado para reverter esse quadro que levou ele a hospitalização<sup>13,14</sup>

A Fisioterapia vai atuar nos efeitos deletérios da internação, déficit motor e de equilíbrio de uma internação e sequelas oriundas das doenças oportunistas que o paciente apresenta no momento. Para que o paciente após recebido alta da internação de sequência em seu tratamento, será via unida de saúde básica ou em centros especializados onde vai ser triado e ter a conduta ideal para as sequelas.<sup>13,15</sup> Diante do contexto da fisioterapia em pacientes com HIV/AIDS, um a abordagem de

aconselheiros em centros especializados é de extrema importância para promoção de saúde e auxiliando em diagnóstico da doença.

Mora C.e.t al (2015), descreve a importância da formação de acolhedores nas unidades de saúde e de serviços especializados para HIV/AIDS, visando assim melhorar a informação para o público alvo e de toda a sociedade em que essas unidades estejam inseridas. Mora C. relata também que não basta utilizar apenas métodos terapêuticos de reabilitação, mas enfatiza a importância na promoção de saúde para todos os públicos<sup>17</sup>.

Vale T. (2017), destaca a importância do investimento das políticas públicas para o controle da doença, além de cooperação com avanços nas tecnologias e na ciência, como vem colaborando para a manutenção da saúde do paciente e auxiliando na quebra dos paradigmas do preconceito<sup>15</sup>.

Boer H. et. al (2019), discorreram a importância da avaliação e indicação para a reabilitação fisioterapêutica clínica e ambulatorial, destacaram também a importância da comunicação de toda a equipe para ter uma boa linha de raciocínio buscando a objetividade no processo de reabilitação do indivíduo portador da doença e colaborando para menos desgaste desse<sup>16</sup>.

## **5 RESULTADOS**

<b>Título Autor/Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>
<p><b>Controle da Tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids</b></p> <p><b>Gabriela T. Magnobosco e.t. 2016</b></p>	<p>Analisar as ações e serviços de saúde para o controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids e nos Serviços de Atenção Especializada ao HIV/ SP, Brasil.</p>	<p>Estudo quantitativo, exploratório, do tipo inquérito. Participaram 253 pessoas vivendo com HIV/aids em seguimento nos serviços.</p>	<p>A oferta de ações e serviços para o controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/aids pelos serviços do município foi considerada regular, reforçando a necessidade de melhor planejamento da assistência.</p>
<p><b>Tratamento da tuberculose grave e suas sequelas: da terapia intensiva à cirurgia e reabilitação</b></p> <p><b>Krutikov M. e.t 2019</b></p>	<p>Discutir o tratamento da tuberculose grave e suas sequelas, desde a terapia intensiva até o pósoperatório, reabilitação e recuperação</p>	<p>Trabalho prospectivo</p>	<p>Não existe um fato que impede os diversos tipos de tratamento para o controle da tuberculose em pacientes em UTI, pois a cirurgia torácica contribuí para o tratamento da doença além da fisioterapia respiratória para melhor os parâmetro residuais da doença.</p>
<p><b>Eficácia de um programa de reabilitação pulmonar domiciliar na função pulmonar e qualidade de vida relacionada à saúde para pacientes com</b></p>	<p>Determinar a adesão a um programa de reabilitação pulmonar domiciliar</p>	<p>Estudo controle randomizado cego</p>	<p>A função pulmonar foi de aumento, mas não houve diferença estatística entre os grupos intervenção e controle ao final. foi observada para</p>

<p><b>tuberculose pulmonar: um estudo piloto</b></p> <p><b>Donna de Grass. e.t 2015</b></p>			<p>tolerância ao exercício, e não houve diferença significativa na QVRS</p>
<p><b>Pneumocystis jiroveci Pneumonia em pacientes HIVpositivos e HIV-negativos: um estudo retrospectivo de centro único</b></p> <p><b>Almaghrabi.R e.t al 2019</b></p>	<p>Descrever as apresentações clínicas e regime tratamento.</p>	<p>Estudo de coorte retrospectivo</p>	<p>A mortalidade por todas as causas em 90 dias foi menor em indivíduos com PJP relacionada ao HIV, em comparação com aqueles com outras condições predisponentes</p>
<p><b>VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIV/AIDS E PNEUMOCYSTIS</b></p> <p><b>Alves Rodrigues.C e.t 2017</b></p>	<p>Avaliar o uso da VMNI em pacientes HIV/AIDS com diagnóstico clínico de PCP</p>	<p>Estudo Analítico Observacional de coorte prospectivo</p>	<p>Com a utilização da VMNI houve mudança no quadro do IRpa, melhorando o índice de oxigenação evidenciado na gasometria arterial evitando IOT em 50% dos indivíduos. Porém deve-se considerar o comprometimento da TARV, para eficácia do tratamento</p>

Resultados de Avaliar o desfecho da Foi um estudo de Comparado a hospitalização na hospitalização, caso-controle pacientes sem população de incluindo HIV, os portadores pacientes internados mormortalidade entre do vírus HIV com com pneumonia por os pacientes PCP Pneumocystis: uma internados por apresentavam o comparação entre pneumonia tempo de pacientes com HIV e não infectados Pneumocystis com hospitalização 8x não HIV HIV e Datta.S e.t al 2018 desenvolverem em até 5x o desenvolvimento

			de comorbidades graves ou perdas extremas de função e as chances de irem a óbito eram de 22x maior que os pacientes sem o vírus HIV.
<b>Aspecto clínico da</b>	Analisar os achados	Trata-se de um	A população HIV
<b>Leucoencefalopatia</b> e retrospectivo de lesões <b>progressiva:</b> prognóstico de prontuários de com pacientes com substância branca <b>semelhanças em sua pacientes com e sem vírus da imunodeficiência HIV 0,0247) na J.Camporro e.t 2019</b>	clínicos, exames estudo e retrospectivo de lesões Leucoencefalopatia multifocal progressiva e comparar as populações com e	positiva teve <b>multifocal</b> de heterogêneas de LMP provável ou diagnosticado vs 16,67%; = <b>humana</b>	complementares e pacientes de aparência com mais frequência (77,7% sem o vírus do ressonância magnética do cérebro
<b>Resultado da reabilitação de leucoencefalopatia</b> 8 meses com <b>progressiva em positivos: um relato Moreh. E .e.t 2016</b>	Descrever o tratamento de reabilitação eo multidisciplinar de contexto do HIV semana. Resultou em melhora	Revisão de prontuário médico sessões de 3x por <b>de dois casos</b>	Programa de reabilitação resultado da LMP no <b>pacientes HIV-</b> funcional lenta e constante, com deambulação independente com auxílio de dispositivos.

<p><b>A incidência e os fatores predisponentes do multifocal progressivo induzido por John Cunningham</b>  <b>Leucoencefalopatia no sul da Finlândia: um estudo de base populacional</b>  <b>Marge Kartau e.t</b>  <b>2020</b></p>	<p>Avaliar a prevalência, taxa de incidência (RI), fatores predisponentes, taxa de sobrevivência e atraso diagnóstico de leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) em especialidades médicas</p>	<p>Estudo transversal observacional retrospectivo de casos de LMP em diferentes especialidades médicas no período 2004-2016 na região da capital finlandesa e no sul da Finlândia. Os dados foram obtidos de prontuários clínicos, registros de departamentos de microbiologia clínica, patologia e radiologia e registros de qualidade do vírus</p>	<p>Total de 31 pacientes foram diagnosticados com LMP. A prevalência de LMP foi de 1,56 Malignidades hematológicas (n = 19) e HIV / síndrome da imunodeficiência adquirida (n = 5) foram as doenças de base mais comuns, e todos os pacientes que tinham doenças malignas haviam recebido tratamento contra o câncer. Antes do diagnóstico de LMP, 21 (67,7%) pacientes foram tratados com quimioterapia, 14 (45,2%) pacientes com rituximabe e 1 paciente (3,2%) com natalizumabe. Dois pacientes (6,5%) não tinham doença imunocomprometida óbvia ou tratamento. Nem o sexo, a idade, os primeiros sintomas, a medicação anterior ou a doença subjacente influenciaram significativamente a sobrevivência dos pacientes com LMP. A sobrevivência de 5</p>
--	--	--	---

			anos foi pobre, inferior a 10%.
--	--	--	------------------------------------

<p><b>Qualidade de vida e força manual em pacientes HIV com diagnóstico de neurotoxoplasmose .Gouvêa Silva. 2019</b></p>	<p>Avaliar a força de preensão manual e a qualidade de vida. de pacientes infectados pelo HIV com diagnóstico de neurotoxoplasmose</p>	<p>Estudo transversal realizado com 40 pacientes infectados pelo HIV, com e sem diagnóstico de neurotoxoplasmose</p>	<p>Avaliação de força não teve diferença significativa nos ambos os lados. Na classificação de preensão manual inadequada no grupo de neurotoxoplasmos foi maior. Na qualidade de vida o escore foi menos para o grupo neurotoxo.</p>
<p><b>Déficits motores e preditores de perda de mobilidade ao final da internação em indivíduos com neurotoxoplasmose. Ribeiro I., Ferreira A., Vento D. &amp; Guimarães V. 2019</b></p>	<p>Identificar déficit motores e identificar fatores para perda de mobilidade final de internação</p>	<p>Estudo observacional realizado por meio de revisão de prontuários eletrônicos</p>	<p>Os preditores para perda da mobilidade ao final da internação foram: utilização de ventilação mecânica invasiva, inclusão no programa de cuidados paliativos e não deambular na admissão. Os principais déficits motores foram: ausência de deambulação, a hemiparesia à direita e o déficit de equilíbrio</p>

<p><b>INDEPEDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES COM AIDS ACOMETIDOS POR NEUROINFECÇÕES ATENDIDOS NA REDE SARAH DO BRASIL</b></p> <p><b>Ferreira.M 2017</b></p>	<p>Caracterizar a evolução da independência funcional de pacientes adultos com HIV/aids atendidos em um programa de referencia.</p>	<p>Estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, por levantamento de prontuário eletrônico</p>	<p>Houve melhora significância estatística quanto à evolução no padrão de marcha domiciliar, ao longo do período, a marcha comunitaria os pacientes evoluíram para o auxílio de bengalas, andadores entre outros dispositivos.</p>
--	---	---	--

			<p>MIF também apresentou melhora. Sendo de extrema importância o desenvolvimento e a inclusão e de políticas públicas direcionadas a pessoas vivendo com HIV/AIDS</p>
<p><b>Infecção por Citomegalovírus em pacientes infectados pelo HIV na era da terapia antiretroviral combinada R. Perello. 2019</b></p>	<p>Investigar se a incidência, as características e o prognostico em pacientes com citomegalovírus pelo o HIV mudaram com o tempo</p>	<p>Foi um estudo retrospectivo unicêntrico</p>	<p>Pode-se observar uma incidência maior no período entre 2004 e 2010. A incidência de infecção por citomegalovírus foi maior do que a descrita na era da terapia antirretroviral. A apresentação clínica mudou. A ventilação mecânica previu mortalidade</p>

<p><b>Prevalência e características clínicas da coinfeção por CMV entre indivíduos infectados pelo HIV na Guiné Bissau: Um estudo transversal. Gronborg. H. e.t 2018</b></p>	<p>Descrever a prevalência de CMV em uma coorte de indivíduos infectados e avaliar as diferenças nas características clínicas</p>	<p>uma amostra transversal de um estudo prospectivo coorte.</p>	<p>Não houve diferenças significativas nas características clínicas entre os sexos. Não houve diferenças significativas em gênero, idade, Tipo de HIV ou contagem de células CD4. A coinfeção por VM foi detectada em todos os pacientes e a viremia por CMV foi altamente prevalente. Apenas idade e queixas gastrointestinais superiores foram associadas ao</p>
			<p>status de CMV dos pacientes</p>

<p><b>Predição de baixo desenvolvimento neurológico em pacientes com doenças sintomáticas de citomegalovírus após tratamento com valganciclovir oral Fukushima. S e.t 2019</b></p>	<p>Avaliar o neurodesenvolvimento de bebês com sintomas de citomegalovírus congênito</p>	<p>Estudo de coorte prospectivo de centro único. Conduzido de 2009-2018 no hospital universitário de Kobe</p>	<p>6 pacientes não apresentaram comprometimentos ; 4 apresentaram sequelas leves e 11 apresentaram sequelas graves. Os sintomas observados ao nascimento foram microcefalia ou pequenos para idade. Após o tratamento a incidência de sequelas graves com 18 meses de idade corrigida foi em torno de 50%. A microcefalia ou pequenos para idade foram visos nascimento um baixo DQ podendo aparecer após o tratamento.</p>
--	--	---	---

## 6. DICUSSÃO

Em seu estudo para analisar o serviço do controle da tuberculose, Magnabosco. G e.t al (2016), analisou que as ações e serviços para o controle da tuberculose são medianas no que se refere de orientações pela equipe de referência, indica também considera regular destacando que as orientações a tuberculose se enquadram nos mesmos preditores. Faz-se indispensável a adoção de uma postura que propicie a conexão entre os diferentes protagonistas do cuidado e que permita a construção pela equipe de um projeto assistencial comum entre os programas de TB e de HIV/aids, coerente com as necessidades reconhecidas e atreladas a ambas as condições e que esteja disponível para acesso dos profissionais de todos os SAE e PCT<sup>19</sup>.

Krutikov. M e.t al (2019), apresentaram em seu trabalho uma visão geral do tratamento da tuberculose em terapia intensiva, da cirurgia a reabilitação dos pacientes com tuberculose, relata que os motivos mais comuns de internação na UTI são insuficiência respiratória aguda, choque séptico e falência de múltiplos órgãos. Outros motivos comuns são insuficiência renal, distúrbios neurológicos e tuberculose meníngea. Além disso, pacientes com tuberculose podem ser admitidos na UTI, a cirurgia vem como mais um importante auxiliador para o controle para o combate da tuberculose onde as cicatrizes deixadas por infecções anteriores podem proteger bactérias gerando uma nova infecção, assim a remoção a remoção desses tecidos auxilia o processo de cura do paciente e o processo de reabilitação pode ser mais complicada, as sequelas da tuberculose podem gerar outras doenças pulmonares. Enfatiza que a intervenção pulmonar (incluindo exercícios supervisionados, exercícios torácicos/respiratórios e expectoração), terapia para cessação do tabagismo e prevenção (de infecções bacterianas secundárias e exacerbações vão contribuir para o melhor prognóstico desses pacientes<sup>20</sup>.

Em 2015, Grass. D al, descreveram em seu estudo, a importância da adesão a um programa de reabilitação pulmonar domiciliar, avaliaram a função pulmonar por meio da espirometria (MINATO AUTOSPIRO-modelo no. AZ-505), a tolerância ao exercício por meio do teste de caminhada de 6 minutos (TC6), a escala de esforço de Borg e a QVRS por meio do questionário EQ-5 D em um grupo de intervenção (n = 34) e um grupo controle (n = 33). A tendência dos efeitos do PRP sobre a função pulmonar foi de aumento, mas não houve diferença estatística entre os grupos intervenção e controle ao final da sexta semana nos valores de CVF (p = 0,2; IC95% -0,9 a 0,51), bem como VEF1 (p = 0,1; IC 95% -0,07 a 0,51). Tendência semelhante foi observada para tolerância ao exercício, em sua conclusão fornece motivos para a

adicionar a implantação de mais programas de reabilitação pulmonar para de o sucesso da reabilitação<sup>21</sup>.

Almaghrabi. R al (2019) em seu estudo de coorte retrospectivos, apresentou a as apresentações clínicas, regime de tratamento e os resultados da *pneumonia por Pneumocystis Jiroveci*, descreveu que a maioria de seus pacientes apresentavam sinais clássicos de PJP que são febre, tosse e falta de ar, 20% dos seus pacientes necessitando de ventilação mecânica na apresentação para o estudo. Em sua coorte, um grupo de pacientes apresentou baixa contagem absoluta de linfócitos de  $0,48 \cdot 10^9 / L$  (normal:  $1,5-4,3 \cdot 10^9 / L$ ), o que pode ter aumentado o risco de infecção de PJP, além de esteroides prolongados. Não houve diferença significativa na apresentação ou gravidade da PJP entre pacientes HIV e não HIV em nossa coorte, mas houve uma tendência clara para resultados ruins e maior mortalidade em pacientes não HIV. Relatando que outros tipos de estudos são necessários para a confirmação dos achados em seu estudo<sup>22</sup>.

Rodrigues. C (2017) fala sobre a utilização da ventilação não invasiva no tratamento da *Pneumocystis Jrivecii*, relata que fisioterapia respiratória nos pacientes com pneumocistose promove melhora da ventilação alveolar e conseqüente diminuição do trabalho respiratório através da introdução precoce de ventilação mecânica não invasiva (VMNI) com pressão positiva contínua nas vias aéreas. A VMNI utiliza as máscaras ou outras interfaces, sem utilização da intubação traqueal e pode ser de duas modalidades: um nível de pressão (CPAP) ou dois níveis de pressão (BIPAP). Concluiu que a VMNI foi efetivo para compensar as complicações oriundas da doença que podem ser uma alternativa para o tratamento da doença, sugere que novos estudos para confirma sua hipótese<sup>23</sup>.

Em uma comparação entre pacientes com e sem HIV Doatta.S e.t al (2018), discorre os resultados de hospitalização em pacientes internados com Pnemocysti, o objetivo foi avaliar os desfechos da hospitalização, incluindo morbimortalidade. Comparou o tempo médio de internação para pacientes com HIV foi de 11,78 dias quanto que a população sem HIV foi de 10,1 dias. No entanto, os pacientes com HIV tinham probabilidade oito vezes maior de hospitalização mais longa de mais de oito dias em comparação com pacientes não HIV com PCP. Pacientes com HIV com PCP tinham chance 5x maior de morbidade grave ou perda importante da função corporal em comparação com pacientes sem HIV. Além disso, 18,4% pacientes PCP com HIV morreram durante a hospitalização em comparação com 11,3% pacientes com

condições não relacionadas ao HIV. Pacientes com HIV com PCP tinham chance 22 vezes maior de mortalidade intra-hospitalar em comparação com pacientes não HIV. Concluiu assim que para diminuir a mortalidade e morbidade relacionadas ao HIV nesses pacientes, a direção futura para o manejo do PCP deve incluir estratégias para o diagnóstico precoce e tratamento do HIV<sup>24</sup>.

Camporro.J e.t al (2019) analisaram os aspectos clínicos da leucoencefalopatia multifocal progressiva, em seu estudo foi retrospectivo de prontuários de pacientes com LMP provável ou definitiva. 14 pacientes com diagnóstico definitivo de LMP e um provável PM foram incluídos. Nove pacientes tinham LMP associada ao HIV; cinco, outras condições imunocomprometidas (duas, leucemia linfática crônica; uma, esclerose múltipla; uma, neuromielite óptica; e uma neurossarcoidose); e um, sem condição imunossupressora óbvia. A população HIV-positiva teve lesões heterogêneas de substância branca de aparência "suja" com mais frequência na ressonância magnética do cérebro. Nenhuma outra diferença significativa foi identificada nas demais variáveis analisadas. Relatam que seu estudo compartilha achados clínicos sugerindo mais estudos para entender melhor mecanismos fisiopatológicos que permite a reativação do vírus jc<sup>25</sup>.

Em um relato de caso Moreh.Elior (2016) relata o resultado da reabilitação da leucoencefalopatia multifocal progressiva em pacientes HIV, seu estudo foi composto de dois pacientes de idades diferentes e que os dois sofriam de hemiplegia a direita e afasia motora, foram submetidos em uma reabilitação de 8 meses com três vezes na semana, resultado foi a melhora funcional lenta e constante e no final do tratamento ambos estavam morando em casa, com capacidade de expressão e deambulação independente com dispositivo de auxílio. Entretanto, ambos permaneceram com deficiência moderada. Assim descreve que os pacientes com LMP requer tratamento de reabilitação mais prolongado para que um progresso maior possa ser alcançado<sup>26</sup>.

Kartau. M et. Al (2020) avaliou a prevalência, taxa de incidência, fatores preponentes taxa de sobrevivência e atraso diagnóstico de leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) em especialidades médicas. Outro objetivo foi fazer um levantamento de como foi feito o diagnóstico da LMP nos casos estudados. Em seu estudo, um total de 31 pacientes foram diagnosticados com LMP. A prevalência de LMP foi de 1,56 por 100.000 pessoas e a IR foi de 0,12 por 100.000 indivíduos por ano durante 2004–2016. Malignidades hematológicas (n = 19) e HIV / síndrome da imunodeficiência adquirida (n = 5) foram as doenças de base mais comuns, e todos

os pacientes que tinham doenças malignas haviam recebido tratamento contra o câncer. Antes do diagnóstico de LMP, 21 (67,7%) pacientes foram tratados com quimioterapia, 14 (45,2%) pacientes com rituximabe e 1 paciente (3,2%) com natalizumabe. Dois pacientes (6,5%) não tinham doença imunocomprometida óbvia ou tratamento. Nem o sexo, a idade, os primeiros sintomas, a medicação anterior ou a doença subjacente influenciaram significativamente a sobrevida dos pacientes com LMP. A taxa de sobrevivência de 5 anos foi pobre, inferior a 10%. Concluindo que os protocolos de segurança para o vírus JC e LMP são importantes para o controle de novos casos<sup>27</sup>.

Gouvêa. L et.al (2019) descreveram em seu estudo uma avaliação de força de preensão manual e qualidade de vida de pacientes portadores de HIV com neurotoxoplasmose. Para avaliar a força de preensão manual, eles utilizaram um dinamômetro com precisão de 1kg e a qualidade de vida foi utilizado o HAT / QV /AIDS *Targeted Quality of Life Instrument*. Análise comparativa da força de preensão manual dos pacientes com e sem neurotoxoplasmose não foi significativa ( $p > 0,05$ ). Porém, foi observado que o valor absoluto da força de preensão da mão direita foi 15% menor no grupo NT (35,50 vs. 30,30 kg) e a força de preensão da mão esquerda foi 17% menor no grupo NT (36,30 vs. 30,26 Kg), em comparação com SNT. A associação da presença ou ausência de neurotoxoplasmose com a força de preensão manual não mostrou significância ( $p > 0,05$ ). Já a qualidade de vida se demonstrou maior entre o grupo sem neurotoxoplasmose, demonstrando semelhança entre os grupos sobre a vida financeira. Relatando que mais estudos precisam ser realizados para melhor compreender o perfil clínico sensorio motor dos pacientes<sup>28</sup>.

Os agravos do HIV/AIDS podem levar os pacientes a períodos prolongados de internação, conseqüentemente a perda de mobilidade, síndrome do imobilismo, infecções oportunistas entre demais conseqüências da internação. Araújo. I et.al (2019) fizeram em seu estudo a verificação dos principais déficits motores apresentados pelos pacientes onde teve como resultados a maior prevalência da perda de mobilidade em pacientes com neurotoxoplasmose. Observou que o tempo de internação com uma mediana de 23 dias associada a utilização de VMI, foi o maior preditor para a incapacidade de deambulação. Além desse motivo, internações de 3060 dias aumentam em até 5 vezes o risco de perder as habilidades motoras. A não adesão do uso de medicamento para o controle da HIV/AIDS – TARV, predis põem esse indivíduo a outras infecções. O serviço de fisioterapia foi à avaliação desses

pacientes, utilizando escalas para quantificar as perdas desses pacientes utilizando a escala de mobilidade de Callent e quantificando o nível de consciência com a escala de Glasgow. O objetivo de seu estudo não foi verificar a eficácia da fisioterapia, mas indica que quanto mais precoce as intervenções fisioterapêuticas venha ser inseridas nos pacientes, incentivam a mobilidade mais rápida será e a recuperação é melhor o estado geral desses pacientes<sup>29</sup>.

Em (2017), Ferreira M. em seu estudo teve o objetivo de caracterizar a independência funcional de pacientes com HIV/AIDS acometidos por neurotoxoplasmose. Foi verificado que 31,15% apresentaram dependência com assistência até 50% na tarefa e 17,07% tiveram independência modificada a completa na escala MIF. Pacientes com múltiplas alterações nos exames de neuroimagem (65,85%; n= 27) apresentaram menor escore total da escala MIF de admissão. Após a alta, verificou-se aumento dos escores da MIF cognitivo, motor e total em ambos os grupos, dependentes e independentes, apesar do comprometimento funcional apresentado na admissão. Pacientes que ficaram mais dias internados no programa de reabilitação obtiveram maior ganho no MIF motor e no MIF total ( $p=0,07$ ) e aqueles em uso de maior quantidade de medicações apresentaram maior ganho nos escores do MIF cognitivo ( $p=0,02$ ). A limitação do centro da pesquisa levou o estudo a admitir pacientes com mais comprometimentos e estudos adicionais podem ser melhor compreendidos para temática<sup>30</sup>.

Perello.R et.al em (2019), discutiram se a infecção do citomegalovírus diminuiu com a terapia anti-retroviral. Seu estudo retrospectivo de centro único verificou entre os anos de 2004-2015 que ao todo contou com 56 pacientes diagnosticado com a doença, buscando as características clínicas, incidência e preditores de mortalidade. No geral, a apresentação mais frequente foi doenças sistêmicas 43%, infecções respiratória 30% e gastrointestinais 14 % dos casos, não houve manifestações oftálmicas. Após 30 dias de a taxa de mortalidade foi de 18% onde 50% deles apresentavam infecções respiratórias, pacientes em UTI a mortalidade foi de 47%. A incidência foi de 36% de pacientes crônicos que tinha uma reativação do vírus entre três meses, dezoito pacientes eram novos em terapia medicamentosa e oito já faziam terapia medicamentosa anteriores. E concluiu que esses achados podem ser considerados para aumentar o diagnóstico do HIV e controle da Citomegalovírus<sup>31</sup>.

Já Gronborg. H et.al (2018) verificou em seu estudo de coorte, a prevalência dos HIV em Guiné- Bissa e as características associadas ao citomegalovírus. Em seu

estudo contou com 180 pacientes e no geral, todos os pacientes apresentavam IgG para anti citomegalovirus e 2% foram positivos para IgM anti Citomegalovirus. A reatividade ao CMV foi encontrada em 85,7% (60/70) dos pacientes, e uma amostra foi considerada indeterminada, não houve correlação ao comparar as alterações do citomegalovirus com a contagem baixa do CD4. Eles recomendam que estudos com ferramentas com novas e mais acessíveis vão favorecer a avaliação dos seus pacientes para melhor intervir no avanço da doença<sup>32</sup>.

Fukushima. S et.al em seu estudo (2019), propôs avaliar os resultados do neurodesenvolvimento de bebês sintomáticos com citomegalovirus congênito. Se passou no período de 2009-2015 que contou com 27 bebês e 21 bebês foram tratados com ganciclovir. Uma mediana de 18 meses de idade corrigida, sem deficiência foi observado em 6 (29%); sequelas leves foram vistas em 4 (19%); e sequelas graves foram observadas em 11 (52%). Pacientes, a microcefalia foi um dos preditores que obteve uma relevância em alta. Os escores de atraso psicomotor avaliados pelo teste de Denver II aos 6 a 12 meses de idade diminuíram significativamente. Em sua coorte após tratamento convencional demonstrou que as sequelas com idade corrigida de 18 meses era em torno de 50% enquanto a proximidade era 50% e as sequelas leves era 50% e indicaram que a microcefalia pode apresentar um risco maior mesmo após o tratamento medicamentoso<sup>33</sup>.

## **7. CONCLUSÃO**

Com o aumento dos números de casos vem crescendo gradualmente durante anos, torna-se necessário que as unidades de saúde estejam bem preparadas para a promoção de saúde para toda a população ao seu redor. O trabalho de promoção à

saúde tem se configurado como um dos elementos, para vencer o preconceito e ter noções de cidadania. No âmbito clínico/ funcional, o profissional de Fisioterapia, inserido em uma equipe multidisciplinar de saúde em ambientes público e privados em HIV/AIDS, pode prescrever condutas terapêuticas de acordo com as necessidades de cada paciente.

O profissional deve compreender a AIDS em todos os seus aspectos: a ação do HIV no organismo humano, os preconceitos da sociedade em relação aos indivíduos infectados pelo vírus HIV e a perda da identidade do doente de AIDS, procurando atualizar os conhecimentos nos aspectos que envolvem este fenômeno.

A realização deste trabalho proporcionou discutir a fisioterapia no contexto do HIV/AIDS o quanto vem contribuindo com melhores condutas, interpretação de suas comorbidades e auxiliar com o manejo da saúde dos indivíduos. Independente do âmbito de atuação, este profissional deve compreender a concepção, para que possa realizar uma intervenção profissional relevante, proporcionando desta forma, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

## **8. REFERÊNCIAS**

- 1. Sousaa.L.A, Júniorv.L.P; Análise espacial e temporal dos casos de Aids no Brasil em 1996-2015: áreas de risco aumentando ao longo do tempo.**

2. Melo E.A, Maksud I, Agostini R; **Cuidado, Hiv/Aids E Atenção Primária No Brasil: Desafio Para A Atenção No Sistema Único De Saúde?:** Pan American Journal of Public Health, 2018
3. Brasil. Ministerio Da Saúde- Coordenação Nacional Doenças Sexualmente Transmissíveis: **Boletim Epidemiológico 2019.**
4. Cad. Saúde Pública; **Fatores Associados Ao Baixo Conhecimento Sobre Hiv/Aids Entre Homens Que Fazem Sexo Com Homens No Brasil 2017.**
5. CASTILLOJ.A.L; **InfectionduetoVIH/AIDS in thecurrentworld;** medisan 2014.
6. Ruiz D.B; Garcia A.E.C, Montoya A.S, Guerra A.L.G, Garcésy.L; **Levelofknowledgeaboutmanagement ofpatientswithHIV/AIDS in stomatologyservice.** Set/Out 2018.
7. SouzaL.M.B, Taquettes.R; **Prevenção de HIV/AIDS na concepção de jovens soropositivos.** Revista de saúde pública, 2019
8. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS)**
9. Soares J.P, Silva A.C.O, Silva D.M, Freire M.E.M, Nogueira J.A; **Prevalência e fatores de risco para o HIV em populações vulneráveis uma revisão integrativa de literatura.** Arquivos Catarinenses de Medicina- ACM, 2017.
10. Carvalho P.P, Barroso S.M, Coelho H.C, Penaforte F.R.O; **Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura.** Portal Regional da BVS, jul 2019.
11. Amorim T.B, Santana E.P, Santos K.O.B; **Symptomaticprofile ofinfectedindividualswithHIV/AIDS in a physiotherapydepartment.** Portal Regional da BVS, jan-mar 2017.
12. Brasil. Ministerio Da Saúde- Coordenação Nacional Doenças Sexualmente Transmissíveis: **Boletim Epidemiológico 2019.**
13. Quezia T.A; I Nobre C, Costa I.S, Bernardes K.O; **A Fisioterapia No Contexto Do Hiv 2008.**
14. Santana J.C, Silva C.P, Pereira C.A; **Principais Doenças Oportunistas Em Indivíduos Com Hiv,** Revista Multidisciplinar, 2018
15. Vale T.M; **O Papel Dos Profissionais De Saúde Quanto À Prevenção De Dst/Hiv Na Atenção Básica.** 2017
16. Boer H, Cudd S, Andrews M, Leung E, Petrie A, Carusone S.C Obrien K.K; **Recommendations For Integrating Physical Therapy In An Interprofessional Outpatient Setting For People Living With HIV: A Qualitative Study,** BMJ 2019.

17. Mora C, Monteiro S, Moreira Cof; **Formação, Práticas E Trajetórias De Aconselheiros De Centros De Testagem Anti-HIV Do Rio De Janeiro, Brasil** 2015.
18. Leadebal O.D.C.P, Medeiros L.B, Nascimento J.A, Monroe A.A Nogueira J.A; **Classificação de Risco Clínico em Pessoas com AIDS com Acompanhamento na Atenção Especializada**, Revista Brasileira de Enfermagem, 2019.
19. Magnabosco G.T **Lopes L.M, Paula Andrade R.L.P, Brunello M.E.F, Monroe A.A, VILLA .T.C.S;** **Controle da Tuberculose em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Revista Latina-Americano de Enfermagem, 2016.
20. Krutikov .M, Visca .D, Silva .R.D, Kunst .H, Migliori G.B; **Tratamento Da Tuberculose Grave E Suas Sequelas: Da Terapia Intensiva À Cirurgia E Reabilitação**. **Jornal Brasileiro De Pneumologia**, 2019
21. Grass .D, Manie S, Amosun S.L; **Effectiveness Of A Home-Base Pulmonary Rehabilitation Programme In Pulmonary Function And Health Related Quality Of Life For Patients With Pulmonary Tuberculosis: A Pilot Study**, 2015
22. Almaghrabi R.S, Alfuraih S, Alohaly R, Mohammed S, Irajhi A.A, Omarani A.S; ***Pneumocystis jiroveci* Pneumonia in HIV-Positive and HIV Negative Patients: A Single-Center Retrospective Study**, TANAFFOS 2019.
23. Rodrigues C.S; **Ventilação Não Invasiva No Tratamento De Pacom HIV/AIDS E *Pneumocystis Jirovecii*** Revista Brasileira de Saúde Funcional, 2017.
24. Datta S, Mahal S, Ravat V, Soraha B, Isidahome E, Patel P; **Hospitalization Outcomes in Pneumocystis Pneumonia Inpatient Population: A Comparison Between HIV and Non-HIV Patients**, 2018.
25. CAMPORRO J, BRUNO V, CAMMAROTA A, CASTILLO M, ALESSANDRO L; **Espectro Clínico De La Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva: Diferencias Y Similitudes En Pacientes Con Virus De Inmunodeficiencia Humana**, 2019.
26. Moreh E, Israel S, Maya K, Meiner Z; **Rehabilitation Outcome Of Progressive Multifocal Leukoencephalopathy In HIV-Positive Patients: A Report Of Two Cases, Disability and Rehabilitation**, 2016.
27. Kartau M, Verkkoniemi-Ahola A, Paetau A, Palomaki M, Rita J, Ristola M, Lappalainen M, Anittila V.J; **The Incidence And Predisposing Factors Of John Cunningham Virus- Induce Progressive Multifocal Leukoencephalopathy In**

- Southern Finland; A Population-Based Study Infectious Diseases Society of America, 2020.**
- 28. Silva L.F.G, Lima C.N.S, Fernandes K.T.L, Takanashi S.Y.L, Xavier M.B; Quality of Life and Handgrip Strength of HIV Patients Diagnosed With Neurotoxoplasmosis, 2019.**
- 29. Araujo I.R, Ferreira A.C.G, Vento D.A, Guimarães V.A; Déficitos motores e preditores de perda de mobilidade ao final da internação em indivíduos com neurotoxoplasmose. 2019.**
- 30. FERREIRA M.S; Independência Funcional de Pacientes com AIDS Acometido por Neuroinfecções Atendidos na Rede Sarah do Brasil, 2017.**
- 31. Parello R, Vergara A, Monclus E, Jimenez S, Montero M, Saubi N, Moreno A, Eto Y, Inciarte A, Mallolas J, Martínez E, Marcos M.A; Cytomegalovirus Infection in HIV- Infected Patients in the Era of Combination Antiretroviral Therapy, BMC, 2019.**
- 32. Gronborg H.J, Jespersen S, Egedal J.H, Correia F.G, Medina C, Krarup H, Hong B.L, Wejse C; Prevalence And Clinical Characteristics Of CMV Coinfection Among HIV Infected Individuals In Guinea-Bissau: A Crosssectional Study, TROPICAL MEDICINE AND INTERNATIONAL HEALTH VL 23, 2018.**
- 33. Fukushima S, Morioka I, Ohyama S, Nishida K, Iwatani S, Fujioka K, Mandai T, Mastsumoto H, Nakamachi Y, Deguchi M, Tanimura K, Lijima K, Yamada H; Prediction Of Poor Neurological Development In Patients With Symptomatic Congenital Cytomegalovirus Diseases After Oral Valganciclovir Treatment, ELSEVIER 2019.**