



FACULDADES NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ/FACENE/RN

MARA ALINE LUCAS DOS SANTOS BARROS

NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DA INFECÇÃO PELO VÍRUS HIV/AIDS NA
MICRORREGIÃO DE MOSSORÓ/RN

MOSSORÓ

2018

MARA ALINE LUCAS DOS SANTOS BARROS

NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DA INFECÇÃO PELO VÍRUS HIV/AIDS NA
MICRORREGIÃO DE MOSSORÓ/RN

Monografia apresentada às Faculdades Nova
Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como
requisito para obtenção do título de Bacharel em
Biomedicina.

Orientador: Prof. Dr. André de Macêdo Medeiros

MOSSORÓ

2018

B277n

Barros, Mara Aline Lucas dos Santos.

Número de notificação da infecção pelo vírus HIV/AIDS na microrregião de Mossoró/RN/ Mara Aline Lucas dos Santos Barros. – Mossoró, 2018.

46f.: il.

Orientador: Prof. Dr. André de Macedo Medeiros

Monografia (Graduação em Biomedicina) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Infecção Sexualmente Transmissível. 2. HIV - AIDS. 3. Biomedicina. I. Título. II. Medeiros, André de Macedo.

CDU 616.97

MARA ALINE LUCAS DOS SANTOS BARROS

NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DA INFECÇÃO PELO VÍRUS HIV/AIDS NA
MICRORREGIÃO DE MOSSORÓ/RN

Monografia, apresentada pela aluna MARA ALINE LUCAS DOS SANTOS BARROS do curso de Biomedicina, tendo obtido o conceito _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. ANDRÉ DE MACEDO MEDEIROS - Orientador
Faculdades Nova Esperança de Mossoró – (FACENE/RN)

Profa. Dra. KAROLINE RACHEL TEODÓSIO DE MELO - Membro
Faculdades Nova Esperança de Mossoró – (FACENE/RN)

Prof. Dr. WESLEY ADSON COSTA COELHO - Membro
Faculdades Nova Esperança de Mossoró - (FACENE/RN)

Dedico essa conquista a Deus, por estar à frente das minhas decisões, por ser o meu refúgio e fortaleza, por estar ao meu lado nas horas de desânimo e não ter permitido que eu desistisse.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, sempre fiel e providente por me conceder o dom da vida e me abençoar todos os dias com o seu amor infinito.

Agradeço à minha mãe Luzineide Lucas dos Santos, “minha rainha”, que batalhou muito para me oferecer uma educação de qualidade, sem o apoio e amor dela nada seria possível. Ela é o meu orgulho e o meu espelho, aquela que saiu de casa aos doze anos de idade, sem saber ao certo o que seria de sua vida e que hoje é uma vencedora, e eu como sua filha tenho muito orgulho pela forma como me criou, sozinha, com muito esforço, diante de algumas dificuldades, mas o mais importante que é o amor, esse nunca me faltou. Então essa conquista não é só minha e sim também é sua, te amo e te amarei Mainha até a eternidade.

Ao meu esposo Celso Barros, meu companheiro, cúmplice e amigo, obrigado por sonhar junto comigo, obrigado pela paciência naqueles dias de desespero e de choro, que foram muitos, por sempre estar ao meu lado me encorajando, me fortalecendo. Obrigado por fazer dos meus dias sempre os melhores e mais felizes, pelo seu carinho, pelas palavras, pela dedicação e respeito que tens por mim. Obrigado por compartilhar comigo todos os sentimentos desde alegrias, até tristezas. Obrigado por existir em minha vida, peço à Deus para que cuide de mim, para que eu possa cuidar de você. Te amo.

Ao meu orientador Dr. André de Macedo Medeiros, um querido, desde que o conheci como professor sempre admirei sua educação e gentileza. Com ele aprendi algo que levarei para a vida, que é a nunca aceitar nada sem antes questionar e a nunca, jamais parar de questionar. Obrigado pela disponibilidade, dedicação, compromisso, respeito, por aceitar esse desafio, pela parceria, pelo exemplo de profissional que és, pelas palavras certas na hora certa, por rirmos juntos nos encontros de orientações. Essa conquista também é sua, quero que saiba que eu desejo que sua vida e de sua família seja sempre abençoada por Deus e repleta de amor e muito sucesso, estarás sempre em minhas orações.

Agradeço também, aos demais componentes da minha banca examinadora, Dr. Wesley Adson C. Coelho e Dra. Karoline Raquel T. Melo, vocês enriqueceram ainda mais e foram de grande valia para a conclusão deste trabalho, muito obrigado.

Agradeço à Cláudia Justino, pela parceria, carinho e apoio.

Agradeço à direção e funcionários do Hospital Rafael Fernandes, em

especial a enfermeira, Fernanda Letícia, pela cooperação e disponibilidade de seu tempo, para poder me ajudar nas horas que precisei, muito obrigado que Deus abençoe sempre.

Aos meus colegas de turma, pelos momentos e sofrimentos compartilhados, durante esses anos de vida acadêmica. Aos professores e profissionais que tive o prazer de conhecer e conviver durante todos esses anos, por me ensinarem um pouco do conhecimento de vocês.

À vida por ter me dado a chance de vivê-la cada instante com intensidade e acima de tudo com a fé dos que creem que o amanhã pode ser sempre melhor que o hoje. E a todos aqueles que, de forma direta ou indiretamente, marcaram e influenciaram minhas escolhas e me ajudaram no caminho de formação, o meu muito obrigado.

*“O mundo está nas mãos
daqueles que têm coragem de
sonhar e de correr o risco de
viver seus sonhos”*

Paulo Coelho

RESUMO

As primeiras notificações da SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) ocorreram na década de 80, época em que foi descoberto o agente etiológico da infecção, o vírus HIV. A identificação do vírus permitiu conhecer as vias de transmissão, prevenção e tratamento ao longo dos anos. Embora mais controlada do que em décadas passadas, a ausência de cura da infecção pelo vírus HIV, aliado com falhas no sistema de prevenção ainda mostra uma situação de epidemia da infecção em todo o mundo. No Brasil, dados epidemiológicos revelam um aumento nos casos de infecção pelo HIV, principalmente em regiões mais carentes como o norte e nordeste do país. No entanto, estudos epidemiológicos ainda são escassos, muito em parte pela dificuldade de notificação e acesso à informação, principalmente em regiões mais inacessíveis do país. Em vista disso, o presente estudo buscou investigar dados epidemiológicos dos últimos 10 anos a respeito do número de notificações de HIV/AIDS, através de pesquisa descritiva, do tipo documental, desenvolvida a partir de informações extraídas de hospital de referência em doenças infectocontagiosas da cidade de Mossoró/RN e região do oeste potiguar. Além disso, o estudo objetivou estratificar os dados de sistemas de informação como o DATASUS, SINAN por variáveis presentes nas fichas de notificação. Os principais resultados mostraram que entre os anos de 2007 a 2017, de acordo com o número de notificações pelo vírus HIV/AIDS na microrregião de Mossoró/RN, houve um aumento da infecção pelo HIV/AIDS, principalmente nas cidades de Baraúna e Mossoró. Houve predomínio das raças parda e branca, baixa escolaridade, sexo masculino e na faixa etária entre 20 a 50 anos para os casos notificados. Além disso, verificou-se soroconversão ocorrendo principalmente através do ato sexual, e que a proporção por categoria de exposição de acordo com a orientação sexual é diferente entre homens e mulheres. A importância de se conhecer a epidemiologia das notificações regionais pode proporcionar aos profissionais da área da saúde subsídios para novas propostas voltadas à assistência de homens e mulheres com HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), estimular o desenvolvimento de ferramentas que previnam a disseminação do vírus e sensibilizar a sociedade a despertar a consciência da necessidade de prevenção do HIV/AIDS.

Palavras-chave: AIDS. HIV. IST. Mossoró. Microrregião.

ABSTRACT

The first reports of AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) occurred in the 1980s, when the etiological agent of the infection – the HIV virus – was discovered. The identification of the virus allowed to know the transmission pathways, prevention and treatment over the years. Although more controlled than in the past decades, the absence of cure of HIV infection coupled with the prevention system failure still shows an epidemic situation of the infection worldwide. In Brazil, epidemiological data show an increase in cases of HIV infection, especially in poorer regions such as the north and northeast of the country. However, epidemiological studies are still scarce, in part due to the difficulty of reporting and access to information, especially in the most inaccessible regions of the country. In view of this, the present study sought to investigate epidemiological data of the last 10 years regarding the number of HIV / AIDS reports, through a descriptive, documentary type research, developed from information extracted from a reference hospital in infectious diseases of the Mossoro city. In addition, the study aimed to stratify data from information systems such as DATASUS, SINAN by variables present in the notification sheets. The main results showed that between 2007 and 2017, according to the number of HIV / AIDS notifications of the Mossoro's microregion, there was an increase in HIV / AIDS infection, mainly in the cities of Barauna and Mossoro. There was a predominance of brown and white races, male sex, low schooling and in the age range between 20 and 50 years for the reported cases. In addition, seroconversion has occurred mainly through sexual intercourse, and the proportion by exposure category according to sexual orientation is different between men and women. The importance of knowing the epidemiology of regional notifications can provide health professionals with subsidies for new proposals for the care of men and women with HIV and other sexually transmitted infections (STIs), to stimulate the development of tools to prevent the spread of HIV virus and awareness of the need to prevent it.

Keywords: AIDS. HIV. STI. Mossoro. Microregion.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por escolaridade segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes - Mossoró. 31
- Tabela 2.** Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 e 2017 separados por faixas etárias segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró. 32
- Tabela 3.** Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por sexo, em cidades componentes da microrregião de Mossoró/RN, em porcentagem de variação, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró. 35

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1.** Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 de acordo com o perfil epidemiológico dos últimos dez anos, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró. 29
- Figura 2.** Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 de acordo a raça, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró. 30
- Figura 3.** Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 de acordo com o sexo no geral, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró. 32
- Figura 4.** Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 e 2017 separados por sexo masculino (A) e feminino (B), segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró. 33
- Figura 5.** Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por sexo, em cidades componentes da microrregião de Mossoró/RN, em números absolutos (A) e em porcentagem (B), segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró. 36
- Figura 6.** Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por relações sexuais, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró. 37
- Figura 7.** Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por orientação sexual e característica da soroconversão em geral (A) e separados por sexo masculino (B) e feminino (C), segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró. 38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome

AZT: Zidovudina

CD4+: linfócito T auxiliar

CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

HIV: Human Immunodeficiency Virus

IST: Infecção Sexualmente Transmissível

IES: Instituição de Ensino Superior

MS: Ministério da Saúde

OAB: Ordem dos Advogados do Brasil

OMS: Organização Mundial de Saúde

SISCEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SAE: Serviços de Atenção Especializada

SUS: Sistema Único de Saúde

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UNAIDS: Joint United Nations Program on HIV/AIDS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO	13
1.2	JUSTIFICATIVA	14
1.3	HIPÓTESES	14
1.4	OBJETIVOS	15
1.4.1	Objetivo Geral	15
1.4.2	Objetivos Específicos	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	HIV/AIDS: HISTÓRICO E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	16
2.2	FISIOPATOLOGIA	22
2.3	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AOS PACIENTES VIVENDO COM HIV	23
2.4	DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	24
3	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	26
3.1	TIPO DE PESQUISA	26
3.2	LOCAL DA PESQUISA	26
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
3.3.1	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA AMOSTRA	27
3.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	27
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	27
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	27
3.6.1	RISCOS E BENEFÍCIOS	28
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	42
	ANEXOS	45

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Os primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (da sigla em inglês *acquired immunodeficiency syndrome* ou AIDS) surgiram por volta do ano de 1977 nos EUA, Havaí e África. No entanto, a primeira notificação ocorreu apenas em 1982, quando foi descoberto o vírus da imunodeficiência humana (da sigla em inglês *human immunodeficiency virus* ou HIV), o agente etiológico da síndrome. Os grupos que apresentavam quadro clínico característico foram observados para possibilitar a identificação das possíveis formas de transmissão, classificando-os, na época, como grupos de risco. Descobriu-se então que a transmissão ocorria através do contato sexual, de seringas compartilhadas ou exposição a sangue contaminado e de mãe para filho através da gravidez e a amamentação (VERONESI, 2005).

As pessoas acometidas pela síndrome possuem o HIV, e estes colonizam uma das principais células de defesa do sistema imune: os linfócitos TCD4+ (LTCD4), também chamados linfócitos T auxiliares. A função dos LTCD4 que é identificar antígenos e iniciar a efetividade da resposta celular da imunidade adaptativa é modificada pelo vírus. Mais especificamente, ocorre a destruição dessas células. Como consequência ocorre o enfraquecimento do sistema imune ou imunodeficiência, a principal característica da infecção pelo HIV. Tal deficiência torna o paciente suscetível a infecções oportunistas, tais como: diarreia crônica, pneumonia, hepatites virais, tuberculose disseminada, neurotoxoplasmose, neurocriptococose, citomegalovirose, pneumocistose, entre outras (ABBAS & LICHTMAN, 2008).

O HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Esses vírus compartilham algumas características comuns, por exemplo, longo período de incubação antes da manifestação dos sintomas da infecção, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune. Possuir o HIV não é a mesma coisa que desenvolver AIDS. Há muitas pessoas que possuem o vírus e vivem anos sem manifestar sintomas. Porém, podem transmitir o vírus a outras pessoas quando não possuem as devidas medidas de prevenção. Por esse motivo, é sempre importante a prevenção relacionada às possíveis vias de transmissão e fazer periodicamente testes laboratoriais (SAÚDE, 2018).

Apesar da regular atualização dos casos de HIV/AIDS no mundo e no Brasil através dos boletins epidemiológicos da UNAIDS (2018) e do Ministério da Saúde (2017), respectivamente, a falta de informações em regiões menos acessíveis num país continental como o Brasil, como os interiores dos estados, ainda é uma dificuldade a ser superada. Tal carência levou o presente estudo a indagar se existiam levantamentos epidemiológicos a respeito das notificações de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), em particular do HIV/AIDS, na microrregião de Mossoró/RN. A busca de dados epidemiológicos em áreas com carência no acesso à informação torna-se essencial para investigar o impacto das políticas públicas de saúde sobre a prevalência de ISTs e se há efetividade dessas ações sobre o perfil das notificações ao longo dos anos.

1.2 JUSTIFICATIVA

A inexistência de aconselhamento é comum em alguns serviços de saúde. O serviço de aconselhamento é um direito de todos, conseqüentemente é um dever do profissional de saúde realizá-lo, e dos gestores possibilitarem as condições necessárias para integrá-lo a rotina do serviço, podendo assim esta ação ser alcançada através da capacitação e adequação do recurso humano. Sabendo que existe uma necessidade de investigar o perfil epidemiológico de ISTs em regiões com carência de informações, principalmente no interior dos estados, o presente estudo buscou trazer informações inéditas que auxiliem a estratificar através de formulários disponibilizados por banco de dados online do Ministério da Saúde os casos notificados de HIV/AIDS segundo as variáveis componentes do formulário (sexo, escolaridade, faixa etária, raça, orientação sexual, relações sexuais, entre outros). Assim sendo, esse estudo proporcionou o levantamento do perfil epidemiológico de pessoas vivendo com o HIV nos últimos 10 anos (2007 a 2017), em municípios que compõem a microrregião de Mossoró/RN.

1.3 HIPÓTESES

H0: Indivíduos do interior dos estados detém maior acesso à informação e aos sistemas de prevenção e diagnóstico de ISTs e, portanto, preconiza-se ter menor propensão de soroconversão. E há menor prevalência de homens em faixas etárias menores convivendo com o vírus HIV.

H1: Indivíduos do interior dos estados detém menor acesso à informação e aos sistemas de prevenção e diagnóstico de ISTs e, portanto, preconiza-se ter maior propensão de soroconversão.

H2: Há maior prevalência de homens em faixas etárias menores convivendo com o vírus HIV.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Investigar o número de notificações de HIV/AIDS na microrregião de Mossoró/RN.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Verificar o perfil epidemiológico de pessoas vivendo com HIV/AIDS com base em faixas etárias em cidades da microrregião de Mossoró/RN.
- Verificar o perfil epidemiológico de pessoas vivendo com HIV/AIDS com base no sexo em cidades da microrregião de Mossoró/RN.
- Verificar o perfil epidemiológico de pessoas vivendo com HIV/AIDS com base na escolaridade em cidades da microrregião de Mossoró/RN.
- Verificar o perfil epidemiológico de pessoas vivendo com HIV/AIDS com base na raça em cidades da microrregião de Mossoró/RN.
- Verificar o perfil epidemiológico de pessoas vivendo com HIV/AIDS com base na orientação sexual em cidades da microrregião de Mossoró/RN.
- Verificar o perfil epidemiológico de pessoas vivendo com HIV/AIDS com base em relações sexuais em cidades da microrregião de Mossoró/RN.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HIV/AIDS: HISTÓRICO E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Com o passar dos últimos 30 anos a epidemia de AIDS trouxe consequências avassaladoras para famílias, comunidades e países, sendo um dos maiores desafios para a saúde pública. Mais de 7.000 pessoas são contaminadas com o vírus diariamente, e uma pessoa morre a cada 20 segundos de uma doença associada à AIDS. A infecção é atualmente a 5ª causa de morte entre adultos e a principal causa entre as mulheres com idades entre 15 e 49 anos (MARTINS et al, 2014).

A proliferação da infecção pelo HIV e da AIDS constitui fenômeno global, traduzindo-se por verdadeiro agrupamento de sub-epidemias regionais. Brito (2001) diz que como consequência das profundas desigualdades da sociedade brasileira, o crescimento da infecção pelo HIV e da AIDS revela epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo alterações epidemiológicas significativas. Inicialmente restrita aos grandes centros urbanos e excessivamente masculina, a atual epidemia do HIV e da AIDS caracteriza-se pelos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. As alterações no perfil da AIDS no Brasil devem-se à propagação geográfica da infecção, partindo dos grandes centros urbanos rumo aos municípios de médio e pequeno porte, ao crescimento da transmissão por via heterossexual e dos casos entre usuários de drogas injetáveis. A ampliação dos casos de transmissão por relações heterossexuais acarreta no crescimento substancial de casos em mulheres, o qual tem sido indicado como uma das mais importantes características da atual situação da epidemia no Brasil.

Desde o início da epidemia de AIDS, em 1980, até o segundo semestre de 2012, foram apontados 656.701 casos de infecção pelo vírus HIV no Brasil. Em 2011, o índice de incidência da infecção no país foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes. Entre 2001 e 2011, a taxa de incidência aumentou em todas as regiões do Brasil, com exceção do Sudeste (queda de 22,9 para 21 casos por 100 mil habitantes). No Nordeste, o aumento foi de 7,5 para 13,9 e de 9,1 para 20,8 no Norte do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O último boletim epidemiológico de 2017 relata que no ano de 2016, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo HIV, sendo 3.912 (10,3%) casos na região Norte, 7.693 (20,3%) casos na região

Nordeste, 15.759 (41,6%) na região Sudeste, 7.688 (20,3%) na região Sul e 2.832 (7,5%) na região Centro-Oeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em entrevista concedida ao Portal DSS-NE, a médica e professora da Universidade Federal do Ceará (UFC) especialista em HIV/AIDS, Lígia Kerr, informou que estuda o panorama da infecção do Brasil e reflete sobre a situação da região nordeste diante do relatório apresentado. Kerr (2013) reconhece que para garantir prevenção, diagnóstico e tratamento para todos os brasileiros, se faz necessário diminuir as desigualdades sociais existentes. Segundo ela, muito já se caminhou, mas muito falta ainda para se completar este longo caminho da luta contra a AIDS.

Ainda segundo a pesquisadora, no Brasil, a vulnerabilidade tem sido assimilada sob três pontos distintos, mas que estão profundamente interligados. Um seria a vulnerabilidade social, na qual aspectos socioeconômicos, políticos, culturais fazem com que uma parcela menos favorecida seja mais vulnerável à AIDS. Uma forma de destacar este ponto, por exemplo, é o fato de regiões mais carentes do país, como a Nordeste, concentrarem os piores parâmetros relacionados à AIDS, tais como menor uso de preservativos na última e nas primeiras relações sexuais, e menores níveis de conhecimento sobre a infecção. Um segundo ponto da vulnerabilidade é o institucional, por exemplo, as pessoas que teriam acesso desigual à prevenção e tratamento. Os índices de transmissão materno-infantil do HIV exemplificam este aspecto. Como na região Sudeste que já se observa índices tão baixos como aqueles encontrados nos países desenvolvidos, porém, no Nordeste menos de 50% das mulheres têm acesso a todos os estágios da prevenção da transmissão materno-infantil da AIDS. Nessa região a transmissão vertical alcança índices alarmantes. Finalmente, um outro lado da vulnerabilidade seria o particular. Os indivíduos encaram as experiências de vida de diversas formas diferentes e, assim, estão mais ou menos expostos à infecção pelo HIV, por exemplo. Torna-se bastante difícil separar as formas de vulnerabilidade, pois a conjunção de todas elas faz com que algumas pessoas estejam muito mais vulneráveis à AIDS (KERR, 2013).

Desde que a AIDS foi reportada pela primeira vez no Brasil, o perfil da epidemia se revela bastante dinâmico, ou seja, muda com o passar dos anos de acordo com vários fatores constituintes. No começo da epidemia, os casos se intensificaram em homens que fazem sexo com homens (homossexuais), hemofílicos e hemo-transfundidos e usuários de drogas injetáveis. Com o passar dos

anos, este perfil foi se modificando e aumentando os casos em mulheres, crianças e homens heterossexuais, diminuindo os casos em usuários de drogas, com exceção do Rio Grande do Sul, onde pouco tempo atrás se elevou mais intensamente. Da mesma forma vem aumentando em jovens, adolescentes e em adultos com mais de 50 anos (BRITO, 2001).

Na entrevista acima mencionada, é apresentado o atual perfil dos infectados pelo vírus HIV:

Hoje, a epidemia é conhecida como concentrada, no país, onde as taxas em algumas populações mais vulneráveis é muitas vezes a da população geral (estimada em torno de 0,6%). Entre os homossexuais se observa hoje as maiores taxas de infecção variando de 5,2 a 23,7%, dependendo da cidade estudada, e 14,2% para o total das 10 cidades brasileiras estudadas. Entre mulheres profissionais do sexo 4,8% e usuários de drogas 5,9%. (KERR, 2013)

Muitos foram os progressos na área do tratamento da AIDS. As medicações conhecidas como antirretrovirais reagem a multiplicação do HIV e fortificam o sistema imunológico. Tiveram início com o AZT (inibidor da transcriptase reversa) e, em seguida, com medicações que compõem o que popularmente se conhece como “coquetel” (didanosina, lamivudina, estavudina, indinavir, nevirapina, ritonavir e tenofovir) (CRUZ, 2007).

O Brasil teve muitos exemplos de dinamismos e vanguarda na prevenção e tratamento da infecção. Ações fundamentais que foram realizadas através de diálogos, tanto com os grupos mais infectados quanto nas comprovações científicas e na defesa dos direitos humanos renderam resultados reconhecidos internacionalmente. Entretanto, vários princípios epidemiológicos revelam o crescimento da epidemia e a demora na incorporação de informações preventivas. As posições governamentais têm sido de natureza conservadora e desobedecem abertamente aos direitos humanos, reprovando campanhas de prevenção voltadas às populações mais vulneráveis. Percebe-se o aumento da vulnerabilidade destes elementos sociais que já são mais afetados pela epidemia. O diálogo com a sociedade e a participação social se encontram reduzidos (KERR, 2013).

O Nordeste brasileiro apresenta os piores indicadores, principalmente os que estão ligados aos baixos níveis educacionais detectados nesta região. Os níveis de conhecimento sobre a infecção e suas formas de prevenção, assim como o uso do preservativo, são menores que em outras regiões do país. As taxas de transmissão materno-infantil tendem a ser bem maiores que as mencionadas no Sudeste e os

testes de diagnóstico para o HIV também apresenta taxas menores nesta região. Estes dados mostram visivelmente o descompasso entre o Nordeste quando comparado ao Sudeste brasileiro. Algo que deve ter a atenção do sistema de saúde no sentido de acabar ou reduzir tal desigualdade (KERR, 2013).

Mesmo que o Brasil tenha sido um dos pioneiros a oferecer gratuitamente os antirretrovirais, o que se percebe é que ainda é muito demorado o diagnóstico da infecção pelo HIV no Brasil. Mesmo com a implementação da distribuição nacional do teste rápido, o número realizado se mostra inexpressivo. O acesso da população, em especial daquelas mais vulneráveis, é difícil. As dificuldades vão desde o desconhecimento dos locais que executam exames até o descrédito e preconceito, envolvendo a falta de confiança nos profissionais da saúde no sigilo do resultado. Em torno de 65% dos homens comparecem muito tarde aos serviços, ao mesmo tempo que para as mulheres, em idade fértil, pelo exame de pré-natal, este diagnóstico é mais precoce. Os desafios ainda são muito intensos (DOMINGUES, 2013).

As desigualdades socioeconômicas afetam diretamente as condições de saúde da população. Esta desigualdade se expressa nas taxas diferenciais de infecção pelo HIV nas diferentes populações e regiões, nas possibilidades de aquisição ao diagnóstico, e, finalmente, ao tratamento. Muitas unidades especializadas estão sendo fechadas, impedindo o seguimento e tratamento dos pacientes, sobretudo as populações mais carentes (KERR, 2013).

De acordo com Ribeiro (2014), no Rio Grande do Norte os dados também são alarmantes e mostram que os investimentos realizados pela Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap), por meio do Programa Estadual IST/AIDS e Hepatites Virais, têm impactado no crescimento do número de casos no Estado, tanto em relação à constatação da infecção, quanto ao número de registros de óbitos. De acordo com dados do Boletim Epidemiológico AIDS e ISTs de 2017, do Departamento de ISTs, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde houve uma diminuição de 285 casos confirmados no Rio Grande do Norte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em matéria veiculada no Portal Potiguar Notícias:

De acordo com o Ministério da Saúde, o Rio Grande do Norte é o estado brasileiro em que mais houve aumento no número de mortes associadas com a AIDS, entre os anos de 2002 e 2012, com um aumento de 177% no número de óbitos, o que corresponde a mais de 950 casos. (RIBEIRO, 2014)

De acordo com dados da Sesap, a epidemia de AIDS no Estado teve início em 1983, com o diagnóstico do primeiro caso. No período de 2000 a 2012, o estado registrou 3.678 mil casos, sendo 3.594 mil em adultos e 84 em crianças. Já em gestantes, o estudo Sentinela Parturiente avalia que por ano haja em torno de 105 gestantes infectadas com o HIV no Rio Grande do Norte. Com relação aos óbitos, de 1980 a 2012, 1.269 mil pessoas morreram com de doenças associadas à AIDS no Rio Grande do Norte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Em 2016, quando analisada a mortalidade por UF, dez delas (37%) apresentaram coeficiente superior ao nacional, que foi de 5,2 óbitos por 100 mil habitantes. O maior coeficiente foi observado no estado do Rio Grande do Sul (9,6 óbitos/100.000 hab.), e o menor, no Acre (2,6 óbitos/100.000 hab.) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Atualmente a rede estadual para diagnóstico do HIV e acompanhamento às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS conta com 14 Serviços de Atenção Especializada (SAEs), localizados nos municípios de Natal, Mossoró, Santa Cruz, São José de Mipibú, Macaíba, São Gonçalo do Amarante, Caicó, Pau dos Ferros e Parnamirim. A rede também possui um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), em Mossoró, e dois hospitais de referência, Hospital Giselda Trigueiro, em Natal, e Hospital Rafael Fernandes, em Mossoró (SESAP RN, 2014).

Em 24 de agosto de 2017, foi realizada na Câmara Municipal de Mossoró uma audiência pública requerida pela vereadora Isolda Dantas (PT) com o tema: “O direito à saúde de pessoas portadoras de HIV”. A audiência foi de extrema importância, pois foram levantados dados e relatos sobre a situação da garantia da saúde pública aos portadores do vírus HIV em Mossoró (FREITAS, 2017).

Segundo Freitas (2017), foram ouvidas algumas pessoas, entre eles ativistas da causa, representantes da OAB e do Ministério Público de Mossoró e o diretor adjunto do departamento nacional de IST/AIDS e Hepatites virais. A partir da discussão do tema foi possível observar o panorama municipal, que ainda hoje é tratado como um tabu e muitos optam por evitá-lo. Representantes estaduais da Rede de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS demonstraram diversas dificuldades que as pessoas que vivem com o vírus encaram, como a falta de material para os testes de diagnóstico, atraso na entrega dos medicamentos, burocracia para recebimento de atendimento, entre outros obstáculos.

Um dos principais problemas enfrentados por pessoas portadoras de HIV é o preconceito que as mesmas sofrem perante à sociedade civil. O assunto é pouco

debatido e as informações que a população tem são insuficientes, o que acaba gerando discriminação e até problemas na área profissional. Para uma maior visibilidade à causa, os representantes recomendaram um maior cumprimento de políticas públicas por parte do município, como a criação do dezembro vermelho, mês dedicado a conscientização, prevenção e combate a infecção pelo HIV. São asseguradas às pessoas que vivem com HIV e AIDS todos os direitos inerentes aos outros cidadãos, como o direito à educação, trabalho, acesso à saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Os representantes também ressaltaram que atualmente o HIV/AIDS não é mais uma “doença de gays”, como era geralmente conhecida até a década passada. Nos dias atuais, os homossexuais não estão mais na população de risco e o vírus e a infecção podem atacar a todos, independentemente de sua orientação sexual (FREITAS, 2017).

Em audiência pública realizada na Assembleia Legislativa em junho de 2017, um dos representantes declarou o desinteresse para com as pessoas portadoras do vírus a nível estadual:

“O Rio Grande do Norte é o terceiro estado com maior índice de AIDS no Brasil, porém, a estrutura pública para o tratamento dessas pessoas permanece a mesma desde a década de 80. A nossa estrutura é a mesma de 40 anos atrás, com apenas dois hospitais especializados para atender a esses pacientes, que são o Giselda Trigueiro em Natal e Rafael Fernandes em Mossoró”. (FREITAS, 2017)

As condições são piores para pessoas da periferia e da zona rural, pois o acesso a informações e aos testes rápidos, praticamente não existem nesses locais. Na audiência pública que foi realizada em Mossoró, uma portadora do vírus que estava compondo a mesa relatou a dificuldade que já passou para adquirir os remédios de forma integral e gratuita pelo SUS, que é o seu direito constitucional (FREITAS, 2017).

Em Mossoró/RN, apenas o SAE (Serviço de Assistência Especializada em AIDS), no qual as pessoas são registradas após o diagnóstico de que vivem com o vírus, e o CTA (Centro de Testagem e Acolhimento) onde são realizados os testes rápidos para a população, ambos localizados no Centro Clínico Prof. Vingt-Un Rosado, popularmente conhecido como o PAM do bairro Bom Jardim, possuem suas portas abertas à população em geral no período da manhã para a devida assistência psicológica, médico e para a realização dos testes. No Hospital Rafael Fernandes são distribuídas as medicações e são realizados os exames necessários para as pessoas

que já contraíram o vírus. Vale destacar que o Hospital e o PAM do Bom Jardim constantemente sofrem ameaças de cortes e de encerrar suas atividades. Sabendo dessa informação, a promotora Flávia Queiroz da Silva do Ministério Público de Mossoró e o representante da OAB/Mossoró, Tales Freitas, estavam presentes na audiência pública na Câmara Municipal e renovaram seus compromissos diante da justiça na garantia do direito à saúde das pessoas portadoras de HIV (FREITAS, 2017).

As principais leis existentes de proteção ao direito à saúde das pessoas portadoras de HIV, Tales Freitas ressaltou duas leis importantes e que deve ser de conhecimento da população geral:

Lei 9.313/1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita do medicamento para pessoas com HIV. Segundo essa lei, os portadores do HIV e os doentes pela AIDS devem receber, gratuitamente, toda a medicação necessária no seu tratamento através do Sistema Único de Saúde (SUS). E Lei 12.984/2014, que define como crime punível de reclusão de 1 a 4 anos a discriminação de pessoas convivendo com HIV/AIDS. Entre as práticas discriminatórias elencadas nesse dispositivo legal estão a negação de emprego e trabalho pela condição do portador e do doente; a divulgação da condição do portador do HIV ou do doente pela Aids com o intuito de ofender-lhe a dignidade; recusar ou retardar o atendimento à saúde dessas pessoas (FREITAS, 2017).

Deve ser feita uma padronização das terapias e dos medicamentos baseado nos mais avançados estudos científicos na área, sendo competência do Poder Executivo, através do Ministério da Saúde tal padronização e distribuição dos medicamentos necessários para o SUS. As despesas decorrentes da implementação da lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Por fim, segundo Freitas (2017), a principal forma de combate ao HIV é a informação. Com ela, as pessoas portadoras do vírus sofrerão menos preconceito e poderão aderir ao tratamento em sua integralidade, garantindo saúde pública e a efetivação do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

2.2 FISIOPATOLOGIA

Após a infecção pelo vírus HIV, o sistema imunológico começa a ser atacado. É na infecção aguda ou primeira fase que ocorre a incubação do HIV e esse período ocorre entre 3 e 6 semanas. Enquanto que o organismo após infectado leva de 30 a 60 dias para produzir os anticorpos anti-HIV. “Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a maioria dos casos

passa despercebida (SAÚDE, 2018).

Segundo postagem publicada em portal subsidiário do Ministério da Saúde, a próxima fase é um período chamado de assintomático e que pode durar anos. E esse período é marcado por relação forte entre as células de defesa e as regulares e rápidas mutações do vírus. Entretanto, o organismo não é enfraquecido o suficiente para possibilitar o surgimento de novas doenças, pois os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada. Com os frequentes ataques, as células responsáveis pela defesa do organismo passam a ter cada vez menos eficiência até serem destruídas, acarretando num enfraquecimento do organismo e deixando-o suscetível a infecções comuns. A alta redução de LTCD4 é característica da fase sintomática inicial. Em adultos saudáveis, os linfócitos mencionados estão presentes em números que variam de 800 a 1200 unidades por mm^3 de sangue, enquanto que nessa fase ficam abaixo de 200 unidades. Segundo o Ministério da Saúde, os sintomas mais comuns nessa fase são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento (SAÚDE, 2018).

Ainda segundo o Ministério da Saúde:

A baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo. Com isso, atinge-se o estágio mais avançado da infecção, a AIDS. Quem chega a essa fase, por não saber da sua infecção ou não seguir o tratamento indicado pela equipe de saúde, pode sofrer de hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer (SAÚDE, 2018).

2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AOS PACIENTES VIVENDO COM HIV

A Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013 - Institui a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica, no âmbito do SUS. Refere-se ao registro das entradas, saídas e dispensações dos medicamentos dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica e do Programa Farmácia Popular do Brasil. Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. De acordo com o Protocolo de assistência farmacêutica em ISTs/HIV/AIDS, existe um protocolo para fazer a dispensação dos medicamentos antirretrovirais com o objetivo de proporcionar um ou mais medicamentos ao paciente, mediante apresentação de prescrição elaborada por profissional autorizado, sendo o farmacêutico, devidamente treinado e capacitado, o responsável pelas devidas orientações quanto a doses,

posologia, interações e reações adversas, contribuindo para a adesão ao tratamento resguardados o sigilo e a confidencialidade. Todas as informações devem ser de forma clara e simples, dependendo do nível socioeconômico de cada paciente.

2.4 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

De acordo com o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/Aids e das Hepatites Virais disponibiliza, por meio da rede pública de saúde, exames de CD4+/CD8+ e carga viral do HIV para as pessoas vivendo com HIV e AIDS. Os kits para execução desses exames são enviados aos laboratórios que realizam esse tipo de exame. Todas as informações são armazenadas no banco de dados central, e são acessadas via internet, utilizando criptografia de dados, pelos laboratórios que realizam esses exames, além das coordenações estaduais e municipais de IST e AIDS, as quais possibilitam aos laboratórios gerarem um arquivo com todas as informações exigidas pelo Ministério da Saúde para o faturamento. Atualmente, o SISCEL é utilizado em todos os estados do Brasil, contando com 92 laboratórios que realizam exames de CD4+/CD8+ e 86 laboratórios que realizam exames de carga viral do HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com a Portaria Nº 59/GM/MS de 28 de janeiro de 2003, que regulamenta a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em laboratórios no Brasil, os laboratórios devem seguir um conjunto de procedimentos sequenciados (algoritmo ou fluxograma de testes). O diagnóstico de triagem da infecção pelo HIV utiliza testes rápidos. É feito a partir da coleta de sangue e pode ser detectada com, pelo menos, 30 dias a contar da situação de risco. Isso porque o exame busca por anticorpos contra o HIV no sangue. Esse período (da infecção até a produção de anticorpos) é chamado de janela imunológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Segundo o manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, os testes rápidos são imunoenaios que utilizam o princípio de imunocromatografia de fluxo lateral e podem ser realizados em até 30 minutos. Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade dos testes rápidos de triagem, o diagnóstico do HIV atualmente pode ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais, permitindo ampliar o acesso ao diagnóstico. Embora sejam sensíveis e específicos, resultados falso-positivos e falso-negativos podem ocorrer, e, por essa razão, os testes complementares são necessários para a definição do diagnóstico. Os testes complementares utilizam diferentes formatos e princípios. Estão incluídos nessa

categoria: western blotting, imunoblotting ou imunoensaios em linha (LIA, do inglês *Line Immuno Assay*), incluindo o imunoblotting rápido e a imunofluorescência indireta (FERREIRA et al, 2015).

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica do tipo descritiva, de caráter retrospectivo e delineamento quantitativo e com abordagem quantitativa. Segundo Rouquayrol (2013) assim define a pesquisa transversal ou seccional, como sendo um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado. No estudo descritivo, os fatos serão analisados, registrados, classificados e interpretados, não devendo ser alterados (LAKATOS & MARCONI, 2007). O delineamento quantitativo é caracterizado pela aplicação da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas mediante técnicas estatísticas desde as mais fáceis de serem aplicadas, como percentual, média, desvio ou erro padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, de covariância etc.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Rafael Fernandes localizado na Rua Juvenal Lamartine, 03, Santo Antônio, Mossoró - RN, 59603-025. Trata-se de uma instituição que é especializada em doenças infectocontagiosas sendo referência no tratamento da AIDS, hanseníase e tuberculose para toda a região do Oeste Potiguar. O Hospital dispõe hoje do atendimento hospital-dia, no qual o paciente vivendo com o HIV é tratado durante o dia e retorna para sua casa à noite.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída de pacientes que vivem com HIV/AIDS em cidades que compõe a microrregião de Mossoró/RN, a saber: Areia Branca, Baraúna, Grossos, Mossoró, Serra do Mel, e Tibau. A amostra foi constituída de indivíduos de ambos os sexos e todas as faixas etárias. Este estudo englobou os sistemas de notificação do registro geral e compulsório do Ministério da Saúde.

3.3.1 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA AMOSTRA

Como critério de inclusão foram utilizados dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde de todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS no período entre 2007 a 2017, sem exclusões de idade ou sexo.

Como critério de exclusão não foram considerados os dados relativos a anos anteriores ao de 2007.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como norteador da coleta de dados as notificações de casos de pessoas vivendo com HIV/AIDS gerados a partir do registro universal e compulsório no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), fornecido pelo DATASUS.

As variáveis independentes sexo e faixa etária serviram de dicotomizadores para as informações relativas aos anos coletados (2007 a 2017), cidade e outras variáveis. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho a agosto, já que não houve a necessidade prévia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em vista da Resolução 510/2016. No entanto, a instituição de ensino (FACENE) dispôs de ofícios em que foram explicados os motivos geradores da busca pelo acesso à informação no local onde foi realizada a pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

As análises dos dados foram realizadas através de estatísticas descritivas e expressos em valores de frequência simples e porcentagem, por meio de Figuras de barras e linhas, além de tabelas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Durante a coleta, processamento e análise dos dados obtidos foram obedecidos às prerrogativas da Resolução 510/2016 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos e que em seu artigo primeiro, parágrafo único afirma a não necessidade do registro nem avaliação pelo sistema CEP/CONEP de pesquisas com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual como é o caso do presente

estudo.

3.6.1 RISCOS E BENEFÍCIOS

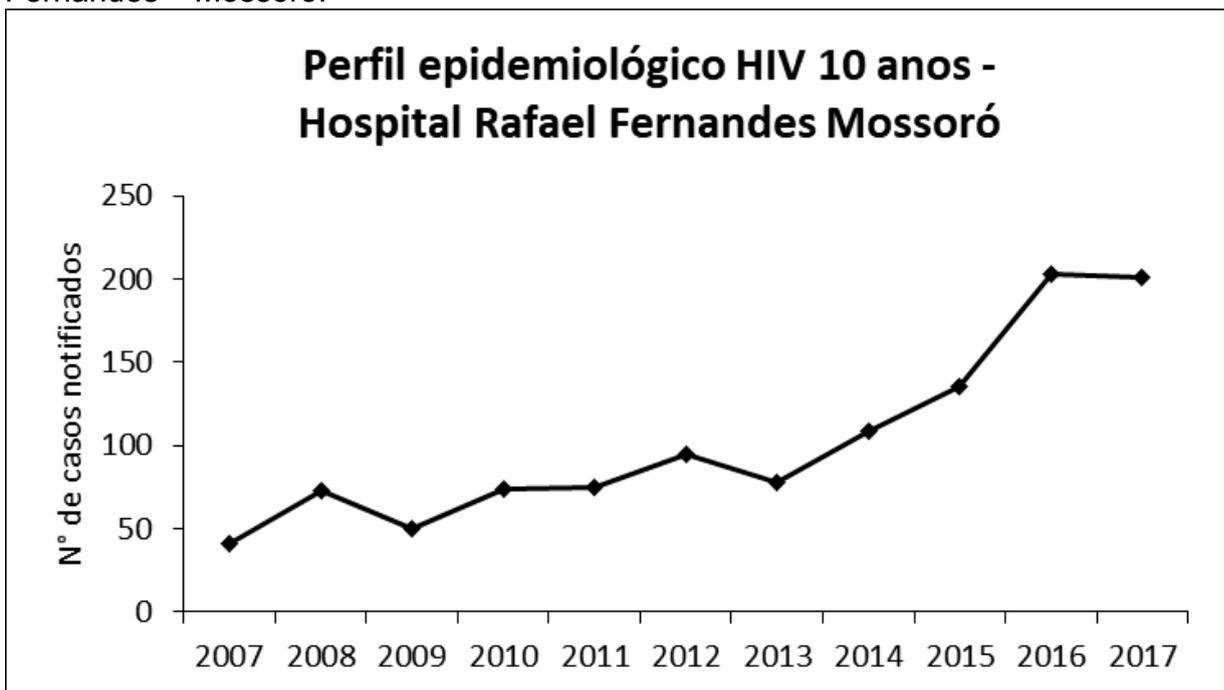
A pesquisa apresentou riscos mínimos, como a quebra do sigilo. Os benefícios representaram a contribuição para produção de conhecimento científico sobre o número de notificações da infecção por HIV/AIDS em cidades onde a informação acerca da epidemia ainda é escassa. Além de permitir ações futuras de prevenção, redução do estigma, conscientização, busca pelos testes de diagnóstico e redução da disseminação da epidemia.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Perfil Epidemiológico HIV/AIDS – 10 anos

A pesquisa foi coletada através de estudo de campo no Hospital de Referência da região oeste do estado do Rio Grande do Norte, a partir do banco nacional de dados de HIV/AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2007 até 2017. Todas as informações constantes no formulário foram coletadas e os dados levantados representam categorias de informações presentes nele (ver formulário em anexo). O perfil epidemiológico segundo dados do Hospital Rafael Fernandes mostrou um aumento do número de casos registrados nos últimos dez anos (Figura 1). Em 2014 o número de casos começou a aumentar consideravelmente sendo 109 casos, em 2015 continuou crescendo chegando a 135 casos, e nos dois últimos anos o número ultrapassou os 200 casos notificados por ano.

Figura 1. Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 de acordo com o perfil epidemiológico dos últimos dez anos, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró.

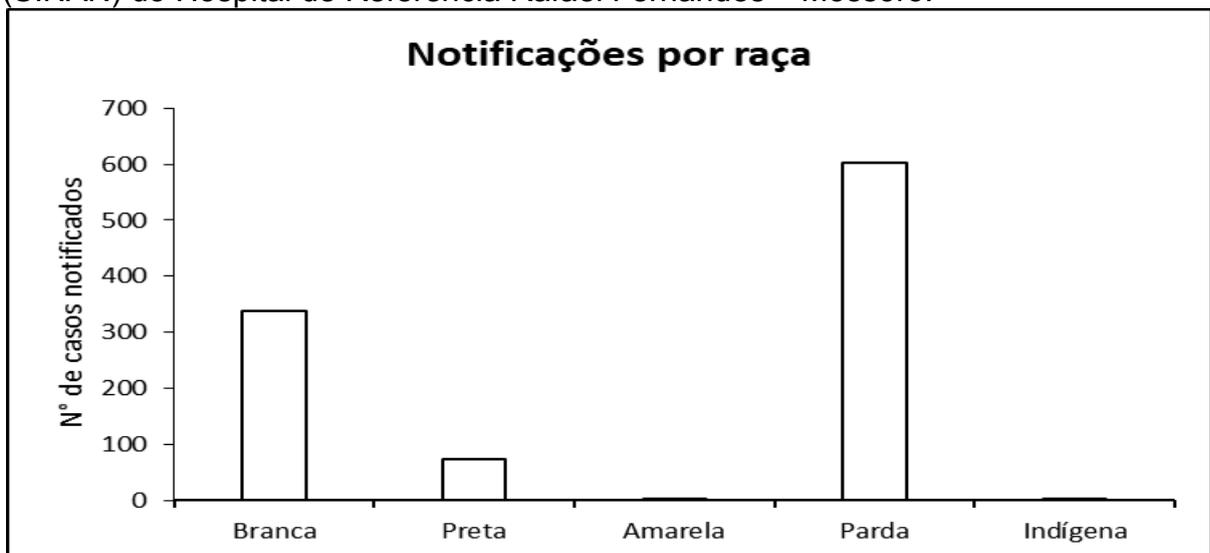


Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Notificações por Raça

Quando os casos notificados foram estratificados pela raça houve um predomínio das raças parda e branca considerando todo o período estudado (Figura 2). Sabe-se que o Brasil é um país bastante miscigenado e por isso há dificuldades de definições de grupos étnicos. Grande parte da população parece escolher a definição “parda” como a que melhor representa essa miscigenação. Então se existe uma maior proporção da raça parda na população brasileira, isso pode refletir na quantidade de casos notificados. É importante ressaltar que durante os dez anos houve apenas um caso da raça indígena no ano de 2009 e um caso amarela no ano de 2017, notificados pelos dados do SINAN. Em nosso país o conceito de raça tem sido primordial na organização dos princípios da sociedade. De acordo com alguns autores, a ideia de raça não pode ser considerada universal por não prescindir de uma fundamentação objetiva, “natural” ou biológica (Frota Pessoa, 1996; Santos RV, 1996). Para eles, a “fragilidade” terminológica e conceitual pode dificultar sua aplicação em estudos e pesquisas sobre saúde. Por outro lado, segundo Kabad (2012), a estratificação por grupos étnicos em estudos é importante, pois auxilia a identificar a relação entre indicadores socioeconômicos e desigualdades encontradas entre grupos étnico-raciais.

Figura 2. Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 de acordo com a raça, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró.



Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Notificações por Escolaridade

A escolaridade tem sido utilizada como indicador da situação socioeconômica (FERNANDES, 2000). O aumento de casos de HIV/AIDS em indivíduos com menor escolaridade tem sido denominado de pauperização da epidemia (FONSECA, 2012). No presente estudo, os casos notificados de HIV/AIDS foram mais frequentes entre indivíduos que possuíam escolaridade da 1º a 4º série do Ensino Fundamental Incompleto (Tabela 1). Tal resultado sugere que quando a escolaridade dos indivíduos é baixa, esses mesmos indivíduos detêm menor acesso a informação, tornando esse indivíduo mais vulnerável a situações de risco à infecção pelo HIV/AIDS. Esses dados corroboram aqueles de Rodrigues Neto e colaboradores (2004), que também encontraram um predomínio de classes econômicas mais baixas e com baixo grau de escolaridade entre pacientes vivendo com HIV. Além disso, segundo Tomazelli et al (2003), o grau de instrução dos pacientes com HIV/AIDS é menor do que o da população geral, e geralmente maior na população do sexo masculino.

Tabela 1. Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por escolaridade segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes - Mossoró.

ESCOLARIDADE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Analfabeto	1	9	4	5	7	4	8	1	13	14	12	78
1º a 4º Série Incompleto	11	13	12	10	15	22	22	37	30	38	22	232
4º Série Completo	2	7	3	6	3	6	2	1	3	9	1	43
5º A 8º Série Incompleto	13	10	8	3	17	19	16	20	25	26	29	186
Ensino Fundamental Completo	3	5	11	15	8	5	0	6	14	13	2	82
Ensino Médio Incompleto	2	7	3	13	6	5	10	0	8	10	13	77
Ensino Médio Completo	4	13	3	10	3	19	5	22	15	21	35	150
Educação Superior Incompleto	0	0	1	1	2	3	4	2	4	9	15	41
Educação Superior Completo	1	2	0	0	2	6	7	9	7	12	19	65
Sem resposta/ Branco	4	7	5	11	12	6	4	11	16	51	53	180
TOTAL	41	73	50	74	75	95	78	109	135	203	201	1.134

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Notificações por faixa etária e sexo

O total do número de casos notificados por faixa etária mostra que as faixas etárias de maiores notificações ao longo dos anos foram de indivíduos entre as idades de 20 a 34 e de 35 a 49 anos (Tabela 2).

Tabela 2. Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 e 2017 separados por faixas etárias e sexo segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró.

FAIXA ETÁRIA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
< 1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
15 a 19	2	2	1	3	5	4	3	1	7	2	13	43
20 a 34	20	33	22	33	37	42	26	47	61	101	97	519
35 a 49	16	28	21	23	23	34	30	41	42	63	65	386
50 a 64	3	9	4	13	6	12	15	16	18	32	23	151
65 a 79	0	1	2	2	4	2	4	4	6	5	2	32
> 80 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Total	41	73	50	74	75	95	78	109	135	203	201	1.134

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Considerando os sexos no geral, é possível observar que o número de casos notificados ao longo dos anos foi maior para o sexo masculino (Figura 3).

Figura 3. Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 de acordo com o sexo no geral, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró.

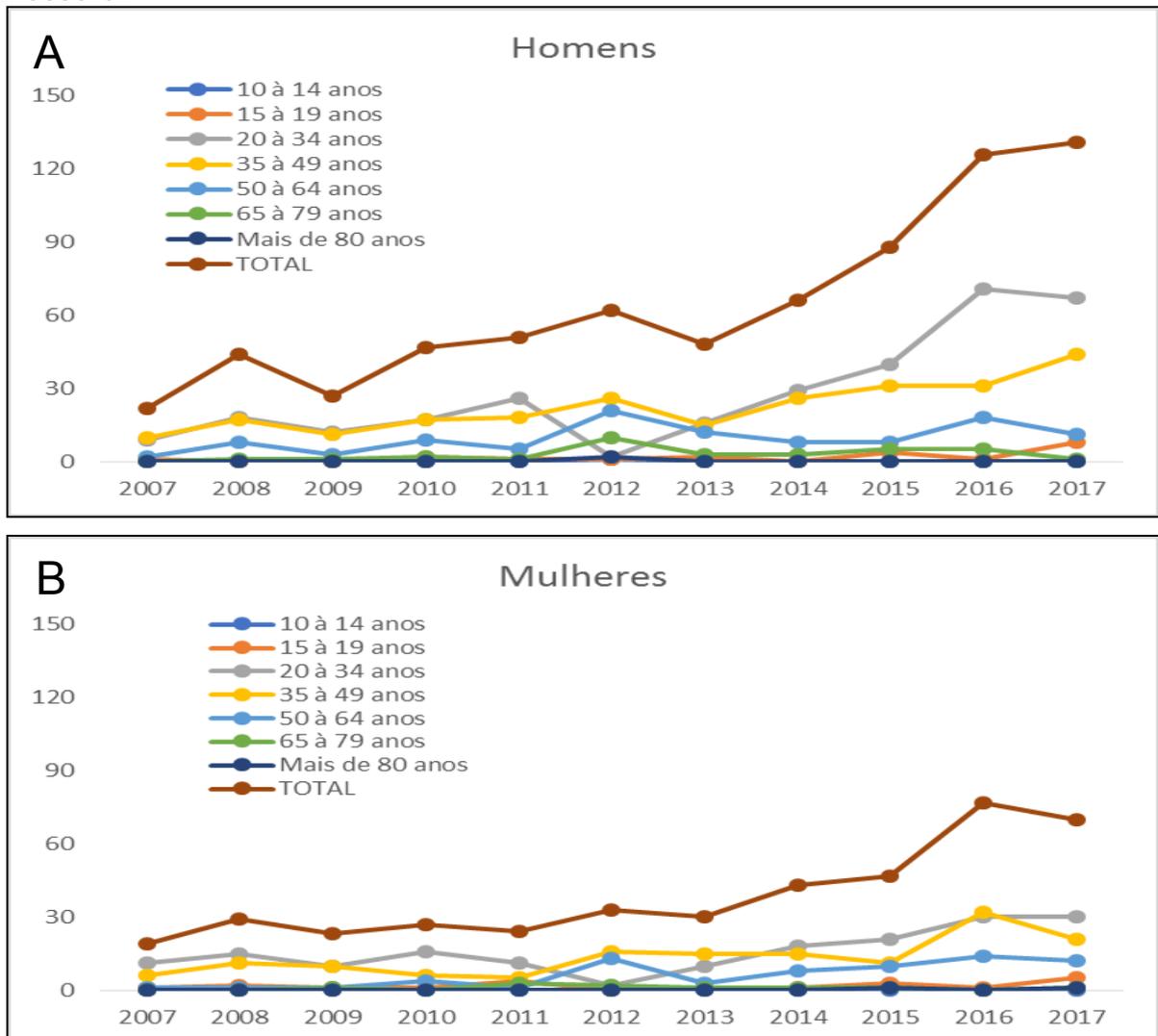


Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Considerando os sexos por cada faixa etária, o número total de casos notificados da infecção pelo HIV/AIDS oscilou em valores aproximados entre homens e mulheres até o ano de 2013. A partir do ano de 2014 houve um aumento no número de casos notificados, em especial no sexo masculino, como mostra a maior inclinação na curva do total de notificações neste sexo (Figura 4A). As faixas etárias que mais apresentaram esse aumento foram a faixa etária 3 que representa

indivíduos de idade entre 20 a 34 anos, que no ano de 2016 teve uma elevação considerável; a faixa etária 4 que representa indivíduos de 35 a 49 anos, ficando estável ao longo dos anos, com exceção de uma leve tendência de aumento no ano passado; e a faixa etária 5 que são os indivíduos com idades de 50 a 64 anos, que se manteve constante durante todos os anos (Figura 4A). As demais faixas etárias mantiveram notificações mínimas, são elas: a faixa etária 1 que representa indivíduos com idades de 10 a 14 anos, a faixa etária 2 que representa indivíduos com idades de 15 a 19 anos, a faixa etária 6 que representa indivíduos com idades de 65 a 79 anos e a faixa etária 7 que representa indivíduos com idade maior que 80 anos.

Figura 4. Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 e 2017 separados por sexo masculino (A) e feminino (B), segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró.



Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Já na população feminina, até o ano de 2013 houve uma estabilidade do número de casos notificados, em 2014 e 2015 um discreto aumento no número de notificações, porém a partir do ano de 2016 houve um aumento considerável, ainda que menor do que o aumento visto no sexo masculino. As faixas etárias que apresentaram discreto aumento ao longo dos anos foram a faixa etária 3 (20 a 34 anos), a faixa etária 4 (35 a 49 anos) e a faixa etária 5 (50 a 64 anos). As demais faixas etárias mantiveram notificações mínimas, são elas: a faixa etária 1 que representa indivíduos com idades de 10 a 14 anos, a faixa etária 2 que representa indivíduos com idades de 15 a 19 anos, a faixa etária 6 que representa indivíduos com idades de 65 a 79 anos e a faixa etária 7 que representa indivíduos com idade maior que 80 anos. (Figura 4B). De acordo com o Ministério da Saúde 2012, no cenário nacional, as taxas de detecção de AIDS em homens têm apresentado tendência significativa de crescimento, no entanto, entre as mulheres as taxas mostram uma queda nos últimos dez anos. Os dados regionais coletados corroboram, em parte, os dados nacionais, já que também se pôde observar um aumento do número de casos notificados no sexo feminino.

Notificação por sexo em cidades componentes da microrregião de Mossoró/RN

As cidades que compõem a microrregião de Mossoró/RN são: Areia Branca, Baraúna, Grossos, Serra do Mel, Tibau e Mossoró. O perfil epidemiológico seguiu um crescimento dos casos registrados de pessoas com HIV/AIDS em todas as cidades durante os dez últimos anos, como mostra a porcentagem de variação considerando o último ano (2017) em comparação com o primeiro (2007; ver Tabela 3). Portanto, a porcentagem de variação corresponde a seguinte equação $[(\text{ano final} - \text{ano inicial}) / \text{inicial} \times 100]$. Esse dado revela um aumento alarmante nas notificações na cidade de Baraúna e Mossoró, as quais apresentaram um aumento de 900% e 500%, respectivamente. Essa porcentagem pode variar de acordo com os anos final e inicial considerados, como a proposta do presente estudo foi analisar os últimos 10 anos, temos esse resultado. No caso de Baraúna, especula-se que o fato de ser uma cidade do interior na divisa com o estado do Ceará e ser ponto de passagem de caminhoneiros e outros viajantes aliado com o alto índice de

analfabetismo e baixo índice de desenvolvimento humano (IBGE, Censo 2000), pode ajudar a esclarecer esse aumento no número de notificações. Já Mossoró/RN é o segundo município mais populoso do estado e vem num crescimento gradual do número de casos notificados. Provavelmente as políticas de conscientização de saúde e proteção sexuais na população tem falhado ou ficou aquém do esperado para conter esse aumento.

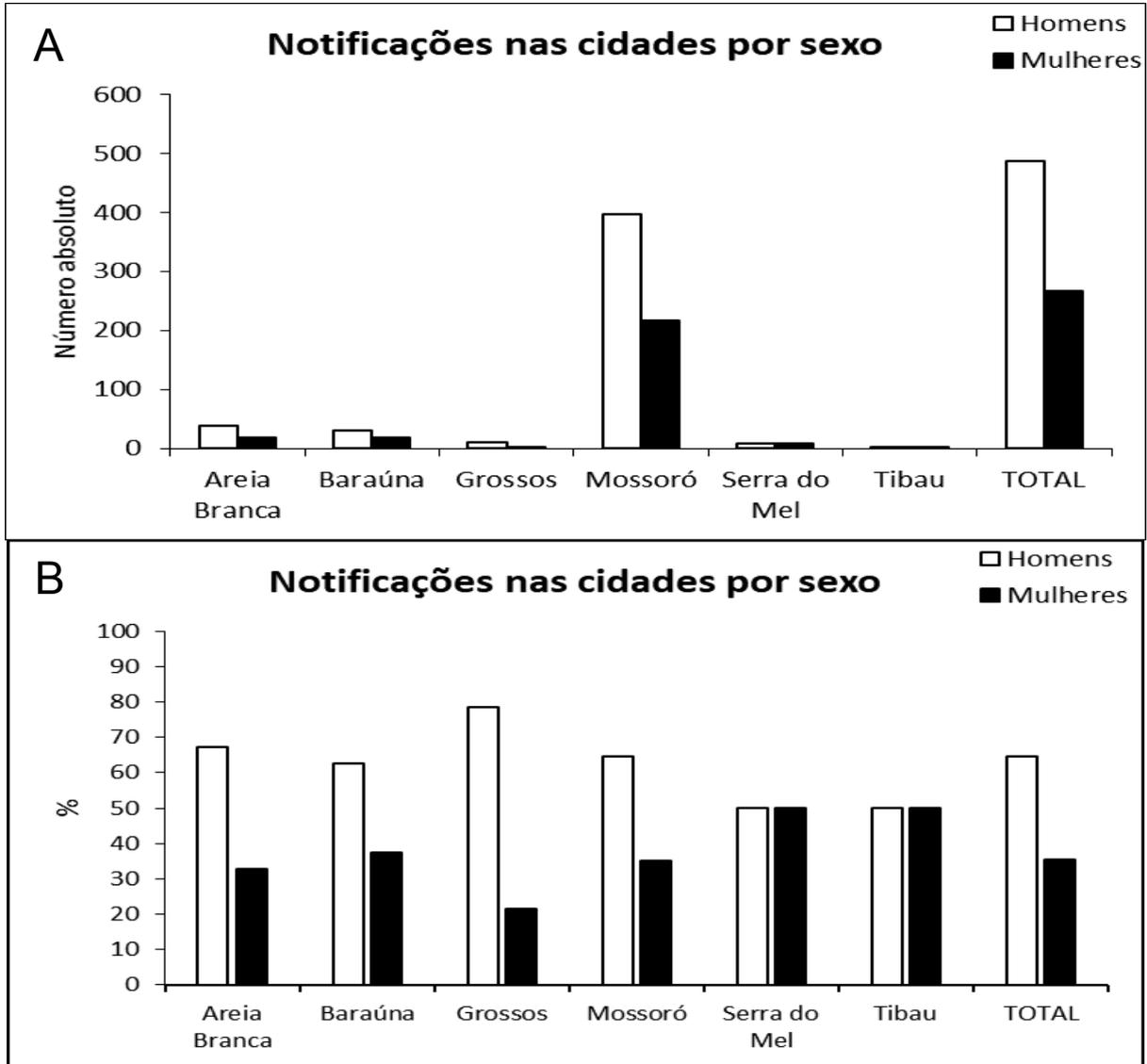
Tabela 3. Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por sexo, em cidades componentes da microrregião de Mossoró/RN, em porcentagem de variação, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró.

Cidades	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	%Variação
Areia Branca	3	4	5	5	3	6	6	7	7	5	7	58	133
Baraúna	1	5	2	1	5	2	4	6	1	11	10	48	900
Grossos	0	0	0	5	1	0	1	0	1	5	1	14	100
Mossoró	19	39	31	39	42	58	35	59	64	113	114	613	500
Serra do Mel	1	1	2	1	1	3	2	0	1	2	2	16	100
Tibau	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	4	200

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

De acordo com o Figura de números absolutos das notificações nas cidades separados por sexo merece destaque o sexo masculino, que apresentou maior número de casos em quase todas as cidades com exceção das cidades de Serra do Mel e Tibau que apresentaram proporção igual do número de notificações entre os sexos (Figuras 5A e 5B). Vale salientar que o número de casos notificados do sexo feminino em Mossoró é alto em comparação as demais cidades. A cidade de Grossos/RN foi quem apresentou maior discrepância entre homens e mulheres convivendo com o HIV/AIDS, com 79% de homens e 21% de mulheres, seguido da cidade de Areia Branca/RN com 68% de casos do sexo masculino e 32% de casos femininos, da cidade de Mossoró/RN, que teve 65% de casos masculinos e 35% de casos femininos, e da cidade de Baraúna/RN que teve 62% de casos masculinos e 37% de casos femininos. Excetuando as cidades de Serra do Mel/RN e Tibau/RN, que tiveram poucos casos notificados, a menor discrepância na cidade de Baraúna/RN entre homens e mulheres está alinhada com a visão de haver uma tendência a um crescimento dos casos notificados em mulheres nessa cidade nos últimos anos (Justino et al., dados não publicados).

Figura 5. Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por sexo, em cidades componentes da microrregião de Mossoró/RN, em números absolutos (A) e em porcentagem (B), segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró.



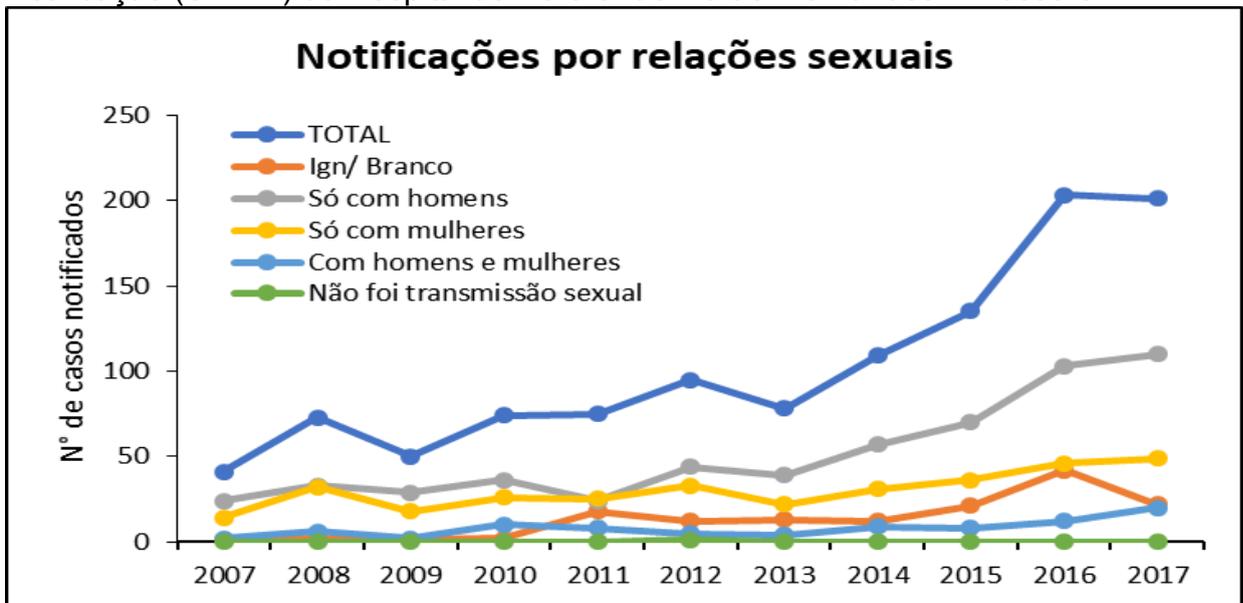
Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Notificação por Relações Sexuais

Os resultados referentes a essa variável mostraram que durante os anos de 2007 a 2017 o número de notificações em relações com apenas um sexo, independentemente se apenas com homens ou apenas com mulheres, se sobressaiu em relação aquelas bissexuais ou por aquelas que não foram infectadas através de relações sexuais (Figura 6). Os casos notificados de indivíduos que

tiveram relações só com homens a partir do ano de 2014 até o ano de 2017 tiveram um crescimento em relação aos demais grupos. A partir desses dados não é possível saber se os indivíduos que detinham relações sexuais apenas com homens eram homens homossexuais ou mulheres heterossexuais. Tal informação pode ser melhor interpretada no próximo tópico.

Figura 6. Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por relações sexuais, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró.



Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Notificação por Orientação Sexual e característica da soroconversão

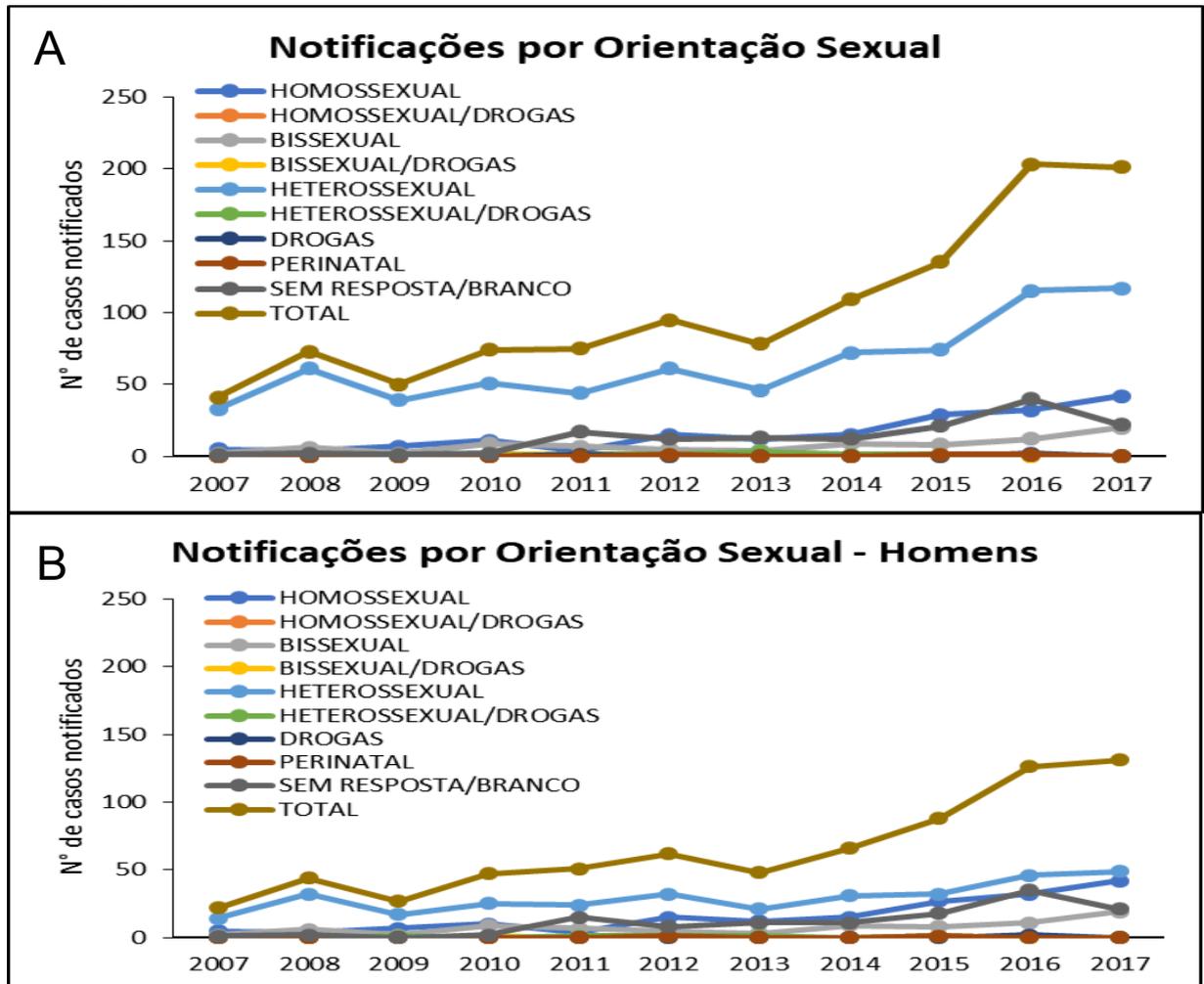
A orientação sexual diz respeito à atração afetiva e sexual que é sentida entre indivíduos. O formulário de notificações considerou nesse item o sexo (e a orientação sexual) mais como característica de como ocorreu a infecção pelo vírus (soroconversão) do que como categoria de risco. Assim as seguintes categorias de exposição foram elencadas: homossexual, heterossexual, bissexual, homossexual/drogas, heterossexual/drogas, bissexual/drogas, drogas, perinatal e os indivíduos que não responderam ou deixaram a resposta em branco. Durante o período estudado verificou-se que a categoria de exposição em que os indivíduos se diziam heterossexuais representou quase que a totalidade dos casos nos três primeiros anos e se manteve como a categoria que mais sofreu aumento no número de casos notificados (Figura 7A). Além disso, a categoria homossexual teve sutil

aumento do número de notificações a partir do ano de 2015.

Quando a análise considera essa variável separada pelo sexo, observa-se uma diferença de perfil entre homens e mulheres (Figuras 7B e 7C). Entre os homens a característica da soroconversão varia entre duas orientações sexuais, a heterossexual e a homossexual em proporção similar, principalmente a partir do ano de 2015. No entanto, entre as mulheres quase que a totalidade dos casos notificados representa apenas a categoria de orientação heterossexual.

É importante ressaltar que as categorias “perinatal” e “drogas” quase não tiveram casos notificados. Esse resultado sugere que a grande maioria da soroconversão ocorre através do sexo.

Figura 7. Total do número de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017 separados por orientação sexual e característica da soroconversão em geral (A) e separados por sexo masculino (B) e feminino (C), segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Hospital de Referência Rafael Fernandes – Mossoró.





Fonte: Dados da pesquisa (2018)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resumidamente, o presente estudo mostrou que entre os anos de 2007 a 2017, de acordo com o número de notificações pelo vírus HIV/AIDS na microrregião de Mossoró/RN, houve um aumento da infecção pelo HIV/AIDS, principalmente nas cidades de Baraúna/RN e Mossoró/RN. De acordo com os casos notificados houve predomínio das raças parda e branca, do número de casos em camadas de baixa escolaridade, de indivíduos do sexo masculino e das faixas etárias de idade entre 20 a 50 anos. Verificou-se também soroconversão ocorrendo principalmente através do ato sexual, e que a proporção por categoria de exposição de acordo com a orientação sexual é diferente entre homens e mulheres.

Com base nos resultados obtidos sobre o número de notificações da infecção pelo HIV/AIDS na microrregião de Mossoró/RN com dados coletados a partir do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), pôde-se concluir que o aumento da ocorrência de infecções pelo vírus HIV/AIDS no decorrer do anos de 2007 a 2017 justifica a necessidade de um diagnóstico precoce, de uma boa avaliação médica, de promoção de ações preventivas junto à população, com foco na promoção de práticas sexuais seguras. Além da sugestão de medidas preventivas que engajem campanhas educativas, procurando meios de disseminá-las nas regiões mais afetadas, propondo também o desenvolvimento de ações e projetos em saúde de interesse socioeducativo, principalmente nas cidades em que a variação do número de casos foi alarmante, como Baraúna/RN e Mossoró/RN.

A população masculina é a mais acometida pela infecção por HIV/AIDS na microrregião estudada, o que segue tendência nacional e mundial. Esse fato pode sugerir que o homem carrega um traço de maior promiscuidade ou que não se preocupa muito com a saúde sexual, principalmente quanto à prevenção de doenças. A segunda hipótese parece mais plausível já que a vulnerabilidade a infecção pelo HIV/AIDS está associada ao comportamento e não ao sexo.

O conhecimento também parece ser um componente fundamental que influencia a vulnerabilidade. O predomínio do número de casos em faixas da população com menor escolaridade demonstra a necessidade da elaboração de programas de educação e prevenção que despertem a consciência da prevenção do HIV/AIDS, e também permitam a elaboração e realização de ações em saúde voltadas para programas estratégicos na comunidade.

As ações ou campanhas de saúde não devem ser, apenas por meio de palestras ou distribuição de material informativo, mas continuadas objetivando esclarecer a todos, os seus direitos, garantindo o sigilo das pessoas e o estímulo à testagem, bem como ao tratamento, por exemplo. O artigo 2º da Lei 13.504 diz que campanhas são constituídas de um conjunto de atividades e mobilizações relacionadas ao enfrentamento do HIV/AIDS e das demais infecções sexualmente transmissíveis, tornando o desenvolvimento e realização de programas contínuos e efetivos de prevenção do HIV/AIDS em vários locais, contribuindo, assim, para a redução dos números de notificações e melhor qualidade de vida e saúde da população. Portanto, faz-se necessário um esforço em conjunto de órgãos governamentais, entidades públicas e privadas, além da própria população para manter constantes a lembrança que o HIV/AIDS ainda é uma epidemia e evitar que essa conscientização não seja esquecida ou lembrada apenas em certos períodos ou datas.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. **Imunología celular y molecular** 6a ed. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 01, 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/node/75>>. Acesso em: 27 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS e IST**. Brasília: Ministério da Saúde, Ano V, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 59, 28 de janeiro de 2003. Diário Oficial da União. Brasília, 30 de janeiro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 224 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1653-6 1. Assistência farmacêutica. 2. Terapia antirretroviral. 3. DST e Aids. I. Título. II. Série. (Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids pag. 87 e 88).

BRITO, Ana Maria de. et al, **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Brasília, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar-abr, 2001.

Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais; **A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NO SUS - Suas Competências e Atribuições nas ações de Saúde Pública** / Organizador CASP-CRF/MG 1ª Ed. Belo Horizonte: CRF/MG, 2011. 28p.

CRUZ, Marly Marques da. **AIDS na terceira década**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1976-1977, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800025&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2018.

Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 1 de julho de 2008. Consultado em 11 de outubro de 2008.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. **Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 16, n. 4, p. 953-965, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000400953&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2018.

FERREIRA, Orlando & FRANCHINI, Miriam & BAZZO, Maria Luiza & MOTTA, Leonardo & VÉRAS, Nazle & SANAE Sumikawa & WERSOM, Elaine. (2015). **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV.**

FERNANDES AMS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. **Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual.** Cadernos de Saúde Pública. 2000; 16 Suppl 1: S103-112.

FONSECA MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. **Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997.** Revista de Saúde Pública. 2002; 36:(6):678-685.

FROTA-PESSOA, O. **Raça e eugenia.** In: SCHWARCZ, LM; QUEIROZ, RS (orgs.) **Raça e diversidade.** São Paulo: Edusp/Estação Ciência; 1996. p. 29-46.

FOCACCIA, Roberto; VERONESI, Ricardo. **Veronesi: tratado de infectologia.** In: Veronesi: tratado de infectologia. 2005.

FREITAS, Júnior (Mossoró). **O DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS PORTADORAS DE HIV NO RIO GRANDE DO NORTE.** 2017. Disponível em: <<http://www.lumosjuridico.com.br/2017/09/03/o-direito-a-saude-das-pessoas-portadoras-de-hiv-no-rio-grande-do-norte/>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

KABAD JF, Bastos JL, Santos RV. **Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed.** Physis 2012; 22(3):895-918.

KERR, Lígia. **Prevenção e tratamento da Aids são desafio no Nordeste** [entrevista na internet]. Recife: Portal DSS Nordeste; 2013 Out 02. Entrevista concedida a Maira Baracho. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/entrevistas/prevencao-e-tratamento-da-aids-sao-desafio-no-nordeste/>> Acesso em 02 fev. 2018

MARTINS, T. A., SANSIGOLO, L. R. F., KENDALL, K. C., MOTA, R. M. S. **Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo.** Rev Fisioter S Fun., 2014 Jan- Jun; 3(1):4-7

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico.**7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RIBEIRO, Gessica (Ed.). **Casos de HIV aumentam no Brasil e números são expressivos no RN.** 2014. Disponível em: <<http://www.potiguarnoticias.com.br/noticias/29429/casos-de-hiv-aumentam-no-brasil-e-numeros-sao-expressivos-no-rn>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde.** 7 ed. Rio de Janeiro: Saraiva. 2013.

SAÚDE, Ministério da. **O que é HIV.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 09 fev. 2018.

SAÚDE, Ministério da. **Sintomas e fases da AIDS.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/sintomas-e-fases-da-aids>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

SOUZA LM, Wegner W, Gorini MIPC. **Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador.** Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15: março-abril; 15: 167-74.

TOMAZELLI J et al. **Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial.** Cad Saúde Pública 2003; 19: 1049-61.

UNAIDS Estimates 2018 <<http://aidsinfo.unaids.org>> Acesso em: 07 maio. 2018.

ANEXOS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO

Nº

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	AIDS		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	6 Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico		
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP		
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso				
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	32 Provável modo de transmissão		
32 Transmissão vertical		33 Sexual	34 Sangüinea		
34 Sangüinea		35 Data da transfusão/acidente	36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	
35 Data da transfusão/acidente		36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	Código (IBGE)	
38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente		39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?			
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV				
	Data da coleta				

Critérios de definição de casos de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> *Excluída a tuberculose como causa <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm
	43 Critério óbito Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>
Trat.	44 UF 45 Município onde se realiza o tratamento Código (IBGE) 46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código
Evolução	47 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 48 Data do Óbito 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
Investigador	Nome _____ Função _____ Assinatura _____