



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA E COMPORTAMENTAL DE
PACIENTES COM AIDS ACOMPANHADOS POR UM HOSPITAL
PÚBLICO NO TOCANTINS, NO PERÍODO DE 2007 A 2013**

ZILENE DO SOCORRO SANTA BRÍGIDA DA SILVA

Goiânia – Goiás

2015



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA E COMPORTAMENTAL DE
PACIENTES COM AIDS ACOMPANHADOS POR UM HOSPITAL
PÚBLICO NO TOCANTINS, NO PERÍODO DE 2007 A 2013**

ZILENE DO SOCORRO SANTA BRÍGIDA DA SILVA

Orientadora Prof^a Dra. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer (PUC-GO)

Co-Orientadora Prof^a Dra. Simone Gonçalves da Fonseca (UFG-GO)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia – Goiás

2015

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Silva, Zilene do Socorro Santa Brígida da.
S586a Análise epidemiológica, clínica e comportamental de
pacientes com AIDS acompanhados por um hospital público no
Tocantins, no período de 2007 a 2013 [manuscrito] / Zilene do
Socorro Santa Brígida da Silva – 2015.
133 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde,
2015.

“Orientadora: Profa. Dra. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer e
Co-Orientadora: Profa. Dra. Simone Gonçalves da Fonseca”.

1. AIDS (Doença). I. Título.

CDU 616.98:578.828HIV(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 13 DE MARÇO DE 2015 E CONSIDERADA
APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

1) Imtraut Araci Hoffmann Pfrimer

Profa. Dra. Imtraut Araci Hoffmann Pfrimer / PUC Goiás (Presidente)

2) Simone Gonçalves da Fonseca

Profa. Dra. Simone Gonçalves da Fonseca / UFG (Co-Orientadora)

3)

Ana Luiza Lima Sousa
Profa. Dra. Ana Luiza Lima Sousa / UFG (Membro Externo)

4)

Flávia Melo Rodrigues
Profa. Dra. Flávia Melo Rodrigues / PUC Goiás (Membro)

DEDICATÓRIA

À DEUS,

Agradeço por teu amor, generosidade e bênçãos na minha vida, na vida de minha família, de meus amigos e de suas famílias.

Tudo é possível ao que crê.

Obrigada, meu Senhor Deus por tudo que conquistei e que ainda conquistarei nesta vida!!!

*Aos **meus pais Ana Santa Brígida da Silva e Zacarias Feliciano da Silva** (in memoriam) minha eterna gratidão por me ensinarem a valorizar as coisas mais simples e significativas da vida.*

*Aos **meus irmãos Ana, Augusto, Zenaide, Zuleide, Zacarias, Terezinha, Carlos, Isabel, Rosália, Zeneide, Ana Cristina e Ivone** (in memoriam), aos **meus cunhados Estherluce, Miguel e Dárcio**, e aos **meus sobrinhos** queridos, meu amor e minha gratidão.*

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Irmtraut Araci Hoffman Pfrimer pela paciência, compreensão, incentivo e companheirismo durante toda a construção e execução desse objetivo de vida sob a forma de estudo. Você é uma pessoa extraordinariamente especial.

À Profª Drª Simone Gonçalves da Fonseca pelo enorme apoio, palavras de incentivo e disponibilidade na construção da presente pesquisa.

À Profª Drª Flávia Melo Rodrigues por sua simpatia e enorme disponibilidade, além das grandes contribuições para a finalização deste estudo.

À Profª Drª Ana Luiza Lima Sousa por suas importantes contribuições na finalização desta dissertação.

À MSc Natália Alberto Alves Brandão pelo grande apoio no projeto de pesquisa.

À minha querida amiga Patrícia Lima Mercês pelo ombro amigo e palavras de incentivo em todos os momentos difíceis de minha vida, em especial, neste mestrado.

Ao Diretor Geral Hilário Fábio Araújo Nunes e ao Coordenador Administrativo do HDT Nelson Gonçalves pela compreensão, apoio e incentivo na realização de todas as etapas do Mestrado.

Aos amigos Milene Damous de Castro e Juliano Cezar Rocha, enfermeiros, que me apoiaram nos momentos mais difíceis da construção e finalização desta pesquisa.

À funcionária do Núcleo Hospitalar Epidemiológico Maria Leonília Vieira de Sousa, pela enorme ajuda na coleta de dados e, principalmente, pela seriedade e comprometimento com o serviço de epidemiologia. Você é um exemplo a ser seguido!

Às funcionárias do Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) Josimeire Dantas Borges e Maria Cleia Castro dos Santos Moraes pelo acolhimento que recebi e disponibilização do material necessário à coleta de dados. Obrigada pela ajuda.

À equipe de trabalho do CTA e do SAE do HDT obrigada pelo apoio quanto a alguns momentos de ausência das atividades profissionais a fim de desenvolver este estudo.

À Responsável pelo NEP do HDT Raimunda Moreira agradeço pela presteza quanto à documentação necessária para a aprovação do projeto junto à Secretaria de Saúde do Tocantins e ao CEP-PUC/GO.

À minha querida colega de trabalho MSc Iara Brito Bucar, agradeço pelo enorme apoio e importantes dicas quanto aos trâmites administrativos para a finalização do mestrado.

Aos colegas de turma, à Coordenação, Professores e Funcionários do Mestrado pelo apoio no decorrer deste estudo.

“De repente, dei-me conta de que a cura da AIDS existia antes mesmo de existir, e de que seu nome era vida. Foi de repente, como tudo acontece.”

HERBERT DE SOUZA (Betinho)

RESUMO

SILVA, Z, S, S, B DA. **Análise Epidemiológica, Clínica e Comportamental de Pacientes com AIDS acompanhados por um Hospital Público no Tocantins, no período de 2007 a 2013.** 137 p. Dissertação – Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia- Goiás.

Objetivo: analisar as características epidemiológicas, clínicas e comportamentais dos pacientes com AIDS acompanhados pelo Hospital de Doenças Tropicais no Tocantins, no período de 2007 a 2013. **Métodos:** estudo descritivo, retrospectivo e transversal. Foram coletados dados de 592 fichas de notificação e prontuários de casos de AIDS adultos e criança, do período em estudo, através de ficha adaptada do SINAN, obedecendo aos critérios de inclusão e de exclusão. Foi aplicado o teste do Qui-quadrado para verificar se havia diferenças significativas ($p < 0,05$) entre as frequências observadas e esperadas e em todas as análises, sendo adotado um nível de significância igual a 0,05. **Resultados:** sobressaiu o gênero masculino (57,4%); faixa etária entre 20 a 59 anos (93,9%); a cor parda da pele (82,4%); solteiros (65%); com ocupação tipo empregados, autônomos ou aposentados (75,8%); estudaram o ensino fundamental incompleto (44,6%); residiam no Tocantins (71,05%). Com exceção ao gênero ($p = 0,0001$), as demais variáveis apresentaram diferenças significativas ($p < 0,0001$); os casos foram notificados pelos critérios Rio de Janeiro/Caracas: caquexia (16,8%) e astenia (16,5%), CDC adaptado: contagem de linfócitos T CD4 (51,3%), neurotoxoplasmose (11,7%) e pneumonia (11%) e 2,4% por critério óbito; encontravam-se vivos até o final da coleta de dados (72,5%); foi notificado AIDS com menos de 1 ano do diagnóstico de HIV (80,7%); o ano de 2013 teve maior ocorrência de notificações de Aids; a exposição ao HIV ocorreu por via sexual (92,9%); foram diagnosticados por exames convencionais (62,7%); na notificação: CD4 < 350 cels/mm³ (79,9%) e carga viral > 40 cópias virais (77,2%); e último registro: CD4 > 500 cels/mm³ (49,5%) e carga viral < 40 cópias à indetectável (57,1%); realizaram exame de genotipagem (2,4%); a leishmaniose visceral (35%) e a tuberculose pulmonar (21%) foram as principais infecções oportunistas; nas relações: comparecimento regular/irregular ao serviço de saúde *versus* coinfeção/IO, 56,7% dos pacientes sem regularidade desenvolveram coinfeção/IO ($p < 0,0001$); comparecimento regular/irregular ao serviço de saúde *versus* óbito, 85,9% faleceram aqueles sem regularidade ao serviço ($p < 0,0001$); hospitalização *versus* coinfeção/IO, 63,5% tiveram coinfeção/IO mas não hospitalizaram ($p < 0,0001$); coinfeção/IO *versus* óbito, 71,7% dos pacientes faleceram com alguma coinfeção ($p < 0,0001$); 57,6% dos pacientes utilizaram a TARV com EFZ + AZT + 3TC no início do tratamento e, na última consulta 42,3% utilizou outras combinações; quanto ao comportamento dos pacientes, 41,1% dos homens referiu usar ou já ter usado alguma droga lícita ou ilícita ($p = 0,0006$); 85,7% dos homens referiu não usar ou nunca ter usado preservativo nas relações sexuais ($p = 0,4574$); sobre o tipo de parceria sexual, 93,3% das mulheres e 69,1% dos homens informaram ter relacionamento heterossexual. **Conclusão:** A análise do conjunto de variáveis e seus resultados corroboraram para o alcance dos objetivos propostos neste estudo e para compreender como se apresenta o perfil da epidemia de Aids em âmbito local, contribuindo com a gestão nas medidas de controle para o avanço da Aids no estado e na região.

Descritores: HIV, Vulnerabilidade; Perfil da AIDS; epidemiologia da Aids; características clínicas; características comportamentais.

ABSTRACT

SILVA, Z, S, S, B DA. **Epidemiological Analysis, Clinical and Behavioral Patient with AIDS Accompanied by a public hospital in Tocantins, from 2007 to 2013.** 137 p. Dissertation - Pontifical Catholic University of Goiás. Goiânia - Goiás.

Objective: To analyze the epidemiological, clinical and behavioral characteristics of patients with AIDS accompanied by the Hospital for Tropical Diseases in Tocantins, from 2007 to 2013. **Methods:** A descriptive, retrospective and cross. Data were collected from 592 reporting forms and records of adult AIDS cases and child, the period under study, through adapted SINAN record, according to the inclusion and exclusion criteria. We used the chi-square test to see if there were significant differences ($p < 0.05$) between the observed and expected frequencies and in all analyzes, adopting a significance level of 0.05. **Results:** excelled males (57.4%); aged 20-59 years (93.9%); the brown skin color (82.4%); Singles (65%); with occupancy type employees, self-employed or retired (75.8%); studied the elementary school (44.6%); resided in Tocantins (71.05%). Except gender ($p = 0.0001$), the other variables showed significant differences ($p < 0.0001$); the cases were reported by the criteria Rio de Janeiro / Caracas: cachexia (16.8%) and asthenia (16.5%), CDC adapted: CD4 T lymphocyte count (51.3%), toxoplasmosis (11.7%) and pneumonia (11%) and 2.4% for criterion death; were alive until the end of data collection (72.5%); AIDS was reported in less than 1 year of HIV diagnosis (80.7%); the year 2013 had a higher incidence of AIDS notifications; exposure to HIV through sexual contact occurred (92.9%); were diagnosed by conventional tests (62.7%); in the notification: CD4 < 350 cells / mm³ (79.9%) and viral load > 40 viral copies (77.2%); and last record: CD4 > 500 cells / mm³ (49.5%) and viral load < 40 copies to undetectable (57.1%); examination performed genotyping (2.4%); visceral leishmaniasis (35%) and pulmonary tuberculosis (21%) were the most prevalent and co-infections, toxoplasmosis (23%) and pneumocystosis (22%) were the major opportunistic infections; in relations: regular / irregular attendance to health services versus coinfection / IO, 56.7% of patients without regularity developed coinfection / IO ($p < 0.0001$); regular / irregular attendance to health services versus death, 85.9% died without those regularly employed ($p < 0.0001$); hospitalization versus coinfection / IO, 63.5% had coinfection / IO but not hospitalized ($p < 0.0001$); coinfection / IO versus death, 71.7% of patients died with some coinfection ($p < 0.0001$); 57.6% of patients used ART with AZT + 3TC + EFV at baseline and at the final on 42.3% used other combinations; the behavior of patients, 41.1% of men reported using or have used any legal or illegal drug ($p = 0.0006$); 85.7% of men reported not use or never used condoms during sexual intercourse ($p = 0.4574$); on the type of sexual partner, 93.3% of women and 69.1% of men reported having heterosexual relationship. **Conclusion:** The analysis of all variables and their results corroborate to achieve the objectives proposed in this study and to understand how it presents the profile of the AIDS epidemic at the local level, contributing to the management in control measures for the spread of AIDS in state and the region.

Keywords: HIV, vulnerability; AIDS profile; epidemiology of AIDS; clinical characteristics; behavioral characteristics.

SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xiv
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA – ESTADO DA ARTE	4
2.1. Aspectos Históricos do HIV e da AIDS	4
2.2. Fatores de Vulnerabilidade ao HIV nas Fases da Vida.....	8
2.2.1. Fatores de Vulnerabilidade em crianças.....	10
2.2.2. Fatores de Vulnerabilidade em adolescentes	13
2.2.3. Fatores de Vulnerabilidade e as Relações de gênero	15
2.2.4. Fatores de Vulnerabilidade em Gestantes, Parturientes e Puérperas	16
2.2.5. Fatores de Vulnerabilidade na Pessoa Idosa	17
2.3. Tendências da Epidemia do HIV e da AIDS	20
2.3.1. A Heterossexualização no contexto da Epidemia.....	21
2.3.2. A Feminização no contexto da Epidemia.....	22
2.3.3. A Pauperização no contexto da Epidemia	23
2.3.4. A Interiorização no contexto da Epidemia.....	23
2.4. O Impacto do HIV / AIDS na rotina das pessoas acometidos pelo agravo	24
2.5. Considerações sobre a Atenção às Pessoas que vivem com o HIV/Aids (PVHA) no Brasil.....	26
2.5.1. A Rede Cegonha e sua Contribuição para a Saúde Materno-infantil no Contexto da AIDS.....	26
2.5.2. Métodos Diagnósticos para o HIV no Brasil.....	27
2.5.2.1. O Aconselhamento para realização dos Testes Anti-HIV	31
2.5.2.2. Fluxograma estabelecido no Brasil para o diagnóstico da Infecção pelo HIV	31
2.5.3. Acompanhamento Sistemático da PVHA.....	34
2.5.4. Serviço de Assistência Especializada (SAE)	35

2.6. A Terapia Antirretroviral indicada para AIDS e a Adesão ao Tratamento	36
2.6.1. Adesão a TARV: um desafio ao enfrentamento do HIV/AIDS	38
2.7. Coinfecções e infecções oportunistas com o HIV	42
3. OBJETIVOS	46
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	47
4.1. Tipo de Estudo	47
4.2. Universo / Participantes do Estudo	47
4.2.1. Foram incluídos neste Estudo	47
4.2.2. Foram excluídas do Estudo	47
4.3. Local do Estudo	48
4.4. Instrumentos e Técnicas de Pesquisa	50
4.5. Aspectos Éticos.....	50
4.6. Explicitação de variáveis para o Estudo.....	50
4.7. Análises dos Dados	54
5. RESULTADOS	55
5.1. Caracterização Sócio demográfica e Epidemiológica	55
5.3. Caracterização Comportamental.....	65
6. DISCUSSÃO	67
7. CONCLUSÕES	83
8. REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES.....	I
APÊNDICE 1 – FICHA DE COLETA DE DADOS/ADULTO.....	II
APÊNDICE 2 – FICHA DE COLETA DE DADOS/MENOR DE 13 ANOS.....	VII
ANEXO.....	XIII
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA PUC-GO.....	XIII

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das Características sócio demográficas de pacientes com AIDS, acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013) (n=592).	55
Tabela 2. Distribuição dos critérios de definição de casos de AIDS/Rio de Janeiro-Caracas em pacientes acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).	56
Tabela 3. Distribuição dos critérios de definição de casos de AIDS/CDC-adaptado em pacientes acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....	57
Tabela 4. Distribuição do critério-óbito adotado para a notificação dos casos em pacientes com AIDS, acompanhados no HDT. Araguaína/TO (2007-2013).	57
Tabela 5. Distribuição quanto a evolução do caso, segundo a notificação de pacientes com AIDS, acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....	58
Tabela 6. Distribuição da relação entre o tempo (em anos) de diagnóstico do HIV e a notificação de casos de AIDS, em pacientes acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....	58
Tabela 7. Distribuição do número de casos de AIDS, por data de notificação, de pacientes acompanhados pelo HDT, segundo mês de ocorrência. Araguaína/TO (2007-2013).....	59
Tabela 8. Distribuição do provável modo de transmissão do HIV em pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....	59
Tabela 9. Distribuição da evidência laboratorial da infecção pelo HIV dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....	60
Tabela 10. Distribuição da contagem de linfócitos T CD4+ no momento da notificação e o último exame registrado, dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).	60
Tabela 11. Distribuição da quantificação de carga viral dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT, no momento da notificação e o último exame registrado. Araguaína/TO (2007-2013).	61
Tabela 12. Distribuição da realização de exame de Genotipagem dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....	61
Tabela 13. Distribuição quanto a Prevalência de Coinfecções, por ano de diagnóstico, dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....	62

- Tabela 14.** Distribuição quanto a prevalência de Infecções Oportunistas (IO), por ano de diagnóstico, dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....63
- Tabela 15.** Distribuição quanto a relação entre situação de regularidade ao local de tratamento e Coinfecção/IO associadas à AIDS, dos pacientes acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....63
- Tabela 16.** Distribuição da relação entre situação de regularidade ao local de tratamento e Óbito, dos pacientes com AIDS, acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).64
- Tabela 17.** Distribuição quanto a relação entre Hospitalização e Coinfecção/IO, dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....64
- Tabela 18.** Distribuição da relação entre Coinfecção/IO e Óbito, dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....65
- Tabela 19.** Distribuição da relação entre grupos de TARV prescritos no início do tratamento e os prescritos na última consulta, dos pacientes acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).65
- Tabela 20.** Distribuição das características Comportamentais e Gênero, de pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).....66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARV	Antirretroviral
AZT/3TC	Zidovudina + Lamivudina
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento para DST e AIDS
CVP	Carga Viral Plasmática
DDAHV	Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais
DPP	Plataforma de Migração Dupla/Imunocromatografia de Dupla Migração
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EFZ	Efarivenz
ELISA	<i>Enzyme-linked immunosorbent assay</i>
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FO	Fluido Oral
HCV	Vírus da Hepatite do tipo C
HDT	Hospital de Doenças Tropicais
HEDT	Hospital Estadual de Doenças Tropicais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (do inglês <i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
HRA	Hospital Regional de Araguaína
HRP	<i>Horseradish Peroxidase</i>
HSH	Homens que fazem sexo com outros homens
HUMI	Hospital da Universidade Federal do Maranhão
ICTV	<i>International Committee on Taxonomy of Viruses</i>
Ig	Imunoglobulina
ITRN	Transcriptase reversa
ITRNN	Inibidores de Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LPV/r	Lopinavir e Ritonavir
LT-CD4+	Linfócitos Timo Dependentes-CD4+
LT-CD8+	Linfócitos Timo Dependentes-CD8+
MS	Ministério da Saúde
NVEH	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
NVP	Nevirapina

ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PUC-GO	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PVA	Pessoas vivendo com AIDS
RNA	Ácido Ribonucleico
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SICLOM	Sistema de Controle e Logística de Medicamentos
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
SPP	Serviço de Prontuário do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TDF	Tenofovir
TR	Teste rápido
TRD	Teste Rápido Diagnóstico para o HIV
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCMDT	Unidade de Clínica Médica e Doenças Tropicais
UD	Usuários de Drogas
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS ou Programa das Nações Unidas para a AIDS
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
WB	<i>Western Blot</i>

1. INTRODUÇÃO

A epidemia global de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) aponta para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) como sendo a quinta principal causa de morte entre adultos e a principal causa de morte em mulheres entre 15 a 49 anos e as regiões do mundo mais afetadas pelo HIV, destaca-se a África Subsaariana, que detinha 69% dos casos em todo mundo e as mulheres correspondiam a 58% deste percentual (UNAIDS, 2013).

Até o final de 2013, havia 35 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo. Novas infecções pelo HIV em 2013 foram estimadas em 2,1 milhões, que foi 38% menor do que em 2001. No ano de 2013, morreram 1,5 milhões de pessoas por causas relacionadas com a AIDS, mas quando comparado com o ano de 2005, houve queda de 35% sobre esse valor. Até junho de 2014, existiam 13.6 milhões de pessoas em uso de antirretroviral em todo o mundo (UNAIDS, 2014).

No Brasil, desde o início da epidemia, do ano de 1980 até o mês de junho de 2014 foram registrados 757.042 casos de AIDS. Com relação à taxa de detecção de casos de AIDS, comparando-se os anos de detecção de 2004 e 2013, a região norte do país teve uma taxa de 15,0% para o ano de 2004, e no ano de 2013 apresentou percentual superior, de 26,1%, representando um aumento de 74% na taxa de detecção de casos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2014d).

As notificações de casos de Aids, adultos e criança, constam no boletim epidemiológico, elaborados pelo Ministério da Saúde, que publicou que no período compreendido entre 1980 a Junho de 2014, foram registrados no Brasil 491.747 (65,0%) casos de Aids em Homens e 265.251 (35,0%) em mulheres. Entre 1980 e 2014 foram notificados no Estado do Tocantins um total de 2.081 casos de Aids, sendo que a região norte contabilizou neste mesmo período um total de 41.036 casos, de acordo com as bases de dados do SINAN (BRASIL, 2014d).

Segundo o relatório epidemiológico do NVEH-HDT, o HDT notificou 595, casos de AIDS em adultos do estado no Tocantins, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2013. Em relação à notificação de AIDS em crianças, foram 13 casos, referente ao mesmo período (NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR-HDT, 2013).

Com relação aos óbitos segundo unidade federativa e ano, cuja causa básica tenha sido a Aids, entre os anos de 1980 e 2013, o Brasil registrou um total de 278.306

casos, destes 11.128 ocorreram na região norte, de forma estratificada e o estado do Tocantins, por sua vez, foi responsável por 501 óbitos (4,5%) (BRASIL, 2014d). O HDT notificou no sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), no período de 1º janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2013, 130 óbitos (representando 25,9% do estado), sendo 128 em adultos e, 02 em menores de 13 anos, sendo um em cada gênero (NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR-HDT, 2013).

Estima-se que 734 mil pessoas vivam com o HIV no país e, somente 589 (80%) sabem de sua condição sorológica (BRASIL, 2014d). A transmissão vertical do HIV, ou materno-infantil, teve uma importante redução de 40% sobre a incidência de casos de HIV em menores de cinco anos, ao longo dos últimos 12 anos, e principalmente se reflete no acesso à terapia antirretroviral em momento oportuno, bem como aos esforços conjuntos dos serviços, gestores e governo nesse sentido (BRASIL, 2013e).

Com os esforços de vários países na luta para frear a epidemia de HIV e Aids no mundo, pela primeira vez, o UNAIDS propôs um consenso global sob forma de metas, denominadas 90-90-90, apontando para que 90% das pessoas que vivem com o HIV devam saber o seu estado sorológico, 90% das pessoas que conhecem o seu estado sorológico venham a receber o tratamento necessário e, 90% das pessoas em tratamento para o HIV tenham sua carga viral suprimida, melhorando suas defesas imunológicas e enfraquecendo o poder infeccioso do HIV. Estas metas 90-90-90 aplicam-se a grávidas, crianças e adultos, homens e mulheres, ricos e pobres, em todos os níveis de quaisquer populações (UNAIDS, 2014).

A escassez de publicações relativas aos serviços ambulatoriais especializados do estado do Tocantins, bem como de estudos voltados ao conhecimento do perfil dos indivíduos que vivem e convivem com o HIV e Aids atendidos nos referidos serviços, representaram fatores restritivos para descrição mais detalhada de tais serviços e teve forte influência na decisão de realizar essa pesquisa com a temática em questão.

Este estudo pretende analisar as características epidemiológicas, clínicas e comportamentais em pacientes com AIDS em seguimento no Hospital de Doenças Tropicais no Tocantins, em uma cidade da região Norte do Brasil, em um período de 2007 a 2013.

Com a finalização deste estudo foi possível revelar as características mais evidentes atribuídas às altas incidências e prevalências de AIDS e infecções associadas, na população em estudo e poder contribuir com informações epidemiológicas, clínicas e comportamentais para que o serviço e a gestão possam lançar mão de um estudo científico detalhado, compreendendo os fatores de vulnerabilidade mais evidentes e auxiliar na adoção de estratégias de controle da epidemia, corroborando quiçá para o alcance das metas propostas pelo Programa conjunto das Nações Unidas para o controle da Aids (UNAIDS) voltadas para os países aderentes ao consenso elaborado para esse fim.

2. REVISÃO DE LITERATURA – ESTADO DA ARTE

2.1. Aspectos Históricos do HIV e da AIDS

O *Center for Disease Control and Prevention (CDC)*, localizado em Atlanta nos Estados Unidos, apresentou ao mundo os primeiros registros de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), no ano de 1981 (BERTONI *et al.*, 2010). Relata-se que o registro do primeiro caso ocorreu em 1980, no entanto a sua descrição nos EUA ocorreu apenas em 1981 (GOMES, MOTA & GUIMARÃES, 2010). A descoberta da Síndrome gerou impacto e é reconhecida como um marco na história da humanidade (ALVES & MAZON, 2012; VILELA *et al.*, 2012).

Indícios apontam que a pesquisadora de origem Dinamarquesa Margarethe P. Rask, foi a primeira vítima fatal da Aids, tal fato ocorreu nos Estados Unidos, e data de 1977. A pesquisadora atuava na África, estudando o vírus Ebola, quando começou a apresentar manifestações clínicas que causaram estranheza. Inúmeros microrganismos alojaram-se em seus pulmões, provocando pneumonia, causa de sua morte. Estudos apontam que no Hospital Emílio Ribas (atual Instituto Emílio Ribas), foi identificado o primeiro caso da doença no Brasil, no ano de 1982 (GOMES, MOTA & GUIMARÃES, 2010).

A gênese da Epidemia despertou a busca pelo então desconhecido universo do HIV/AIDS, entre os anos de 1981 a 1984, intensificou-se as pesquisas voltadas a descoberta dos fatores causais, etiologia e magnitude da doença. A partir destas concepções surge a noção de “grupo de risco”, os homossexuais, haitianos, hemofílicos e usuários de heroína constituíram os primeiros grupos de risco identificados a partir de concepções epidemiológicas desenvolvidas nos Estados Unidos da América, campanhas pioneiras realizadas em Nova York e São Francisco no ano 1983 atribuíam ao ato sexual a principal via de transmissão da doença. Os homossexuais e hemofílicos foram os grupos mais afetados, uma vez que as medidas preventivas se embasavam em isolamento e abstinência destes, tal atitude despertou várias indagações relacionadas à natureza discriminatória de tais atitudes (BACCHINI *et al.*, 2012).

Vale destacar sobre um fator importante que contribuiu para a mudança na tendência da epidemia de Aids foi inicialmente, a ideia dos grupos de risco, com enfoque na década de 1980. Com o surgimento da epidemia, a categoria de homens que fazem sexo com outros homens (HSH) foi a que mais se destacou como

responsável pela propagação da Aids, já que pessoas não pertencentes a tais grupos consideravam-se imunes à nova doença (VARELLA & JARDIM, 2009).

Na década de 1990 pensou-se que a transmissão do HIV estava relacionada ao comportamento do indivíduo que poderia representar um risco para a disseminação da doença. Em seguida, descobriu-se que não bastava o comportamento das pessoas representar um risco para a transmissão do HIV, quando um novo paradigma surge, a vulnerabilidade a que os indivíduos estariam expostos contribuiria sobremaneira para que a disseminação do HIV ocorresse em larga escala caso esses fatores de exposição não fossem controlados quer individualmente, quer com o apoio do Estado, e dos profissionais da área de saúde.

Os principais estudos realizados no âmbito da Taxonomia viral são desenvolvidos pelo *International Committee on Taxonomy of Viruses* (ICTV), que se detém principalmente em estabelecer protocolos voltados à classificação viral, convergindo assim para uma taxonomia especificamente organizada dos vírus (MOLINARO, 2009).

No que se refere à classificação de espécies, o HIV se enquadra no gênero *Lentivirinae* e à família *Retroviridae*. Estruturalmente é definido como uma partícula de formato esférico com dimensão aproximada de 100 a 120nm, no seu núcleo encontra-se duas cópias de RNA de cadeias classificadas como simples, envoltas por uma camada proteica ou núcleo-capsídeo, capsídeo e um envoltório externo constituído por uma bicamada de fosfolipídios (BRASIL, 2013a).

A adoção de critérios permitiu organizar os vírus tomando-se como base suas características físicas, químicas e biológicas, bem como as células por ele infectadas. Especificamente, classificam-se de acordo com a natureza do ácido nucléico, forma simétrica do capsídeo, presença ou não do envelope, dimensões e sensibilidade às substâncias químicas que entram em contato (MOLINARO, 2009).

Na História natural do HIV, observa-se a evolução dos seguintes acontecimentos, como contágio pelo vírus que dura de duas a três semanas, evolui para síndrome retroviral aguda, que dura entre duas e três semanas. Ocorre resposta imune a infecção pelo patógeno onde os níveis de carga viral sofrem depressão parcial, se inicia então a soroconversão, e é neste período que os testes sorológicos detectam a presença do vírus. Durante um período aproximado de seis anos, o paciente entra em um período de latência onde a infecção pelo HIV se torna crônica

e assintomática, logo após, o surgimento de patologias oportunistas define a infecção sintomática pelo HIV, por fim, o desfecho da doença é a morte (BRASIL, 2012a).

O período compreendido entre a fase aguda do HIV e que culmina com os desfechos avançados da doença é marcado por uma gama de manifestações clínicas (BRASIL, 2013b). Quando as infecções oportunistas e neoplásicas começam a surgir, este então é o momento definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Pode-se destacar como as principais infecções oportunistas, a meningite criptocócica a neurotoxoplasmose, pneumocistose, reinite por citomegalovírus e a tuberculose pulmonar atípica ou disseminada. Entre as neoplasias mais comumente observadas destacam-se o Sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin, e no público feminino, principalmente as mais jovens, o câncer do colo uterino. Geralmente, quando são observadas essas alterações, os níveis de LT-CD4+, encontram-se inferiores a 200 células/mm³ (BRASIL, 2013b).

A AIDS inicialmente era vista como um problema de saúde que acometia exclusivamente jovens que faziam parte dos chamados “grupos de risco”, porém, a epidemia tomou outros rumos, passando a atingir, sem distinção, os indivíduos. Certos fatores foram determinantes para a mudança de perfil epidêmico do HIV, sendo estes: o comportamento heterossexual individual e das coletividades, a conquista de espaço pelas mulheres na sociedade, a evolução dos índices da doença no interior e nas populações mais carentes (LIBRELOTTO *et al.*, 2012). No Brasil a notificação compulsória da Aids, com início em 1985, deu à doença contornos de problema de saúde pública emergente, passando esta a ser reconhecida pelo Ministério da Saúde (VILELA *et al.*, 2012).

Fator de modificação no curso da história natural do HIV, a TARV, foi iniciada como conduta no Brasil em 1996, desde então, a sobrevida dos pacientes portadores do vírus da Imunodeficiência notoriamente aumentou, principalmente em razão das funções do sistema imunológico serem novamente recuperadas parcialmente, conseqüentemente reduzem-se as infecções secundárias ou oportunistas (BRASIL, 2009a; AMORIM *et al.*, 2011).

Embora, muito se tenha alcançado nos trinta anos de existência da epidemia, no que se refere ao tratamento, a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos acometidos, bem como ao prognóstico da doença, muitos progressos ainda esperam-se a conquistar. O caráter incurável da doença alerta para a necessidade vigente de

pesquisas e criação de estratégias junto às populações especiais. Há locais no Brasil ainda carentes de atenção, de difícil acesso, infraestrutura precária e sem políticas de atenção à saúde eficaz no enfrentamento da infecção (VILELA *et al.*, 2012).

Existem determinados grupos populacionais que atualmente constituem elos entre a população como um todo e os grupos que apresentam comportamentos de risco, esses elementos-chave acabam por expandir a infecção pelo HIV. Ilustrando essa questão, estão os indivíduos que compõem a clientela de profissionais do sexo, não utilizando preservativo, estes profissionais apresentam alta prevalência de HIV, logo seus clientes funcionam como pontes¹ para a transmissão a suas parceiras, com as quais partilham de união estável (JUNIOR *et al.*, 2009).

Compreender a dinâmica de transmissão do HIV é imprescindível à Saúde Coletiva, pois possibilita o norteamento de intervenções e a efetividade das mesmas. O estudo das chamadas “populações-ponte” é uma ferramenta bastante útil para o manejo da disseminação da informação da AIDS (JUNIOR *et al.*, 2009).

Os parceiros de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) representaram fortemente a condição de pontes, principalmente entre as décadas de 1980 e 1990. Pela rápida disseminação do vírus HIV entre os UDI, cuja via parenteral utilizada vastamente para a injeção de substâncias psicoativas, sem o cuidado com os materiais utilizados para a prática, agulhas e seringas no caso, possibilitou altos índices de contágio, associada a utilização ineficaz de preservativos. Tais comportamentos fizeram com que seus parceiros, geralmente não usuários, constituíssem fontes para de disseminação para a população geral (REIS, 2010). Porém a utilização de drogas injetáveis sofreu declínio, e é apontada como fator que está contribuindo para a redução da incidência de casos no Brasil (GRANGEIRO, ESCUDER & CASTILHO, 2010).

Em pouco mais de 30 anos de epidemia do HIV, a disseminação do vírus apresentou características distintas, permeando pela queda na transmissão através de transfusões sanguíneas, compartilhamento de objetos para uso de drogas injetáveis e, também, na transmissão vertical e pelo crescente número de casos em

¹O termo “ponte” indica o conjunto de indivíduos que representam a interface entre um segmento, cujas características/comportamentos lhe conferem vulnerabilidade, representando estes, um risco a população como um todo (REIS, 2010).

mulheres com parceria fixa, heterossexuais, idosos e jovens no início da vida sexual (VARELLA & JARDIM, 2009).

Os modelos matemáticos apontam como os principais fatores envolvidos nos mecanismos dinâmicos da transmissão do HIV por via sexual, como o número de troca de parceiros sexuais; a natureza dos contatos sexuais; frequência com que ocorrem e o caráter dos relacionamentos sexuais apresentados pelos subgrupos das coletividades (JUNIOR *et al.*, 2009).

A quase totalidade da população brasileira reconhece que o uso do preservativo se mostra como a melhor estratégia de prevenção para o contágio pelo HIV, porém, nos últimos anos, pesquisas realizadas no país evidenciaram que houve queda nas taxas de adesão ao uso de preservativos, sendo esta acentuada nos jovens, mesmo esses sendo proporcionalmente os maiores utilizadores de preservativos (BRASIL, 2012 b).

2.2. Fatores de Vulnerabilidade ao HIV nas Fases da Vida

A vulnerabilidade de um grupo específico, ao contágio e adoecimento pelo HIV dependem de vários fatores, que podem potencializar ou diminuir o risco de cada pessoa, entre essas características, pode-se citar o contexto político, econômico, social e cultural das coletividades. Contornar tais situações no sentido de encontrar estratégias para a prevenção de fato, e o acesso a assistência, constituem um desafio, além do principal, que é o de trabalhar a vulnerabilidade social (SILVA & VARGENS, 2009). A vulnerabilidade social busca expor elementos associados e associáveis envolvidos no processo de adoecer, expressa seus potenciais, a capacidade de não adoecer, bem como as formas de lidar com esse evento, tanto nas coletividades quanto individualmente (BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

A noção de vulnerabilidade vem sendo discutida amplamente no cenário nacional para explicar sobre os fatores que envolvem o risco da transmissão da doença. As condições de vulnerabilidade existentes que podem crescer sobre os fatores de risco para a transmissão do HIV/AIDS, são divididas em três tipos, vulnerabilidade individual, social e programática. As ações programadas para o controle das DST/HIV/AIDS, no mundo todo, estão sendo pautadas nessa abordagem (BRASIL, 2007).

A Agência das Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizam os princípios da redução de vulnerabilidades para a definição das estratégias no combate à epidemia (BRASIL, 2007). Alguns aspectos precisam ser discutidos para que se possam compreender os diferentes níveis de vulnerabilidade a que estão suscetíveis os indivíduos em geral.

Quanto aos aspectos cognitivos, que dizem respeito à capacidade de entendimento sobre o HIV/AIDS e a sexualidade, juntamente com os aspectos de comportamento do indivíduo, com destaque para o suporte de informações oferecidas pelos serviços de saúde, poderão influenciar na capacidade de mudança de comportamento e de atitude através do conhecimento adquirido. Ainda para se compreender melhor sobre os aspectos comportamentais, as características pessoais devem ser consideradas como, atitudes frente ao sexo, compreensão da sexualidade e percepção de risco a que se está exposto (BRASIL, 2007).

As habilidades individuais também estão inseridas nos aspectos comportamentais, como os diferentes tipos de negociação que podem ocorrer entre os parceiros, os aspectos de frequência e tipo de relações sexuais, se anal, vaginal oral, adoção de métodos contraceptivos e uso de métodos de prevenção direta contra as DST/AIDS. Quando há o parceiro com maior habilidade para negociar o uso do preservativo, este estará em situação de menor vulnerabilidade para contrair o HIV, em contrapartida aquele que não conseguir negociar a adoção de práticas mais seguras estará mais vulnerável sobre esse sentido.

Quanto às situações de vulnerabilidade programática, os entraves relacionam-se com as políticas públicas de saúde voltadas para as DST/AIDS, como o destino dos recursos destinados a essa área e a definição de prioridades a serem instituídas pelos governantes nos níveis de gestão.

Na esfera social, os fatores coletivos e sociais interferem na vulnerabilidade individual e, também, na programática, envolvendo aspectos econômicos, a violência, acesso à educação, desigualdade de gênero, raça e outros aspectos, com destaque para a ausência de participação coletiva nas decisões políticas em benefício da comunidade.

Os tipos de exposição que produzem riscos de transmissão do HIV, assim como dos vírus das Hepatites B e C são caracterizados como percutâneas, ferimentos provocados por material perfurocortante, são exemplos, as agulhas e vidrarias;

mucosas, quando material biológico atinge, em forma de respingos, os olhos, o nariz, a boca ou órgãos genitais; cutâneas, por exemplo, o contato com a pele, que não se encontra em perfeitas condições funcionais, ou seja, lesionada, são exemplos, as dermatites e feridas abertas; por mordedura humana, representam riscos quando envolvem sangue. A avaliação deve ser feita no indivíduo que causou a lesão, bem como na vítima (BRASIL, 2012a).

2.2.1. Fatores de Vulnerabilidade em crianças

No que tange à AIDS pediátrica, trata-se de um problema epidemiológico crescente, resultante de mudança no curso da infecção pelo HIV, bem como da utilização do termo vulnerabilidade na identificação de novos casos e como recurso na implementação de ações de proteção. Crianças cujos pais faleceram ficam órfãs, trazendo consigo uma doença de curso crônico, que necessita de cuidados diferenciados (GALVÃO *et al.*, 2013). Em crianças, a Transmissão Vertical é conhecida como a principal forma de infecção pelo HIV (FREITAS *et al.*, 2013).

A utilização de fórmulas infantis é outra medida de suma importância e que tem possibilitado o alcance de resultados satisfatórios em resposta a Aids, além da quimioprofilaxia realizada com medicação antirretroviral, para gestantes, parturientes e crianças. O recém-nascido deve ser alimentado com dieta especial desde os primeiros instantes após o nascimento, até a realização de exames que forneçam aporte sobre sua situação sorológica (BRASIL, 2009a).

Estudo realizado no SAE pediátrico do Hospital da Universidade Federal do Maranhão, na Unidade Materno-infantil (HUMI), avaliou características clínicas e laboratoriais de crianças infectadas pelo vírus da Imunodeficiência humana, cuja transmissão ocorreu por via vertical, revelou que grande parte das mães convivendo com AIDS, praticavam aleitamento materno, ressalta-se que este comportamento pode conferir risco adicional de transmissão, uma vez que vários estudos demonstram que o ato de amamentar pode ser associado à transmissão vertical do HIV, expondo a criança a um risco complementar que varia entre 7% e 22% (SILVA *et al.*, 2010). Este risco adicional pode ainda chegar a 29% nos casos em que a puérpera encontra-se em infecção aguda pelo HIV (BRASIL, 2010a).

O número de mulheres infectadas pelo HIV aumentou e está se equiparando ao número de homens. Grande parte das mesmas encontra-se em idade fértil, tal fato

é determinante para que crianças nasçam com exposição ao vírus causador da AIDS (FREITAS *et al.*, 2013; RODRIGUES, VAZ & BARROS, 2013).

Em sua quase totalidade, os casos de AIDS identificados em menores de 13 anos, ocorrem por transmissão vertical. Considerando o caráter epidêmico da AIDS no Brasil, em especial por afetar, cada vez com maior incidência, o sexo feminino, as estratégias para o controle da transmissão da mãe para o bebê são um novo desafio (RODRIGUES, VAZ & BARROS, 2013).

Entre os vários fatores que contribuem para a realidade da transmissão vertical, soma-se a desorganização dos serviços de saúde, que também assume o papel de fator de vulnerabilidade. Os serviços de saúde brasileiros carecem de avaliações periódicas que possibilitariam a reorganização das ações desenvolvidas, a melhor gerência dos trabalhos ofertados e a implementação de medidas para a melhoria de processos quando observada a necessidade. Tais fatores constituem barreiras que impedem o país de apresentar os resultados esperados para os índices de transmissão vertical, que, idealmente deveria ser menor ou alinhado a 2%, tais resultados não são inalcançáveis (ROSO, 2009).

Historicamente, o marco inicial na luta contra a transmissão vertical do HIV foi o Projeto Nascer, idealizado em 2002 e subsidiado pela portaria nº 2104/GM de 2002, o mesmo constitui um conjunto de Estratégias voltadas a prevenção da transmissão vertical do vírus da Imunodeficiência, foi por meio dele, por exemplo, que ficou estabelecido a realização de testes rápidos antiHIV em mulheres internadas cujo trabalho de parto estivesse em curso, não havendo estas realizado a testagem no período Pré-natal (RODRIGUES, VAZ & BARROS, 2013).

A transmissão vertical do HIV foi largamente apontada por uma gama de pesquisas. Grande parte das situações onde ocorre transmissão se dá no transcórrer do trabalho de parto, ou no parto propriamente dito, com percentual de 65%; os outros 35% ocorre na forma intrauterina, em especial, nas semanas finais do período gestacional. No que se refere à transmissão da mãe para o bebê, vários fatores contribuem para a ocorrência, tais como valores elevados de carga viral detectados na mãe, o rompimento prolongado das membranas amnióticas, a natureza do parto, situações relacionadas a prematuridade do recém-nascido, o uso de substâncias psicoativas e a presença de doença sexualmente transmissível (DST) (KONOPKA *et al.*, 2010).

Considerando as possibilidades atuais, é possível lançar mão de estratégias que impeçam a ocorrência de novas infecções por HIV em crianças. 370 mil crianças foram acometidas pelo HIV em todo mundo no ano de 2009, estima-se que de 42 mil a 60 mil grávidas evoluíram a óbito em função da infecção pelo HIV (UNAIDS, 2011a).

Nas gestantes com sorologia positiva para HIV, a profilaxia da transmissão vertical do vírus e a Terapia Antirretroviral (TARV) no Brasil compreendem precocemente o início do esquema, logo ao término do primeiro trimestre, entre a 14^a e 28^a semanas de gestação, independentemente se profilaxia ou tratamento da aids, o esquema deve ser composto por 3 antirretrovirais de 2 classes distintas, sendo o uso da Zidovudina + Lamivudina (AZT/3TC), os inibidores nucleosídeos da Transcriptase reversa (ITRN), de primeira escolha, quanto a classe dos Inibidores nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRNN) a Neviparina (NVP) a escolha ideal, em função dos efeitos nocivos e teratogênicos do Efavirenz (BRASIL, 2010a).

A Cesariana eletiva deve ser a opção, pois é uma forma de reduzir riscos de transmissão vertical, a via do parto deve ser escolhida com base na carga viral da gestante na 34^a de gravidez, uma carga viral inferior a 1.000 cópias/ml viabiliza o parto normal, caso haja consenso com avaliação obstétrica, do contrário, a Cesariana eletiva deve ser agendada ainda na 38^a semana gestacional, quando ainda estão íntegras as membranas cório-amnióticas, ao início do trabalho de parto ou Cesariano eletiva, utiliza-se AZT endovenoso, até o clampeamento do cordão umbilical, evitar procedimentos invasivos na gravidez, trabalho de parto e parto, evitar episiotomia se possível no parto vaginal (BRASIL, 2010a).

O uso da medicação cabergolina 1,0 mg via oral em dose única está indicada como forma de inibir a lactação, devendo, portanto, a criança receber fórmula láctea infantil quando a medicação cabergolina não está disponível. Deve-se proceder ao enfaixamento das mamas, e iniciar o esquema posológico para quimioprofilaxia antirretroviral no recém-nascido, com Zidovudina solução oral 10mg/ml durante os primeiros 42 dias, ou seis semanas, após o parto (BRASIL, 2010a). Nos seis meses iniciais, a mãe deve conduzir a criança ao serviço de saúde de modo que a mesma seja acompanhada mensalmente, e após este período, a criança deve, no mínimo, ser conduzida trimestralmente (BARROSO *et al.*, 2014).

Os países com melhor aporte financeiro apresentaram números próximos de zero para os novos casos em crianças, bem como da ocorrência de mortes maternas

e infantis em função da infecção pelo HIV. Porém, nos países com renda mais baixa e média, são os que enfrentam os piores obstáculos, já que o acesso aos serviços de prevenção e tratamento do HIV é insatisfatório, uma vez que uma proporção extremamente baixa de mulheres consegue proteger-se e proteger seus filhos, utilizando-se do apoio oferecido pelos serviços de saúde (UNAIDS, 2011a).

2.2.2. Fatores de Vulnerabilidade em adolescentes

Em virtude da alta suscetibilidade dos adolescentes e jovens quanto as doenças sexualmente transmissíveis, vários indicadores sugerem a construção de estratégias que visem sua proteção e prevenção contra as doenças transmitidas por essa via (PEREIRA *et al.*, 2014).

As autoridades de Estado, profissionais de saúde e de educação, pesquisadores e instituições sociais do Brasil debatem constantemente acerca da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens do país. O Estatuto da Criança e do Adolescente constitui um marco na trajetória de formação de bases jurídico-normativas, que se desenvolvem no país desde 1990, com vistas a assegurar tais direitos. E, embora tenham sido criados programas, políticas e ações em resposta as necessidades deste público, bem como tenham sido realizados investimentos para o subsídio destas táticas, ainda há inconsistências entre os direitos previstos e as reais condições (VONK, BONAN & SILVA, 2013).

O Ministério da Saúde apresenta que, até o término do ano de 2012 foram notificados com Aids, entre adolescentes e jovens, 2.478 casos registrados em indivíduos com idade compreendida entre 10 e 14 anos, na faixa etária entre 15 e 19 anos foram notificados 12.246, e no grupo de 20 a 24 anos, a maior quantidade, 94.519, observa-se então, que no consolidado entre estas idades, totaliza-se 109.243 casos, que correspondem a 16,6% do total geral da população acometida pelo HIV (PEREIRA *et al.*, 2014).

Os adolescentes caracterizados como em situação de rua, mostram-se, assim como outros grupos semelhantes, que se encontram abaixo da linha da pobreza, mais vulneráveis ao contágio por DST e AIDS. O contexto em que se encontram oferece uma gama de situações que conduzem para tal percepção, como o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, a realização de práticas sexuais sem o uso do preservativo,

podendo ainda ser acometidos de violência doméstica, além de serem passíveis e se tornarem vítimas de exploração sexual (NUNES & ANDRADE, 2009).

Uma série de fatores encontra-se atrelado ao risco de infecção pelo HIV em usuários de drogas. O uso de substâncias psicoativas por via intravenosa, não caracteriza o único comportamento de risco. Situações como a multiplicidade de parceiros em um curto período de tempo, bem como o uso ineficaz de preservativos é observado em usuários de drogas em geral (REIS, 2010).

As próprias características da adolescência a configuram como um período de vulnerabilidade, nesta fase da vida, a tomada de decisões não ocorre com facilidade, uma vez que os adolescentes não são hábeis para tal. Outra problemática é o lidar com os sentimentos próprios, os relacionamentos afetivos e sexuais estabelecidos nesta idade, geralmente não possuem bases sólidas pautadas na responsabilidade, o que expõe esses indivíduos a uma condição de vulnerabilidade às Doenças Sexualmente transmissíveis e Aids (OLIVEIRA, 2009). A percepção e a vivência dos indivíduos com relação ao sexo produzem grande efeito no que se refere a este, sendo concebido de forma singular nos relacionamentos das pessoas (RODRIGUES *et al.*, 2013).

As práticas liberais, como também, a programação cada vez mais apelativa da mídia, que torna seu conteúdo cada vez mais voltado ao erótico, também tem contribuído de forma negativa nesse contexto, uma vez que estimula a iniciação sexual ocorrer mais cedo, o que não é visto de forma positiva (OLIVEIRA, 2009).

Estudo de Taquette, embasando-se nas condutas de enfrentamento à AIDS da França em relação à realidade apresentada em terras brasileiras, com foco nos adolescentes, apresenta ações factíveis a curto e longo prazo para a diminuição do número de casos no Brasil. Em curto prazo, a escola mostra-se como o meio mais propício ao ensino e reflexão de temáticas, devendo a sexualidade ser inserida neste contexto, porém as ações voltadas a essa temática não devem possuir cunho meramente informativo, mas que permitam a exposição de ideias, experiências afetivas e sexuais dos estudantes, propiciando a reflexão e mudanças de comportamento, além disso, o programa saúde e prevenção na escola, deveria ter maior espaço e abrangência, dentre outras medidas (TAQUETTE, 2013).

Em longo prazo, reduzir as disparidades e iniquidades seria uma forma eficaz de contornar o atual quadro da epidemia. A sociedade do Brasil encontra-se

desestruturada, um país mais igualitário possibilitaria a todos o direito a saúde e enfrentamento mais satisfatório da doença, as injustiças sociais são explicitamente observadas no Brasil com o advento da AIDS (TAQUETTE, 2013).

2.2.3. Fatores de Vulnerabilidade e as Relações de gênero

Determinados fatores influenciam para que mulheres e meninas apresentem-se mais vulneráveis ao contágio pelo vírus da imunodeficiência, sendo os mais relevantes de âmbito social, legal, financeiro e cultural, associando-se estes as características biológicas (CORDOVA *et al.*, 2013; DUARTE, PARADA & SOUZA, 2014).

A dificuldade das mulheres em lidar com práticas sexuais, ainda é uma realidade. Grande parte não decide quando nem como deseja ter relações, entrar em consenso com o parceiro é outro obstáculo que interfere na vivência plena da sexualidade feminina, uma vez que as mesmas tendem a ceder às imposições do parceiro (CORDOVA *et al.*, 2013).

Uma série de fatores presentes nas relações sociais ligadas ao gênero converge para que mulheres sejam detentoras de um baixo poder de negociação sexual, a consequência das relações desprotegidas, é o aumento dos riscos de contrair HIV. A submissão aos parceiros e a atribuição de responsabilidades no âmbito reprodutivo-contracepção e concepção prejudica o consenso com os parceiros, tendo em vista a relação de poder que se estabelece, tornando as mulheres mais vulneráveis (SANTOS *et al.*, 2009). Assim, as mulheres submetem-se a situações que as tornam propensas a adquirir DST/HIV/AIDS mesmo estando cientes dos riscos que poderão advir em decorrência de suas atitudes (GUEDES *et al.*, 2009).

Os estudos realizados com a intenção de verificar a probabilidade de transmissão do HIV em indivíduos heterossexuais, apontam que são maiores os riscos de transmissão homem-mulher do que no fluxograma mulher-homem (SANTOS *et al.*, 2009). Características anatômicas desfavorecem o público feminino, sob esta ótica. A mucosa, presente na genitália feminina, possui espessura inferior, sua superfície de contato é maior, bem como se observa que é uma área de difícil higienização, pelas características naturais do órgão. Além disso, a concentração viral encontrada no sêmen contaminado é expressivamente maior que nos fluídos vaginais (GUEDES *et al.*, 2009).

A prevenção com base na utilização do preservativo feminino seria uma opção de prevenção para as mulheres, uma vez que as mesmas assumiriam o papel de detentoras do controle do preservativo, porém, é extremamente mais oneroso, podendo ser 21 vezes mais caro que o preservativo masculino. Para as mulheres financeiramente menos favorecidas, esta seria uma opção inviável e inadequada a sua renda, uma vez que o preservativo feminino, apesar de ser disponibilizado gratuitamente nos serviços públicos, não o é de forma suficiente. O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, divulgou que existia, à época, somente um fornecedor mundial do insumo, sendo o Brasil o país que mais adquire o produto, cerca de 80% de sua produtividade (GARCIA & SOUZA, 2010).

O Governo federal brasileiro disponibilizou, no período entre 2002 e 2011, grande quantidade de preservativos masculinos e femininos aos serviços de saúde. Em atenção à magnitude de ações, a aquisição de preservativos comparativamente para os gêneros no Brasil tem sido desproporcional. Nos últimos 10 anos, o país adquiriu uma quantidade superior a três bilhões de preservativos masculinos, e apenas 32 milhões de preservativos femininos, portanto, a quantidade desse insumo disponibilizada, por gênero, foi notavelmente menor para o feminino (BRASIL, 2012b).

Considerando dentre outros fatores, a confiança que mulheres monogâmicas depositam em seus parceiros, um estudo realizado por Guedes *et al.* (2009) com 27 mulheres no Ambulatório de DST/HIV/AIDS de um Hospital Universitário de Fortaleza (CE), orienta, com base nos resultados da pesquisa, que a promoção do sexo seguro deverá ser enfatizada para as mulheres com esse perfil, e reforçar sobre o risco iminente de contágio de DST/HIV/AIDS. A vulnerabilidade deve ser o alvo a ser trabalhado pelo fato de fazê-la refletir para o fato de que possivelmente seus parceiros poderiam ser bígamos (GUEDES *et al.*, 2009).

2.2.4. Fatores de Vulnerabilidade em Gestantes, Parturientes e Puérperas

O período pré-natal constitui um momento singular no âmbito da saúde materno-infantil, propício a realização de ações que visem a prevenção e promoção da saúde (FEITOSA *et al.*, 2010).

A partir de 1980, é sabido que o número de indivíduos do sexo feminino infectados pelo HIV apresenta taxa de incidência e prevalência, gradativamente maiores cada ano, nesta época, apenas pequena parcela das mulheres apresentava-

se com a AIDS, estima-se que menos de 10%. Na atualidade, as mulheres correspondem a quase metade das pessoas convivendo com HIV, os números giram em torno de 44% a 47% (KONOPKA *et al.*, 2010).

Com a elevação do índice de casos de HIV/AIDS em mulheres, fez-se necessária a implementação de medidas enérgicas no que tange a saúde pública voltadas ao público feminino, tais como a oferta de testes anti-HIV em gestantes, utilizados para o diagnóstico do HIV, usados em associação com a estratégia de abordagem denominada Aconselhamento. Outra conduta realizada com vistas a reduzir desfechos indesejados é a adoção universal da TARV para mulheres grávidas e crianças expostas à infecção pelo HIV (FEITOSA *et al.*, 2010). A transmissão vertical do HIV por meio do leite materno foi comprovada por Van Perre em 1991, por mais que a mãe utilize esquema terapêutico Antirretroviral (BRASIL, 2010a).

Um importante avanço no âmbito da atenção pré-natal são as ações contidas na Portaria nº 77 de 12 de Janeiro de 2012, que estabelece aos profissionais de nível superior, devidamente capacitados, realizem testes rápidos para o diagnóstico de HIV e detecção de sífilis para gestantes e suas parcerias sexuais, quando necessário. Dentre as principais finalidades apontadas na portaria, destaca-se a de desenvolver outras formas de ampliar o acesso ao diagnóstico de HIV e detecção da sífilis, em conformidade aos princípios básicos do SUS (BRASIL, 2012c).

2.2.5. Fatores de Vulnerabilidade na Pessoa Idosa

A população idosa, assim como outras parcelas que compõem o perfil da epidemia de Aids, também não está alheia à infecção pelo vírus HIV, o número de casos notificados tem aumentado, sendo o ato sexual a forma principal de infecção e disseminação do vírus. O que ocorre na maioria das situações é a omissão, por parte dos profissionais em saúde, no que tange à abordagem da sexualidade nessa clientela, impulsionados pela crença inverídica, alimentada pelo imaginário de caráter sociocultural, que esses indivíduos já não realizam práticas sexuais. Tal fato fortalece as características de problema de saúde, e abrangência do vírus na população como um todo (SILVA & CAMARGO, 2011; GIRONDI *et al.*, 2012). Diversas pesquisas reforçam que a atividade sexual se apresenta como a principal forma de infecção pelo HIV na população idosa (SALDANHA, ARAÚJO & SOUSA, 2009).

Os indivíduos entre 15 e 49 anos de idade correspondem com os maiores índices de infecção pelo vírus HIV, porém, nota-se relevante incidência de casos detectados em indivíduos com idade superior a 50 anos (PEREIRA, 2010). Os profissionais de saúde acabam por desconsiderar a sexualidade em indivíduos da Terceira Idade, o que constitui um engano que prejudica a atuação profissional, bem como a população alvo de tal assistência, pois este equívoco acaba por resultar em perda de oportunidades para a realização de diagnósticos precoces do HIV (TOLEDO *et al.*, 2010; SILVA & CAMARGO, 2011; GIRONDI *et al.*, 2012).

Confundir as manifestações clínicas da infecção com moléstias típicas que ocorrem na terceira idade é também uma problemática. Indivíduos idosos possuem a percepção de vulnerabilidade reduzida, a fadiga e a redução do peso são manifestações que acabam por confundi-los, desta forma, ainda há pouca busca pela realização de testes anti-HIV nessa idade, resultando em subnotificação de casos e imprecisão estatística de indivíduos acometidos nesta faixa-etária, em detrimento, quando comparados à indivíduos de grupos mais jovens (TOLEDO *et al.*, 2010).

Aponta-se a melhoria na qualidade de vida, bem como os progressos alcançados nas áreas da medicina e indústria farmacêutica, como fatores que possibilitaram a extensão da vida sexual ativa das coletividades, a estes fatores associa-se também a desmistificação de tais práticas, o que contribui para que pessoas na terceira idade tornem-se vulneráveis ao contágio de doenças por meio sexual, incluindo o HIV/AIDS (PEREIRA, 2010).

Com pouco destaque até então, após serem descobertos os estimulantes sexuais pelos homens na terceira idade, o foco também se voltou ao sexo nesses indivíduos (GIRONDI *et al.*, 2012).

Embora tenham sido lançados no mercado medicamentos que prolongam a vida sexual bem como as técnicas de reposição hormonal para mulheres, as pessoas na terceira idade desconhecem os riscos que giram em torno da vulnerabilidade para as DST. Até o momento não há políticas voltadas a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis para esta população (SANTOS & ASSIS, 2011).

Características particulares da sexualidade masculina e feminina em idosos também são fatores que contribuem para a não utilização do preservativo, o que expõe os mesmos ao risco de contrair infecções por via sexual. Os reflexos a estímulos sexuais nos homens lentificam-se com o passar do tempo, podendo ser menos

intensas, perdendo em potência e completude, o próprio estímulo pode ser perdido com facilidade. A dificuldade para manter a ereção é outro problema enfrentado pelos homens, uma vez que também interfere na colocação do preservativo, estudos apontam que estas situações incomodam durante o sexo (ULTRAMARI *et al.*, 2011).

Os idosos do gênero masculino têm procurado trabalhadores do sexo, associado ao uso de medicação que facilitam a ereção e a prática sexual, o que contribui para o aumento na sua vulnerabilidade ao contágio pelo HIV (SALDANHA, ARAÚJO & SOUSA, 2009).

As mulheres idosas, por sua vez, sofrem com a queda dos níveis de estrogênio, alteração hormonal tipicamente observada e até mesmo esperada com o avanço da idade, bem como as modificações que ocorrem na mucosa vaginal que se torna mais sensível e mais suscetível a microtraumatismos no decorrer da prática sexual. Esses pequenos ferimentos são portas de entrada que aumentam o risco de infecção por vários microorganismos patogênicos, incluindo o vírus da imunodeficiência adquirida (ULTRAMARI *et al.*, 2011).

O contágio pelo vírus HIV quando comparado em idosos e heterossexuais não ocorre diferentemente. Os idosos do gênero masculino, por meio de relações extraconjugais e desprotegidas, acabam por se infectar, pois o preservativo não é utilizado, nem tampouco é reconhecida sua importância, transmitindo o vírus a suas parceiras fixas. As idosas por sua vez não acreditam que possam contrair o vírus de seus parceiros, já que são impulsionadas, em especial, por fatores culturais que as induzem a crer na fidelidade de suas relações afetivas (GIRONDI *et al.*, 2012).

Há que se considerar também, a visão distorcida de que apenas indivíduos em idade reprodutiva, são acometidos com maior frequência pela AIDS, os idosos desconhecem a importância da prevenção no ato sexual, não utilizando o preservativo, assim, o sexo desprotegido não é visto como forma de transmissão de doenças (ULTRAMARI *et al.*, 2011).

Embora a AIDS nesse perfil populacional tenha sido identificada, pela primeira vez, há quase vinte anos, a invisibilidade da sexualidade na velhice ainda persiste. O que se observa é que, frente à visão equivocada de que o sexo nesta idade inexistente, essa parcela da sociedade encontra-se pouco informada a respeito do HIV, e como consequência possui sua vulnerabilidade aumentada (SANTOS & ASSIS, 2011).

Apesar de ser também uma forma de se evitar a gravidez, deve-se considerar o caráter de recurso preventivo do preservativo. Mulheres idosas, em sua maioria praticam comumente sexo desprotegido, por entender que o preservativo é apenas método contraceptivo, e acreditam ser o preservativo inútil nesta fase da vida, em função do período reprodutivo já ter sido sucedido (ULTRAMARI *et al.*, 2011).

Embora, no contexto das estatísticas, indivíduos na maturidade representem a minoria como portadores do HIV, os chamados adultos maduros e indivíduos na terceira idade são mais afetados no país, mais inclusive que crianças e adolescentes. Observa-se que de 1980 a junho de 2006, foram notificados no Brasil 26.014 casos em pessoas com idade superior a 50 anos, em contrapartida foram notificados 10.031 casos em crianças e 5.034 em adolescentes (GIRONDI *et al.*, 2012).

Uma vez que existe prevenção fácil, por utilização de preservativos durante a prática sexual, mostra-se necessária a criação de programas voltados especificamente para a prevenção dessa doença nos idosos, no âmbito da saúde pública, com vistas a modificar o atual cenário de elevação dos índices de pessoas idosas contaminadas, bem como do número de óbitos por essa causa (GIRONDI *et al.*, 2012).

2.3. Tendências da Epidemia do HIV e da AIDS

Dados existentes sobre a infecção pelo HIV e AIDS são disponibilizados pelos sistemas de notificação compulsória referente a macrorregiões, outra importante fonte são os projetos desenvolvidos por meio de iniciativa governamental e não governamental, vale considerar as singularidades de cada local e região do país (SCHUELTER-TREVISOL *et al.*, 2013).

Com a descoberta das condições de vulnerabilidade atribuídas para a disseminação do vírus HIV, e de análise de informações de indicadores de saúde, percebeu-se uma mudança no perfil da epidemia, que apontou para um quadro de interiorização, ou seja, os casos começaram a surgir a partir do centro das cidades maiores para os municípios com menos infraestrutura e menor número de habitantes; a epidemia estava intensificando-se em pessoas com baixa escolaridade e baixo nível de instrução, o que se caracterizou como pauperização; quando ao gênero, a epidemia tendenciava em número crescente para as mulheres, o que se denominou de feminização da epidemia. A epidemia, também, emergiu em larga escala para as

peças heterossexuais, o que caracterizou esse processo como heterossexualização.

Poucos agravos à saúde resultaram em tantas pesquisas com a intenção de desvendar suas características em um curto espaço de tempo como se deu com a AIDS. No entanto, a partir da década de 1990, surgiram os principais estudos que revelaram tendências da epidemia da doença em terras brasileiras. Foi neste intervalo de tempo que emergiram os conceitos de interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização, em especial nos municípios de pequeno e médio porte (GRANGEIRO, LOUREIRO & CASTILHO, 2010). Corroborando ao observado em pesquisas sobre a AIDS na população brasileira, uma pesquisa realizada em Minas Gerais, com portadores de HIV, demonstrou que a maioria era de mulheres, de baixa renda e detentoras de baixo poder aquisitivo, com baixo nível de escolaridade e que contraíram o vírus por via sexual (BRITO *et al.*, 2009).

2.3.1. A Heterossexualização no contexto da Epidemia

A heterossexualização foi uma das primeiras tendências a ser observada, seguido do aumento significativo de casos em mulheres, fato agravado pelo risco de transmissão vertical, já que estudos apontam que a maior parte das mulheres atingidas se encontrava em idade reprodutiva (ARAÚJO, 2006).

A rápida disseminação do HIV na sociedade favoreceu a adoção do conceito de comportamento de risco, na tentativa de atingir as pessoas que se julgavam inatingíveis a esse risco, mas não foi suficiente para elucidar a dinâmica da infecção (MARTINS, 2005). Posteriormente, houve estabilização de casos de AIDS entre algumas populações, como a de HSH e os usuários de drogas injetáveis (GOMES *et al.*, 2010).

Os riscos de transmissão do HIV se elevam quando existem fatores importantes a serem considerados, como relação sexual durante o período menstrual (MARTINS, 2005), carga viral elevada nas secreções genitais. E ainda, promiscuidade sexual e relação sexual anal e passiva (MARTINS, 2005).

Pesquisa realizada no Estado da Bahia, cujo objetivo se centrava em descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes internados no Hospital de Referência do Estado da Bahia, apontou por meio da análise da variável “exposição ao vírus”, que são os heterossexuais os detentores atuais da mais alta prevalência de

infecção pelo HIV, ratificando a mudança dos rumos da Epidemia, que outrora considerava os HSH e os usuários de drogas injetáveis como os grupos mais vulneráveis (SILVA *et al.*, 2010). Observou-se, também, que os pacientes heterossexuais representavam a maioria dos indivíduos em estudo (AMORIM *et al.*, 2011). Corroborando com o cenário nacional, o estudo realizado por Vilela et al. (2012), também demonstrou em seus achados a presença do fenômeno de heterossexualização em microrregião que abrange os estados da Bahia e Minas Gerais.

2.3.2. A Feminização no contexto da Epidemia

O declínio da razão de gêneros que ocorre no Brasil de forma sistemática é a comprovação expressa do processo de Feminização² no país, em termos de proporção. Em 1986 existiam 15,3 homens para cada mulher infectada pelo HIV, já em 2010, observa-se acentuada equiparação entre homens e mulheres, passando para 1,7 homens para uma mulher soropositiva (DUARTE; PARADA & SOUZA, 2014).

No Brasil, o gênero mais afetado pela epidemia de Aids nos últimos anos é o feminino, com um percentual de 96,3% sobre o gênero masculino e, que representa 43,4% dos casos em nível nacional (FREITAS *et al.*, 2013). O maior percentual de casos de Aids foram observados em mulheres com idade reprodutiva, o que contribui para a ocorrência de casos de transmissão vertical e nasçam crianças expostas ao HIV (MARTINS, 2005).

A Aids tem alarmado todas as nações ao longo dos anos, talvez por ter se tornado um dos mais graves problemas de saúde pública mundial em virtude de ter dizimado inúmeras vidas desde que surgiu na década de 1980 até os dias atuais. Existem até hoje, 34 milhões de pessoas infectadas pelo HIV em todo o mundo, destas 15,4 milhões em mulheres (RODRIGUES, VAZ & BARROS, 2013).

No Brasil, as diferenças sociais, econômicas e culturais conferem a Aids uma epidemia de caráter multifacetado, a pauperização e feminização da epidemia são realidades. Fatores como o aumento do índice de casos entre os heterossexuais,

² Em alusão ao termo “feminização”, ressalta-se que o mesmo é considerado obsoleto e potencialmente estigmatizante. Outrora o mesmo era utilizado para ilustrar o aumento considerável de casos de infecção pelo HIV em mulheres. Epidemiologicamente falando, é mais prudente a utilização de fatos e dados para caracterizar tal tendência (UNAIDS/ONUSIDA, 2011b).

gerada pela mobilização da classe homossexual, pode explicar a feminização, o índice de casos em homossexuais vem sofrendo queda progressiva (BERTONI *et al.*, 2010).

2.3.3. A Pauperização no contexto da Epidemia

O crescimento dos casos de Aids em indivíduos com pouca escolaridade, bem como nos segmentos sociais desfavorecidos financeiramente, constituem uma tendência da Epidemia, abrangidos pelo termo Pauperização (FREITAS *et al.*, 2013).

Vários estudos descrevem tal característica da AIDS no Brasil. A escolaridade está intimamente ligada à situação socioeconômica dos indivíduos, nesse contexto (FELIX & CEOLIM, 2012).

Ao se analisar, no início da Epidemia, o nível de escolaridade de grande parte dos indivíduos soropositivos era de segundo grau ao nível acadêmico, no decorrer dos processos de mudança, tal padrão se inverteu, na atualidade, a grande maioria dos indivíduos acometidos é detentora apenas do primeiro grau escolar (BERTONI *et al.*, 2010).

2.3.4. A Interiorização no contexto da Epidemia

A interiorização se refere à distribuição da Epidemia de HIV/AIDS por toda a extensão geográfica brasileira, expressa por indicadores. Por meio da análise dos perfis populacionais dos municípios, de acordo com o tamanho dos mesmos, identificou-se a princípio que a gênese da Epidemia se concentrava nas grandes cidades, porém, o aumento significativo dos casos de infecção pelo vírus HIV, deixou de ser focado nesses centros (VARGENS & RANGEL, 2012). Comprova-se o processo de Interiorização pelo fato de se elevar o número de municípios do Brasil, em que pelo menos se haja notificado um caso de AIDS (DUARTE; PARADA & SOUZA, 2014). Nos municípios de pequeno e médio porte, dados relativos ao perfil clínico e epidemiológico de indivíduos convivendo com HIV são ainda desconhecidos (SCHUELTER-TREVISOL *et al.*, 2013).

Estudo focado no padrão da infecção pelo HIV/AIDS na cidade de Manaus, situada no Estado do Amazonas, apontou que o diagnóstico tardio da infecção, em áreas isoladas geograficamente, cujas características étnico-culturais a tornava peculiar, como é o caso de Manaus, acentuam ainda mais o processo de pauperização e interiorização. Os problemas com acessibilidade ao diagnóstico precoce, são a

causa da realidade de diagnósticos e tratamentos não realizados em tempo hábil presentes nos achados do estudo (SILVA *et al.*, 2009).

Para se compreender mais profundamente o processo de interiorização é importante conhecer a clientela residente nestas localidades. Existe a necessidade de estudar tal população de forma a realizar análises comparativas com o cenário nacional da epidemia (SCHUELTER-TREVISOL *et al.*, 2013).

2.4. O Impacto do HIV / AIDS na rotina das pessoas acometidos pelo agravo

Desde sua descoberta, a AIDS trouxe consigo tabus, estigmas e preconceitos, por um longo período, foram associados a usuários de drogas ilícitas, hemofílicos, profissionais do sexo e homossexuais, isto se deve principalmente ao seu percurso histórico, onde a doença era taxada pela sociedade, como aquela gerada por atos considerados impuros e insanos, praticados por pessoas marginalizadas e promíscuas (VARGENS & RANGEL, 2012).

Pelo caráter incurável da doença, o desconhecimento sobre sua verdadeira forma de contágio, e suas características severas com relação ao organismo acometido, a AIDS provocou uma série de sentimentos negativos relacionados a medos, expectativas ruins e morte. Somando-se a esses acontecimentos, em sua trajetória a AIDS foi marcada por muitos comportamentos discriminatórios em função de, inicialmente, acometer com maior frequência, os UDI, homossexuais e profissionais do sexo, indivíduos sobre os quais a sociedade já lançava olhares negativos (VILLARINHO & PADILHA, 2014).

Pesquisa desenvolvida em Fortaleza, no estado do Ceará, com cuidadoras de crianças soropositivas confirmou ser a AIDS uma doença carregada de estigmas. Os resultados apontaram que a doença exerce influência quando se trata da convivência com familiares e sociedade, e os cuidadores temem que suas crianças sofram discriminação ou preconceito. As crianças, embora sintam, são incapazes de discernir certas atitudes que os cuidadores observavam, a princípio, estão descobrindo o meio em que vivem e iniciando ainda o processo de interação social, acabando por sofrer dificuldades de acolhimento e convivência que partem da sociedade (GALVÃO *et al.*, 2013).

Outro estudo realizado em Fortaleza (CE), cuja finalidade centrava-se em avaliar a esperança na vida em mulheres infectadas pelo HIV, por meio da Escala de

Esperança de *Herth*, que avalia o sujeito da pesquisa por meio de 12 perguntas afirmativas, apontou que, mulheres soropositivas, tanto as que se encontravam com a síndrome em curso, como as que não a apresentava, expressaram índices inferiores de esperança em relação as pessoas acometidas por moléstias também crônicas. Os achados revelados pelo estudo estavam relacionados principalmente ao fato da AIDS ser uma patologia ainda sem cura, estigmatizada e principalmente ligada a ideias como a de morte iminente, por exemplo, bem como por ser transmissível (GALVÃO *et al.*, 2013).

Pesquisa realizada no Sudeste do Brasil com 122 adultos do sexo masculino e feminino, ambos em tratamento ambulatorial, e com ou sem manifestações clínicas, que objetivou caracterizar a qualidade de sono de indivíduos com HIV/AIDS, apontou altos índices de prevalência de pessoas com qualidade de sono ruim. Entre as principais queixas, encontrava-se o acordar durante a noite ou demasiadamente cedo, a necessidade de utilizar o sanitário durante o período do sono, as perturbações provocadas pelas preocupações e a sensação de frio. As alterações do sono exercem impacto expressivo na vida e bem estar de um indivíduo, os prejuízos de uma noite mal dormida podem surgir a curto, médio e longo prazo, e interferir nas atividades diárias, no trabalho, assim como é passível de provocar alterações no funcionamento do organismo e no humor (FERREIRA & CEOLIM, 2012).

O diagnóstico tardio da doença é outra problemática, Estudo realizado com 200 pacientes com AIDS demonstrou que a desinformação e o diagnóstico tardio, bem como a pouca adesão ao tratamento com antirretrovirais, resultou em baixos índices de sobrevida na população em estudo (GAETTI-JARDIM *et al.*, 2013).

Pessoas portadoras do HIV, além de sofrerem com as manifestações clínicas amplamente estudadas e conhecidas, podem também ter o estado psicológico comprometido, serem afetadas pela discriminação da sociedade, bem como por seus próprios preconceitos. Embora a TARV seja um avanço que contribui para o aumento da sobrevida dessa clientela, afastando a ideia de sentença de morte, produzida pela descoberta do diagnóstico de HIV/AIDS, existem muitas barreiras a serem transpostas por estas pessoas (GALVÃO *et al.*, 2013).

No Brasil, condutas discriminatórias a portadores do HIV, bem como doentes de AIDS, expressam como, interferir de alguma forma na inscrição ou mesmo, anteparar a permanência em creches ou estabelecimentos educacionais de qualquer

nível estudantil, público ou privado; recusa de emprego ou trabalho; promover distinção em local de trabalho ou instituição de ensino; ferir intencionalmente a dignidade de pessoa portadora do HIV ou doente de AIDS por meio da exposição de sua condição e omissão de atendimento a saúde constituem crimes com penalidades previstas no Artigo. 1º da Lei nº 12.984, de 2 de Junho de 2014, podendo o indivíduo responsabilizado por tais atos permanecer recluso de um a quatro anos, além de punição com multa (BRASIL, 2014a).

Especificamente no contexto trabalhista, a criação da Portaria nº 1.246 de 28 de Maio de 2010, focada na orientação de empresas e trabalhadores no que se refere à testagem para HIV, proíbe, para fins admissionais, mudança de função, avaliação periódica, retorno, demissão ou qualquer outro aspecto ligado ao emprego, a realização para o diagnóstico de HIV. Porém, o disposto no artigo não se opõe que os trabalhadores sejam estimulados a tomar ciência de sua sorologia, desde que, por meio de campanhas ou programas de prevenção a saúde, voltadas ao trabalhador, este deve, de forma livre e esclarecido, realizar os exames, respeitado o caráter confidencial do processo, bem como, sem vínculo ao trabalho (BRASIL, 2010d).

2.5. Considerações sobre a Atenção às Pessoas que vivem com o HIV/Aids (PVHA) no Brasil

2.5.1. A Rede Cegonha e sua Contribuição para a Saúde Materno-infantil no Contexto da AIDS

O Brasil apresenta um modelo tecnocrático e hegemônico no que tange à assistência ao parto e nascimento, tais singularidades brasileiras contribuem de forma negativa na saúde materno-infantil, uma vez que o trabalho realizado neste âmbito ainda é insatisfatório, com resultados inferiores aos observados em outros países, de cuja condição socioeconômica é igual ou até mesmo inferior a do país (DIAS, 2011). Busca-se nesse contexto discutir as condutas de atenção ao parto, objetivando o alcance de padrões aceitáveis no Brasil, semelhantes aos adotados por outros países (CAVALCANTI, 2010).

Os principais indicadores associados a tais evidências citadas revelam taxas acima de 80% de realização de cesarianas nos serviços particulares, índice esse não equiparado a nenhum outro lugar do mundo. Inegavelmente, houve melhorias em uma vasta lista de indicadores da saúde feminina nas últimas décadas, porém, os altos

índices de mortes maternas e mortes no período neonatal, foram indicadores com os mais baixos níveis de redução no decorrer dos últimos anos, demonstrando, portanto, a qualidade da assistência obstétrica prestada no país (DIAS, 2011).

Foram criadas várias estratégias voltadas a promoção da saúde materna e infantil, que possibilitaram o alcance de resultados positivos, destacando-se a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da mulher e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, ambos criados no ano de 2004 (CAVALCANTI, 2010).

Com a finalidade de provocar impacto sobre os níveis elevados de mortalidade materna no Brasil, especialmente nos domínios geográficos do nordeste brasileiro e território amazônico, o Governo Brasileiro, através do Ministro da Saúde apresentaram em 28 de Março de 2011, o Programa Rede Cegonha (CARNEIRO, 2013).

Algumas estatísticas de mortes existentes no país ocorrem por causas evitáveis, no contexto dos serviços voltados a saúde pré-natal, parto e atenção ao recém-nascido. O Programa Rede Cegonha visa, dentre outros aspectos, trabalhar a redução dos índices de transmissão vertical do HIV e erradicação da sífilis congênita, no período gestacional, assim, observa-se que a realização de testes rápidos para o diagnóstico do HIV, e triagem de Sífilis em gestantes e suas parceiras, estimular o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e sífilis é de deve ser estimulada pelas equipes da atenção básica no pré-natal, que é o momento oportuno para tal ação. Frente a essa necessidade, a Rede Cegonha contempla a realização destes testes (BRASIL, 2013c).

2.5.2. Métodos Diagnósticos para o HIV no Brasil

A AIDS define-se pelo surgimento de infecções oportunistas e neoplasias nos adultos, nessas ocasiões, a proporção de Linfócitos T-CD4+ encontra-se inferior a 200 células/mm³, na maioria dos casos (BRASIL, 2013d). Em crianças o surgimento de manifestações clínicas que sugerem a instalação da doença ocorre de forma mais rápida, devido ao, ainda imaturo, sistema imunológico. Vale ressaltar que o diagnóstico nessas, deve respeitar os procedimentos necessários à cada idade (BRASIL, 2014c).

No Brasil, a abrangência de realização de Testes de HIV na população, apresentou aumento significativo, pois passou de 28% no ano em 2004, para 37% em 2008, analisou-se que são as mulheres as que mais fizeram uso dos testes, em especial pelas testagens realizados durante o pré-natal. Porém, observa-se que nos grupos mais vulneráveis como os Homens que fazem sexo com homens, HSH, profissionais do sexo (mulheres) e usuários de drogas com índices de 54%, 65,1% e 44,3%, respectivamente. Além das Unidades Básicas de Saúde, existem 515 Centros de Testagem e Aconselhamento para DST e AIDS (CTA), que disponibilizam de estrutura e profissionais para tal (BRASIL, 2012b).

A detecção da ação viral no ser humano é possível por meio do surgimento sequencial de marcadores no organismo acometido, sendo o RNA viral o primeiro marcador; em seguida, surge a proteína P24, por fim, a presença das estruturas citadas na circulação sanguínea provoca no sistema imunológico o estímulo a produção de anticorpos, sendo este o último marcador sanguíneo a ser observado (BRASIL, 2010b).

Conhecidos como Imunoensaios, foram estes os primeiros testes desenvolvidos com a finalidade de diagnosticar o HIV e foram idealizados logo após a descoberta da infecção pelo retrovírus (BRASIL, 2013a). Existem Imunoensaios competitivos e, os não competitivos (*sandwich*). Nos imunoensaios competitivos o antígeno presente no sangue coletado do paciente é identificado com um radioisótopo, ou fluorocromo, que competem para se ligar a um anticorpo em especial, presente na amostra. Nos Imunoensaios não competitivos, o anticorpo é que é marcado e não o antígeno (RAMOS, 2012).

Tomando como base a metodologia utilizada para o emprego dos Imunoensaios, estes foram sistematicamente agrupados por Gerações. Desde o período do início da aplicação dos Imunoensaios, quatro gerações foram desenvolvidas, sendo a primeira comercializada em 1985 (BRASIL, 2013a).

Nos ensaios de Primeira geração, anticorpos específicos são encontrados por um preparo formado por um anticorpo Anti-IgG humana, é tida como uma técnica com especificidade pouco eficaz, perdendo também em sensibilidade, quando comparado a ensaios desenvolvidos posteriormente, por detectar apenas IgG. A janela de soroconversão demora em média 6 a 8 semanas, tornando estes ensaios atualmente obsoletos na rotina diagnóstica laboratorial (BRASIL, 2013a).

Os ensaios de Segunda geração, por conter maior concentrado de Proteínas, possuem sensibilidade e especificidade maiores, entre 28 e 31 dias é o prazo de soroconversão. Nos ensaios de Terceira Geração, a janela de soroconversão dura em média de 22 a 25 dias, é um teste mais sensível que os anteriormente fabricados, utiliza antígenos recombinados ou peptídeos sintéticos, nas fases conjugada e sólida, é sensível a anticorpos antihiv, IgM e IgG (BRASIL, 2013a). O ELISA é um exemplo de ensaio de detecção de Terceira Geração (BRASIL, 2009a).

O método Elisa (*Enzyme-linked immunosorbent assay*) é um ensaio imunoenzimático, os primeiros estudos que possibilitaram a utilização desses métodos foram realizados por Nakane e Pierce, nos Estados Unidos, simultaneamente Arrameas e Uriel também os realizaram na França, ambos em 1966 (SINOGAS, 2014). A peroxidase (*Horseradish Peroxidase – HRP*) era utilizada nos conjugados proteicos, a sinalização de proteínas por meio de corantes fluorescentes era o processo pioneiro, criado por Coons em 1941. Dois conjuntos de pesquisadores, os holandeses Van Weemen e Schurs, e os suecos Engvall e Perlmann, foram os responsáveis pela introdução do método imunoenzimático para detectar e quantificar antígenos ou anticorpos, em 1971 (MOLINARO, 2009).

Em relação à Quarta geração de ensaios, pode-se observar que concomitantemente são detectados antígenos P24 e anticorpos característicos anti-HIV, o prazo para a ocorrência de janela diagnóstica é estimado em 15 dias (BRASIL, 2013a).

As Sorologias também estão disponíveis na Rede de Atenção à Saúde da Família, desde o ano de 2005 e o acesso a realização dos mesmos não deverá se apresentar de forma burocrática, uma vez que pessoas não cadastradas na referida estratégia também poderão realizar os testes na rede básica de saúde (NEMES *et al.*, 2009).

Os Testes Rápidos (TR) são, também, Imunoensaios, porém não complexos, e poderão ser aplicados de forma mais rápida. Além do tempo de realização ficar em torno de 30 minutos, os TR não precisam necessariamente ser realizados em ambiente laboratorial, o que possibilita a expansão do acesso ao diagnóstico. Levando em consideração a rapidez na execução dos TR, pode-se ressaltar que é um avanço, principalmente por permitirem sua implantação junto a rotina das pessoas, quando necessário (BRASIL, 2013a). Pesquisas demonstram que os testes rápidos possuem

sensibilidade semelhante à que se observa nos testes utilizados para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, entre 99,5% e 100% (BRASIL, 2010b).

Entre os tipos mais utilizados de Testes Rápidos, destacam-se os dispositivos ou tiras de Imunocromatografia, ou fluxo lateral, a imunocromatografia, ou dupla migração (DPP), dispositivos de Imunoconcentração e fase sólida (BRASIL, 2013a).

Os TR são a melhor opção quando se deseja disponibilizar resultados em curto prazo. O Ministério da Saúde, através do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais recomenda sua utilização em situações e locais específicos, como em serviços de saúde sem estrutura laboratorial necessária ou em localidades de difícil acesso; em alguns programas desenvolvidos na atenção básica como o Programa Saúde da Família, a Rede Cegonha; nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) fixo e itinerante ou Móvel; em populações flutuantes e vulneráveis; em parceiros de pessoas portadoras do HIV (BRASIL, 2013a).

Outras indicações para a realização de testes rápidos envolvem pessoas que sofreram acidentes de trabalho com exposição a material biológico, no paciente-fonte; em gestantes durante o pré-natal que não realizaram o teste convencional nesse período, ou quando a idade gestacional estiver avançada e não houver tempo hábil para a entrega do resultado antes do parto; parturientes e puérperas, que não tenham sido submetidas a testagem no período pré-natal, ou em situações onde no ato do parto, se desconhece o resultado do teste; nos casos de aborto espontâneo, independentemente da idade gestacional; em laboratórios com demanda de até 5 amostras, por turno, para diagnóstico da infecção pelo HIV; nos casos de violência sexual, teste no agressor, para instituir a profilaxia para as DST/HIV/Hepatites Virais. Em vítimas de acidentes encaminhadas ao pronto-socorro; Em outras situações definidas pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (DDAHV), julgadas especiais, ou direcionadas a ações de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (BRASIL, 2013a).

Para as indicações de realização de TR há que se considerarem dois aspectos. O período de janela imunológica, intervalo entre o início da infecção e a identificação de marcadores pelos testes laboratoriais, e a soroconversão, que é a produção de células de defesa em resposta a infecção (BRASIL, 2010b).

A utilização do fluido oral (FO) também é uma alternativa viável. Existem testes rápidos que se utilizam desse fluido para o diagnóstico do HIV, sendo possível em função dos anticorpos que são transportados do sangue circulante para os fluidos presentes na gengiva. Por um lado, estes testes facilitam ainda mais o processo de testagem, bem como, por não haver necessidade da utilização de sangue, reduzem o risco de acidentes biológicos, porém, há que se considerar que são menos sensíveis e menos específicos que os que utilizam o sangue como amostra e possuem janela de soroconversão com período maior (BRASIL, 2013a).

O HIV TEST BIOEASY é o mais atual lançamento na linha de testes rápidos na rede SUS, do Brasil. O produto permite a análise qualitativa das amostras, pois é capaz de identificar anticorpos de todos os isótipos (IgG, IgM, IgA) em soro, plasma ou sangue total de amostra humana, sendo específico para o HIV-1 o que inclui o grupo O e, o HIV-2 de forma simultânea. Este teste representa uma inovação frente aos testes rápidos já existentes, que não detectam especificamente os subtipos de HIV. O dispositivo HIV TEST BIOEASY contém em sua superfície de estrutura, os caracteres 1 (Linha teste HIV-1), 2 (Linha Teste HIV-2) e C (Linha Controle) (HAGAL-DONG *et al.*, 2014).

2.5.2.1. O Aconselhamento para realização dos Testes Anti-HIV

Do estabelecimento de diálogo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, emerge uma ação imprescindível e que estreita os laços entre profissional e cliente, o aconselhamento. O mesmo possui o arcabouço formado por três pilares: o aporte educativo, aporte emocional e a troca de informações, que contribui no sentido de intervir nas atitudes do sujeito, considerando, porém, as circunstâncias, carências e capacidade dos indivíduos que são o alvo desta intervenção (FEITOZA *et al.*, 2010).

2.5.2.2. Fluxograma estabelecido no Brasil para o diagnóstico da Infecção pelo HIV

Com vistas a tornar a emissão de laudos de forma confiável, evitando a ocorrência de erros que conduzam a resultados falso-negativos, ou falso-positivos, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a sistematização de procedimentos, sendo estes realizados por meio de um fluxograma de ações (BRASIL, 2009b).

Em crianças com idade menor ou igual a 18 meses, só é emitido resultado positivo para infecção por HIV, através da realização de testes com a coleta de 2 amostras em momentos distintos, os métodos que devem ser realizados podem ser: Quantificação do RNA viral plasmático-carga viral ou Detecção do DNA pró-viral e carga viral entre 1 e 6 meses, a realização de uma das opções deve ocorrer após o 4º mês de vida. Nas crianças não infectadas é possível a realização de até 3 testes para quantificação de RNA viral-carga viral, as mesmas são expostas ou vírus por terem nascido de mães infectadas pelo HIV (BRASIL, 2009b).

A Portaria GM/MA nº 59 de 28 de Janeiro de 2003 definia critérios para a realização do diagnóstico de infecção pelo HIV por meio de laboratórios públicos, privados ou que possuam convênio junto ao Sistema Único de Saúde. O teste de Elisa é o primeiro imunoensaio a ser utilizado, na etapa caracterizada como Triagem sorológica, a este teste, submete-se todas as amostras de soro ou plasma. Se neste primeiro momento as amostras apresentarem resultados reagentes, proceder-se-á a confirmação sorológica, este confirmatório é feito por meio da utilização de um segundo imunoensaio, com constituição antigênica ou caráter metodológico diferente do primeiro, em associação a testes confirmatórios, destacando-se a imunofluorescência indireta, *Imunoblot* ou *Western Blot*, correspondem às etapas 2 ou 3 (BRASIL, 2009b).

O *Western Blotting* também conhecido como *Immunoblotting* ou imunoeletrotransparência é de grande utilidade para a caracterização de antígenos, bem como para a caracterização de anticorpos específicos de um componente antigênico. Esta técnica surgiu de uma brincadeira acadêmica como base no nome *Southern*. Tempos depois Alwine e colaboradores adequaram a então técnica *Southern Blotting*, passando esta a se denominar *Northern Blotting* pela eletrotransferência de RNA. Em 1979 Towbin, Staehelin e Gordon desenvolveram a eletrotransferência de proteínas, a nova técnica foi então batizada de *Western Blotting* (MOLINARO, 2009).

Em casos especiais, quando se impossibilita a emissão de laudo por testes laboratoriais, pode-se lançar mão da utilização de testes rápidos. Dois testes em paralelo, porém em métodos diferentes, devem ser realizados nessa ocasião. Definindo-se como “amostra positiva para o HIV”, as que apresentarem resultado positivo em ambos os testes (BRASIL, 2009b).

Por volta de 1980, época que culmina com o surgimento dos testes pioneiros para o diagnóstico do HIV, inicia-se no Brasil a organização de uma rede de serviços, cuja finalidade se centrava em possibilitar o acesso da população ao conhecimento relacionado a doença, aos materiais necessários à prevenção e aos serviços de Aids, esta denominada Centros de Testagem e Aconselhamento. Outra finalidade importante buscada na época era propiciar maior segurança nas transfusões sanguíneas, por meio de testes Anti-HIV disponibilizados. Todos os serviços prestados preservam pelo anonimato dos usuários, bem como pela livre iniciativa dos mesmos em buscar tais serviços (GRANGEIRO *et al.*, 2009).

Os CTA's foram criados em 1997, atualmente, esses centros realizam um papel fundamental junto à população, pois realizam ações voltadas ao diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, outra importante característica dos CTA é seu caráter epidemiológico, os mesmos funcionam como fontes de dados onde os perfis populacionais podem ser acessados, bem como subsidiar medidas de prevenção baseadas nas características específicas dos usuários (BRITO *et al.*, 2009).

Nos CTA's é possível ter acesso a testes para HIV, Sífilis e Hepatites B e C de forma gratuita. Quem busca tais serviços conta com o sigilo total no ato do atendimento, bem como dispõe de uma equipe de profissionais de saúde, que oferecerá todo o aporte necessário, independentemente dos resultados dos testes. Quando porventura os resultados apresentam-se positivos, é também função do CTA, encaminhar os usuários à referência. Vale ressaltar que todos os produtos utilizados nesses serviços, possuem registro junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), bem como os testes são realizados com base em normas e orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (BRITO *et al.*, 2009).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.271 de 6 de Junho de 2014 modifica o esquema de notificação da infecção pelo HIV, outrora, apenas as gestantes, parturientes, puérperas e crianças expostas ao risco de contágio pelo vírus eram notificados, no mais, apenas em confirmação diagnóstica. A portaria estabelece a obrigatoriedade da notificação compulsória diante do diagnóstico de HIV ou suspeita de infecção pelo HIV, como no caso dos acidentes de trabalho, e mantida notificação para todos os casos com confirmação da AIDS. Essa recomendação está voltada para

todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2014b).

2.5.3. Acompanhamento Sistemático da PVHA

Uma das formas de reação do sistema imunológico às infecções é feita pela ação de células presentes na corrente sanguínea, um exemplo são os linfócitos T, que possuem receptores do tipo CD4+ e CD8+, e é neste tipo específico de células que o HIV adentra, multiplica-se e as destrói. A contagem destas células e dos vírus circulantes (quantificação do RNA viral ou carga viral) é de grande valia, uma vez que, com a replicação viral em processo acelerado, ocorre diminuição dos linfócitos CD4+/CD8+. No contexto de manejo do HIV, a realização de tais condutas é essencial, permitindo a avaliação da progressão do processo infeccioso, fornecendo subsídios para se definir o momento ideal do início do tratamento, bem como avaliar as respostas à terapia implementada (BRASIL, 2010c).

A utilização da contagem de linfócitos T CD4, data de 1992, ocasião em que o CDC dos Estados Unidos, programou seu uso com a finalidade de avaliar critérios laboratoriais da imunodeficiência em fase de infecção. Anteriormente utilizava-se apenas o Exame de Carga Viral Plasmática (CVP). Ao final dos anos 80, este por sua vez era utilizado a princípio, para diagnosticar a soropositividade, em seguida também passou a ser utilizado para fins de acompanhamento da doença (GUZMÁN & IRIART, 2009).

Tais procedimentos são essenciais às pessoas que vivem com VIH. A contagem das células denominadas CD4, reproduz a quantidade total dessas em 1 gota de sangue, quanto mais altos os índices, melhor é o resultado ao paciente. Já a quantificação de carga viral, que identifica a quantidade de VIH em 1 gota de sangue, é ideal que apresente os menores índices possíveis. A finalidade do tratamento com antirretrovirais se baseia em manter a carga viral baixa (indetectável) e contagem de linfócitos T CD4 elevada (NAM, 2010).

Tomando-se como base um mililitro de sangue humano, observa-se que em pacientes que não iniciaram tratamento, os resultados iniciais podem chegar a 1 milhão ou mais de cópias/ml. Em tratamento, uma carga viral alta pode apresentar valores compreendidos entre 5.000 e 10.000 cópias/ml. A progressão vagarosa da

doença pode, de acordo com o método empregado, pode estar entre 40 a 500 cópias/ml. Vale ressaltar, que, mesmo em fases iguais, a quantificação de vírus no plasma em pessoas infectadas pelo HIV-2 é expressivamente menor que nos indivíduos infectados pelo HIV-1 (SILVA & LIMA, 2012).

Outro método importante é a Genotipagem. A nota técnica nº 142/2012 MS, define critérios para a realização da Genotipagem em pacientes com falha virológica confirmada. De acordo com as orientações contidas, recomenda-se a realização de teste de genotipagem frente à confirmação de falha virológica, de forma mais específica, refere às circunstâncias em que se realizam dois testes de carga viral, cujo intervalo entre a realização destes encontra-se superior a quatro semanas e os resultados expressar a presença de índice superior a 1.000 cópias/ml. Os pacientes devem estar em terapia antirretroviral há no mínimo seis meses, quando se trata de adultos; nas gestantes este período cai para três meses. Recomenda-se ainda que nestes casos, a realização de testes de resistência genotípica, não deve, necessariamente, ser antecedido pela realização de testes de carga viral (BRASIL, 2012d).

2.5.4. Serviço de Assistência Especializada (SAE)

A prevenção foi a estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde como forma de contornar o avanço da doença. Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) foram criados em 1994, os mesmos destinam-se a prestação de serviços ambulatoriais aos portadores de doenças transmitidas pela relação sexual, pelo HIV e às pessoas com AIDS em vários locais do Brasil (LIBRELOTTO *et al.*, 2012).

As pessoas vivendo com HIV, ou com AIDS, no Brasil, foram beneficiadas com o aumento no número de serviços de atendimento especializado (SAE), em 2007, existiam 636 estabelecimentos, em 2010, esse número aumentou para 712 unidades (BRASIL, 2012b).

Os SAE contam com um corpo multidisciplinar de profissionais, com a finalidade de prestar a população assistência integral e de qualidade, com vistas a cooperar para que uma rede de referência e contra referência de serviços se estabeleça por meio do Sistema Único de Saúde SUS (LIBRELOTTO *et al.*, 2012).

2.6. A Terapia Antirretroviral indicada para AIDS e a Adesão ao Tratamento

A *Food and Drug Administration* (FDA) lançou em Março de 1987, o primeiro fármaco cuja ação apresentava eficácia no tratamento da AIDS, a Zidovudina. Reconhecida pela sigla AZT, a mesma começou a ser utilizada no Brasil, na cidade no Estado de São Paulo no tratamento da doença, no ano de 1990, por meio do Programa de Controle da AIDS (TANCREDI, 2010).

No país, a terapia antirretroviral já era disponibilizada gratuitamente desde 1991, em 1996 tornou-se, por meio de lei sancionada, obrigatória a distribuição destes. A cobertura farmacêutica voltada a antirretrovirais é eficaz, abrangente e de fácil acesso no Brasil, apenas medicações utilizadas na profilaxia de doenças oportunistas podem apresentar demanda insuficiente (FERNANDES *et al.*, 2009).

Nos dias atuais, 23 medicamentos antirretrovirais são disponibilizados, com diversos esquemas terapêuticos, considerando-se que a quase totalidade destes apresentam resultados satisfatórios, o esquema a ser escolhido deve levar em conta, a adequação das drogas na qualidade de vida do usuário (SOÁREZ *et al.*, 2009).

Embora tenha sido alvo de muitas indagações no princípio de sua implantação no Brasil, a política governamental do país, voltada à AIDS, cujas bases se firmam na oferta universal e distribuição gratuita de antirretrovirais, bem como de medicamentos para tratamento de doenças oportunistas, é hoje uma história de sucesso (SZWARCOWALD & CASTILHO, 2011).

Atualmente, o êxito do Programa brasileiro é reconhecido mundialmente, bem como elogiado por ser de caráter interministerial, que busca constantemente um estado de consonância com os movimentos sociais envolvidos, bem como com o meio científico. A acessibilidade à terapia antirretroviral, TARV, resultou em profundas e significativas mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade, uma vez que as taxas dos referidos indicadores, sofreram queda (SZWARCOWALD & CASTILHO, 2011).

Em épocas passadas, o diagnóstico significava morte iminente do indivíduo acometido. Entretanto, nos dias atuais, inúmeros portadores do HIV, convivem naturalmente com o vírus por anos, sem que a AIDS sequer surja, tal fato é atribuído em especial, ao tratamento eficaz desenvolvido no Brasil, que é hoje um modelo nesse quesito (ALMEIDA *et al.*, 2011). Além de prolongar a vida das pessoas que convivem

com HIV ou com a AIDS o advento da TARV, promoveu também melhorias na sua qualidade de vida (FIUZA *et al.*, 2013).

Determinar o momento específico e correto para o início da Terapia antirretroviral, e uma temática que levanta discussões em função de envolver aspectos complexos. No intuito de tornar a prática clínica mais fácil, as orientações para o uso de medicações antirretrovirais são fornecidas com base em Consensos nacionais e internacionais, e este arcabouço valida-se a partir de fundamentos baseados em evidências obtidas a partir de comprovação científica (FERNANDES *et al.*, 2009).

Ao profissional médico cabe ser detentor de alto nível de conhecimentos em Terapia antirretroviral, bem como experiência para lidar com o tratamento em pessoas com HIV. Esses atributos são necessários para que o profissional possa ter subsídios que ao auxiliem na tomada correta de decisões frente às adversidades enfrentadas. Várias pesquisas têm sido realizadas nesse âmbito. De forma breve, há um consenso de que a assistência às pessoas que vivem com o HIV e AIDS deva ser ofertada por serviços de excelência, cujos profissionais atuantes, busquem constantemente capacitar-se e atualizar-se em questões relativas à TARV. Realizar o acompanhamento de pacientes também reforça a eficácia do serviço por meio da experiência a ser adquirida pelo profissional médico (SCHEFFER *et al.*, 2010).

Embora não se haja estabelecido de forma consensual, o momento ideal para o início da TARV, estudos sugerem melhores resultados quando a terapêutica é prescrita antes da contagem de linfócitos T CD4+ atingir 200cel/mm³, ou seja, atuar de forma precoce antes que haja comprometimento da função imunológica. A tomada desta decisão é de extrema importância para o usuário, como para a saúde pública. Muitos usuários que iniciaram o esquema ARV ainda no período de incubação da doença, onde a concentração de Linfócitos T CD4+ encontra-se alta, apresentam melhores chances de possuir um status sorológico de carga viral indetectável (TANCREDI, 2010). Assim, o ideal é que o início da TARV utilizada para o tratamento Anti-HIV ocorra quando as defesas do organismo não estejam comprometidas, especificamente antes que alguma patologia venha a surgir (ALMEIDA *et al.*, 2011).

No ano de 2013 ocorreu outra mudança nos critérios para iniciar a TARV e que apontavam para que todos os indivíduos que convivem com o vírus da imunodeficiência devam ser incentivados a iniciar a TARV, não deixando de se

considerar sua motivação, como forma de inibir a transmissibilidade do vírus. Em pacientes assintomáticos, com níveis de CD4 \leq a 500 células/mm³, indicam o início da TARV; quando os valores de CD4 são $>$ 500 células/mm³, devem iniciar a terapêutica nas situações quando houver coinfeção HIV-HBV em que se houver necessidade de tratamento para hepatite B. Há, também, que se considerar a TARV para quando houver o surgimento de neoplasias, que não definem AIDS, mas com necessidade de realização de quimioterapia e radioterapia; na presença de doença cardiovascular ou em risco potencial nesse sistema; nas coinfeções HIV-HCV, ou quando os níveis de carga viral do HIV ultrapassarem as 100.000 cópias/ml. Ressalta-se que a impossibilidade de contagem de LT-CD4+ não deve interferir no início do esquema com ARV (BRASIL, 2013b).

No Brasil, a quantidade de pessoas em TARV apresentou expressivo aumento. Em 2002, totalizavam 125 mil, já em 2011, passou para 217 mil. A perspectiva é que a cada ano, 30 mil pessoas dão início a TARV no país. Em todo o território brasileiro, existem atualmente 716 unidades responsáveis pela dispensação de medicamentos antirretrovirais, tais medicamentos, são os desenvolvidos mais recentemente por laboratórios do mundo. Com vistas a tratar pessoas que se encontram em condição de multirresistência novas medicações foram aglutinadas aos planos terapêuticos, a Enfuvirtida (2005), Darunavir (2008), Raltegravir (2009), Etravirina (2010) e Maraviroque (2012), são exemplos utilizados para adequação dos esquemas terapêuticos à política de tratamento (BRASIL, 2012b). Ressalta-se que a utilização de antirretrovirais para as terapias voltadas ao tratamento do HIV e da AIDS é eficaz uma vez que é possível aumentar a contagem de células CD4 no organismo, bem como reduzir a sua carga viral.

2.6.1. Adesão a TARV: um desafio ao enfrentamento do HIV/AIDS

Define-se adesão como uma atividade realizada de forma conjunta, pautada no estabelecimento de uma relação em que o paciente não realiza uma orientação médica de forma mecânica, e sim, encontra-se inserido no contexto do tratamento de forma a compreender e aceitar as recomendações específicas prescritas pelo médico. Faz-se necessário que a adesão seja uma responsabilidade dividida entre paciente e equipe (POLEJACK & SEIDL, 2010). O êxito no âmbito da TARV depende diretamente

da extensão do tratamento, eficácia da medicação utilizada, estado clínico e outras características do indivíduo doente, bem como da doença (FIUZA *et al.*, 2013).

O acesso universal às medicações para o tratamento da AIDS modificou o panorama da epidemia no Brasil, principalmente em função da queda na taxa de mortalidade dos indivíduos acometidos, entre 1996 e 1998 houve redução de 9,6 para 6,7 chegando em 2005 a 6,0. Em contrapartida, observa-se que os gêneros foram afetados de forma distinta nesse processo, quando analisado em diferentes regiões do país, a diminuição dos índices de mortalidade foi mais significativa entre os homens, notando-se que a mortalidade feminina vem apresentando valores gradualmente maiores desde 1999 (OLIVEIRA, 2009).

É sabido que para gestantes soropositivas para o HIV, deve haver intervenção profilática no intuito de diminuir os riscos para as crianças. Um Estudo transversal realizado por meio da coleta de dados do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN), com base em informações contidas no registro de gestantes portadoras do HIV, no município de São Paulo, demonstrou que, embora as mulheres participantes fossem gestantes de segunda e terceira gravidez, ou seja, as mesmas já possuíam ciência de sua condição sorológica como soropositiva para o HIV desde a primeira gestação, os níveis de adesão foram inferiores quando comparados a índices nacionais e internacionais. Algumas indagações surgem na busca de se compreender a razão da não realização do pré-natal e não adesão a TARV, embora as mães compreendessem o risco de transmissão vertical. O índice de adesão ao pré-natal foi de 85%, inferior aos relatados por estudos nacionais e no mundo, 90% a 100%, no que tange à TARV no período pré-natal 82,5% a utilizaram e 77,3% realizaram esquema profilático no parto (CHENGYAO & NICHATA, 2013).

A burocracia enfrentada para se dar início ao pré-natal, a falta de educação em saúde, os recursos laboratoriais escassos, a rotatividade de profissionais, bem como a comunicação ineficaz dos mesmos, que utilizam linguagem técnica incompatível com o público alvo, são as principais queixas de mulheres portadoras do HIV, quanto relacionada aos serviços de saúde (CHENGYAO & NICHATA, 2013). Em recém-nascidos, que são totalmente dependentes de seus cuidadores, os esforços para a adesão devem ser voltados a sua qualidade de vida, que devem seguir o protocolo estabelecido no pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2010a).

O acompanhamento de crianças expostas ao HIV é de suma importância, porém, embora seja inegavelmente importante, ocorre abandono dos serviços médicos. Um estudo documental realizado por Macedo *et al.*(2013) demonstrou que 51,50% (17) das crianças expostas ao vírus, que constituíram o alvo do estudo, tiveram seguimento incompleto, e não retornaram na data prevista para o acompanhamento, por mais que se utilizassem de diversas táticas para que o cuidador as conduzisse ao serviço de referência. Desse total, 9,08% (3) apresentaram a confirmação diagnóstica para HIV como desfecho (MACEDO *et al.*, 2013).

Uma pesquisa realizada em Fortaleza (CE) sobre o cuidado materno a crianças expostas ao HIV demonstrou que os cuidados com as crianças, ainda não se encontravam consonantemente com o que estabelecem as normas para a redução da transmissão vertical no Brasil. Entre as principais falhas, destaca-se o fato das mães não conduzirem as crianças, ao acompanhamento previsto (27,8%), o comparecimento com frequência inapropriada nas consultas (53,9%), e as crianças que não receberam profilaxia para pneumonia, bem como esquema de imunização incompleto e fora do previsto pelo calendário vacinal. Fator positivo apresentado pelo estudo foi a não realização de aleitamento materno, adotado pelas mães, e a administração correta da Zidovudina ® xarope, com taxas de adesão de 94,4% (BARROSO *et al.*, 2009).

O Consenso do Programa Nacional de AIDS recomenda um esquema composto pela combinação de três ARV, em associação a duas classes distintas de fármacos, ressaltando-se que a terapia não deve ser interrompida. A TARV em adolescentes é complexa, uma vez que consideram questões singulares como o crescimento, as mudanças metabólicas e corporais, que tipicamente, ocorrem de forma intensa e rápida nesta fase (PAULA *et al.*, 2012).

Os adolescentes que contraíram o vírus por transmissão horizontal geralmente estão livres de problemas enfrentados por parte dos adolescentes do grupo de transmissão vertical, estes, devido ao longo período já em terapia, chegam a essa faixa etária passando por diversos esquemas medicamentosos, sofrem com efeitos adversos e em muitas ocasiões necessitam fazer uso de ARV ainda não permitidos para a sua idade, em função das poucas opções terapêuticas ainda disponíveis (PAULA *et al.*, 2012).

Pesquisa realizada no interior do estado de São Paulo, com adolescentes que convivem com HIV/AIDS desde o período da infância e seus respectivos cuidadores, cujo objetivo se firmava em compreender as vivências dos mesmos no que tange à adesão terapêutica. Analisando os fatores que facilitavam ou dificultavam a adesão, revelou que os adolescentes mostraram-se conhecedores dos benefícios da terapia medicamentosa para o controle da patologia, bem como para a melhoria na qualidade de vida, porém, grande parte não aderiu de forma adequada ao tratamento, justificando dificuldades em aceitar a doença, alegando que o ato de tomar a medicação os remetia ao fato de serem portadores do vírus da AIDS e, mencionaram, ainda, ansiedade, ou mesmo esquecimento. Observou-se, também, que os mesmos sofriam com estigma e discriminação, por vezes, com iniciativa dos próprios familiares (KOURROUSKI & LIMA, 2009).

Outro Estudo que se propôs a analisar a qualidade dos serviços e sua relação com a adesão e acesso, embasando-se por outras pesquisas realizadas no Brasil com PVA, apontaram por meio dos seus achados que serviços com demanda menor que 100 pacientes apresentam risco estimado de adesão inferior das pessoas atendidas, bem como de ter a qualidade comprometida em comparação a locais que atendiam mais de 500 usuários. Em serviços com menor capacidade de atendimento, a complexidade nos processos é menor, a administração não é estruturada tecnicamente, há centralização na autonomia do trabalho médico, bem como sistematização pouco elaborada dos processos de trabalho (NEMES *et al.*, 2009).

Entre os principais fatores que prejudicam/dificultam o acesso das pessoas soropositivas para HIV aos serviços de saúde, a literatura internacional destaca a heterogeneidade socioeconômica, raça e gênero; os obstáculos geográficos, a distinção cultural entre os profissionais que compõem o corpo de colaboradores dos serviços de saúde e a clientela, o temor de sofrer estigma, ou mesmo a existência deste (OLIVEIRA, 2009).

Alerta-se que o ato de tomar a medicação de forma imprópria ou em doses posológicas insuficientes, por esquecimentos ou mesmo falta de assiduidade relativa a dias e horários, resulta em resistência à terapia adotada, bem como compromete os resultados clínicos esperados (BLATT *et al.*, 2009; POLEJACK & SEIDL, 2010)

Para que as condutas terapêuticas apresentem os resultados esperados, a OMS recomenda uma ingestão mínima de 95% dos medicamentos prescritos (BLATT

et al., 2009), uma vez que a utilização de valores menores ao citado é insuficiente para evitar a replicação do vírus (KOURROUSKI & LIMA, 2009).

A falta de aderência ao tratamento proposto também resulta em prejuízos financeiros aos cofres públicos. Analisando os gastos em cada fase da doença, observa-se que o agravamento da mesma pode onerar o Sistema de Saúde, uma vez que a piora clínica do paciente requer o uso verbas para custos adicionais (NISHIJIMA *et al.*, 2013).

Considerando a complexidade que envolve o processo de adesão terapêutica, a busca de táticas voltadas a melhor adesão dos pacientes à terapêutica medicamentosa, deve permear o universo de singularidades de cada usuário acompanhado no âmbito fármaco-terapêutico (BLATT *et al.*, 2009).

2.7. Coinfecções e infecções oportunistas com o HIV

Concomitantemente ao surgimento da AIDS, observou-se também o aparecimento de manifestações clínicas consideradas atípicas, sua evolução também é marcada pelo surgimento ou mesmo ressurgimento de determinadas doenças cuja evolução se deve ao baixo potencial do Sistema Imunológico do indivíduo acometido, tais situações definem as doenças oportunistas associadas a AIDS (CARVALHO *et al.*, 2013).

Entre as comorbidades de maior incidência destacam-se as coinfecções com o Vírus da Hepatite C (VHC); Vírus da Hepatite B (VHB); Tuberculose; Sífilis; Doença de Chagas; Hanseníase; HTLV; Leishmaniose e Paracoccidioidomicose (BRASIL, 2013b).

As hepatites virais, em especial as dos tipos B e C persistem como problemas de saúde pública da atualidade. A se saber, a OMS estima que mundialmente 370 milhões de pessoas são portadoras crônicas do vírus da Hepatite B (VHB) e cerca de 170 milhões do vírus da Hepatite C (VHC). Em regiões onde tais patologias são endêmicas ou mesmo entre os grupos de risco, em especial o com alto risco de transmissão por via parenteral, torna-se comum o processo de coinfecção, porém a escassez de estudos de base populacional contribuem para o desconhecimento acerca da proporção da comorbidade ligada as Hepatites B e C. O processo de coinfecção entre o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e das Hepatites Virais B

ou C, é facilitado pelo fato das vias de infecção dos vírus serem comuns, em especial as vias sexual e parenteral (FARIAS et al., 2012).

A Tuberculose (TB), patologia tão antiga quanto a própria humanidade é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, possui tratamento disponível e de alto poder curativo desde a década de 60 (PILLER, 2012). É conhecida como “calamidade negligenciada” e ainda não solucionada no século XXI (GUIMARÃES et al., 2012).

De acordo com estimativas, o Brasil tem destaque na América latina por ser um país com a mais elevada incidência de novos casos, cerca de 110 mil por ano, está entre os 16 países com mais casos de TB a nível mundial (LEMOS et al., 2012). O processo de coinfeção HIV/TB exerce grande influência sobre os rumos da epidemia em ambas as patologias. A Tuberculose é atualmente uma das patologias com maior associação à infecção pelo HIV, o que resulta em aumento do número de óbitos (NEVES, REIS & GIR, 2010). Dados apontados pela OMS dão conta que em 2009, 14% dos 72% dos pacientes com TB, quando testados para HIV, apresentaram resultado positivo (GUIMARÃES et al., 2012).

Por afetarem grupos semelhantes, a sífilis e o vírus da imunodeficiência humana, com frequência apresentam também associação. O *Treponema pallidum* é o agente etiológico da Sífilis, doença que acomete praticamente todos os órgãos e sistemas e, embora tenha tratamento eficaz e acessível, está se mantendo como problema de saúde pública (OLIVEIRA et al., 2011). Sabidamente, esta patologia promove a disseminação da infecção pelo HIV, é observada concomitância destas patologias em até 25% dos casos (SLAIBI et al., 2013).

Quanto a Doença de Chagas, a vigência de imunodepressão ocasionada pelo HIV, implica em reativação da Doença de Chagas Crônica, especialmente em pessoas com níveis de T-CD4+ <200 céls/mm, tal evento preocupa por resultar em alto nível de mortalidade, sendo letal em 100% dos casos não tratados, ou cujo início da terapêutica tenha sido realizada tardiamente (ANDRADE et al., 2011).

Historicamente a descrição da Doença de Chagas data do século passado, quando em 15 de Abril de 1909 pelo Dr. Carlos Justiniano Ribeiro Chagas, quando a patologia foi observada em uma criança. Por meio de uma nota preliminar, o Dr. Carlos Chagas divulgou a descoberta de uma tripanossomíase humana nunca antes relatada, cujo vetor era um inseto triatomídeo, popularmente denominado como barbeiro, tal fato se deu em Lassance (Minas Gerais). Atualmente acredita-se que

entre 12 e 14 milhões de pessoas na América latina estejam infectadas pelo *Trypanossomacruzi* (SANTOS, CASSIANI & DANTAS, 2009).

A Hanseníase é doença infectocontagiosa, crônica, assim como uma questão de saúde pública altamente relevante por seu potencial incapacitante (SANTOS *et al.*, 2013). Provocada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo intracelular obrigatório, álcool ácido resistente que acomete em especial as células de Schwann, pele e nervos, a hanseníase configurasse como a principal doença infecciosa a provocar incapacidades físicas permanentes nas coletividades (MONTEIRO, 2012).

O Brasil ocupa o 2º lugar em número de casos de hanseníase no mundo, sendo superado apenas pela Índia, sendo detentor de 93% dos casos notificados em todo o continente americano. A prevalência de indivíduos coinfectados é desconhecida no Brasil, ressalta-se que a hanseníase é uma doença endêmica e o HIV expande-se aos interiores brasileiros, o que conduz a ideia de que a sobreposição geográfica, poderá elevar os casos das duas patologias mundialmente (BATISTA *et al.*, 2014).

A sigla HTLV-1 expressa o termo vírus linfotrópico da célula T humana 1; é um vírus pertencente a família *retroviridae* e, o indivíduo não irá necessariamente desenvolver processos patológicos quando em contato com ele. No Brasil, cerca de 2 milhões de pessoas estejam infectadas, o país é campeão em número de casos (BRASIL, 2013b).

A existência da coinfecção entre o HIV e as leishmanioses vem provocando modificações no curso natural destas. O primeiro caso de tal evento data de 1985 no Sul da Europa. As manifestações clínicas mais comumente observadas nos coinfectados Leishmaniose/HIV são febre e aumento de órgãos como baço e fígado, similares aos observados em indivíduos imunocompetentes acometidos por leishmaniose visceral (SOUSA-GOMES *et al.*, 2011). Vale ressaltar que a leishmaniose visceral é a forma clínica de leishmaniose que mais apresenta associações ao HIV (CARVALHO *et al.*, 2013).

Causado pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, a Paracoccidioidomicose é descrita como uma micose sistêmica restrita geograficamente às Américas, sendo o Brasil o país soberano em casos, as regiões sul, centro-oeste e sudeste são as mais afetadas. O trato respiratório é a via de entrada do micro-organismo patógeno. No ano de 1989, foi registrado o primeiro relato

da comorbidade Paracoccidioidomicose / Aids, por Pedro e colaboradores, onde na ocasião observou-se dois casos Paracoccidioidomicose / Aids e Paracoccidioidomíco / HIV (SARTI, 2009).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar as características epidemiológicas, clínicas e comportamentais em pacientes com AIDS em seguimento no Hospital de Doenças Tropicais no Tocantins, em uma cidade da região Norte do Brasil, em um período de 2007 a 2013.

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1. Identificar a prevalência dos casos de AIDS na série histórica;

3.2.2. Identificar a prevalência anual de coinfeções e de infecções oportunistas associadas a AIDS;

3.2.3. Estabelecer a associação entre o tempo de diagnóstico do HIV e a notificação do caso de AIDS.

3.2.4. Associar a regularidade/irregularidade do comparecimento ao serviço de saúde e o óbito, hospitalização e infecções oportunistas juntamente com as coinfeções, óbito e infecções oportunistas e coinfeções, grupos de TARV prescritos no início do tratamento e na última consulta;

3.2.5. Analisar, individualmente ou em associação, as características sócio demográficas, clínicas e comportamentais dos pacientes com AIDS em seguimento no HDT no período em estudo.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

O estudo caracterizou-se como descritivo, epidemiológico e transversal.

4.2. Universo / Participantes do Estudo

O universo foi composto, inicialmente, por todas as fichas do SINAN e respectivos prontuários dos casos de AIDS de acordo com o período selecionado para estudo e foram extraídas as variáveis sócio demográficas, epidemiológicas, clínicas e comportamentais, conforme o instrumento de coleta de dados (APÊNDICES 1 e 2), sobre os pacientes em acompanhamento pelo Serviço de Atenção Especializada (SAE) em HIV/AIDS do Hospital de Doenças Tropicais em Araguaína-TO, no período em estudo, respeitando-se alguns critérios de inclusão e de exclusão, a saber:

4.2.1. Foram incluídos neste Estudo

- Todas as Fichas de Notificação de AIDS, adultos e criança, do período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2013.
- Todos os Prontuários dos casos de AIDS, adultos e criança, correspondentes às fichas de notificação, do período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2013.
- Todos os prontuários e fichas de notificação de mesmos pacientes que faleceram no período do estudo, mas que atendiam ao critério anterior.

4.2.2. Foram excluídas do Estudo

- Todas as fichas de notificação e respectivos prontuários de gestantes soropositivas para o HIV do período em estudo.
- Todas as fichas de notificação dos casos de AIDS adulto e criança que tenham sido notificados em outra unidade de saúde, mesmo que acompanhado pelo serviço em estudo.
- Todas as fichas de pacientes notificados no HDT no momento da hospitalização, que evoluíram ao óbito, sem acompanhamento ambulatorial.
- Todos os prontuários sem a ficha de notificação correspondente ou vice-versa.

- Todos os prontuários ambulatoriais do HDT que não estivessem completos com os impressos de registro sobre as hospitalizações.

4.3. Local do Estudo

O local selecionado para a realização deste estudo foi o Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins, localizado na cidade de Araguaína, mais especificamente no Serviço de Atenção Especializada (SAE) para pessoas que vivem com HIV/AIDS.

O Estado do Tocantins apresenta-se no cenário nacional como a última unidade da federação a ser emancipada, com 30 anos de existência e possui uma área de 278.420,7km². O Tocantins faz divisa com seis Estados: Pará, Maranhão, Piauí, Bahia, Mato Grosso e Goiás. Por estar em uma área de transição, apresenta características climáticas e físicas tanto da Amazônia quanto da região central do Brasil e tem apenas duas estações distintas: seca e chuvosa. Para o ano de 2014, o IBGE estimou uma população 1.496.880 habitantes para o estado (IBGE, 2014).

A criação do Tocantins se deu no ano de 1988 a partir da divisão do Estado de Goiás, em que a região norte transformou-se no Estado mais novo com 139 municípios, sendo Palmas e Araguaína, as cidades com maior impacto na economia, principalmente na pecuária e agricultura, na saúde e no contingente populacional (IBGE, 2014). De acordo com as estimativas do IBGE para o ano de 2014 a capital, Palmas apresentava 265.409 mil habitantes, e Araguaína com 167.176 mil munícipes.

Com relação à saúde no Tocantins, as duas cidades com maior organização e hierarquização da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde são Palmas e Araguaína. Os agravos de maior impacto na saúde pública do estado são as doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, além dos distúrbios cardiovasculares. A AIDS é um dos agravos transmissíveis de grande relevância para estudos epidemiológicos e com forte impacto sobre a saúde, tanto no nível estadual como no nível municipal.

As duas cidades com maiores números de casos de AIDS no Estado do Tocantins, e com maior suporte para tratamento são Palmas e Araguaína (DATASUS, 2013a; DATASUS, 2013b). Esta última atende a uma região de saúde denominada de Médio Norte, composta de 17 municípios localizados no extremo norte do estado, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente, do ano de 2008. Araguaína se destaca também por ser uma referência aos serviços de Saúde (PEREIRA-CARDOSO *et al.*, 2010). Tal fato se dá, principalmente por Araguaína

absorver demandas de outras regiões circunvizinhas, como o Sul do Pará e Maranhão (PAULA, 2010).

O Estado do Tocantins conta atualmente com cinco unidades de Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), tais unidades concentram esforços em atender as demandas para pacientes com HIV/Aids do estado, a se saber: Hospital de Doenças Tropicais (HDT), localizado em Araguaína, no norte do Estado; Núcleo de Assistência Henfil, localizado na capital do Tocantins, Palmas, no centro do Estado; Policlínica Dr. Luís dos Santos Filho, localizada em Gurupi, no sul do Estado; Policlínica João Coelho de Azevedo, de Paraíso, localizada na região central do Estado; Policlínica Dr. Gismar Gomes, em Porto nacional, localizado também na região central do Tocantins. O SAE do HDT é o único serviço cuja gerência parte da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins (SESAU-TO), os demais são municipais. Três unidades encontram-se inseridos em Policlínicas, são estes os SAE de Gurupi, Porto Nacional e Paraíso, estruturalmente classificados como de pequeno porte. Junto ao SAE em Palmas e ao HDT em Araguaína, encontram-se os dois únicos Centros de Testagem e Aconselhamento (SAE), que absorvem toda a demanda estadual. O Laboratório Central do Estado (LACEN) realiza os exames de Carga Viral e Contagem de Linfócitos T CD4, ressalta-se que em todo estado existem apenas dois locais de coleta implantados, na sedo do LACEN, localizado na capital, Palmas, e no HDT em Araguaína (BANDEIRA, 2012).

O Hospital de Doenças Tropicais, de caráter especializado, destaca-se pelos serviços prestados desde 1989. Tal instituição fornece principalmente, atendimento ambulatorial no âmbito da infectologia, voltada o HIV/AIDS e coinfeções, hepatites virais, violência sexual, acidentes envolvendo material biológico, tuberculose; dermatologia; ginecologia; hepatologia; urologia; clínica médica e cardiologia específica para doença de chagas. Possui 66 leitos-SUS sistematizados para casos de Aids, clínica geral, hansenologia, pneumologia, unidade de cuidados intermediários para adultos, pediatria clínica e hospital dia/Aids, contendo 6 leitos. Quanto ao âmbito ambulatorial, possui nível de atuação de média complexidade e no âmbito hospitalar, fornece atenção em média e alta complexidade (MORAIS, 2014).

No primeiro semestre do ano de 2013 o HDT foi doado, através de decreto do governador do estado, à Universidade Federal do Tocantins e se encontra em transição de gestão até os dias atuais (TOCANTINS, 2013).

4.4. Instrumentos e Técnicas de Pesquisa

Com o intuito de facilitar o vínculo da pesquisadora com a instituição onde ocorreu a pesquisa, e seu conhecimento sobre o armazenamento dos dados secundários que foram pesquisados posteriormente, realizou-se, no mês de setembro do ano de 2013, uma pesquisa exploratória inicial no HDT, nos setores denominados de núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar (NVEH) e no serviço de prontuário do paciente (SPP). No primeiro Setor, observou-se que as fichas de notificação de AIDS, ficam armazenadas em pastas plásticas, separadas por ano em um armário fechado com divisórias, além, de existir, concomitante, um Livro de Registro de Notificações de AIDS, contendo o ano, nº da notificação, gênero e município de residência, facilitando no rápido acesso à alguma pasta solicitada.

O outro Setor visitado foi o SPP, de acesso restrito, onde são armazenados os prontuários-únicos de todos os pacientes acompanhados na instituição, os quais são cadastrados em um software, recebendo uma numeração em ordem crescente e são dispostos em prateleiras com visualização externa de sua numeração. No mesmo setor existe um computador com o referido programa instalado, em que ao se digitar o número do prontuário, sabe-se se o paciente está ativo, ou seja, comparecendo às consultas com a equipe de saúde, ou faltoso.

Foi realizada a seleção e coleta de dados de todas as fichas de notificação de pacientes com AIDS em seguimento pelo HDT, referentes ao período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2013, de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão. Posteriormente, foram pesquisados os prontuários respectivos às fichas, a fim de se extraírem as características sócio demográficas, epidemiológicas, clínicas e comportamentais, contidas no instrumento de coleta de dados (APÊNDICES 1 e 2).

4.5. Aspectos Éticos

Foram cumpridos todos os trâmites necessários para aprovação da pesquisa por parte do Comitê de Ética e Pesquisa da PUC-GO, que foi aprovada em 12/02/2014, sob o Parecer de nº 529.825 (ANEXO 1).

4.6. Explicação de variáveis para o Estudo

Foram eleitas variáveis qualitativas ou categóricas, e quantitativas. Para todas as variáveis que não continham informação nas fichas de notificação ou no prontuário, foram identificadas como dado inexistente nas análises. Posteriormente, algumas

variáveis das fichas de coleta de dados de adulto e criança foram agrupadas em dois ou três itens para simplificar a apresentação dos dados, conforme será descrita a seguir.

As variáveis quantitativas são idade, definida como o intervalo de tempo, em anos, decorrido desde o dia do nascimento até o dia da notificação (estratificado em faixa etária, zero a 12 anos completos, 13 a 19 anos completos, 20 a 59 anos completos e, 60 anos ou mais; a contagem de linfócitos T-CD4, condensados em valores < 350, 350 a 500, e > 500 células/mm³ (valores adotados da ficha do SINAN do ano de 2007) e medidos no momento da notificação e o último registro dessa variável em prontuário; a quantificação de carga viral, considerada como número de cópias virais por cada mililitro de sangue (ml) realizado no momento da notificação e o último registro em prontuário: estratificou-se o resultado em indetectável, < 40, de 40 a 100 mil cópias e > 100 mil cópias (valores adotados da ficha do SINAN do ano de 2007). Outras variáveis foram incluídas, como as datas (dia, mês e ano) da notificação, do diagnóstico de HIV, da coinfeção, das infecções oportunistas e do óbito.

Quanto às variáveis categóricas, elegeram-se sexo, masculino e feminino (havia 04 fichas/prontuários sem essa informação); cidade de residência e unidade da federação, que se considerou residente do próprio estado, e residente de outras unidades da federação (em 05 fichas/prontuários não havia essa informação); cor da pele, que se condensou em cor parda e outras (referente às cores branca, preta, amarela e indígena); escolaridade, estratificados em ensino fundamental, médio e superior (completo ou incompleto) e analfabeto (em 05 fichas/prontuários não havia essa informação); estado civil, que se considerou solteiro, casado ou união estável e outros: separado ou divorciado e viúvo (em 10 fichas/prontuários não havia essa informação); quanto a ocupação, agrupou-se em estudante e do lar; empregado formalmente, autônomo e aposentado; e desempregado (em 06 fichas/prontuários não havia essa informação).

Outras variáveis qualitativas foram consideradas, como o provável modo de transmissão, vertical, sexual e sanguíneo, que foram agrupados conforme as respostas assinaladas na ficha de notificação (havia 07 fichas de notificação registradas mais de um modo de transmissão para o mesmo paciente, contribuindo para a somatória ser maior que o total selecionado). Quanto a evidência laboratorial

da infecção pelo HIV, foi estratificada de acordo com as maiores frequências encontradas para exame de triagem (método ELISA) com confirmatório e existência de dois testes rápidos diagnósticos.

Para a variável categórica, critério de definição de caso de AIDS do tipo Rio de Janeiro / Caracas, compõe-se de 14 critérios clínicos, foram elencados os cinco itens com maior frequência, e os nove itens restantes da lista de referência, foram condensados em “outros” (em todas as fichas de notificação encontrou-se registrado mais de um critério para o mesmo paciente, contribuindo para a somatória ser maior que o número de fichas selecionadas). Valendo ressaltar que a variável categórica critério de definição de Caso, do tipo CDC adaptado, contém 18 itens como parâmetro clínico para a definição de caso de AIDS, também se seguiu com essa estratégia para apresentação dos dados (houve 05 fichas que estavam assinalados mais de um critério para definir caso de Aids).

A variável qualitativa referente à realização do exame de genotipagem foi estratificada em sim (quando continha o registro dessa informação no prontuário) e não (quando não continha esse registro). A variável, critério óbito, presente na notificação, foi condensada em sim, para aqueles pacientes que evoluíram ao óbito sem qualquer evidência laboratorial, mas apresentaram quadro clínico compatível com complicações relacionadas à AIDS; foram extraídas todas as datas da ocorrência a fim de comparar posteriormente com outra informação. Quanto à variável evolução do caso, cruzaram-se as informações contidas na ficha de notificação com o registrado em prontuário até o último comparecimento do paciente ao serviço.

As variáveis categóricas: tipo de coinfeções e tipo de infecções oportunistas foram elencadas de acordo com sua ocorrência e frequência na série histórica, extraídas das fichas de notificação e/ou registrados nos prontuários dos pacientes em acompanhamento pelo serviço.

Quanto as características comportamentais, as variáveis categóricas: uso de drogas *versus* gênero, se usou ou se usa (em 09 fichas/prontuário do sexo masculino e 05 do gênero feminino não havia essa informação); uso de preservativo *versus* gênero: se usou ou se usa (em 07 fichas/prontuário do sexo masculino e 05 do gênero feminino não havia essa informação); tipo de parcerias sexuais *versus* gênero, em que foi usada a mesma nomenclatura contida na ficha de notificação e presente no

prontuário (em 11 fichas/prontuário do sexo masculino e 08 do gênero feminino não havia essa informação).

Algumas associações entre variáveis qualitativas foram estabelecidas, como coinfeção associada à AIDS, também, foi pesquisada na ficha de notificação e no prontuário a fim de elencar sua prevalência anual no período histórico proposto neste estudo. Houve outras variáveis, como situação de comparecimento do paciente ao serviço (regular ou irregular), que neste estudo se considerou através do registro das consultas de retorno no tempo previamente estabelecido pelo médico assistente, ou quando houve o registro “aderente” ou “não aderente” contido no prontuário; observou-se também, as anotações sobre uso regular da medicação prescrita, da realização de exames ou procedimentos no período de solicitação médica, da dispensa regular do ARV através de registro do profissional farmacêutico.

Seguindo-se com a pesquisa de campo, após a coleta de dados nas fichas de notificação, coletaram-se as informações complementares nos prontuários selecionados, observando-se os mesmos critérios eleitos para a seleção do universo da pesquisa.

Os resultados estão apresentados seguindo-se uma sequência cronológica de dados contidos em ordem crescente extraídos dos instrumentos de coleta, na forma de distribuição tabular de simples e dupla entrada, com as respectivas análises estatísticas. Os dados foram observados e selecionados das fichas de notificação de casos de AIDS adulto e criança referente ao período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2013 e, quando alguma informação não estava presente na ficha de notificação/investigação do SINAN essa foi confrontada com os registros em prontuários a fim de se extraírem as informações necessárias a coleta de dados. Para todos os itens sem registro, foram descritos como dado inexistente e computado no total das análises.

Valendo ressaltar que para as tabelas que se apresentarem com o item “outros” este se refere a alguns dados de menor valor absoluto e que foram condensados em uma única opção a fim de simplificar a apresentação tabular e, assim, facilitar a compreensão da informação obtida. Será detalhadamente descrito no item material e métodos, na metodologia do estudo.

Ressalta-se, ainda, outra importante informação para conduzir a leitura e análise dos dados apresentados, é que em quase todas as tabelas, estão condensadas as informações referentes aos pacientes adultos e crianças.

4.7. Análises dos Dados

Com a finalização da coleta de dados, as informações obtidas foram registradas em uma planilha eletrônica do Microsoft EXCEL® 2010, posteriormente transferidos para o Programa BIOESTAT 5.0 (AYRES *et al.*, 2007). Partiu-se para análise estatística e apresentação dos dados. Foi utilizada estatística descritiva e o teste do Qui-quadrado (χ^2), para verificar se havia diferenças significativas entre as frequências observadas e esperadas. Em todas as análises foi adotado um nível de significância igual a 0,05. Posteriormente foi realizada a discussão à luz da literatura científica e da metodologia proposta para este estudo.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização Sócio demográfica e Epidemiológica

Foram extraídas 592 informações a partir das fichas de notificação (SINAN) e prontuários de pacientes selecionados no estudo, 57,4% de gênero masculino ($p = 0,0001$); 93,9% na faixa etária de 20 a 59 anos; cor parda, 82,4% ($p < 0,0001$); solteiros 65% ($p < 0,0001$); empregados, autônomos e aposentados 75,8% ($p < 0,0001$); 44,6% cursaram o ensino fundamental incompleto ($p < 0,0001$); 71,05% residiam no Tocantins ($p < 0,0001$) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das Características sócio-demográficas de pacientes com AIDS em acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013) (n=592).

Características	f	%	p^*
Gênero			
Masculino	340	57	0,0001
Feminino	248	42	
Dado inexistente	4	0,7	
Faixa Etária			
0 – 12 anos	14	2,4	< 0,0001
13 – 19 anos	5	0,8	
20 – 59 anos	556	94	
60 ou +	17	2,9	
Cor da pele			
Parda	488	82	< 0,0001
Outras	104	18	
Estado civil			
Solteiro	385	65	< 0,0001
Casado	139	24	
Outros	58	9,8	
Dado inexistente	10	1,7	
Ocupação			
Estudante, do lar	118	20	< 0,0001
Empregado, autônomo, aposentado	449	76	
Desempregado	19	3,2	
Dado inexistente	6	1	
Escolaridade			
Analfabeto	72	12	< 0,0001
Fundamental incompleto	264	45	
Fundamental completo	55	9,3	
Médio incompleto	31	5,2	

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Características	f	%	p*
Médio completo	99	17	
Superior incompleto	16	2,7	< 0,0001
Superior completo	50	8,5	
Dado inexistente	5	0,8	
Local de Residência			
Tocantins	423	72	< 0,0001
Outros Estados	164	28	
Dado inexistente	5	0,8	

*teste do Qui-quadrado.

Quanto ao critério de definição de casos, tipo Rio de Janeiro/Caracas, 16,8% o critério foi perda de peso menor que 10 por cento e, 16,5% astenia > ou = a 1 mês (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos critérios de definição de casos de AIDS/Rio de Janeiro-Caracas* em pacientes acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Principais Critérios identificados**	Anos							Total	%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
Diarreia >= 1 mês	29	20	20	34	19	46	38	206	10,8
Febre >= 38°C	33	24	29	30	33	46	41	236	12,4
Perda de peso	49	31	39	44	46	54	58	321	16,8
Astenia >= 1 mês	49	32	44	41	43	52	54	315	16,5
Anemia	44	27	33	35	33	31	14	217	11,4
Tosse	23	15	20	25	15	28	24	150	7,9
Dermatite	21	20	16	24	23	27	16	147	7,7
Candidose	20	9	13	22	22	17	17	120	6,3
Linfadenopatia	3	8	5	15	10	18	2	61	3,2
Outros	23	27	23	30	10	16	6	135	7
Total	294	213	242	298	254	335	270	1.906	100

* BRASIL, (2006). ** Diarreia >= 1 mês, Febre >= 38°C, Astenia >= a 1 mês e Perda de peso > 10% (excluídas as formas de tuberculose); Anemia ou linfopenia, ou trombocitopenia; Tosse (tosse persistente ou qualquer pneumonia exceto TBC como causa); Dermatite (dermatite persistente); Candidose (Candidose oral ou leucoplasia pilosa); Linfadenopatia (> ou = a 1cm, > ou = a 2 sítios extrainguinais e por tempo > ou = a 1 mês); Outros (sarcoma de Kaposi, tuberculose disseminada não cavitária, tuberculose pulmonar cavitária, herpes zoster em indivíduos com idade > 60 anos, disfunção do sistema nervoso central).

O principal critério de definição de casos de Aids, do tipo CDC Adaptado, foi contagem de linfócitos T CD4+, com 51,3% (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos critérios de definição de casos de AIDS/CDC adaptado* em pacientes acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Principais Critérios identificados**	Anos							Total	%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
Isosporidiose	8	1	4	11	2	11	-	37	6,2
Pneumonia	10	6	5	13	14	14	4	66	11
Toxoplasmose cerebral	14	3	11	10	9	9	14	70	11,7
C. Linfócitos	55	17	40	48	39	54	53	306	51,3
Candidose	12	1	5	6	1	5	4	34	5,7
Outros	20	10	9	20	6	16	3	84	14,1
Total	119	38	74	108	71	109	78	597	100

* BRASIL, (2006). **Isosporidiose (*forma intestinal crônica > 1 mês*); Pneumonia (*causada por Pneumocystis jirovecii*); C. Linfócitos (*contagem de Linfócitos T CD4+ < 350 cels/mm³*); Candidose (*Candidose do esôfago, traqueia, brônquio e pulmão*); Outros (*câncer invasivo, citomegalovirose, criptococose extrapulmonar, criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês, herpes simples mucocutâneo > 1 mês, histoplasmose disseminada, leucoencefalopatia multifocal progressiva, linfoma não-hodgkin e outros linfomas, linfoma primário do cérebro, micobacteriose disseminada exceto TBC e Hanseníase, reativação da doença de chagas, salmonelose, contagem de linfócitos T-CD4 < 500 cel/mm³ e > 500 cel/mm³*).

Quanto à existência, ou não, do critério óbito para definir casos de Aids, 97,3 foram notificados por outros critérios e somente 2,4% foram notificados por critério óbito (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição do critério-óbito adotado para a notificação dos casos em pacientes com AIDS acompanhados no HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Critério óbito	Anos							Total	%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
Sim	2	4	2	1	-	5	-	14	2,4
Não	57	59	70	60	85	82	161	576	97,3
Dado inexistente	-	-	-	1	1	-	-	2	0,3
Total	59	63	72	62	86	87	161	592	100

Quanto a evolução dos casos de Aids, 72,5% estavam vivos até o final da coleta de dados (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição quanto a evolução do caso, segundo a notificação de pacientes com AIDS, acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Evolução	Anos							Total	%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
Vivo	34	41	40	41	60	70	143	429	72,5
Óbito por AIDS	15	15	18	17	19	14	12	110	18,6
Óbito*	2	3	2	1	3	-	2	13	2,2
T. Tratamento**	8	5	12	4	4	3	4	40	6,7
Total	59	63	72	63	86	87	161	592	100

* Óbito por outras causas exceto AIDS; **T. Tratamento (transferência do local de tratamento).

O tempo decorrido entre o diagnóstico do HIV e a notificação do caso de Aids, foi o período inferior a 1 ano de diagnóstico, com 80,7% de ocorrência (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da relação entre o tempo (em anos) de diagnóstico do HIV e a notificação de casos de AIDS, em pacientes acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Tempo (anos)	f	%
< 1 ano	478	80,7
1 – 5 anos	87	14,7
6 – 10 anos	23	3,9
Dado inexistente	4	0,7
Total	592	100

Quanto a série histórica de notificações de casos de Aids, observou-se que 2013 foi o ano com maior ocorrência e, os meses de maior frequência foram junho (11%) e setembro (10,1%) (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição do número de casos de AIDS, por data de notificação de pacientes acompanhados pelo HDT, segundo mês de ocorrência. Araguaína/TO (2007-2013).

Mês de ocorrência	Anos							f	%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
Jan	10	4	1	4	8	7	11	45	7,6
Fev	3	2	6	8	8	1	11	39	6,6
Mar	5	7	8	8	8	3	8	47	7,9
Abr	4	2	9	4	11	8	13	51	8,6
Mai	4	4	3	4	6	8	14	43	7,3
Jun	7	7	8	3	12	8	20	65	11
Jul	3	8	7	7	5	5	20	55	9,3
Ago	4	3	9	4	10	4	18	52	8,7
Set	4	11	4	6	7	14	14	60	10,1
Out	4	6	3	2	6	6	8	35	5,9
Nov	7	2	7	7	1	10	12	46	7,8
Dez	2	4	4	3	4	12	11	40	6,8
Dado inexistente	-	2	1	3	3	5	-	14	2,4
Total	57	62	70	63	89	81	160	592	100

5.2. Caracterização Clínica e Laboratorial

A via sexual foi a principal forma de contaminação do HIV, com 92,9% de ocorrência (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição do provável modo de transmissão do HIV em pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Modo de transmissão	Anos							Total	%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
Vertical	4	5	4	4	-	2	1	20	3,2
Sexual	55	59	68	60	87	86	159	574	92,9
Sanguínea	-	1	4	3	5	5	6	24	3,9
Total	59	65	76	67	92	93	166	618	100

Dentre a evidência laboratorial da infecção do HIV em pacientes com Aids, 62,7% dos pacientes foram diagnosticados por exames sorológicos convencionais, de triagem e confirmatório (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição da evidência laboratorial da infecção pelo HIV dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Exame realizado	Anos							f	%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
Convencional*	98	68	60	45	47	42	11	371	62,7
TRD**	-	-	8	32	29	47	91	207	35
Outros***	2	3	3	3	-	2	1	14	2,3
Total	98	68	68	77	76	89	102	592	100

* Referem-se aos exames de triagem por método Elisa e outro exame confirmatório.

** Trata-se de Teste rápido diagnóstico, utilizando-se 2 testes de diferente marcas, por meio do método de imunocromatografia.

*** Consideram-se os exames específicos realizados na criança (contagem de linfócitos T-CD4 e um exame sorológico no período de até 18 meses).

Quanto à contagem de linfócitos T-CD4 dos pacientes com Aids, 79,9% apresentaram CD4 menor que 350 cels/mm³ no momento da notificação e 49,5% estavam com valor > 500 cels/mm³ na última consulta (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição da contagem de linfócitos T CD4+ no momento da notificação e o último exame registrado, dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Valores encontrados	Na notificação		Último exame	
	f	%	f	%
< 350 cels/mm ³	473	79,9	138	23,3
350 – 500 cels/mm ³	76	12,8	161	27,2
> 500 cels/mm ³	29	4,9	293	49,5
Dado inexistente	14	2,4	-	-
Total	592	100	592	100

91,2% dos pacientes selecionados apresentou em seu exame um valor maior que 40 cópias virais no momento da notificação, e 77,2% destes apresentaram o valor menor de 40 cópias de vírus até a marca de indetectável no último registro (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição da quantificação de carga viral dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT, no momento da notificação e o último exame realizado. Araguaína/TO (2007-2013).

Valores encontrados	Na notificação		Último exame	
	f	%	f	%
Não detectado	1	0,2	338	57,1
< ou = 40 cópias	40	6,8	124	20,9
40 a 100.000 cópias	292	49,3	106	17,9
> 100.000 cópias	248	41,9	24	4,1
Dado inexistente	11	1,8	-	-
Total	592	100	592	100

Quanto a realização de exame de genotipagem, 97,6% não havia informação registrada no prontuário que indicasse a necessidade de realização do exame. Somente 2,4% realizaram o exame (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição da realização de exame de Genotipagem dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Exame de Genotipagem	Anos							Total	%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
Sim	4	5	1	3	-	1	-	14	2,4
Não	53	57	69	60	89	90	160	578	97,6
Total	57	62	70	63	89	91	160	592	100

A leishmaniose visceral, com 35% de ocorrência, foi a coinfeção mais frequente. O ano de 2009 foi o que mais notificou coinfeções (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição quanto a Prevalência de Coinfecções, por ano de diagnóstico, dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Coinfecção*	Anos							f	%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
TB-P	3	2	4	2	3	1	3	18	21
TB-G	-	-	1	-	-	-	1	2	2
LT	1	-	3	-	1	-	1	6	8
LV	1	5	4	4	3	10	4	31	35
Hanseníase	1	1	2	1	-	2	2	9	10
HB – crônica	-	1	3	1	1	-	3	9	10
HC – crônica	-	-	2	-	1	-	-	3	3
Sífilis	1	-	4	-	-	1	2	8	9
D. de Chagas	-	-	-	-	1	1	-	2	2
Total	7	9	23	8	10	15	16	88	100

*TB-P (tuberculose pulmonar); TB-G (tuberculose ganglionar); LT (leishmaniose tegumentar); LV (leishmaniose visceral); HB (hepatite B); HC (hepatite C); D. de Chagas (Doença de Chagas).

A toxoplasmose, com 23%, seguida da pneumocistose, com 22% foram as infecções oportunistas mais frequentes. A partir do ano de 2009 houve um aumento expressivo no número de casos diagnosticados (Tabela 14).

Do total de casos de Aids que estava em situação de irregularidade de comparecimento ao local de tratamento, 56,7% desenvolveram coinfecção. E do total de pacientes regulares, 43,3% também desenvolveram coinfecção (Tabela 15). Há diferença estatisticamente significativa entre as variáveis ($p < 0,0001$).

Neste estudo, observou-se que do total de pessoas que não compareciam regularmente ao local de tratamento, 85,9% faleceram. E do total de pacientes que compareciam regularmente, 63,2% não faleceram (Tabela 16). Há diferença estatisticamente significativa entre as variáveis ($p < 0,0001$).

Tabela 14. Distribuição quanto a prevalência de Infecções Oportunistas (IO), por ano de diagnóstico, dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Infecções Oportunistas	Anos							f	%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
Toxoplasmose	10	9	17	8	11	12	10	77	23
Pneumocistose	8	7	8	19	14	11	7	74	22
Herpes simples	1	2	1	-	3	2	2	11	3
Herpes zoster	5	6	6	2	8	6	4	37	11
Citomegalovirose	-	-	-	-	1	2	-	3	1
Isosporíase	-	-	3	9	1	8	1	22	7
Criptococose	-	2	2	4	2	4	-	14	4
Cand.esóf./oraf.*	-	-	4	8	16	5	7	40	12
Cand.genital**	4	4	7	2	5	4	4	30	9
Varicela	1	-	-	-	1	-	1	3	1
Condilomatose	1	-	3	-	2	2	6	14	4
Outras***	2	1	-	2	1	1	3	10	3
Total	32	31	51	54	65	57	45	335	100

*Cand.esóf./oraf. (Candidíase esofágica e orofaríngea); **Cand. Genital (candidíase genital); ***Outras (histoplasmose, linfoma, meningite, otite, anemia falciforme, desnutrição grave, infecção respiratória aguda)

Tabela 15. Distribuição quanto a relação entre situação de regularidade ao local de tratamento e Coinfecção/IO associadas à AIDS, dos pacientes acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Comparece regularmente?	Coinfecção / IO				Total	%	p*
	Não		Sim				
	f	%	f	%			
Não	92	33	173	56,7	265	44,8	
Sim	186	67	132	43,3	318	53,7	< 0,0001
Sem informação	-	-	-	-	9	1,5	
Total	278		305		592	100	

*Teste do qui-quadrado

Tabela 16. Distribuição da relação entre situação de regularidade ao local de tratamento e Óbito, dos pacientes com AIDS, acompanhados pelo HTD. Araguaína/TO (2007-2013).

Comparece regularmente?	Óbito				Total	%	p*
	Não		Sim				
	f	%	f	%			
Não	178	36,8	85	85,9	263	44,4	
Sim	306	63,2	14	14,1	320	54,1	< 0,0001
Dado inexistente	-	-	-	-	9	1,5	
Total	484		99		592	100	

*Teste do qui-quadrado

Este estudo evidenciou que do total de pessoas que não hospitalizaram 63,5% tiveram coinfeção ou infecção oportunista. E dos pacientes que hospitalizaram 36,5% tiveram coinfeção (Tabela 17). Há diferença estatisticamente significativa entre as variáveis ($p < 0,0001$).

Tabela 17. Distribuição quanto a relação entre Hospitalização e Coinfeção/IO, dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Hospitalização	Coinfeção / IO				Total	%	p*
	Não		Sim				
	F	%	f	%			
Não	224	79,4	197	63,5	421	71,1	< 0,0001
Sim	58	20,6	113	36,5	171	28,9	
Total	282		310		592	100	

*Teste do qui-quadrado

Houve maior proporção de óbitos no período (71,7%) entre aqueles que tiveram registro de coinfeção (Tabela 18). Há diferença estatisticamente significativa entre as variáveis ($p < 0,0001$).

Tabela 18. Distribuição da relação entre Coinfecção/IO e Óbito, dos pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Coinfecção/IO	Óbito				Total	%	p*
	Não		Sim				
	F	%	f	%			
Não	249	53,9	36	28,3	285	48,1	< 0,0001
Sim	213	46,1	91	71,7	304	51,4	
Dado inexistente	-	-	-	-	3	0,5	
Total	462		127		592	100	

*Teste do qui-quadrado

57,6% dos pacientes utilizaram a TARV que contém EFZ + AZT + 3TC no início do tratamento, contudo, 42,3% utilizaram outras combinações de medicamentos, segundo registro da última consulta ao serviço (Tabela 19).

Tabela 19. Distribuição da relação entre grupos de TARV prescritos no início do tratamento e os prescritos na última consulta, dos pacientes acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

TARV prescrita	Início do tratamento		Última consulta	
	f	%	f	%
EFZ + AZT + 3TC**	341	57,6	235	39,7
EFZ + 3TC + TDF***	112	18,9	69	11,7
3TC + LPV/r + TDF****	40	6,8	36	6,1
Outros esquemas*****	99	16,7	251	42,4
Dado inexistente	-	-	1	0,1
Total	592	100	592	100

*Teste do qui-quadrado; EFZ + AZT + 3TC** (Efavirenz + Zidovudina + Lamivudina); EFZ + 3TC + TDF*** (Efavirenz + Lamivudina + Tenofovir); 3TC + LPV/r + TDF**** (Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir + Tenofovir); Outros esquemas***** (introdução de outros ATRV associados a pelo menos um citado, com outros preconizados em protocolo/MS)

5.3. Caracterização Comportamental

Quanto às características comportamentais, estabelecendo uma análise comparativa entre gêneros, com uso de drogas lícitas e ilícitas ($p = 0,0006$) e com o uso de preservativo nas relações sexuais ($p = 0,4574$), nas quais não se percebeu diferença estatisticamente significativa entre as variáveis, entretanto, quando se observou que o tipo de parceria sexual, com relação ao gênero, houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis ($p < 0,0001$) (Tabela 20).

A maioria de homens e mulheres referiu não usar nenhum tipo de droga lícita ou ilícita, mas observou-se que 41,1% dos homens informaram fazer / ou já terem feito uso de alguma droga. Quanto ao uso de preservativo nas relações sexuais, 85,7% dos homens informaram não usar / nunca ter usado o preservativo. Sobre o tipo de parceria sexual, apesar de a maioria de ambos os gêneros ter informado manter relações sexuais heterossexuais, 18,2% dos homens declararam ter parcerias homossexuais, e 9,3% prática bissexual (Tabela 20).

Tabela 20. Distribuição das características Comportamentais e Gênero, de pacientes com AIDS acompanhados pelo HDT. Araguaína/TO (2007-2013).

Características comportamentais	Gênero				p*
	Masculino		Feminino		
	f	%	f	%	
Uso de Drogas					
Sim	141	41,1	69	27,7	0,0006
Não	193	56,3	175	70,3	
Dado inexistente	9	2,6	5	2	
Total	343		249		
Uso de preservativo					
Sim	46	12,4	32	14,5	0,4574
Não	318	85,7	184	83,2	
Dado inexistente	7	1,9	5	2,3	
Total	371		221		
Tipo de parcerias sexuais					
Homens	59	18,2	250	93,3	< 0,0001
Mulheres	224	69,1	10	3,7	
Homens e mulheres	30	9,3	-	-	
Dado inexistente	11	3,4	8	3	
Total	324		268		

6. DISCUSSÃO

A AIDS ainda representa um dos mais graves problemas de saúde pública da atualidade, pois ainda não tem cura. O perfil da epidemia tem assumido papel semelhante ao de uma doença crônica, ao longo dos anos e tem contribuído para um aumento na expectativa de vida maior que a declarada para a década de 1980, graças aos recursos tecnológicos disponibilizados nos serviços de saúde, como exames e medicamentos ARV (SILVA & CAMARGO, 2011).

A caracterização da epidemia de Aids aponta para as condições de vulnerabilidade em algumas populações-chave mais expostas ao risco de infecção pelo HIV. As formas de transmissão do HIV envolvem além da transmissão por via sexual e sanguínea, o vírus também pode ser transmitido durante a gestação, o parto e o puerpério (BRASIL, 2014f).

O governo brasileiro tem se destacando mundialmente como um exemplo a ser seguido quanto à política de saúde no que tange ao controle da epidemia e recomenda que todos os esforços devam ser somados por parte dos atores envolvidos para frear o avanço do HIV e Aids no país, com investimentos desde o nível de prevenção, impedindo a cadeia de transmissão do HIV, à assistência direta aos pacientes, visando fortalecer a adesão ao tratamento com a construção de vínculos entre profissional-paciente e aumentar a expectativa de vida das pessoas acometidas, postergando o surgimento da AIDS.

No que se refere à *caracterização sócio demográfica* na série histórica de 2007 a 2013, percebeu-se diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis: faixa etária, cor da pele, estado civil, ocupação, escolaridade e local de residência. Apenas a variável gênero não apresentou diferença significativa, apesar de ter havido maior predominância de casos de AIDS no sexo masculino sobre o feminino. Estudo realizado por Schuelter-Trevisol et al. (2013) em um serviço de saúde pública da cidade de Tubarão-SC apontou para 58,2% dos pacientes com AIDS era do sexo masculino; outra pesquisa foi executada por Santos, Silva & Soares (2010) citando o sexo masculino com o maior percentual entre os gêneros, nos pacientes com AIDS em acompanhamento. Outro estudo proposto por Gabriel, Barbosa, Vianna (2005) realizado com pacientes atendidos em uma Unidade Ambulatorial de São Paulo demonstrou um percentual semelhante de pessoas com AIDS quanto ao sexo, sendo o masculino em maior proporção, correspondendo a 48,2%.

Vale destacar que o gênero masculino tem se sobressaído sobre o gênero feminino ao longo dos anos nas regiões brasileiras, entretanto, sabe-se que vem ocorrendo um aumento expressivo de notificações de casos de AIDS na mulher, o que tem corroborado nos últimos anos para a tendência da epidemia ocorrer em mulheres em situação de vulnerabilidade aumentada no país. Em quatro fichas/prontuários não constava essa informação.

A faixa etária de maior frequência, dos pacientes com AIDS, foi entre 20 a 59 anos, caracterizando uma parcela da população em idade produtiva e, também, reprodutiva. Corroborando com este estudo, Gabriel, Barbosa, Vianna (2005) apontou para a faixa etária de maior predominância entre os pacientes em seu estudo foi entre 30 a 39 anos. Gonçalves *et al.* (2012) em estudo para traçar o perfil epidemiológico dos pacientes soropositivos, na cidade de Teresópolis-RJ percebeu que as médias de idades encontradas foi de 36,8 para os homens e de 35,4 para as mulheres, reforçando a tendência nessa faixa de idade em que ambos os sexos estão em idade produtiva. Ressaltando-se, também, para o fato de que as mulheres, nessa faixa etária, estão em período reprodutivo, o que provoca uma preocupação adicional, pois poderá engravidar e tornar-se ainda mais vulnerável à infecção pelo HIV, além de representar, também, risco para seu conceito, caso não sejam adotados métodos de prevenção contra as doenças transmitidas pela relação sexual desprotegida.

Quanto à variável cor da pele, a cor parda, esteve em maior evidência. Contribuições de Casotti *et al.* (2004) em estudo realizado em Vitória-ES com pacientes com AIDS apontou para cor branca como a predominante (45,7%), seguido de parda, com 37,1%, corroborando com estudo de Librelotto *et al.* (2012) foi desenvolvido no SAE de Cruz Alta-RS, que também apontou como predominante a cor branca (70%), seguido de parda (23%).

Acredita-se que as diferenças, quanto a cor da pele, justifiquem-se pelo fato da miscigenação racial presente na composição das populações nos estados da região sul e sudeste, ter sido predominantemente por europeus. A composição étnica da maioria da população da região norte do país, é de índios, negros e, também, europeus.

Ainda quanto a cor da pele, outro fator deverá ser considerado, pois no momento da notificação, poderia o paciente ter auto determinado sua cor como parda, e o profissional ter acatado tal informação; experiência realizada por Centro de

Referência e Treinamento DST/Aids (SÃO PAULO, 2009) recomendam, a todos os serviços de saúde do estado de São Paulo, estimular a autoclassificação racial por parte do paciente a fim de evitar possíveis constrangimentos de ordem preconceituosa quanto a interpretação do quesito raça durante a coleta de informações.

Quanto ao estado civil, os solteiros sobressaíram-se sobre os casados, observado também nos estudos de Gabriel, Barbosa, Vianna (2005). O fato de não possuir companheiro fixo torna a pessoa mais livre para envolver-se em alguns relacionamentos e daí aumentar a sua vulnerabilidade individual e tornar o indivíduo mais exposto à infecção pelo HIV. Em dez fichas/prontuários não constava essa informação.

A ocupação, também foi uma variável avaliada neste estudo. Percebeu-se que a maioria dos pacientes relatou ao serviço de saúde possuir alguma forma de ocupação, como empregado formal, autônomo e aposentado. Estudo de Fiuza *et al.* (2013) avaliando a tendência da epidemia em idosos, também, percebeu que a maioria, 61,4% relatou ter alguma forma de ocupação remunerada e 27% relataram estar desempregados. Percebe-se que independentemente de idade, as pessoas em tratamento de uma doença crônica necessitam ter alguma forma de ocupação remunerada, a fim de prover o seu sustento, de sua família, além de se sentirem úteis e produtivos na sociedade na qual estão inseridos. Em seis fichas/prontuários não constava essa informação.

Quanto à variável escolaridade, a maioria dos pacientes relatou pertencer ao nível fundamental incompleto, entretanto, mesmo em menor proporção, existiram aqueles que se denominaram analfabetos, reforçando na tendência da pauperização da epidemia. Estudos de Silva *et al.* (2011) analisando as notificações de pacientes em Teresina-PI e as contribuições de Ultramari *et al.* (2011) também reforçam para essa tendência. Em cinco fichas/prontuários não constava essa informação.

Sabe-se que a instrução é fundamental para estimular a formação da consciência para adoção de hábitos saudáveis e reduzir a vulnerabilidade do indivíduo quanto às infecções sexualmente transmissíveis e deverá ser considerada no momento da abordagem ao paciente, a fim de se obter êxito na comunicação e na compreensão das orientações fornecidas.

Ao se analisar o local de residência, a maioria dos pacientes residia no próprio Tocantins. Estudos de Silva *et al.* (2011) e Schuelter-Trevisol *et al.* (2013) apontaram

para a maioria dos pacientes residir na cidade onde o tratamento foi realizado. Parece ser um fator de grande relevância para o paciente aderir ao tratamento quando sua residência é localizada na mesma cidade onde se localiza o serviço de saúde no qual ocorrerá seu acompanhamento, pois o acesso facilitado, a proximidade e vínculo com a equipe de saúde, as orientações sobre o autocuidado, contribuem sobremaneira para a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos que vivem com o HIV e com a AIDS.

Os casos de AIDS, estudados nesta pesquisa, foram definidos a partir de critérios pré-estabelecidos pelo Protocolo Rio de Janeiro/CARACAS, associado ou não ao critério CDC adaptado, que pontuam cada achado clínico no momento da notificação. Os principais critérios, do primeiro protocolo, identificados na notificação foram a perda de peso > que 10%, caracterizada como caquexia, a astenia e a febre, ambas excluídas as formas de tuberculose nos pacientes. Quanto ao critério CDC adaptado, o principal achado clínico foi a contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 células / mm³, seguido de toxoplasmose cerebral e pneumonia.

Quanto aos critérios adotados para notificação de casos de AIDS, estudo realizado por Schuelter-Trevisol et al. (2013) determinou a caquexia, febre e astenia, compondo o critério Rio de Janeiro/Caracas. Outro estudo de Silva et al. (2011) realizado no hospital de referência em tratamento de AIDS em Teresina-PI identificou que as manifestações clínicas presentes na notificação, segundo o critério de Rio de Janeiro / Caracas, foram caquexia, astenia e anemia e, quanto ao critério CDC adaptado, observou-se a candidíase e neurotoxoplasmose.

Um estudo de Schuelter-Trevisol et al. (2013), estudando sobre os critérios adotados para notificar caso de Aids, corrobora com os achados da presente pesquisa, apenas há que se considerar que nessa pesquisa a febre foi mais evidenciada que a astenia, talvez, por compor a lista de sinais vitais a serem monitorados no serviço de saúde, logo com registro de fácil acesso que a astenia, que poderia ter sido registrada somente nos casos em que os pacientes se encontravam lúcidos para responder às solicitações verbais do investigador no momento da notificação.

Quanto ao estudo de Silva et al. (2011) presume-se que a febre talvez não tenha sido considerada no rol de prioridades nos critérios, ou que não tenha sido observada e considerada pelo próprio paciente tendo dificuldade de relatar com

precisão esse achado, sendo excluída do registro. Entretanto, quando comparados os achados da presente pesquisa, segundo o CDC adaptado, com esse estudo citado percebeu-se que os autores não apontaram a quantidade de linfócitos T CD4 no rol dos critérios eleitos, mas listaram a candidíase como segundo critério. Acredita-se que talvez não se dispusesse dessa informação no referido serviço.

Considerando as condições térmicas da capital do estado do Piauí e a adaptabilidade do fungo causador da candidíase a essa temperatura ambiente, talvez tenha tido maior influência sobre a temperatura do corpo humano, associado a vestimenta utilizando tecidos desfavoráveis à ventilação da pele e mucosas íntimas, e ainda contribuindo para a proliferação dessa infecção.

Quando não há definição de critérios Rio de Janeiro/Caracas, CDC adaptado ou laboratorial para definir um diagnóstico de AIDS e o paciente evolui ao óbito, compreende-se que ocorreu investigação epidemiológica inconclusiva e a notificação ocorrerá por critério excepcional óbito (BRASIL, 2014e). No presente estudo, a maioria dos pacientes foi notificada com AIDS seguindo-se a algum critério já mencionado e na condição de vivo, mas houve aqueles, em menor proporção, 2,3%, que foram notificados por critério óbito. O que poderia ter contribuído para que essa eventualidade ocorresse, pressupõe-se, talvez o paciente nunca tenha feito o exame de HIV, ou não tivesse documento comprobatório ou, ainda, a ausência de registro no prontuário do paciente, dificultando o preenchimento desse campo na ficha de notificação / investigação.

Outra possibilidade, que complementa a explicação anterior, é que poderia ser que no serviço de epidemiologia do estudo em questão, o investigador preencheria a referida ficha a partir do prontuário do paciente e, não por entrevista face a face com o mesmo, o que poderia comprometer sobremaneira a qualidade da notificação de casos de AIDS. Corroborando à reflexão da autora deste estudo, o Ministério da Saúde reforça para o fato que dados inexistentes corroboram para a investigação epidemiológica inconclusiva, culminando em critério excepcional óbito, caracterizando quiçá uma fragilidade no serviço de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2014e).

Quanto à evolução do caso, no presente estudo, a maioria dos pacientes encontrava-se vivo no momento da notificação, mas uma parcela (18,58%) foi notificada como critério excepcional óbito em decorrência de complicações da AIDS. O Ministério da Saúde, no ano de 2014 lançou o protocolo de investigação de casos

de HIV/Aids, com fortes recomendações para implantação de comitês de investigação desses óbitos, reforçando para o fato de que no Brasil morrem muitas pessoas com HIV/Aids por causas evitáveis. Essas recomendações apontam para a necessidade desses comitês traçarem metas para investigar os óbitos por HIV/aids visando uma estratégia de redução da mortalidade evitável em pessoas vivendo com o HIV nos diversos serviços de saúde do país (BRASIL, 2014e).

O tempo decorrido desde o diagnóstico da infecção pelo HIV até a notificação dos casos de AIDS, nesta pesquisa, percebeu-se que a maioria absoluta dos casos foram notificados em um período inferior a 1 ano. Um estudo realizado por Figueiredo et al. (2000) em São Paulo, apontou para o tempo decorrido entre o diagnóstico de HIV e as primeiras manifestações de AIDS, decorreu em 15 meses.

Acredita-se serem insuficientes as campanhas de ampliação do diagnóstico oportuno do HIV realizadas nos serviços de saúde do Tocantins.

O Fique Sabendo do estado sorológico para o HIV é uma importante estratégia de mobilização, desenvolvida dentro da rede de serviços de saúde ou em ações extramuros dos serviços de saúde no país (BRASIL, 2012e). Outra estratégia de detecção precoce em populações-chave mais afetadas pelo HIV, denominada Viva Melhor Sabendo, trabalhadas junto às organizações da sociedade civil, também é uma forma de intensificar o diagnóstico oportuno do HIV (BRASIL, 2014d).

Observou-se, através deste estudo, que grande parte dos pacientes em tratamento declarou residir no próprio estado, o que poderia ter sido oportunizado o momento e estimulada à procura pelo exame sorológico o mais precocemente possível, prolongando-se, assim, o surgimento da AIDS e suas complicações e até mesmo postergaria alguns óbitos, entretanto, percebeu-se um diagnóstico tardio do HIV e o surgimento da AIDS em um tempo muito inferior à média de anos esperada, de acordo com a literatura, que é de 7 a 10 anos. Em quatro fichas/prontuários não constava o mês de diagnóstico do HIV, somente o ano.

Quanto ao número de casos de AIDS por data de notificação, de acordo com a série histórica, percebeu-se neste estudo, que a partir do ano de 2007 houve um aumento no quantitativo de casos notificados e o ano de 2011 ter se destacado ainda mais quanto ao número de notificações, foi o ano de 2013 que teve valor ainda mais expressivo nas notificações de casos de AIDS. Em catorze fichas/prontuários não constava o mês de notificação, somente o ano.

Corroborando com este estudo, o Ministério da Saúde divulgou, através do Boletim Epidemiológico, que a região norte brasileira, apresentou no ano de 2004, uma taxa de 15,0% de detecção de casos de Aids para cada 100 mil habitantes, enquanto que no ano de 2013, registrou percentual de 26,1%, representando, comparativamente, um aumento de 74% nesse indicador (BRASIL, 2014d). Acredita-se que os estados que compõem a região norte do país tenham despertado para a problemática da epidemia de Aids a partir do ano de 2004, e parecem ter fortalecidos os serviços de vigilância epidemiológica em nível ambulatorial e hospitalar, contribuindo para aumento na detecção de casos de Aids e reduzindo sua subnotificação.

Com relação à *Caracterização Clínica e Laboratorial*, de acordo com a série histórica, a via sexual foi o principal modo de transmissão do HIV na maioria das pessoas notificadas com AIDS. Houve o registro de um caso de transmissão sanguínea, com provável soroconversão em profissional de saúde exposto a material biológico contendo o HIV. Houve, ainda, em pequena proporção, mas não menos importante, de infecção pelo HIV por meio da transmissão vertical, caracterizando os casos em menores de 13 anos.

Em os estudos de Toledo et al. (2010) e Librelotto *et al.* (2012) a forma de exposição foi a via sexual em pessoas adultas, complementado por Vilela et al. (2012) que além da via sexual representar a maior forma de exposição, houve, também a transmissão vertical e a existência de alguns fatores, como o observado por Toledo et al. (2010), Librelotto *et al.* (2012) e Vilela et al. (2010) no estudo Sentinela realizado no ano de 2004 com parturientes para avaliar a qualidade do pré-natal, percebeu-se que apenas 62,5% das gestantes em acompanhamento tinham feito o teste anti-HIV e conheciam seu estado sorológico.

Pesquisa semelhante ao estudo Sentinela proposto por Maluf et al. (2010), apontou a região nordeste do país com a pior evidência na qualidade do pré-natal, em que 45% das gestantes não realizaram o teste por não ter sido solicitado ainda no pré-natal, resultando no diagnóstico de HIV tardio na mãe, e conseqüentemente contribuindo para o aumento nas taxas de transmissão vertical na região e no país. No Brasil, sabe-se que entre as pessoas com idade igual ou maior que 13 anos, a principal via de transmissão é a sexual, correspondendo a um percentual maior que 94% entre os gêneros (BRASIL, 2014d).

Corroborando aos achados quanto a via de transmissão, compreende-se que há a necessidade de se investir seriamente em campanhas de prevenção contra todas as doenças transmitidas pela relação sexual, trabalhar as questões de gênero e vulnerabilidade, estimular o uso regular de preservativo em todas as formas de relação sexual, facilitar o acesso aos insumos de prevenção, e essencialmente captar profissionais de saúde com perfil ético e acolhedor para compor equipes de saúde do nível básico ao especializado, são algumas medidas que poderão ser adotadas promovendo a quebra na principal cadeia de transmissão visando o controle da epidemia no estado, na região e no país.

Quanto à evidência laboratorial da infecção pelo HIV, os exames sorológicos convencionais, de triagem e confirmatório, foram a evidência laboratorial que mais diagnosticou o HIV na população em estudo na série histórica de 2007 a 2011. Observa-se que esse fato culminou, também, com a intensificação das ações de ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV, efetivados no de 2009 na rede SUS, quando foram disponibilizados testes rápidos específicos para detectar anticorpos anti-HIV^{1/2} (BRASIL, 2009b). Porém, no presente estudo houve expressivo aumento no número de diagnósticos por TR a partir do ano de 2012.

Ressalta-se, ainda, sobre a evidência laboratorial, que houve maior incentivo aos serviços de saúde que realizasse essa nova metodologia, com investimentos em capacitação e posterior implantação da Avaliação Externa da Qualidade dos Testes Rápidos (BRASIL, 2012f), garantindo que os serviços de saúde estivessem ainda mais qualificados para as ações de diagnóstico utilizando testes rápidos.

Corroborando com os achados neste presente estudo, o Ministério da Saúde implantou no ano de 2013, o novo manual para diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2013a), estabelecendo diversas combinações de fluxogramas a serem utilizados pela rede laboratorial de saúde pública/LACEN e particular, bem como por outros serviços públicos de saúde, como os CTA's e as unidades básicas de saúde. Houve um grande avanço no país no que tange a incorporação de novas tecnologias na rede SUS a fim de facilitar o acesso ao diagnóstico do HIV e de outros agravos, bem como o de avaliar, periodicamente, a qualidade do serviço executado pelos profissionais de saúde que realizam os testes rápidos através da estratégia de avaliação externa da qualidade visando a eficiência e a eficácia do serviço prestado à população.

Quanto ao exame de contagem de linfócitos T-CD4 realizado no momento da notificação e o último exame registrado, este estudo detectou que no início do tratamento a maioria dos pacientes apresentou valor menor que 350 cels/mm³, e o último exame registrado no prontuário, a maioria dos pacientes estava com valor maior que 500 cels/mm³. Em catorze fichas/prontuários não constava essa informação na notificação.

Estudo realizado por Santos, Silva & Soares (2010) para traçar o perfil epidemiológico de pacientes em TARV em seguimento na Universidade Federal de Goiás, fez a leitura do último registro do exame de contagem de linfócitos T CD4 em pacientes com AIDS, encontrou um significativo aumento na contagem de linfócitos CD4, mas não citou o valor desse exame na notificação. Esse estudo, também apontou a quantificação de carga viral ter sido um valor abaixo do limite de detecção.

Quanto ao exame de contagem de linfócitos T CD4, os resultados encontrados no estudo atual apontam para a compreensão de que no momento da notificação, muitos pacientes poderiam estar com seu estado de saúde mais comprometido em decorrência das complicações provocadas pela Aids e esse marcador tende a ser afetado por este motivo, diminuindo drasticamente. Em contrapartida, durante o tratamento com o uso de TARV associado à mudança positiva nos hábitos de vida, o referido marcador tende a aumentar consideravelmente.

O Ministério da Saúde disponibilizou, através de protocolos clínicos de tratamento para a AIDS em adultos (BRASIL, 2013b) e crianças (BRASIL, 2014c), critérios para solicitação de exames de monitoramento para os pacientes com HIV, que tenham evoluído, ou não, para AIDS, tornando um avanço no acompanhamento dos pacientes em tratamento.

A quantificação de carga viral é outro exame de monitoramento para os pacientes em tratamento com TARV. Este estudo evidenciou que no momento da notificação a maioria dos pacientes apresentou um valor maior que 40 cópias do vírus, mas o último registro informou que a maioria dos pacientes em tratamento teve esse marcador um valor menor que 40 cópias até a marca de indetectável através do exame laboratorial. Assim como o exame de quantificação de linfócitos T CD4, o exame de carga viral compõe os principais exames de monitoramento da situação de imunidade e da resposta terapêutica ao uso regular de medicamentos. Esse resultado

encontrado reflete bem a situação de imunidade do paciente antes e após a introdução da TARV. Em onze fichas/prontuários não constava essa informação na notificação.

O exame de carga viral do paciente com Aids, no momento da notificação, tende a estar com alta replicação viral, e com o tratamento antirretroviral usado de forma correta e regular, esse marcador tende a diminuir corroborando com a melhoria no estado de saúde dos pacientes. Daí o serviço de saúde constatar através dos exames de monitoramento se o paciente tem ou não tem adesão ao tratamento e intervier junto a este.

O exame de genotipagem é um dos marcadores de avaliação de falha terapêutica em pacientes que estão em uso de TARV, possuindo alguns critérios bem definidos para sua solicitação e posterior realização. Este estudo evidenciou que poucos pacientes realizaram o exame de genotipagem, o qual está de acordo com os critérios técnicos estabelecidos para sua realização nos serviços especializados (BRASIL, 2012d). Todavia a maior ocorrência observada para essa variável foi que na maioria dos prontuários não continha essa informação, acreditando-se que isto se deveu a não ter tido necessidade de realização do exame por se encontrarem, talvez, em sucesso terapêutico.

Quanto ao número de casos de coinfeções, por ano de diagnóstico, observou-se que a leishmaniose visceral foi a de maior ocorrência, seguida de tuberculose pulmonar, hanseníase e hepatite B – crônica. Estudo de Carvalho et al. (2013) analisando o perfil de pacientes coinfectados AIDS/LV de um serviço especializado no Maranhão, evidenciou que as condições de interiorização da AIDS, de urbanização, e baixas condições sócio-sanitárias estão presentes nessa associação.

Corroborando ao estudo de Carvalho et al. (2013) outro estudo proposto por Prado et al. (2011) com pacientes coinfectados AIDS/TB em um serviço no Espírito Santo, destacou que fatores como a baixa escolaridade, residência em área urbana, dentre outros, tem correlação direta com a ocorrência dessa associação de infecções AIDS/TB pulmonar. Outros estudos realizados nos estados que compõem a Amazônia legal evidenciaram ser a leishmaniose visceral, seguida de tuberculose as coinfeções mais evidentes nos pacientes de AIDS.

Ressalta-se, ainda, quanto às coinfeções, que talvez, as condições climáticas, ambientais e principalmente precárias condições sanitárias,

socioeconômicas e demográficas tenham contribuído para o número desses casos no estado do Tocantins, que compõe a Amazônia legal e está entre os estados da região norte com maior incidência sobre as doenças denominadas tropicais ou negligenciadas, como é o caso da AIDS, tuberculose, leishmaniose visceral, dentre outras.

As principais infecções oportunistas associadas às manifestações de AIDS nos pacientes notificados no local de estudo, foram a toxoplasmose e a pneumocistose. Estudo realizado por Rodrigues-Júnior & Castilho (2010) sobre a associação da AIDS e as principais doenças oportunistas na faixa de fronteira brasileira, evidenciou a toxoplasmose como a de maior ocorrência.

Considerando que a transmissão da toxoplasmose se dá pela ingestão dos agentes etiológicos (*Toxoplasma gondii*) presentes no meio ambiente, ingestão de carne contaminada de porco e carneiro, muito comuns na culinária do estado, que tem como ponto forte na economia a atividade de pecuária de consumo e de exportação, além da presença, também, do parasita nas fezes de gato, que é um animal doméstico e muito presente nos domicílios, como animal de estimação, contribuindo para manter o ciclo da doença em áreas urbanizadas.

Quando comparado os pacientes que tiveram coinfeção e infecção oportunista (IO) com a situação de regularidade ao serviço de saúde, os resultados encontrados apontam para a coinfeção/IO poderão surgir independentemente de o paciente comparecer ou não com regularidade ao local de tratamento. Entretanto, as pessoas que não comparecem regularmente ao serviço de saúde possuem maiores chances de ter coinfeções/IO. Em nove prontuários não estava explícito se o paciente era regular ou não ao serviço, já que nestes casos ocorreram algumas intercorrências: 5 pacientes, 3 crianças e 2 adultos, hospitalizaram repetidas vezes em outras cidades, por outras causas não relacionadas à Aids; 2 pacientes que solicitaram transferência de tratamento mas que retornaram várias vezes ao serviço de origem; 2 pacientes pertencentes ao sistema prisional com mudança e retorno de domicílio.

Estudo realizado por Alves & Mazon (2012) para avaliar a adesão ao tratamento ARV no serviço de saúde específico, na região do norte Catarinense, percebeu que a maioria dos entrevistados relatou o incômodo inicial em decorrência do uso de medicação, provocando efeitos colaterais indesejáveis principalmente se

associados às outras drogas para tratar outras doenças oportunistas e o rigor no horário de medicação.

Reforçando a relação entre coinfeção/IO com a regularidade dos pacientes ao serviço de saúde, estudos de Polejack & Seidl (2010) e Rezende *et al.* (2012) apontam para a utilização de diversos instrumentos necessários para monitorar a adesão do paciente ao tratamento. Observando-se os estudos citados e comparando com o atual, percebe-se que a falta de adesão à TARV poderá influenciar no surgimento mais rápido de coinfeções ou infecções oportunistas, daí a necessidade dos serviços de saúde lançar mão de instrumentos de monitoramento da adesão e de estratégias de sensibilização trabalhadas em âmbito pessoal e familiar, individual e coletivo a fim de prolongar o aparecimento dessas infecções, já que surgem independentemente da adesão, mas quando instaladas, deprimem muito o sistema imunológico dos pacientes deixando-o ainda mais vulnerável a outras complicações.

Quando se analisa a relação entre os pacientes que evoluíram ao óbito e aqueles que compareciam regularmente ou não ao serviço de saúde, observou-se neste estudo, que faleceram mais pessoas que não compareciam regularmente ao local de tratamento, do que aqueles que eram mais aderentes. Notou-se, também, que há existência de mais pessoas regulares ao serviço de saúde do que do contrário.

Estudo proposto por Figueiredo *et al.* (2000) apontou que o diagnóstico tardio das coinfeções ou infecções oportunistas relacionadas com a AIDS poderão ocasionar piora no estado clínico e conseqüentemente evoluir para o óbito e definiu no estudo que as três doenças causadoras de óbito nos pacientes citados foram a neurotoxoplasmose, a pneumocistose e a tuberculose. Em nove prontuários somente constava a informação da ocorrência de óbito em outra unidade da federação, por causa não relacionada à Aids.

Refletindo-se sobre a relação entre óbito e situação de regularidade do paciente ao serviço de saúde, os resultados encontrados nesta pesquisa apontam para a necessidade de se investir estratégias de vínculo do paciente ao serviço de saúde, tornando-o mais aderente ao tratamento de forma global. Há, também, que se investir em infraestrutura e recursos humanos adequados para os serviços que atendem aos casos de Aids, tornando-os mais resolutivos e efetivos, com equipe multidisciplinar mais qualificada e com perfil para atuar em todos os espaços que o paciente percorrer, como no acolhimento, nos serviços de vigilância epidemiológica e,

principalmente, no ambulatório e hospital-dia, intervindo de forma imediata sobre as complicações no estado de saúde dos pacientes, visando postergar ou mesmo evitar o óbito.

Comparando coinfeção/IO e com hospitalização, a pesquisa apontou que a maioria dos pacientes notificados com AIDS que hospitalizaram, tinham alguma coinfeção. Entretanto, a grande maioria das pessoas em tratamento, não tiveram coinfeções e também não precisaram de hospitalização. Contribuições de Casotti *et al.* (2004) em estudo para traçar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidos no programa de assistência domiciliar terapêutica em AIDS, na cidade de Vitória-ES, identificou as três principais situações clínicas que motivaram o paciente procurar o referido serviço, a neurotoxoplasmose, seguida de caquexia e baixa adesão. Corroborando ao estudo citado, Ultramari *et al.* (2011) relacionou a neurotoxoplasmose como uma das quatro morbidades associadas à AIDS.

Quando se analisa a relação entre coinfeção/IO e hospitalização, percebe-se que independentemente de ter ou não alguma coinfeção ou infecção oportunista, alguns pacientes precisarão de hospitalização convencional, já que o tratamento com ARV implica em adaptação progressiva das reações indesejáveis esperadas para alguns pacientes, quer no início do tratamento ou quando houver mudança de esquema de ARV, com ou sem associação de medicamentos específicos para tratar outras infecções. E é nesse momento que a adesão torna-se peça chave no tratamento dos pacientes com Aids, a qual deverá ser estimulada pelos profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento no serviço de saúde.

Quanto à ocorrência de pessoas com AIDS que faleceram e se tinham, ou não, coinfeção/IO, percebeu-se neste estudo que a maioria das pessoas que morreram tinha alguma coinfeção e/ou IO associada. Todavia, a maioria dos pacientes encontrava-se vivo até o final da coleta de dados, e sem menção alguma da existência dessas infecções em seus respectivos prontuários. Em três prontuários não ficou bem definida a causa do óbito, se estava associada à alguma coinfeção ou infecção oportunista.

Em reflexão sobre a existência de alguma infecção relacionada à AIDS, associada às dificuldades de adaptação aos medicamentos gerando falta de adesão, e o sofrimento oriundo do pensamento de que ainda não há cura para a AIDS e que a

morte certamente virá poderão, talvez, contribuir sobremaneira para o agravamento do estado de saúde dos pacientes que evoluíram para o óbito.

Percebe-se, ainda, que há necessidade do serviço de saúde buscar estratégias de apoio e incentivo à adesão ao tratamento e de o paciente ser estimulado a mudar alguns hábitos de vida, aprender a conviver e a aceitar sua nova condição de saúde, são mecanismos que talvez possa resgatar a confiança perdida ou de criar vínculos ao serviço, traduzido pela adesão, visando a melhoria ou a manutenção da sua qualidade de vida.

Observando-se a relação da TARV prescrita no início do tratamento e a eleita na última consulta, o esquema mais utilizado no início do tratamento foi o que continham as medicações Efavirenz (EFZ), Zidovudina (AZT) e Lamivudina (3TC), contudo a maioria dos pacientes teve mudança no esquema de ARV na última consulta, alterando para outras combinações de medicamentos a fim de atender a realidade clínica e laboratorial desses pacientes. Em um prontuário não constava o registro do esquema dos ARV utilizado pelo paciente, na última consulta.

Estudo de Santos, Silva & Soares (2010) identificam a terapia antirretroviral mais utilizada pelos pacientes em tratamento, correspondendo ao percentual de 72,10%, utilizando o esquema terapêutico com AZT, 3TC e EFZ. Pesquisa realizada por Resende *et al.* (2012) que avaliou a adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes atendidos por dois serviços de referência na cidade de Alfenas-MG, e identificou que 35% dos pacientes utilizaram um esquema contendo AZT e 3TC, da classe inibidor da transcriptase reversa e uma droga, o EFZ, que compõe o inibidor não-nucleosídeo da transcriptase reversa.

Os estudos de Santos, Silva & Soares, com o realizado por Rezende *et al.* corroboram com os resultados da pesquisa atual que aponta para o esquema preferencial a ser instituído no início do tratamento, mas que por necessidades clínicas, no decorrer do tratamento poderá sofrer mudanças e serem criadas outras associações de ARV que possam contribuir para reduzir ou impedir a replicação viral, melhorando a situação de imunidade dos pacientes.

Ao se analisarem as *Características comportamentais* neste estudo, percebeu-se que apesar de a maioria de homens e mulheres, referir não usar nenhum tipo de droga lícita ou ilícita, observou-se, quando comparados entre os gêneros, que mais homens do que mulheres informaram fazer ou já terem feito uso de alguma

droga; mas a grande maioria entre sexos informou não fazer ou nunca ter feito uso de alguma droga. Em 9 prontuários do sexo masculino e 5 prontuários do gênero feminino não constava essa informação.

Quanto ao uso de preservativo nas relações sexuais, comparado por sexo, a maioria dos homens e mulheres informou não usar ou nunca ter usado o preservativo. Em 7 prontuários do sexo masculino e 5 prontuários do gênero feminino não constava essa informação.

Estudos sobre o comportamento sexual, obtidos através de revisão integrativa de Garcia *et al.* (2012) apontaram que os idosos utilizam seis vezes menos o preservativo do que os jovens. Outras pesquisas propostas por Holzmann *et al.* (2013) e Pereira *et al.* (2013) com usuários, de ambos os sexos, de CTA's apontou para a maioria destes terem relatado baixa adesão ao uso do preservativo nas relações sexuais com parceiro fixo e com eventual.

Sobre o tipo de parceria sexual entre os gêneros, observou-se que apesar de a maioria de ambos os sexos ter informado manter relações sexuais do tipo heterossexual, os homens, em maior proporção, declararam ter relacionamento sexual com outros homens (homossexual) e estes, também foram os que informaram ter prática sexual com ambos os sexos (bissexual). Em 11 prontuários do sexo masculino e 8 prontuários do gênero feminino não constava essa informação.

Estudo sobre o uso de preservativo, realizado por Andrade *et al.* (2007) com HSH em uma cidade de Mato Grosso do Sul, concluiu que 73% destes não se consideravam expostos à transmissão pelo HIV, e 35% relatou não usar o preservativo nas relações sexuais. Essa informação torna-se bastante preocupante, pois se sabe, na atualidade, que a principal via de transmissão do HIV é a sexual, tendo essa afirmativa sido reforçada através dos resultados da tabela 9 que apontou para 92,88% dos pacientes ter contraído o HIV por meio de relação sexual desprotegida. Corroborando com os resultados deste estudo, 81,9% dos pacientes estudados por Fiuza *et al.* (2013) concluiu que a principal forma de transmissão do HIV, foi a via sexual.

A análise do conjunto de variáveis com seus respectivos resultados delineados neste estudo corroboram com o perfil da epidemia de HIV e Aids em âmbito nacional, com algumas ressalvas em virtude de certas peculiaridades nas

características sócio demográficas, epidemiológicas e comportamentais dos casos de AIDS inerente ao próprio estado do Tocantins e da própria região norte do país.

7. CONCLUSÕES

Este estudo objetivou analisar as características Epidemiológicas, Clínicas e Comportamentais de maior predominância nos pacientes com AIDS acompanhados pelo Hospital de Doenças Tropicais no Tocantins, no período de 2007 a 2013. Os resultados deste estudo convergiram para as conclusões que serão descritas a seguir, respondendo às temáticas: caracterização sócio-demográfica e epidemiológica, caracterização clínica e laboratorial e característica comportamental, em as quais estão inseridos os objetivos específicos da presente pesquisa.

- Os casos de AIDS foram definidos em sua maioria pelo gênero masculino; na faixa etária entre 20 a 59 anos; na cor parda da pele; solteiros, com ocupação do tipo empregado, autônomo ou aposentado; com baixa escolaridade, por possuir o ensino fundamental incompleto; residentes do Tocantins.
- Quanto às condições epidemiológicas, os pacientes em sua maioria vivos até o final da coleta de dados, foram notificados segundo os critérios preestabelecidos pelo Ministério da Saúde, que em sua maioria apresentaram caquexia, astenia e febre, segundo o critério Rio de Janeiro/Caracas e, a contagem de linfócitos T CD4, neurotoxoplasmose e pneumonia, através do critério CDC adaptado. Identificou-se a prevalência anual dos casos de AIDS na série histórica de 2007 a 2013, quando se observou um aumento gradativo dos casos a partir do ano de 2007, mas que quase dobrou no ano de 2013.
- Quanto às características clínicas e laboratoriais dos casos de AIDS, a relação sexual foi o principal modo de transmissão para o HIV; foram diagnosticados pelos exames convencionais; os exames de contagem de linfócitos T CD4 e a quantificação de carga viral, bem como a TARV instituídas, na notificação e na última consulta apresentaram diferenças significativas; poucos pacientes realizaram exame de genotipagem; a leishmaniose visceral foi a principal coinfeção e a toxoplasmose, a principal infecção oportunista associada à AIDS.
- Estabeleceu-se a relação entre o tempo decorrido do diagnóstico do HIV até a data da notificação dos casos de AIDS, que foi menor que um ano.
- A relação entre a situação de regularidade ao local de tratamento com coinfeção ou infecção oportunista não apresentou diferença significativa, ou seja, independentemente de ter havido, ou não, o comparecimento do paciente regularmente às consultas, alguns pacientes desenvolveram infecção oportunista

ou coinfeção, porém, para aqueles que pouco compareceram, tiveram maiores ocorrências dessas infecções.

- A relação entre a situação de regularidade ao local de tratamento com óbito houve diferença significativa, ou seja, faleceram mais pacientes que pouco comparecia às consultas do que do contrário.
- A relação entre hospitalização e coinfeção ou infecção oportunista houve diferença significativa, ou seja, pacientes com alguma coinfeção ou infecção oportunista precisaram mais de hospitalização, entretanto, outros pacientes precisaram de hospitalização por motivos diferentes dos listados.
- A relação entre coinfeção ou infecção oportunista com o óbito houve diferença significativa, ou seja, faleceram mais pacientes com alguma dessas infecções do que por outros agravos.
- Houve diferenças significativas entre o tipo de parcerias sexuais e o gênero dos pacientes, observado no registro da maioria dos pacientes, entre os gêneros ter informado manter relacionamento heterossexual. Em contrapartida, o uso de drogas e o uso de preservativo, segundo o gênero, não apresentou diferença significativa, apesar de se observar que a maioria dos casos, em ambos os sexos, relatou não usar preservativo nas relações sexuais.

Este estudo tem, também, a pretensão de que seus resultados possam contribuir com a gestão de saúde local e estadual, a fim de apoiar nas decisões político-administrativas e epidemiológicas, conhecendo ou reconhecendo as características sócio-demográficas, epidemiológicas, clínicas e comportamentais mais evidentes nos pacientes com HIV e AIDS atendidos no serviço de atenção especializada do Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins.

Evidenciou-se neste estudo certa fragilidade nas informações contidas em algumas fichas de notificação/investigação, pois alguns campos de preenchimento obrigatório não estavam registrados, bem como da insuficiência de dados existentes em alguns prontuários, o que dificultou na análise global de algumas variáveis selecionadas para a pesquisa.

O HDT encontra-se em transição de gestão, no nível estadual para a Universidade Federal do Tocantins desde o ano de 2013. Devido à sua localização geográfica e importância epidemiológica, espera-se que a nova gestão possa garantir a manutenção dos serviços desenvolvidos pelo HDT e que possa realizar grandes

investimentos visando a melhoria na qualidade e aumentando a expectativa de vida das pessoas que vivem e convivem com o HIV e a Aids contribuindo para a estabilização da epidemia no Estado e região.

A carência de estudos que abordem informações epidemiológicas, clínicas e comportamentais sobre os pacientes com AIDS atendidos nos serviços de saúde do estado apontam para a necessidade de existirem outras pesquisas desta natureza a fim de divulgar para a comunidade científica informações mais precisas sobre essa temática e apoiar nas explicações de como se apresenta o perfil da epidemia do HIV e Aids em municípios do estado, que possuem características semelhantes às de outras cidades, pertencentes às outras unidades da federação.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.L; ARAUJO, G.B.S; SANTOS, V.A; BUSTORFF, L.A.C.V; PEREIRA, A.V.L; DIAS, M.D. Adesão dos portadores do HIV/ ao tratamento: fatores Intervenientes. *reme – Rev. Min. Enferm* 2011;15(2): 208-216. [acessado 2014 out 18]. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/27>

ALVES, G.C; MAZON, L.M. Perfil dos pacientes em tratamento para hiv/ e fatores determinantes na adesão ao tratamento antirretroviral. *Saúde Meio Ambiente* 2012; 1(1): 81-94. [acessado 2014 abr 30]. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/318>

AMORIM, M.A.S; MIRANDA, D.B; CABRAL, R.C.S; BATISTA, A.V.M. Clinical and epidemiological profile of patients with hiv/ hospitalized at the hospital for reference in the state of Bahia, Brazil. *Rev enferm UFPE on line* 2011; 5(6): 1475-482. [acessado 2014 mar 30]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1683>

ANDRADE, S.M.O; TAMAKI, E.M; VINHA, J.M; POMPILIO, M.A; PRIETO, C.W; BARROS, L.M; LIMA, L.B; CHAGURI, M.C; POMPILIO, S.A.L. Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007; 23(2):479-482.

ANDRADE, J.P; NETO, J.A.M; PAOLA, A.A.V; VILAS-BOAS, F; OLIVEIRA, G.M.M; BACAL, F; BOCCHI, E.A; ALMEIDA, D.R; FILHO, A.A.F; MOREIRA, M.C.V; XAVIER, S.S; OLIVEIRA JUNIOR, W.A; DIAS, J.C.P e cols. I Diretriz Latino-Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica. Resumo Executivo. *Arq Bras Cardiol*, 2011; 96(6): 434-442. [acessado 2015 Jan 31]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2011001600001&script=sci_arttext&lng=es

ARAÚJO, R.C. Agência Goiana do Sistema Prisional: Estudo das condições sócio-demográficas e comportamentais de Mulheres de Detentos, relacionadas à Vulnerabilidade ao vírus HIV. Goiânia *[dissertação]* Goiás: Curso de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde/PUC-GO. 99 f. 2006. [acessado 2015 Fev 5]. Disponível em: <http://157.86.8.70:8080/certifica/handle/icict/2350>

AYRES, M; AYRES JÚNIOR, M; AYRES, D.L; SANTOS, A.A.S. BioEstat: Aplicações estatísticas na área de ciências biomédicas. 4. ed. Belém, 2007.

BACCHINI, A.M; ALVES L.H.S; CECCARELLI, P.R; MOREIRA, A.C.G. Reflexões sobre o inquietante de ser portador de HIV/AIDS. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro 2012; 44 (2): 271-284. [acessado 2014 out 15]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v44n2/v44n2a02.pdf>

BANDEIRA, M. Avaliação da atenção Pré-natal das gestantes com HIV nos Serviços Ambulatoriais Especializados do Tocantins – 2007 A 2009. Palmas *[dissertação]* Tocantins: Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. 129 f.

2012. [acessado 2015 Fev 5]. Disponível em: <http://157.86.8.70:8080/certifica/handle/icict/2350>

BARROSO, L.M.M; GALVÃO, M.T.G; CAVALCANTE, R.M; FREITAS, J.G. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/AIDS. *Rev Rene* 2009; 10 (4): 155-164. [acessado 2014 jul 7]. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4353/1/2009_art_jgfreitas.pdf

BATISTA, K.N.M; PEREIRA, C.C.B; XAVIER, M.B. Análise do dano neural em pacientes hansenianos e na coinfeção HIV/HANSENÍASE através de duas coortes clínicas. Anais do III Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA), Universidade Federal do Pará - 12 a 14 de novembro de 2014. [acessado 2015 Jan 31]. Disponível em: <http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2014/expandidos/pesquisa/PES287.pdf>

BERTOLOZZI, M.R; NICHATA, L.Y.I; TAKAHASHI, R.F; CIOSAK, S.I; HINO, P; VAL, L.F; GUANILLO, M.C.L.T.U; PEREIRA, E.G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(Esp 2):1326-1330. [acessado 2014 out 19]. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp

BERTONI RF; BUNN K; SILVA J; TRAEBERT J. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2010; 39 (4): 75-79. [acessado 2014 ago 14]. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/835.pdf>

BLATT CR; CITADIN CB; SOUZA FG; MELLO RS; GALATO D. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no Sul do Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2009; 42(2): 131-136. [acessado 2014 ago 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n2/v42n2a07.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças/ Ministério da Saúde*, 2004. 56 p. (Série Manuais n.º 60).

BRASIL. *Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids*. Prevenção das DST/AIDS em adolescentes e jovens: Brochuras de referência para os profissionais de saúde. Série: Prevenção às DST/AIDS. Teo Weingrill Araújo e Gabriela Calazans (organizadoras). São Paulo, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª Edição. Brasília: MS; 2009a. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Portaria MS/SVS nº 151, de 14 de outubro de 2009. Define o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos Acima de 18 Meses. Brasília: MS; 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia Antirretroviral em gestantes. 5ª Edição. Brasília: MS; 2010a. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. HIV: Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil (Série TELELAB). Brasília: MS, 2010b. [acessado 2014 out 15]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50768/manual_hiv_utilizacao_de_testes_rapidos_miolo_pd_7394f.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Coleta de sangue: Diagnóstico e monitoramento das DST, AIDS e Hepatites Virais (Série TELELAB). Brasília. MS, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº- 1.246, de 28 de Maio de 2010: Proíbe nas formas direta ou indireta, nos exames médicos por ocasião da admissão, mudança de função, avaliação periódica, retorno, demissão ou outros ligados à relação e emprego, a testagem do trabalhador quanto ao HIV. Diário oficial da União, 2010d, 102. Disponível em: http://www.abglt.org.br/docs/Portaria_1246-28052010.pdf [2014 out 23].

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Protocolo de Atendimento Sindrômico das Intercorrências Clínicas em HIV-AIDS/Coordenação Municipal de DST-AIDS/Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2012a. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: file:///C:/Users/Enfermaria/Downloads/MANUAL_HIV_URG_set-2012_compilado.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Política brasileira de enfrentamento da AIDS: resultados, avanços e perspectivas. 1ª Edição. Brasília: MS; 2012b. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/53077/em_portugues_93155.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 77, de 12 de Janeiro de 2012: Dispões sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e Sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Diário oficial a União, 2012c, 10. Disponível em: http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/portaria_77_2012_pdf_31120.pdf [2014 set 23].

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 142/2012/CQV/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS. Orientação para realização de Genotipagem em pacientes com falha virológica confirmada. 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Fique Sabendo. Guia de Implementação. 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Material instrucional para Capacitação na metodologia DTS (Dried Tube Specimens) para Avaliação Externa da Qualidade - AEQ dos testes rápidos para HIV e sífilis, 2012f. [Acessado em 15 de fev de 2015]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/2012/50768>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. 1ª Edição. Brasília: MS; 2013a. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: http://www.sbac.org.br/consulta_processual/manual_tecnico_hiv.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS. Edição Preliminar. Brasília: MS; 2013b. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/PROTOCOLO_CLINICO_HIV2013.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/AIDS / Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2013c. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/54418/p_guia_red_e_cegonha_p_26613.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Guia de consulta rápida: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 1ª Edição. Brasília: MS; 2013d. [acessado 2014 mai 22]. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/PROTOCOLO_CLINICO_HIV2013.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS e DST, Ano II, nº 1, da 1ª até a 26ª semanas epidemiológicas, dezembro de 2013, Brasília: 2013e.

BRASIL. Lei n. 12.984, de 2 Junho de 2014: Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e doentes de AIDS. 2014a. [acessado 2014 ago 25]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014: Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2014b; 108.

Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf [2014 out 23].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília: MS; 2014c. [acessado 2014 Nov 1]. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/08_05_2014_protocolo_pediatico_pdf_36225.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS e DST, Ano III, nº 1- 27ª à 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013, da 1ª até a 26ª semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2014, Brasília: 2014d.
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Investigação de Óbitos por HIV/Aids. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Investigação de Transmissão vertical HIV/Aids. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2014f.

BRITO, T.R.P; VILELA, M.P; GOYATÁ, S.L.T; ARANTES, C.I.S. Avaliação da auto-estima de portadores de HIV/AIDS do município de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm* Porto Alegre 2009; 30(2): 190-7. [acessado 2014 set 2]. Disponível em:<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7169/6675>

CARVALHO, F.L; AIRES, D.L.S; SEGUNDA, Z.F; SILVA DE AZEVEDO, C.M.P; CORRÊA, R.G.C.F; DE AQUINO, D.M.C; CALDAS, A.J.M. Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfeção HIV-Leishmania em um serviço de referência de São Luís, MA, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013, 18(5):1305-1312.

CARNEIRO, R.G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2013; 17(44), 49-59. [acessado 2014 ago 29]. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a05v17n44.pdf>

CASOTTI, J.A.S; PASSOS, L.N; SILVA, A.M.C.S; TOSI, S.S.F; MOTTA, T.O.R. Clinical and Epidemiological Profile of Patients Attend at Home Care Assistance in AIDS – Vitória, ES – Brazil. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2004, 16(3):59-66.

CAVALCANTI, P.C.S. O modelo lógico da Rede Cegonha [Monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Departamento de Saúde Coletiva/ Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, 2010. [acessado 2014 ago 29]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-pcs.pdf>

CHENGYAO, D; NICHATA, L.Y. Mulheres que vivem com HIV e que tiveram mais de uma gestação e o uso de antirretrovirais durante pré-natal e parto. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2013; 25(1): 27-31.

CORDOVA, F.P; LUZ, A.M.H; INNOCENTE, A.P; SILVA, I.E.F. Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(1): 97-102. [acessado 2014 ago 26]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a15.pdf>

DATASUS. Ministério da Saúde (BR). **Estatística de Saúde dos municípios, 2013a**. Disponível: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/araguaina_to. [Acessado em 24/11/2014].

DATASUS. Ministério da Saúde (BR). **Estatística de Saúde dos municípios, 2013b**. Disponível: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/palmas_to. [Acessado em 24/11/2014].

DIAS, M.A.B. Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2011, 27(5):1041-1044. [acessado 2014 ago 26]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/22.pdf>

DUARTE, M.T.C; PARADA, C.M.G.L; SOUZA, L.R. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014; 22(1): 1-8. [acessado 2014 ago 26]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00068.pdf

DUARTE, M.T.C; PARADA, C.M.G.L; SOUZA, L.R. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014; 22(1): 1-8. [acessado 2014 ago 26]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00068.pdf

FARIAS, N; SOUZA, L; COELHO, D.M; OLIVEIRA, U.B; BINELLI, C.A. Coinfecção pelos vírus das hepatites B ou C e da imunodeficiência adquirida: estudo exploratório no Estado de São Paulo, Brasil, 2007 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2012; 21(3):475-486. [acessado 2015 Jan 31]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S16799742012000300013&script=sci_arttext&tlng=pt

FEITOSA, J.A; CORIOLANO, M.W.L; ALENCAR, E.M; LIMA, L.S. Aconselhamento do pré-teste Anti-HIV no pré-natal: percepções da gestante. *Rev. enferm. UERJ* 2010; 18(4): 559-64. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a10.pdf

FELIX, G; CEOLIM, M.F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(4): 884-891. [acessado 2014 ago 22]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/15.pdf

FERNANDES, J.R.M; ACURCIO, F.A; CAMPOS, L.N; GUIMARÃES MDC. Início da terapia Antirretroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(6):1369-1380. [acessado 2014 set 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/19.pdf>

FERREIRA, L.T.K; CEOLIM, M.F. Qualidade do sono em portadores do vírus da imunodeficiência humana. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(4):892-9. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/16.pdf>

FIGUEIREDO, J.F.C; REIS, V.M.F; MACHADO, A.A; OYAMA, S.R; MARTINEZ, R; FIGUEIREDO, L.T.M; FONSECA, B.A.L; COSTA, J.C; MOYA, M.J; CASTRO, G. Clinical and Epidemiological characteristics of patients from Ribeirão Preto, SP, Brazil, with AIDS oportunist infections. *Medicina, Ribeirão Preto*. 33: 141-146. 2000.

FIUZA, M.L.T; LOPES, E.M; ALEXANDRE, H.O; DANTAS, P.B; GALVÃO, M.T.G; PINHEIRO, A.K.B. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. *Esc Anna Nery* 2013; 17(4): 740 – 748. [acessado 2014 out 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0740.pdf>

FREITAS, J.G; CUNHA, G.H; BARROSO, L.M.M; GALVÃO, M.T.G. Administração de medicamentos para crianças nascidas expostas ao vírus da imunodeficiência humana. *Acta Paul Enferm* 2013; 26(1):42-9. [acessado 2014 jun 4]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/08.pdf>

GABRIEL, R; BARBOSA, D.A; VIANNA, L.A.C. Perfil Epidemiológico dos Clientes com HIV/Aids da Unidade Ambulatorial de Hospital Escola de Grande Porte – Município de São Paulo. *Ver Latino-am Enfermagem* 2005,13(4): 509-13.

GAETTI-JARDIM, E; PRADO, G.M; ZIROLDO, N.L; OKAMOTO, A.C; RANIERI, R.V; SCHWEITZER, C.M. Impacto do diagnóstico tardio da AIDS na sobrevivência dos pacientes. *Arch Health Invest* 2013; 2 (Supl.2 - Proceedings of the 4º Simp Saúde/Annual Meeting): 28. [acessado 2014 out 15]. Disponível em: <http://archhealthinvestigation.com.br/index.php/ArcHI/article/view/243/350>

GALVÃO, M.T.G; CUNHA, G.H; RODRIGUES, N.L.C; GIR, E. Aspectos das interações sociais de crianças portadoras de HIV pela ótica dos seus cuidadores. *Rev Rene* 2013; 14(1): 262-71. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/93>

GARCIA, S; SOUZA, F.M. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.* 2010; 19 (2): p.9-20.

GARCIA, G.S; LIMA, L.F; SILVA, J.B; ANDRADE, L.D.F; ABRÃO, F.M.S. Vulnerabilidade dos idosos frente ao HIV/Aids: Tendências da produção científica atual no Brasil. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2012; 24(3): 183-188.

GIRONDI, J.B.R; ZANATTA, A.B; BASTIANI, J.A.N; NOTHAFT, S.S; SANTOS, S.M.A. Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por síndrome da imunodeficiência adquirida entre 1996 e 2007. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(2): 302-7. [acessado 2014 jun 4]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a23v25n2.pdf>

GOMES, R.C; MOTA, S.L; GUIMARÃES, C.M. HIV/AIDS na terceira idade. *Estudos* 2010; 37 (1/2): 169-185. [acessado 2014 out 18]. Disponível em: <http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewArticle/1431>

GONÇALVES, Z.R; KOHN, A.B; SILVA, S.D; LOUBACK, B.A; VELASCO, L.C.M; NALIATO, E.C.O; GELLER, M. Perfil Epidemiológico dos Pacientes HIV-Positivo cadastrados no Município de Teresópolis, RJ. DST – *J bras Doenças Transm* 2012; 24(1):9-14.

GRANGEIRO, A; ESCUDER, M.M; WOLFFENBÜTTE, K; PUPO, L.R; NEMES, M.I.B; MONTEIRO, P.H.N. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):427-36. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/203.pdf>

GRANGEIRO, A; ESCUDER, M.M.L; CASTILHO, E.A. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002–2006. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):430-40. [acessado 2014 jun 26]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO1587.pdf>

GUEDES, T.G; MOURA, E.R.F; PAULA, N.A; OLIVEIRA, N.C; VIEIRA, R.P.R. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2009; 21(3): 118-123. [acessado 2014 out 18] Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista21-3-2009/4-Mulheres-Monogamicas.pdf>

GUIMARÃES, R.M; LOBO, A.P; SIQUEIRA, E.A; BORGES, T.F.F; MELO, S.C.C. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. *J Bras Pneumol.* 2012; 38(4): 511-517. [acessado 2015 Jan 31]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n4/v38n4a14.pdf>

GUZMÁN, J.L.D; IRIART, J.A.B. Revelando o vírus, ocultando pessoas: exames de monitoramento (CD4 e CVP) e relação médico-paciente no contexto da AIDS. *Cad. Saúde Pública* 2009, 25(5): 1132-1140. [acessado 2014 Nov 1] Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/20.pdf

HOLZMANN, A.P; BARROS, M.O; VAZ, M.J.R; SILVA, V; VERSIANI, C.C; RUAS, E.F.G. Behavioural Differences Between Users Seeking HIV Testing at Testing and Counseling Center in the Montes Claros City, Minas Gerais. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2013; 25(1):17-21.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acessado em 17 nov. 2013]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla> . 2014.

JÚNIOR, A.B; SZWARCOWALD, C.L; PASCOS, A.R.P; JÚNIOR, P.B.S. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad.*

Saúde Pública 2009; 25(4): 727-737. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/830>

KONOPKA, C.K; BECK, S.T; WIGGERS, D; SILVA, A.K; DIEHL, F.P; SANTOS, F.G. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32(4):184-90. [acessado 2014 22 ago]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a06>

KOURROUSKI, M.F.C; LIMA, R.A.G. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(6). [acessado 2014 set 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_04.pdf>

LEMOS, L.A; FEIJÃO, A.R; GIR, E; GALVÃO, M.T.G. Aspectos da qualidade de vida de pacientes com coinfeção HIV/tuberculose. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (1): 41-7. [acessado 2015 Jan 30]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_07.pdf

LIBRELOTTO, C.S; MOREIRA, P.R; CECCON, R; CARVALHO, T.S. Perfil epidemiológico dos portadores de HIV/AIDS do SAE de Cruz Alta, RS. *RBAC* 2012; 44(2):1. [acessado 2014 ago 22]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=682813&indexSearch=ID>

MACEDO, M.R; FRAUCHES, D.O; MACEDO, L.R; MACEDO, C.R. Crianças expostas à transmissão vertical do HIV: seguimento incompleto e sua possível implicação no desfecho. *Rev Bras Pesq Saúde* 2013; 15(2): 73-80.

MALUF, S.M.J; MENDES, W.D.S; GAMA, M.E.A; CHEIN, M.B.C; VERAS, D.S. Clinical and laboratory profile of children living with vertically transmitted HIV/Aids in city in northeastern Brasily. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2010; 43(1):32-35.

MARTINS, C.F. Vulnerabilidade à infecção pelo HIV dos privados de liberdade do sistema penitenciário goiano. Estado de Goiás [dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-graduação em Ciências Ambientais e Saúde; 2005. 64 f.

MOLINARO, E.M. Conceitos e métodos para a formação de profissionais em laboratórios de saúde: volume 1. Rio de Janeiro: EPSJV; IOC, 2009.

MONTEIRO, L.D. Padrões de comprometimento neural, limitação de atividade, participação social e fatores associados nas pessoas em pós alta de Hanseníase nos anos de 2004-2009, Araguaína-TO. Fortaleza [dissertação]. Ceará: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. 194 f. 2012. [acessado 2015 Fev 04]. Disponível em http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7036/1/2012_dis_ldmonteiro.pdf

MORAIS, I.A. Araguaína (TO): Enquanto cidade média no contexto regional. Brasília [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Geografia, Programa de Pós-Graduação em Geografia; 2014. 132 f. [acessado 2015 Fev 01]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/17339>

NAM, L. House Brixton Road. O básico: CD4 e carga viral. 2010. [acessado 2014 Nov 2]. Disponível em: <http://www.aidsmap.com/>

NEMES, M.I.A; CASTANHEIRA, E.R.L; HELENA, E.T.S; MELCHIOR, R.A; CARACIOLO, J.M; BASSO, C.R; ALVES, M.T.S.S.B; ALENCAR, T.M.D; FERRAZ, D.A.S. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em AIDS no Brasil. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(2): 207-12. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000200028&script=sci_arttext

NEVES, L.A.S; REIS, R.K; GIR, E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*, 2010; 44(4):1135-41. [acessado 2015 Jan 31]. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/

NISHIJIMA, M; SARTI, F.M; CYRILLO, D.C; CAMPINO, A.C.C. A Estrutura de Custos e a Composição de Insumos no Tratamento de Pacientes HIV no Brasil. *Informações fipe – temas de economia aplicada* 2013. [acessado 2014 Nov 2]. Disponível em: http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2013/5_33-37-marisl-et-al.pdf

NUNES, E.L.G; ANDRADE, A.G. Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. *Psicologia & Sociedade* 2009; 21 (1): 45-54,. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/06.pdf>

OLIVEIRA, F.L; BENICIO, K; CERUTTI, G; NATIVIDADE, N.B; NERY, J.A.C. Manifestações clínicas e sorológicas conflitantes de sífilis em coinfecção pelo HIV. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*, 2011; 23(4): 222-224. [acessado 2015 Fev 03]. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista23-4-2011/14.Manifestacoes%20Clinicas%20e%20Sorologicas%20Conflitantes.pdf>

OLIVEIRA, I.B.N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25 (2): 259-268. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25s2/08.pdf>

PAULA, R.C.M.F. Perfil Epidemiológico dos acidentes ofídicos atendidos no Hospital de Doenças Tropicais de Araguaína-TO (Triênio 2007-2009). Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo – USP. Mestrado em Ciências da Tecnologia Nuclear – Aplicações; 2010. 104 f. [acessado 2015 Jan 31]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/85/85131/tde-29082011-140727/en.php>

PAULA, C.C; PADOIN, S.M.M; BRUM, C.N; SILVA, C.B; BUBADUÉ, R.M; ALBUQUERQUE, P.V.C; HOFFMANN, I.C. Morbimortalidade de adolescentes com HIV/AIDS em Serviço de referência no Sul do Brasil. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2012; 24(1): 44-48. [acessado 2014 ago 22]. Disponível em:

<http://www.dst.uff.br/revista24012/11.Morbimortalidade%20de%20adolescentes%20com%20HIV.pdf>

PEREIRA-CARDOSO, F.D; ARAÚJO, B.M; BATISTA, H.L; GALVÃO, W.G. Prevalência de Enteroparasitoses em escolares de 06 a 14 anos no município de Araguaína – Tocantins. *Revista Eletrônica de Farmácia* 2010; 7(1): 54-64. [acessado 2015 Jan 31]. Disponível em: <http://h200137217135.ufg.br/index.php/REF/article/view/9595>

PEREIRA, G.S. Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. *Esc Anna Nery* (impr.) 2010; 14(4): 720-725.

PEREIRA, B.S; COSTA, M.C.O; AMARAL, M.T.R; COSTA, H.S; SILVA, C.A.L; SAMPAIO, V.S. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(3): 747-758. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00747.pdf>

PILLER, R.V.B. Epidemiologia da Tuberculose. *Pulmão* 2012; 21(1): 4-9. [acessado 2015 Fev 02]. Disponível em: http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2012/n_01/02.pdf

POLEJACK, L; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(1): 1201-1208. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/029.pdf>

PRADO, T.N; CAUS, A.L; MARQUES, M; MACIEL, E.L; GOLUB, J.E; MIRANDA, A.E. Epidemiological profile of adult patients with tuberculosis and AIDS in the state of Espírito Santo, Brazil: Cross-referencing tuberculosis and AIDS databases. *J Bras Pneumol*. 2011; 37(1):93-99.

RAMOS, M.R. Relatório de Estágio de Mestrado em Análises Clínicas [*Relatório de Estágio – Dissertação de Mestrado*]. Coimbra: Serviço de Patologia Clínica do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil E.P.E; 2012.

REIS, N.B. Conhecimento sobre HIV/AIDS entre usuários de drogas [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: *Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSPSA*, 2010.

RESENDE, R.C, PODESTÁ, M.H.M.C; SOUZA, W.A, BARROSO, T.O; VILAS BOAS, O.M.G.C; FERREIRA, E.B. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/Aids atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações* 2012, 10(2): 186-201.

RODRIGUES, A.A; CARNEIRO, W.S; NOGUEIRA, J.A; ATHAYDE, A.C.R. HIV: Fatores que Acentuam a Vulnerabilidade na População Jovem Feminina. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2013; 17 (1): 3-10. [acessado 2014 out 25]. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>

RODRIGUES, S.T.C; VAZ, M.J.R; BARROS, S.M.O. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(2):158-64. [acessado 2014 jun 4]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a09.pdf>>

RODRIGUES-JUNIOR, A; CASTILHO, E.A. AIDS e as doenças oportunistas transmissíveis na faixa de fronteira brasileira. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2010; 43(5): 542-547.

ROSO, A. Narrativas de sofrimento e vitória: transmissão vertical do HIV-1 em Porto Alegre, Brasil. *Pensamento Plural Pelotas* 2009; 04: 155 – 180. [acessado 2014 out 18]. Disponível em: <http://pensamentoplural.ufpel.edu.br/edicoes/04/07.pdf>

SALDANHA, A.A.W; ARAÚJO, L.F.D; SOUSA, Y.C.D. Envelhecer com AIDS: Representações, Crenças e Atitudes de Idosos Soropositivos para o HIV. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 2009; 43 (2): 323-332. [acessado 2014 out 18]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v43n2/v43n2a13.pdf>

SANTOS, A.F.M; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 14(1): 147-157. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a15v14n1.pdf>

SANTOS, A.L; NASCIMENTO, C.C.C; RIBEIRO, E.C.A; CAMARINHO, L.G.D. Tratamento com laser baixa potência em lesão cutânea de Hanseníase/HIV. Anais do 12º Encontro Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade Belém 2013, 12:99. [acessado 2015 Jan 30]. Disponível em: <http://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1082/1074>

SANTOS, C.M; CASSIANI, R.A; DANTAS, R.O. A difusão dos conhecimentos sobre doença de Chagas. *Rev Bras Clin Med* 2009; 7: 68-71. [acessado 2015 Jan 31]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n1/a013.pdf>

SANTOS, C.N.R; SILVA, L.R; SOARES, A.Q. Perfil Epidemiológico dos Pacientes em Terapia Antirretroviral em seguimento na Universidade Federal de Goiás. *Revista Eletrônica de Farmácia* 2010; 7(3), 53-61.

SANTOS, N.J.S; BARBOSA, R.M; PINHO, A.A; VILLELA, W.V; AIDAR, T; FILIPE, E.M.V. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25 (2): 321-333. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/14.pdf>

SARTI, E.C.F.B. Prevalência de Infecção por *Paracoccidioides brasiliensis* em pacientes com HIV/Aids do Hospital-Dia Professora Esterine Corsini, Campo Grande – MS, 2007. Campo Grande [dissertação]. Mato Grosso do Sul: Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMG. 66 f.

SÃO PAULO (Estado) Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids-SP. **Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS**. Perguntar não ofende. Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia? Responder ajuda a prevenir. Jussara Dias, Márcia R. Giovanetti, Naila J. Seabra Santos (organizadoras). Série: Prevenção às DST/aids. São Paulo, 2009.

SCHEFFER, M.C; ESCUDER, M.M; GRANGEIRO, A; CASTILHO, E.A. Formação e experiência profissional dos médicos prescritores de antirretrovirais no Estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(6): 691-696.

SCHUELTER-TREVISOL, F; PAOLLA, P; JUSTINO, A.Z.J; PUCCI, N; SILVA, A.C.B. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22 (1): 87-94. [acessado 2014 ago 22]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

SILVA, C.M; VARGENS, O.M.C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43 (2): 401-406. [acessado 2014 ago 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a20v43n2.pdf>

SILVA, E.F; LIMA, Z.N. Análise de carga viral e linfócitos TCD4+ e CD8+ de crianças soropositivas assistidas pelo serviço de atendimento especializado em Campina Grande- Paraíba [*Trabalho de Conclusão de Curso-Graduação em Farmácia*] Universidade Estadual da Paraíba: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012. [acessado 2014 Nov 3]. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/2700>

SILVA, H.R; MARREIROS, M.O.C; FIGUEIREDO, T.S; FIGUEIREDO, M.L.F. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com AIDS em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2011, 20(4): 499-507. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400009&lng=pt&nrm=iso

SILVA, L.C.F; SANTOS, E.M; NETO, A.L.S; MIRANDA, A.E; TALHARI, S; TOLEDO, L.M. Padrão da infecção pelo HIV/AIDS em Manaus, Estado do Amazonas, no período de 1986 a 2000. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2009; 42(5): 543-550. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n5/12.pdf>

SILVA, M.J.M; MENDES, W.S; GAMA, M.E.A; CHEIN, M.B.C; VERAS, D.S. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev Soc Bras Med Trop* 2010; 43(1): 32-35. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a08v43n1>

SILVA, A.M; CAMARGO, K.R. The invisibility of serodiscordance in care for people with HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12):4865-4873.

SLAIBI, E.B; NINA, F.C.A.F; VELIHOVETCHI, N; BASTOS, M.L.S; RONCHINI, K; NERY, J.A.C; VIEIRA, A.F.M; BELO, M. Sífilis e infecção pelo HIV: efeito Prozona em um paciente com neurosífilis. *Revista SPDV* 2013; 71(1): 101-117. [acessado 2015 Jan 30]. Disponível em: <http://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/134>

SINOGAS. C. *Imunologia: Manual de Apoio às sessões laboratoriais*. Universidade de Évora; 2014. [acessado 2014 out 15]. Disponível em: www.ensino.uevora.pt/imuno

SOÁREZ, P.C; CASTELO, A; ABRÃO, P; HOLMES, W.C; CICONELLI, R.M. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2009; 25(1). [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n1/11.pdf>

SOUSA-GOMES, M.L; MAIA-ELKHOURY, A.N.S; PELISSARI, D.M; LIMA, F.E.F; SENA, J.M; CECHINEL, M.P. Coinfecção Leishmania-HIV no Brasil: aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2011, 20 (4): 519-526. [acessado 2015 Jan 31]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742011000400011&script=sci_arttext

HAGAL-DONG; GIHEUNG, K.U; YONGIN, S.I; KYONGGI, D.O. Standard Diagnostic Inc. Importador ALERE S/A. Linhas Infeciosas. 2014.

SZWARCWALD, C.L; CASTILHO, E.A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27 (1): S4-S5. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27s1/pt_01.pdf

TANCREDI, M.V. Sobrevida de pacientes com HIV e AIDS nas eras pré e pós terapia antirretroviral de alta potência [*Tese doutorado*]. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública; 2010. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=558103&indexSearch=ID>>

TAQUETTE, S.R. Epidemia de HIV/AIDS em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. *Saúde Soc. São Paulo* 2013; 22 (2): 618-628. [acessado 2013 out 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000200029&script=sci_arttext

TOCANTINS (Estado). Lei Complementar nº 87, de 2 de setembro de 2013. Extingue os órgãos públicos que especifica e adota outras providências. **Diário Oficial do Estado nº 3.951**. Palmas, TO, 2 set. 2013. Ano XXV. Seção 1. Disponível em: <<http://www.casacivil.to.gov.br>>. Acesso em: 23 out. 2013. http://www.seplan.to.gov.br/Arquivos/download/Municipios_Perfil_2013/Araguaina.pdf f 17 02 2015

TOLEDO, L.S.G; MACIEL, E.L.N; RODRIGUES, L.C.M; TRISTÃO-SÁ, R; FREGONA, G. Características e tendência da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop* 2010; 43(3): 264-267.

ULTRAMARI, L; MORETTO, P.B; GIR, E; CANINI, S.R.M.S; TELES, A.S; GASPAR, J; MACHADO, A.A. Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS em idosos. *Rev. Eletr. Enf.* [página na Internet] 2011;13(3): 405-12. [acessado 2014 ago 15]. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a05.htm>

UNAIDS/ONUSIDA. Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/AIDS/SIDA. Contagem regressiva até zero. Plano Global para eliminar novas infecções por HIV/VIH em crianças até 2015 e manter suas mães vivas. 1ª Edição. Brasília: UNAIDS-Brasil, 2011a.

UNAIDS/ONUSIDA. Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/AIDS/SIDA. Diretrizes de Terminologia do UNAIDS/ONUSIDA. 1ª Edição. Brasília: UNAIDS-Brasil, 2011b.

UNAIDS/ONUSIDA. Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/AIDS/SIDA. A ONU e a Resposta à AIDS no Brasil. Relatório Global do UNAIDS-Brasil, 2013. 60 p.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/AIDS/SIDA. WDA Report 2014 – Fast Track – Ending the Aids Epidemic by 2030. http://www.unaids.org.br/biblioteca/JC2686_WAD2014report_en.pdf. [Acessado em: 17 jan 2015]

VARELLA, D; JARDIM, C. Coleção Doutor DRAUZIO VARELLA. Guia Prático de Saúde e Bem-Estar: AIDS. Editora Gold Ltda. Barueri-SP. 2009.

VARGENS, O.M.C; RANGEL, T.S.A. Análise reflexiva sobre os aspectos sociais do HIV/AIDS: Feminização, Discriminação e Estigma. *Online Brazilian Journal ou Nursing* 2012; 11(1): 1-6. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/3531/html_2

VONK, A.C.R.P; BONAN, C; SILVA, K.S. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(6):1795-1807.acessado 2014 set 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/30.pdf>

VILELA, A.P.M; LEITE, F.M.C; SCHMILDT, E.R; CARVALHO, S.M; BUBACHE, S; TRISTÃO, K.M; AMORIM, E.P. Tendência da AIDS segundo categoria exposta na microrregião São Mateus, no Espírito Santo e no Brasil, no período de 1999 a 2008. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2012; 36 (2): 396-407.

VILLARINHO, M.V; PADILHA, M.I. Percepção da AIDS pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis (SC), Brasil (1986-2006). *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(6): 1951-1960. [acessado 2014 set 2]. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/100928/313549.pdf?sequence](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/100928/313549.pdf?sequence=1)

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – FICHA DE COLETA DE DADOS/ADULTO

FICHA DE COLETA DE DADOS – ADULTO

Nº _____

Nº da Notificação: _____ Data da Notificação: ____/____/____

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS / EPIDEMIOLÓGICAS

1. **Sexo:** () 1. Masculino () 2. Feminino () 99. Ignorado

2. **Idade em anos:** _____

3. **Cidade de Residência:** _____ **UF:** _____

4. **Cor da pele:** () 1. Branca () 2. preta () 3. Amarela () 4. parda () 5. indígena
() 99. Ignorado

5. Escolaridade:

- () 1. Analfabeto
- () 2. Ensino fundamental incompleto
- () 3. Ensino fundamental completo
- () 4. Ensino Médio incompleto
- () 5. Ensino Médio completo
- () 6. Ensino Superior incompleto
- () 7. Ensino Superior completo
- () 99. Ignorado

6. Estado Civil:

- () 1. Casado(a) / união estável
- () 2. Separado(a) / Divorciado(a)
- () 3. Solteiro(a)
- () 4. Viúvo(a)
- () 99. Ignorado

7. Ocupação:

- () 1. Estudante
- () 2. Empregado(a)
- () 3. Desempregado(a)
- () 4. Autônomo(a)
- () 5. Do Lar
- () 6. Aposentado(a)
- () 99. Ignorado

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E LABORATORIAIS

8. Provável Modo de Transmissão:

- () 1. Transmissão Vertical
- () 2. Transmissão Sexual
- () 3. Transmissão Sanguínea
- () 99. Ignorado

9. Evidência laboratorial de infecção pelo HIV em ADULTO.

LEGENDA: 1. Reagente(R) 2. Não Reagente(SNR) 3. Indeterminado (I). 4. Não Realizado(NR). 99. Ignorado (IGN).

- () Teste de Triagem anti-HIV: _____
- () Teste Confirmatório anti-HIV: _____
- () Teste Rápido 1: _____
- () Teste Rápido 2: _____

10. Critério de Definição de Caso MAIORES DE 13 ANOS.

LEGENDA: (1) Sim. (2) Não. (99) Ignorado.

10.1. Critério Rio de Janeiro / Caracas.

- () Sarcoma de Kaposi (10)
- () Tuberculose disseminada / extrapulmonar / não cavitária (10)
- () Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5)
- () Tuberculose pulmonar cavitária não especificada (5)
- () Herpes Zoster em indivíduos < ou = 60 anos (5)
- () Disfunção do sistema nervoso central (5)
- () Diarreia = ou > 1 mês (2)
- () Febre > ou = a 38°C por tempo > ou = a 1 mês (excluída TBC como causa) (2)
- () Caquexia ou perda de peso > 10% (excluída TBC como causa) (2)
- () Astenia > ou = a 1 mês (excluída TBC como causa) (2)
- () Dermatite persistente (2)
- () Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)
- () Tosse persistente ou qualquer pneumonia (excluída TBC como causa) (2)
- () Linfadenopatia > ou = a 1cm, > ou = a 2 sitios extrainguinais e por tempo > ou = a 1 mês (2)

10.2. Critério CDC adaptado.

- () Câncer cervical invasivo
- () Candidose de esôfago
- () Candidose de traqueia, brônquio ou pulmão
- () Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)
- () Criptococose extrapulmonar
- () Cristosporidiose intestinal crônica > 1 mês
- () Herpes simples mucocutâneo > 1 mês
- () Histoplasmose disseminada
- () Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês
- () Leucoencefalopatia multifocal progressiva

-) Linfoma não Hodgkin e outros linfomas
-) Linfoma primário do cérebro
-) Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase
-) Pneumonia por Pneumocystis carinii
-) Reativação da Doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)
-) Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide)
-) Toxoplasmose cerebral
-) Contagem de linfócitos T CD4+ < que 350 cel/mm³

11. Achados laboratoriais (contagem de Linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a idade). NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO

-) 1. Maior que 500 células por mm³
-) 2. De 350 – 500 células por mm³
-) 3. Menor que 350 células por mm³
-) 99. Ignorado

12. Achados laboratoriais (contagem de Linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a idade). ÚLTIMO EXAME REALIZADO (____/____/____)

-) 1. Maior que 500 células por mm³
-) 2. De 350 – 500 células por mm³
-) 3. Menor que 350 células por mm³
-) 99. Ignorado

13. Achados laboratoriais (Carga Viral – cópias / ml). NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO.

-) 1. Não detectado
-) 2. < ou = 40 cópias
-) 3. De 41 a 100 mil cópias
-) 4. Maior que 100 mil cópias
-) 99. Ignorado

14. Achados laboratoriais (Carga Viral – cópias / ml). ÚLTIMO EXAME. (____/____/____)

-) 1. Não detectado
-) 2. < ou = 40 cópias
-) 3. De 41 a 100 mil cópias
-) 4. Maior que 100 mil cópias
-) 99. Ignorado

15. Realizou exame de Genotipagem: () 1. Sim. () 2. Não. () 99. Ignorado.

16. Critério óbito: () 1. Sim. () 2. Não. () 99. Ignorado.

17. Evolução do caso: () 1. Vivo. () 2. Óbito por AIDS. (Data do óbito: ___/___/___)
() 3. Óbito por outras causas exceto AIDS. () 4. Transf. tratamento.
() 5. Abandono / faltoso. () 99. Ignorado.

III. CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS

18. Usou ou usa alguma droga.

- () 1. Álcool. () 2. Cigarro comum. () 3. Maconha. () 4. Crack. () 5. Cola de sapateiro. () 6. Cocaína. () 7. Anfetaminas. () 8. LSD. () 9. Não usa drogas. () 99. Ignorado

19. Usa preservativo nas relações sexuais:

- () 1. Sim, todas as vezes. () 2. Sim, às vezes. () 3. Não. () 99. Ignorado.

20. Tipo de parcerias sexuais:

- () 1. Homens. () 2. Mulheres. () 3. Travestis / transexuais. () 4. Homens e Mulheres.
() 5. Não se aplica. () 99. Ignorado.

21. COINFEÇÃO / IO ASSOCIADA E DATA DE DIAGNÓSTICO / NOTIFICAÇÃO:

- () 1. Tuberculose. ___/___/___
() 2. Leishmaniose cutânea. ___/___/___
() 3. Leishmaniose visceral. ___/___/___
() 4. Hanseníase. ___/___/___
() 5. Toxoplasmose. ___/___/___
() 6. Pneumocistose. ___/___/___
() 7. Herpes simples. ___/___/___
() 8. Herpes zoster. ___/___/___
() 9. Hepatite-B crônica. ___/___/___
() 10. Hepatite-C crônica. ___/___/___
() 11. Citomegalovirose. ___/___/___
() 12. Isosporíase. ___/___/___
() 13. Criptococose. ___/___/___
() 14. Candidíase. ___/___/___
() 15. Paracoccidiomicose. ___/___/___
() 16. Outros. ___/___/___
() 99. Ignorado

22. Terapia Antirretroviral (TARV) no INÍCIO DO TRATAMENTO:

- () 1. Abacavir (ABC).
() 2. Amprenavir (APV)
() 3. Atazanavir (ATV)
() 4. Darunavir (ABC).
() 5. Didanosina (ddi)
() 6. Efavirens (EFZ)
() 7. Enfuvirtuda (T-20).

- 8. Estavudina (d4T)
- 9. Fosamprenavir (FPV)
- 10. Indinavir (IDV)
- 11. Lamivudina (3TC)
- 12. Lopinavir + ritonavir (LPV/r).
- 13. Nevirapina (d4T)
- 14. Ritonavir (RTV)
- 15. Saquinavir (SQV)
- 16. Tenofovir (TDF)
- 17. Zidovudina+Lamivudina (AZT+3TC).
- 18. Zidovudina (AZT)
- 19. Talidomida (Tal)

23. Terapia Antirretroviral (TARV) ATUAL: (____/____/____)

- 1. Abacavir (ABC).
- 2. Amprenavir (APV)
- 3. Atazanavir (ATV)
- 4. Darunavir (ABC).
- 5. Didanosina (ddi)
- 6. Efavirens (EFZ)
- 7. Enfuvirtuda (T-20).
- 8. Estavudina (d4T)
- 9. Fosamprenavir (FPV)
- 10. Indinavir (IDV)
- 11. Lamivudina (3TC)
- 12. Lopinavir + ritonavir (LPV/r).
- 13. Nevirapina (d4T)
- 14. Ritonavir (RTV)
- 15. Saquinavir (SQV)
- 16. Tenofovir (TDF)
- 17. Zidovudina+Lamivudina (AZT+3TC).
- 18. Zidovudina (AZT)
- 19. Talidomida (Tal)

24. Hospitalização? () 1. Sim. () 2. Não. () 99. Ignorado.

Data: ____/____/____

25. Óbito no curso do tratamento? () 1. Sim. () 2. Não. () 99. Ignorado.

Data: ____/____/____

26. Tem/Teve adesão ao tratamento? () 1. Sim. () 2. Não. () 99. Ignorado.

SIM (Comparece regularmente às consultas?).

APÊNDICE 2 – FICHA DE COLETA DE DADOS/MENOR DE 13 ANOS

FICHA DE COLETA DE DADOS – Menor de 13 anos

Nº _____

Nº da Notificação: _____

Data da Notificação: ____/____/____

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS / EPIDEMIOLÓGICAS

1. **Sexo:** () 1. Masculino () 2. Feminino () 99. Ignorado

2. **Idade em anos:** _____

3. **Cidade de Residência:** _____ **UF:** _____

4. **Cor da pele:** () 1. Branca. () 2. Preta. () 3. Amarela. () 4. Parda.

() 5. indígena () 99. Ignorado

5. **Escolaridade:**

- () 1. Analfabeto
- () 2. Ensino fundamental incompleto
- () 3. Ensino fundamental completo
- () 4. Ensino Médio incompleto
- () 5. Ensino Médio completo
- () 6. Ensino Superior incompleto
- () 7. Ensino Superior completo
- () 8. Menor
- () 99. Ignorado

6. **Estado Civil:**

- () 1. Casado(a) / união estável
- () 2. Separado(a) / Divorciado(a)
- () 3. Solteiro(a)
- () 4. Viúvo(a)
- () 5. Menor
- () 99. Ignorado

7. **Ocupação:**

- () 1. Estudante
- () 2. Empregado(a)
- () 3. Desempregado(a)
- () 4. Autônomo(a)
- () 5. Do Lar
- () 6. Aposentado(a)
- () 7. Menor

() 99. Ignorado

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E LABORATORIAIS

8. Provável Modo de Transmissão:

- () 1. Transmissão Vertical
 () 2. Transmissão Sexual
 () 3. Transmissão Sanguínea
 () 99. Ignorado

9. Evidência laboratorial de infecção pelo HIV em MENOR 13 ANOS.

LEGENDA: 1. Reagente(R) 2. Não Reagente(SNR) 3. Indeterminado (I). 4. Não Realizado(NR).

99. Ignorado (IGN).

- () 1º Teste de detecção de ácido nucleico. Resultado: _____
 () 2º Teste de detecção de ácido nucleico. Resultado: _____
 () 3º Teste de detecção de ácido nucleico. Resultado: _____
 () Teste de Triagem ELISA/HIV: _____
 () Teste Confirmatório anti-HIV: _____
 () Teste Rápido 1: _____
 () Teste Rápido 2: _____

10. Critério de Definição de Caso: CRITÉRIO CDC ADAPTADO MENORES DE 13 ANOS

LEGENDA: (1) Sim. (2) Não. (3) Ignorado.

11.1 Doenças, sinais ou sintomas de caráter leve.

- () Aumento crônico de parótida
 () Dermatite persistente
 () Esplenomegalia
 () Hepatomegalia
 () Infecções persistente ou recorrentes de VAS (otite ou sinusite)
 () Linfadenopatia > ou = 0,5 cm em mais de 2 sítios.

11.2 Doenças, sinais ou sintomas de caráter moderado / grave.

- () Anemia por mais de 30 dias.
 () Candidose de esôfago
 () Candidose de traqueia, bronquite ou pulmões.
 () Candidose oral, resistente ao tratamento.
 () Citomegalovirose (qualquer outro local que não fígado, baço ou linfonodo > 1 mês de idade).
 () Criptococose extrapulmonar
 () Critosporidiose com diarreia > 1 mês.
 () Diarreia recorrente ou crônica.
 () Encefalopatia pelo HIV
 () Febre persistente > 1 mês.
 () Gengivo-estomatite herpética recorrente (mais de 2 episódios em 1 ano)

- () Hepatite por HIV
- () Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal.
- () Herpes simples mucocutâneo > 1 mês em crianças > 1 mês de idade.
- () Herpes Zoster (ao menos 2 episódios distintos ou em mais de um dermatomo).
- () Histoplasmose disseminada
- () Infecções bacterianas de repetição / múltiplas (sepse, pneumonia, meningite, ósteo-artrites, abscessos em órgãos internos).
- () Infecção por citomegalovírus < 1 mês de idade.
- () Isosporidiose intestinal crônica, por um período > que 1 mês.
- () Leiomiossarcoma
- () Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- () Linfopenia por mais de 30 dias.
- () Linfoma não Hodgkin e outros linfomas.
- () Linfoma primário do cérebro
- () Miocardiopatia
- () Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose e hanseníase)
- () Meningite bacteriana, pneumonia ou sepse (único episódio)
- () Nefropatia
- () Nocardiose
- () Pneumonia linfoide intersticial
- () Pneumonia por *Pneumocystis carinii*
- () Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide)
- () Sarcoma de Kaposi
- () Síndrome da emaciação (*AIDS Wasting Syndrome*)
- () Toxoplasmose cerebral em crianças com mais de 1 mês de idade.
- () Toxoplasmose iniciada antes de 1 mês de idade.
- () Trombocitopenia por mais de 30 dias
- () Tuberculose pulmonar
- () Tuberculose disseminada ou extrapulmonar
- () Varicela disseminada.

12. Achados laboratoriais (contagem de Linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a idade). NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO

- () 1. Maior que 500 células por mm³
- () 2. De 350 – 500 células por mm³
- () 3. Menor que 350 células por mm³
- () 99. Ignorado

13. Achados laboratoriais (contagem de Linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a idade). ÚLTIMO EXAME REALIZADO (___/___/___)

- () 1. Maior que 500 células por mm³
- () 2. De 350 – 500 células por mm³
- () 3. Menor que 350 células por mm³

99. Ignorado

14. Achados laboratoriais (Carga Viral – cópias / ml). NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO.

1. Não detectado
 2. < ou = 40 cópias
 3. De 41 a 100 mil cópias
 4. Maior que 100 mil cópias
 99. Ignorado

15. Achados laboratoriais (Carga Viral – cópias / ml). ÚLTIMO EXAME (____/____/____)

1. Não detectado
 2. < ou = 40 cópias
 3. De 41 a 100 mil cópias
 4. Maior que 100 mil cópias
 99. Ignorado

16. Realizou exame de Genotipagem: 1. Sim. 2. Não. 99. Ignorado.

17. Critério óbito: 1. Sim. 2. Não. 99. Ignorado.

18. Evolução do caso: 1. Vivo. 2. Óbito por AIDS. (Data do óbito: ____/____/____)
 3. Óbito por outras causas exceto AIDS. 4. Transferência de tratamento.
 5. Abandono / faltoso. 99. Ignorado

2. CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS – MÃE

19. Usou ou usa alguma droga.

1. Álcool. 2. Cigarro comum. 3. Maconha. 4. Crack.
 5. Cola de sapateiro. 6. Cocaína. 7. Anfetaminas. 8. LSD.
 9. Não usa drogas. 99. Ignorado

20. Usa preservativo nas relações sexuais:

1. Sim, todas as vezes. 2. Sim, às vezes. 3. Não. 99. Ignorado.

21. Tipo de parcerias sexuais:

1. Homens. 2. Mulheres. 3. Travestis / transexuais 4. Homens e Mulheres.
 5. Não se aplica. 99. Ignorado.

22. COINFECÇÃO / IO ASSOCIADA E DATA DE DIAGNÓSTICO / NOTIFICAÇÃO:

1. Tuberculose. ____/____/____
 2. Leishmaniose cutânea. ____/____/____
 3. Leishmaniose visceral. ____/____/____
 4. Hanseníase. ____/____/____
 5. Toxoplasmose. ____/____/____

- () 6. Pneumocistose. ____/____/____
- () 7. Herpes simples. ____/____/____
- () 8. Herpes zoster. ____/____/____
- () 9. Hepatite-B crônica. ____/____/____
- () 10. Hepatite-C crônica. ____/____/____
- () 11. Citomegalovirose. ____/____/____
- () 12. Isosporíase. ____/____/____
- () 13. Criptococose. ____/____/____
- () 14. Candidíase. ____/____/____
- () 15. Paracoccidiomicose. ____/____/____
- () 16. Outros. ____/____/____
- () 99. Ignorado

23. Terapia Antirretroviral (TARV) no INÍCIO DO TRATAMENTO:

- () 1. Abacavir (ABC).
- () 2. Amprenavir (APV)
- () 3. Atazanavir (ATV)
- () 4. Darunavir (ABC).
- () 5. Didanosina (ddi)
- () 6. Efavirens (EFZ)
- () 7. Enfuvirtuda (T-20).
- () 8. Estavudina (d4T)
- () 9. Fosamprenavir (FPV)
- () 10. Indinavir (IDV)
- () 11. Lamivudina (3TC)
- () 12. Lopinavir + ritonavir (LPV/r).
- () 13. Nevirapina (d4T)
- () 14. Ritonavir (RTV)
- () 15. Saquinavir (SQV)
- () 16. Tenofovir (TDF)
- () 17. Zidovudina+Lamivudina (AZT+3TC).
- () 18. Zidovudina (AZT)
- () 19. Talidomida (Tal)

24. Terapia Antirretroviral (TARV) ATUAL: (____/____/____)

- () 1. Abacavir (ABC).
- () 2. Amprenavir (APV)
- () 3. Atazanavir (ATV)
- () 4. Darunavir (ABC).
- () 5. Didanosina (ddi)
- () 6. Efavirens (EFZ)
- () 7. Enfuvirtuda (T-20).
- () 8. Estavudina (d4T)
- () 9. Fosamprenavir (FPV)
- () 10. Indinavir (IDV)

- () 11. Lamivudina (3TC)
- () 12. Lopinavir + ritonavir (LPV/r).
- () 13. Nevirapina (d4T)
- () 14. Ritonavir (RTV)
- () 15. Saquinavir (SQV)
- () 16. Tenofovir (TDF)
- () 17. Zidovudina+Lamivudina (AZT+3TC).
- () 18. Zidovudina (AZT)
- () 19. Talidomida (Tal)

24. Hospitalização? () 1. Sim. () 2. Não. () 99. Ignorado. Data: ____/____/____

25. Óbito (no curso do tratamento)? () 1. Sim. () 2. Não. () 99. Ignorado. Data: ____/____/____

26. Tem/teve adesão ao tratamento? () 1. Sim. () 2. Não. () 99. Ignorado.
SIM (Comparece regularmente às consultas?).

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA PUC-GO



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO RETROSPECTIVO DE VARIÁVEIS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS DE PACIENTES COM AIDS ACOMPANHADOS POR UM HOSPITAL PÚBLICO NO TOCANTINS, NO PERÍODO DE 2007 A 2014

Pesquisador: ZILENE DO SOCORRO SANTA BRÍGIDA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25162113.7.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 529.825

Data da Relatoria: 12/02/2014

Apresentação do Projeto:

Proposta de estudo para obtenção de título de mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, prevista como estudo descritivo, epidemiológico, transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa a respeito de informações sobre pacientes com AIDS extraídas de fichas do SINAN (Sistema de Informação de agravo de notificação) e dados dos prontuários dos pacientes em um Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS de um Hospital de Doenças Tropicais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a ocorrência das características Epidemiológicas, Clínicas e Comportamentais de maior predominância nos pacientes com Aids acompanhados pelo Hospital de Doenças Tropicais no Tocantins, no período de 2007 a 2014.

Objetivo Secundário:

Identificar a prevalência anual de coinfeções associadas a Aids. Descrever as variáveis clínicas e comportamentais dos pacientes com Aids acompanhados pelo HDT no período em estudo. Disponibilizar os resultados do estudo à Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins para apoiar nas decisões político-administrativas no que tange ao controle da epidemia de Aids no Estado.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 529.825

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A referência aos riscos e benefícios está adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta apresenta relevância especialmente para os sistemas de gestão em saúde pública, fornecendo possíveis benefícios para a comunidade local, regional e nacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A apresentação dos termos obrigatórios mostra-se adequada. A pesquisadora responsável sugere a dispensa do TCLE mediante justificativa plausível, uma vez que o estudo é retrospectivo, o que dificulta a localização de alguns pacientes, seja por motivo de óbito ou, até, mudança de endereço.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. A ficha de coleta de dados foi adequada com o intuito de coletar dados de indivíduos acima de 13 anos, sendo coerente com o projeto de pesquisa.
2. O termo de solicitação de dispensa do TCLE foi corrigido, fazendo referência agora à resolução 466 2012 do CNS.
3. A referência aos riscos e benefícios da pesquisa foi devidamente atendida, estando agora de acordo com as necessidades bioéticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 529.825

GOIANIA, 14 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br