



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ALEXEY LEÃO DE SOUZA
EDOALDO SANTOS DA CONCEIÇÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PORTADORES DE HIV/AIDS NO
MUNICÍPIO DE ITAITUBA-PA NO PERÍODO DE 2007 A 2017**

Itaituba - PA
2020

ALEXEY LEÃO DE SOUZA
EDOALDO SANTOS DA CONCEIÇÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PORTADORES DE HIV/AIDS NO
MUNICÍPIO DE ITAITUBA-PA NO PERÍODO DE 2007 A 2017.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Mestre Lincoln José Michalski

Itaituba - PA

2020

ALEXEY LEÃO DE SOUZA
EDOALDO SANTOS DA CONCEIÇÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PORTADORES DE HIV/AIDS NO
MUNICÍPIO DE ITAITUBA-PA NO PERÍODO DE 2007 A 2017.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Mestre Lincoln José Michalski

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Lincoln José Michalski, mestre.

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação.

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação.

Resultado: _____ Média: _____

Data: 21 de março de 2020

AGRADECIMENTOS

Primeiro à Deus, que sem ele nada somos, aos meus pais, Maria Rodrigues dos Santos (mãe) e Antonio de Jesus da Conceição (pai), por todo o estímulo, apoio e dedicação, quando em um dos momentos decisivos de minha caminhada me acolheram e me deram forças para continuar.

Às minhas filhas Eduarda Aquino da Conceição e Fernanda Aquino da Conceição, por me darem uma razão para nunca desistir sempre com um grande e belo sorriso no rosto e um abraço apertado revigorante todas as vezes que as vejo, emanando um “eu te amo papai” apenas com o olhar, e, saber que eu sou o espelho de ambas me dá forças para sempre seguir em frente.

À minha companheira Ana Maria, pelo amor, carinho e incentivo que nas horas em que pensei estar caminhando sozinho, segurou na minha mão e disse “eu estou contigo”, me dando mais confiança em minhas decisões e convicções.

Ao **PROUNI** – Programa Universidade Para Todos, que me concedeu acesso à FAI – Faculdade de Itaituba, como bolsista integral no curso de Bacharelado em Enfermagem.

EPÍGRAFE

Quando vocês acham que as pessoas morrem? Quando elas levam um tiro de pistola bem no coração? Não. Quando são vencidas por uma doença incurável? Não! Quando bebem uma sopa de cogumelo venenoso? Não! Elas morrem... Quando são esquecidas.

"Dr Hiluluk; One Piece"

RESUMO

Após décadas de epidemia do HIV/AIDS no Brasil, houve transformações epidemiológicas e sociais que lhe conferiram características distintas daquelas do início, sendo elas: a ocorrência de epidemias microrregionais; o aumento progressivo dos casos em mulheres, por meio da transmissão heterossexual; a redução das taxas de mortalidade; expansão da doença para áreas mais distantes dos centros urbanos, de menor porte e mais pobres, o aumento proporcional dos casos entre pessoas com níveis de escolaridade mais baixos e por fim o crescimento dos casos na faixa etária acima dos 50 anos de vida. O presente estudo tem como objetivo traçar um perfil epidemiológico sobre os indivíduos acometidos pela doença, como raça, cor, idade, sexo, e escolaridade, detalhando todos os casos diagnosticados positivos para HIV no município de Itaituba-PA. Trata-se de pesquisa de levantamento exploratório de dados, com fontes de pesquisa de dados primários, de abordagem quantitativa, no qual os dados foram obtidos por intermédio do Site Oficial do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), que é publicado anualmente, além de buscas por artigos com descritores HIV, AIDS e Epidemiologia nos Sites Lilacs, Bireme e Scielo. O município de Itaituba-PA teve um aumento nos casos de detecção de HIV/AIDS, de alarmantes 84,6%, do ano de 2007 ao ano de 2017, vertente superior as tendências de crescimento no mesmo período do estado do Pará que foi de 55% e da Região Norte que foi de 44,2%. O número alarmante de novos casos nos últimos anos, pode ser reflexo aos investimentos cada vez maiores do Ministério da Saúde para ir afundo nas mazelas da sociedade, quebrando tabus sobre preconceito e aceitação.

Palavras-chave: HIV/AIDS, SINAN, Perfil epidemiológico, Ministério da Saúde.

ABSTRACT

After decades of the HIV / AIDS epidemic in Brazil, epidemiological and social changes have occurred that have given characteristics different from those started at the beginning, namely: the occurrence of micro-regional epidemics; the progressive increase in cases in women, through heterosexual transmission; reduction in mortality rates; expansion of the disease to areas more distant from urban centers, smaller and smaller, or proportional increase of cases among people with lower levels of education and, finally, growth of cases in the age group above 50 years of age. This study aims to track an epidemiological profile of patients affected by the disease, such as race, color, age, sex and education, detailing all cases of positive HIV diagnoses in the city of Itaituba-PA. This is exploratory research, with primary research sources and a quantitative approach, with no monitoring results through the official website of SINAN (Notification Recording Information System) and the HIV / AIDS Epidemiological Bulletin, from the Surveillance Department, Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections, HIV / AIDS and Viral Hepatitis, of the Health Surveillance Secretariat, of the Ministry of Health (DIAHV / SVS / MS), which is recently published, in addition to searches for articles with descriptors of HIV, AIDS and Epidemiology on the Lilacs, Bireme and Scielo Sites. The municipality of Itaituba-PA saw an increase in cases of HIV / AIDS detection, an alarming 84,6%, between 2007 and 2017, higher than the growth trends in the same period in the state of Pará that was reached. 55% and the North Region were 44.2%. The number of alarms of new cases in recent years, decreases the increasing investments of the Ministry of Health for the fund in societies of society, breaking the taboos about prejudice and acceptance.

Keyword: HIV / AIDS, SINAN, Epidemiological profile, Ministry of Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVEATURAS

AIDS	.....	sigla em inglês para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT	.....	Azidotimidina ou Zidovudina
HIV	.....	sigla em inglês para Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	.....	Homem que faz Sexo com Homem
IE	.....	Imunoensaios
OMS	.....	Organização Mundial da Saúde
PVHA	.....	Pessoas Vivendo com HIV / AIDS
QV	.....	Qualidade de Vida
SICLOM	.....	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	.....	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	.....	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SISCEL	.....	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SIV	.....	sigla em inglês para Vírus da Imunodeficiência Símia
SUS	.....	Sistema Único de Saúde
TARV	.....	Terapia Antirretroviral
TR	.....	Testes Rápidos
UBS	.....	Unidade Básica de Saúde
UDI	.....	Usuários de Drogas Injetáveis
UNAIDS	.....	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1. CONTEXTO HISTÓRICO	14
2.2. FORMAS DE TRANSMISSÃO E MEDIDAS PROFILÁTICAS	15
2.3. EPIDEMIOLOGIA	18
2.4. DIAGNÓSTICO	20
2.5. TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL	22
2.6. FATORES DETERMINANTES PARA A QUALIDADE DE VIDA	25
2.7. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE PORTADOR DO VIRUS HIV/AIDS	26
3. METODOLOGIA	29
3.1. TIPO DE ESTUDO	29
3.2. LOCAL DE ESTUDO	29
3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO	29
3.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	29
3.5. ANÁLISE DE DADOS	30
3.6. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAL	30
3.7. RISCOS E BENEFÍCIOS	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5. CONCLUSÃO	41
6. REFERÊNCIAS:	42

1. INTRODUÇÃO

Em 1982 o primeiro caso de AIDS surgiu no Brasil, quase nada se sabia sobre a doença, isso ocorreu um ano antes da descoberta do vírus pelo Francês Luc Montanigner, naquela época não se tinha a dimensão do quão devastadora seria essa doença, o que existia muito era desinformação e preconceito, chegando a ser reconhecido nas manchetes de jornais como câncer gay do Brasil (SONTAG, 2007).

Em 1985, com o primeiro caso de transmissão vertical do vírus de mãe para filho. Nasce o programa nacional de prevenção do Ministério da Saúde. Um ano depois o governo lança a primeira campanha contra a AIDS no carnaval com o tema: "Quem vê cara não vê AIDS", há essa altura já se sabia que a ideia de grupo de risco era incorreta e poderia acometer qualquer pessoa. No mesmo ano pessoas vão às ruas para celebrar o 1º de dezembro, sendo oficializada a data como dia mundial de combate contra a AIDS (SILVA M. H.; MATIDA L. H, 2010).

Em 1987, é produzido o AZT (azidotimidina) o primeiro medicamento e a primeira esperança real de vida para quem contraiu a doença, no mesmo ano foi criado a Comissão Nacional de AIDS, com espaço ampliado a participação da sociedade no combate à epidemia. No ano seguinte com promulgação da constituição de 1988, foi consolidado o SUS, que a partir de então houve um foco maior para a distribuição de medicamentos para infecções oportunistas (JUNIOR, S. S. N; CIAOSAK, S. I, 2018).

No ano de 1990, o Brasil já registrava 6mil casos de AIDS e dois anos após esses números, é revelado que caso o país continue com essa vertente evolutiva de novos casos, na virada do século XX, teríamos uma previsão bastante pessimista de 1.200.000 (um milhão e duzentos mil) casos. A partir de então as ações de prevenção se intensificam, sendo distribuídas no ano de 1994, quase 13 milhões de camisinhas. No ano seguinte Brasil já produz o AZT e o SUS distribui os medicamentos de coquetel do tratamento contra o vírus, no mesmo ano já eram registrados mais de 80 mil casos da doença (MONTEIRO, 2011).

No final do ano de 1996 foi aprovado a lei Nr 9.313, com a garantia dos medicamentos antirretrovirais gratuitos na rede pública de saúde, conhecidas hoje como Unidades Básicas de Saúde, o Ministério da Saúde investe cerca de 134 milhões de dólares (LAGO, R. F; COSTA, N. R, 2010).

No ano de 1999, os resultados dos investimentos realizados pelo Ministério da Saúde em campanhas e medicamentos antirretrovirais começa a aparecer, o número

de mortes por causa da Doença caiu em cerca de 50%, e o País já chegava ao número de 336 milhões de dólares gastos no combate contra a doença (BRASIL, 2014).

Em 2000, o Brasil mostrava que estava no caminho certo, contabilizando cerca de 600.000 casos, contrariando a previsão que seria do dobro 1.200.000, passando a ser modelo de vitrine de políticas sociais que deram certo no combate ao vírus (JUNIOR, S. S. N; CIAOSAK, S. I, 2018).

Após a virada do século já no ano de 2002, o tratamento universal é garantido pelo SUS e cerca de 120 mil pessoas com AIDS fazem o tratamento gratuito com antirretrovirais. No ano de 2006 pessoas com AIDS protagonizaram a campanha do dia mundial, com o slogan: “Eu me escondia para morrer, hoje me mostro para viver” projetadas em raio laser nas torres do congresso nacional, e, no ano seguinte o Ministério da Saúde anuncia a redução em mais de 50% dos casos de transmissão vertical de mãe para filho (SILVA M. H.; MATIDA L. H, 2010).

No ano de 2008 foi criada no Brasil a primeira fábrica de camisinhas produzidas em látex do mundo, no estado do acre, batendo recorde de distribuição de preservativo, sendo mais de 452 milhões distribuídos no ano de 2009, ainda no ano de 2008 foram criados os testes rápidos de detecção para o vírus, mais uma ferramenta a ser usada pelo Ministério da Saúde para a detecção de novos casos (DOURADO, *et al.*, 2015).

A partir do ano de 2013 é implantado na rede de atenção Básica do SUS, as chamadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) os testes rápidos, outras importante arma no que se refere a prevenção e tratamento contra o vírus HIV, com um investimento de mais de um bilhão de reais nessa nova tecnologia. O resultado foi tão satisfatório que a partir do ano de 2014 as taxas de detecção começam a aumentar nas localidades onde o acesso à população era mais escasso (BRASIL, 2016).

Devido ao aumento significativo de novos casos de AIDS no Brasil, que por sua vez está na contramão ao que é registrado na média mundial, segundo dados divulgados no dia 20 de julho de 2017, pela UNAIDS, órgão das Nações Unidas para gestão epidemiológica, registraram um aumento de 3% entre 2010 e o ano de 2016, enquanto que no mundo essa taxa sofreu queda de 11%. Diante desses dados faz-se necessário entender melhor o cenário epidemiológico no município de Itaituba, para que se possa traçar uma estratégia sólida com enfoque voltado para a maior área ofensora, e, também que facilite a implementação de políticas públicas específicas neste determinado público alvo.

O presente trabalho tem como objetivo geral traçar o perfil epidemiológico do HIV/AIDS no município de Itaituba entre os anos de 2007 a 2017, descrevendo as oscilações de novos casos, identificando os anos com maior número de incidência, analisando a faixa etária com maior predominância de casos, raça/cor e o sexo mais acometido pela doença.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1. CONTEXTO HISTORICO

Cientistas encontraram um tipo de chimpanzé na África ocidental como a fonte de infecção por HIV em humanos. Entende-se assim que a versão do vírus da imunodeficiência, chamado Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV), dos chimpanzés possivelmente foi transmitida aos seres humanos e se transformou em HIV porque os seres humanos caçavam esses chimpanzés e se alimentavam de sua carne, o que induziu ao contato com o sangue infectado. Estudos identificaram que essa transmissão de macacos para humanos pode ter ocorrido ainda no século XIX. Durante décadas, o vírus se espalhou vagarosamente pela África e mais tarde por diferentes partes do mundo (UNAIDS, 2016).

Nos anos de 1977 e 1978 foram notificados os primeiros casos da Síndrome nos Estados Unidos, Haiti e África Central, suscitando a preocupação das autoridades de saúde pública dos Estados Unidos com a nova e misteriosa doença. Em 1980 é descrito o primeiro caso no Brasil, em São Paulo, porém, apenas em 1982 foi descoberta e definida como AIDS, denominando a nova Síndrome (BRASIL, 2016c).

Antes de ser classificada como AIDS era considerada uma doença de etiologia desconhecida, que atingia, em sua maioria, homossexuais masculinos e/ou usuários de drogas injetáveis. Por esse motivo, em 1982 é adotada a denominação temporária de "Doença dos 5H", representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (nome em inglês dado às profissionais do sexo) (BRASIL, 2016c).

De forma dinâmica, ao longo das duas últimas décadas, a epidemia no mundo e, mais especificamente, no Brasil, tem apresentado transformações epidemiológicas e sociais que lhe conferiram características distintas daquelas do início. Isto posto, no Brasil pode-se dizer que são várias as questões que evidenciam a tendência da epidemia da AIDS, sendo elas: a ocorrência de epidemias microrregionais, com diferentes taxas de crescimento; o aumento progressivo dos casos em mulheres, por meio da transmissão heterossexual; a redução das taxas de mortalidade, associadas à introdução da Terapia Antirretroviral (TARV) em 1996; a progressiva "pauperização", caracterizada pela expansão da doença para áreas mais distantes dos centros urbanos, de menor porte e mais pobres, o aumento proporcional dos casos entre pessoas com níveis

de escolaridade mais baixos e por fim o crescimento dos casos na faixa etária acima dos 50 anos de vida (BRASIL, 2013a; 2015).

Após 30 anos de epidemia do HIV no Brasil, a capacidade nacional para produzir e usar informações estratégicas, a adequação dos sistemas de informação, a qualidade e as limitações dos dados precisam ser avaliadas para orientar sua melhoria no curto e médio prazo para atender as recomendações internacionais de vigilância longitudinal do HIV. Ressalta-se especial atenção à notificação do HIV, incorporada na Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que 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 (BRASIL, 2013a).

O conjunto de sintomas (síndrome) que reduzem ou diminuem a capacidade do sistema imunológico (imunodeficiência) que aparece e se desenvolve sem o indivíduo ter nascido com ela (adquirida), foi denominada pela *Centers for Disease Control*(CDC) como *Acquired immunodeficiency syndrome*(AIDS), ou seja, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que compreendia inicialmente um conjunto de aproximadamente 29 doenças infecciosas de sintomas conhecidos, como tuberculose, herpes, pneumonia, dentre outros (MASSAD, 2006).

Além da evolução clínica exacerbada, caso não tratada adequadamente, a AIDS apresenta prognóstico que pode ser fator determinante para a instalação de quadros depressivos, principalmente pelo fato de ser uma doença apenas tratável, porém atualmente sem cura (VILLARINHO; PADILHA, 2016).

2.2. FORMAS DE TRANSMISSÃO E MEDIDAS PROFILÁTICAS

Em face dos primeiros casos terem sido identificados em indivíduos homossexuais masculinos, ocidentais, a AIDS foi associada a grupos de risco e restrita a determinadas faixas etárias, com isso, surgiu o conceito empírico de que a doença era exclusiva do grupo gay e que a única forma de transmissão era através de relações sexuais homossexuais, no entanto, este conceito não perdurou por muito tempo (LEAL; COELHO, 2016; PACHECO *et al.*, 2016).

Atualmente sabe-se que a transmissão do vírus HIV ocorre quando um indivíduo saudável entra em contato direto com secreções, sangue ou outros líquidos corporais de outro indivíduo que esteja infectado. A partir do momento em que o indivíduo adquire o vírus ele passa a ser um transmissor em potencial, pois,

durante a fase aguda da infecção, a carga viral está em maiores concentrações na corrente sanguínea e em líquidos corporais, favorecendo assim maior possibilidade de transmissão. Portanto, as formas de transmissão são principalmente através de relações sexuais sem uso de preservativos, uma vez que o vírus está presente no esperma e em secreções vaginais, sendo que a presença de lesões oriundas de DSTs ou não, favorecem a possibilidade de transmissão, agindo como portas de entrada para o vírus (BRASIL, 2010a).

A transmissão sanguínea pode ocorrer por via parenteral, durante transfusões ou utilização de derivados sanguíneos sem os devidos cuidados, pelo compartilhamento ou reaproveitamento e reutilização de agulhas e seringas, acidentes laborais durante o manuseio de materiais perfurocortantes (BRASIL, 2010a).

Também pode ocorrer a transmissão da mãe para o filho durante o aleitamento materno, e embora tal prática seja essencial para o desenvolvimento da criança, não é indicada em casos em que a mãe seja soropositiva, uma vez que, nesses casos o risco para a transmissão vertical é de aproximadamente 14%. O profissional de saúde não pode proibir a mãe de amamentar a criança, mesmo que o exame para HIV não tenha sido realizado durante o pré-natal, pois, a proibição só tem amparo legal perante a um diagnóstico confirmatório. No Brasil, a partir de ano de 2007, o Ministério da Saúde, iniciou uma campanha recomendando que um novo teste seja realizado no terceiro trimestre da gestação, bem como, passou a disponibilizar testes rápidos em maternidades, para que estes exames sejam realizados em parturientes que não o realizaram durante o pré-natal (BRASIL, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2010; POSSOLLI; CARVALHO; DE OLIVEIRA, 2015).

Outra forma de transmissão vertical é a sanguínea, ou seja, quando a criança se infecta com vírus através do sangue da mãe durante o parto. Vale ressaltar que, quando a infecção não é diagnosticada precocemente na gestante durante o pré-natal, representa um grande risco para a criança, pois, quando não há intervenção correta, a probabilidade para a transmissão vertical da AIDS é de aproximadamente 35 a 40%, com mortalidade de 50% em crianças com idade inferior a um ano. Para evitar a transmissão vertical é importante a realização de testes rápidos nos primeiros três meses da gestação, para a triagem das gestantes possibilitando uma intervenção rápida e eficaz. Em vista, o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria 2.104, de 19 de novembro de 2002, instituiu o Projeto Nascer-

Maternidades, com objetivo de diminuir a incidência de transmissão vertical de HIV (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010a; MIRANDA *et al.*, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2010; PACHECO *et al.*, 2016; POSSOLLI; CARVALHO; DE OLIVEIRA, 2015).

A via de transmissão mais prevalente desta infecção é a sexual, apresentando 75% do total de casos da doença no mundo. Entretanto, existem outras vias que também contribuem para o aumento gradativo do número de casos como a via vertical e parenteral (PADIAN *et al.*, 1997; MANAVI, 2006; CARNICER-PONT, VIVES, BÁRBARA, 2011).

A relação sexual desprotegida é considerada uma das principais formas de transmissão do vírus desde o surgimento dos casos. A transmissão do HIV é possível durante prática sexual que envolva com contato com fluidos entre os parceiros (LEVY, 2009). Presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST), em especial as com lesões ulcerativas, elevam o risco de transmissão sexual do vírus (LATÍF, 1990; WARD, RÖNN, 2010).

Em cerca de 40% dos casos a transmissão de mãe para filho está relacionada ao aleitamento materno, que tem ainda um risco acrescido de 0,9% ao mês após o primeiro mês de amamentação (BULTERYS, ELLINGTON, KOURTIS, 2010). A execução de estratégias simultâneas como a prevenção da infecção na população adulta, redução do número de gravidez indesejada entre as mulheres infectadas, disponibilização do tratamento para as mães e profilaxia para a criança, além de cuidados durante o parto e amamentação reduzem consideravelmente a chance de contágio da criança após a exposição ao vírus da mãe (UNAIDS, 2009a; UNAIDS, 2010b).

Pessoas UDI possuem risco acrescido para a aquisição do HIV não somente por compartilharem seringas durante a administração parenteral da droga, mas por associarem a essa prática, outros comportamentos de risco como sexo inseguro e múltiplos parceiros sexuais (CDC, 2009). No Brasil, mesmo com a diminuição da incidência de AIDS nesse grupo, Usuários de Drogas Injetáveis “UDI” masculinos juntamente com os Homens que fazem Sexo com Homens “HSH” possuem ainda risco acrescido quando comparados aos homens heterossexuais (BARBOSA JÚNIOR *et al.*, 2009).

2.3. EPIDEMIOLOGIA

Em 2014, 36,9 milhões de pessoas no mundo viviam com HIV. O número de pessoas vivendo com o HIV continua a aumentar, em grande parte porque mais pessoas ao redor do mundo tem acesso a TARV e, como resultado, estão vivendo mais tempo. Nesse mesmo ano, cerca de 2 milhões de pessoas foram infectadas com o HIV e 1,2 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas com a AIDS. Novas infecções por HIV caíram 35% desde 2000 (58% entre as crianças) e mortes relacionadas com a AIDS caíram 42% desde o pico em 2004 (UNAIDS, 2015).

No Brasil, a epidemia HIV/AIDS é complexa quanto à distribuição e prevalência dos diferentes subtipos de HIV-1, se comparada aos outros países da América do Sul. O subtipo B do HIV-1 tem sido descrito como o mais prevalente no Brasil, seguido pelo F1 e formas recombinantes únicas B/F1 nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste, enquanto que na região Sul observa-se uma alta prevalência do subtipo C, com valores que variam de um estado a outro (BRASIL, 2013c).

Desde seu início no Brasil, até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos de AIDS, sendo 615.022 (77,0%) notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 45.306 (5,7%) e 138.038 (17,3%) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) / Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), respectivamente (BRASIL, 2015).

Nos primeiros quinze anos da epidemia houve 83.551 casos, com centralização mais relevante nas capitais do Sul e do Sudeste e em alguns municípios do estado de São Paulo. No período de 1995 a 2004, foram registrados 304.631 casos, verificando-se expansão da concentração dos casos, principalmente, nas capitais da região Nordeste e Centro Oeste e duas capitais do Norte. Por sua vez, no período de 2005 a junho de 2015, foram registrados 410.101 casos, observando-se que a distribuição dos casos se expande para todo território nacional (BRASIL, 2015).

Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 40,6 mil casos de AIDS. Segundo as regiões, o Norte apresenta uma média de 3,8 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,2 mil; o Sudeste, 17,0 mil; o Sul, 8,6 mil; e o Centro-Oeste, 2,7 mil. A taxa de detecção de AIDS no Brasil tem apresentado estabilização

nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. A região Sudeste é a única que apresenta tendência de queda significativa nos últimos dez anos; em 2004, a taxa de detecção foi de 26,0, a qual passou para 18,7 casos a cada 100 mil habitantes em 2013, correspondendo a uma queda de 28,1% (UNAIDS, 2015).

A maior concentração dos casos de AIDS no Brasil está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos; entre os homens, essa faixa etária corresponde a 53,6% e, entre as mulheres, 49,8% do total de casos de 1980 a junho de 2015. Quanto à categoria de exposição entre os indivíduos menores de 13 anos, a quase totalidade dos casos teve como via de infecção a transmissão vertical. Entre os indivíduos com 13 anos ou mais de idade, a principal via de transmissão é a sexual, tanto entre os homens quanto entre as mulheres; em 2014, essa categoria correspondeu a 95,4% entre os homens e 97,1% entre as mulheres (UNAIDS, 2016).

Entre os homens, observa-se um predomínio da categoria de exposição heterossexual, porém uma tendência de aumento na proporção de casos em Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) nos últimos dez anos, a qual passou de 34,9% em 2005, para 44,9% em 2014. A proporção de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) vem diminuindo ao longo dos anos em todo o Brasil (BRASIL, 2015).

A região com os maiores índices da doença é a África subsaariana, pois 60% dos casos mundiais de AIDS estão concentrados naquele local, os quais 58% destes portadores são mulheres. Países Caribenhos,³ do leste da Europa e da Ásia Central, também possuem altos índices, pois de acordo com estudos, uma a cada dez pessoas é portadora de AIDS. Enquanto que na América Latina esses índices são considerados estáveis, uma vez que comporta aproximadamente 0,2 a 0,7% dos casos gerais da infecção (MARTINS *et al.*, 2014).

No contexto nacional, desde o registro dos primeiros casos na década de 80, até o fim do primeiro semestre do ano de 2015, foram registrados 798.366 casos de AIDS no Brasil, o que compreende aproximadamente 1% da população brasileira. Em um breve retrocesso ao longo da história, observa-se que até meados dos anos 90, foram registrados 83.551 casos, dos quais, a grande maioria se concentrava nas regiões Sudeste e Sul, porém, a partir de 1995 até 2004 houve 304.631 registros, desta vez com destaque à expansão às regiões Norte e

Nordeste, assolando todo o território nacional (SEGURADO; CASSENOTE; LUNA, 2016).

Quanto à faixa etária, no Brasil a maior prevalência é em pessoas de 15-49 anos de idade, o que corresponde a 0,6% da população geral. Quanto ao gênero, observa-se a maior prevalência em homens do que em mulheres (SEGURADO; CASSENOTE; LUNA, 2016).

2.4. DIAGNOSTICO

Os exames laboratoriais para detectar infecções pelo vírus HIV são realizados geralmente para a identificação de portadores em casos de gestação, doadores de sangue e órgão, dentre outros, bem como, para a confirmação de diagnóstico de AIDS. Estes exames são baseados na detecção de anticorpos; detecção de antígenos; cultura viral e detecção de carga viral através da amplificação do material genético do vírus (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008).

Para um diagnóstico preciso e fidedigno, se faz necessário que o profissional de saúde saiba levar o inquérito laboratorial de forma que não haja interferência de fatores como, a variação da dinâmica da infecção e seus marcadores, bem como, o período de tempo entre o contato ou exposição ao agente até o desenvolvimento da doença ou surgimento de marcadores a níveis detectáveis. Para tanto é importante o conhecimento de alguns conceitos como janela imunológica e período de soro conversão, onde este compreende o período de tempo em que o organismo leva para produzir anticorpos contra determinado patógeno, enquanto que aquele compreende o intervalo de tempo em que após a infecção o organismo apresenta marcadores virais ou antivirais detectáveis (BRASIL, 2010a).

No Brasil o Ministério da Saúde com o intuito de ampliar o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV e possibilitar o diagnóstico rápido em situações especiais, criou a Portaria Nº 151 SVS/MS, de 14 de outubro de 2009, que agiliza e amplia normas para a realização de testes anti-HIV. A portaria disponibiliza forma dos anexos, etapas sequenciais e os fluxogramas mínimos para o Diagnóstico Laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses e para o Diagnóstico Rápido da infecção pelo HIV em situações especiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

Para a confiabilidade dos resultados emitidos é obrigatório que todos os exames sejam realizados e interpretados de acordo as normas definidas pelo

Ministério da Saúde e com produtos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e por ela controlados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

As táticas de testagem em laboratório têm o objetivo de aprimorar a qualidade do diagnóstico da infecção atual pelo HIV e, ao mesmo tempo, fornece uma base racional para assegurar que o diagnóstico seja seguro e concluído em tempo hábil. Os testes para detecção da infecção pelo HIV são principalmente empregados em três situações: para triagem sorológica do sangue doado e garantia da segurança do sangue, hemoderivados e órgãos para transplante; para os estudos de vigilância epidemiológica; e para realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2013).

Os Imunoensaios (IE) também são encontrados na forma de Testes Rápidos (TR), que podem ser realizados em até 30 minutos. Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de testes rápidos, o diagnóstico do HIV atualmente pode ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais, com amostras de fluido oral, soro, plasma ou sangue total e, por serem simples de executar, ampliaram o acesso ao diagnóstico (BRASIL, 2013c).

Os exames para o diagnóstico da infecção pelo HIV melhoraram acentuadamente desde que foram disponibilizados ainda no final da década de 80, principalmente no tocante a especificidade e sensibilidade dos testes. Esses detectam a presença de anticorpos anti-HIV no sangue e permitem não somente a confirmação diagnóstica da infecção, mas também contribuem significativamente para o controle e monitoramento da evolução da doença (BUTTÒ *et al.*, 2010).

Embora os TR e os IE sejam sensíveis e específicos, resultados falso-positivos podem ocorrer; por essa razão, os testes complementares foram desenvolvidos. Estão incluídos nessa categoria o Western Blot (WB), Imunoblot (IB) ou imuno ensaios em linha (LIA, do inglês LineImmuno Assay), incluindo o Imunoblot Rápido (IBR) e imunofluorescência indireta (IFI). O WB e o IB envolvem o uso de tiras de membrana com proteínas nativas do HIV que são separadas por eletroforese (WB), ou por proteínas recombinantes ou peptídeos sintéticos impregnados diretamente nessas membranas (IB). Esses testes são de custo elevado e requerem interpretação subjetiva para estabelecer um diagnóstico com base em um padrão de reatividade definido pelo fabricante do conjunto diagnóstico. O IBR é semelhante ao IB, porém utiliza a metodologia DPP (Plataforma de

Migração Dupla) e, ao contrário do WB e IB, o IBR permite a detecção de anticorpos em menos de 30 minutos (BRASIL, 2013c).

A infecção pelo HIV também pode ser identificada através da detecção direta de elementos do vírus (antígeno p24, RNA ou DNA próviral). A detecção do antígeno p24 do HIV-1 ou de RNA ou DNA desempenha um papel importante quando a detecção de anticorpos não é possível. São especialmente úteis para o diagnóstico em crianças com idade inferior a 18 meses e na infecção aguda em adultos. A detecção molecular de ácido nucleico é mais sensível do que a detecção de p24 (UNAIDS, 2015).

2.5. TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

A infecção pelo HIV é uma condição crônica e, até então, incurável, portanto, o objetivo básico da TARV é diminuir a mortalidade e a morbidade consequentes à infecção pelo HIV. A supressão da replicação viral leva à recuperação ou preservação da função imune e, com isso, à diminuição da frequência de infecções e neoplasias oportunistas. Além disso, há classes que não são definidoras de AIDS, porém são mais frequentes nos indivíduos infectados pelo HIV, e têm seu desenvolvimento piorada pela infecção ativa e/ou são consequências diretas da replicação viral. Tais condições clínicas são beneficiadas pela TARV (BRASIL, 2010).

Desde o aparecimento dos iniciais esquemas antirretrovirais, procurou-se determinar critérios para abertura do tratamento com base nas estimativas de risco de infecções oportunistas, progresso para AIDS e óbito. Entretanto, já existem evidências de que, mesmo em indivíduos assintomáticos com contagens elevadas de LT-CD4+, a replicação viral e a ativação imune crônica estão associadas ao desenvolvimento de doenças não tradicionalmente relacionadas à infecção pelo HIV, como, por exemplo, eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013b).

Também se observa que pessoas com reconstituição imune, em uso de TARV, que mantêm contagens de LT-CD4+ acima de 500 células/mm³ e carga viral indetectável, atingem expectativa de vida semelhante à da população geral. Ressalta-se que, quando o tratamento é iniciado precocemente, aumentam-se as chances de alcançar níveis elevados de LT-CD4+. Além desse impacto clínico favorável, o início precoce da TARV vem sendo demonstrado como ferramenta importante na redução da transmissão do HIV. Todavia, deve-se considerar a importância da adesão e o risco de efeitos adversos a longo prazo (BRASIL, 2013b).

A seguir o quadro abaixo demonstra as medicações antirretrovirais que estão disponíveis para o uso no tratamento (BRASIL, 2016).

Quadro 1 - Medicamentos Antirretrovirais disponíveis.

CLASSE	MECANISMO DE AÇÃO	MEDICAMENTOS
Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa.	Atenuam a transcriptase reversa impedindo a replicação viral, através da adesão ao genoma viral.	Abacavir, Didanosina, Estavudina, Lamivudina, Tenofovir e Zidovudina.
Inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa.	Atenuam a transcriptase reversa impedindo a replicação viral, sem adesão ao genoma viral	Efavirenz, Nevirapina, Etravirina.
Inibidores de protease	Atenuam a enzima protease impedindo a replicação viral.	Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Lopinavir/R, Ritonavir, Saquinavir e Tipranavir.
Inibidores de fusão	Atenuam a enzima protease impedindo a replicação viral.	Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Lopinavir/R, Ritonavir, Saquinavir e Tipranavir.
Inibidores da integrase	Impedem que o genoma viral se agregue ao genoma da célula alvo.	Raltegravir

Fonte: (Brasil, 2016). Adaptado de <http://www.AIDS.gov.br/>.

O acompanhamento médico da infecção pelo HIV é essencial, tanto para quem não apresenta sintomas e não toma remédios (fase assintomática), tudo quanto para quem já exibe algum sinal da doença. O tratamento é feito com medicamentos chamados antirretrovirais. A partir desse momento, o maior problema enfrentado pelos infectados está relacionado à adesão ao tratamento (BRASIL, 2008).

No começo da terapia antirretroviral pode ser uma das ocasiões mais complexas para quem vive com HIV, pois uma nova rotina deverá ser aliada ao seu dia-a-dia. Os remédios podem fazê-lo notar a cada momento da própria soropositividade. Tomar remédio implica perceber-se ou sentir-se doente, o que nem sempre ocorre com a pessoa assintomática. Situação contrária pode ocorrer com pacientes que ainda não possuem indicação clínico-laboratorial, mas querem iniciar seu tratamento imediatamente e ficam decepcionados ao saberem que ainda não está na hora (BRASIL, 2013).

Segundo Brasil (2010) recomenda-se iniciar TARV para:

- Pacientes sintomáticos, independente da contagem de CD4. Nessa categoria incluem-se todos que apresentaram qualquer condição definidora de AIDS. Também é importante iniciar o tratamento em algumas situações clínicas não definidoras de AIDS, tais como sintomas potencialmente relacionados à infecção do HIV, candidíase oral, púrpura trombocitopênica idiopática, alterações cognitivas (mesmo menores), tuberculose ativa, e outras.

- Pacientes assintomáticos com contagem de CD4 menor ou igual a 350 células/mm³.

- Gestantes independente da presença de sintomas e da contagem de LT-CD4+. Indicada profilaxia da transmissão vertical.

- A TARV também deve ser considerada para pacientes com contagem de CD4 entre 350 e 500 células/mm³, na presença de coinfeção pelo vírus da Hepatite B ou C.

Essa nova situação merece uma abordagem da equipe interdisciplinar, a fim de facilitar a adesão adequada já nesse primeiro momento, entendendo que o tratamento não se limita à mera prescrição de medicamentos. Para promover a adesão não basta estar atento apenas aos aspectos biomédicos, mas também aos de caráter psicossocial. Há que se compreender o usuário dos serviços de saúde como sujeito de seu autocuidado e, junto com o profissional, ambos devem pensar em formas de lidar com a adesão ao tratamento em seu início (BRASIL, 2008).

Se, no princípio da epidemia, os remédios caríssimos e pouco potentes eram restritos a alguns portadores do HIV, hoje, graças a uma política que investiu na produção nacional de antirretrovirais e em formar equipes de saúde, a terapêutica tornou-se mais eficaz e acessível. No Brasil, em 2012, 217 mil pessoas podiam contar com medicamentos de última geração capazes de proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Outra vitória é o quadro de profissionais de diversas especialidades envolvidos no tratamento. Antes, apenas médicos; hoje, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais (AMORIM *et al.*, 2012).

De acordo com relatório divulgado em Dezembro de 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que quase 16 milhões de pessoas no mundo todo recebiam tratamento contra o HIV em meados de 2015, mais de 11 milhões delas no continente africano, onde só 11 mil pessoas recebiam tratamento no ano 2000 (BRASIL, 2016).

Os avanços na luta contra o vírus salvaram, desde o ano 2000 até meados de 2015, cerca de 7,8 milhões de vidas. A África é o local do mundo onde as infecções mais se reduziram. As melhoras registradas desde o início do século são atribuídas a vários fatores pela OMS, que ressalta a importância dos programas nacionais para evitar a extensão do vírus (BRASIL, 2016).

2.6. FATORES DETERMINANTES PARA A QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida (QV) é construída de forma multifatorial, podendo sofrer influências tanto positivas quanto negativas. Estas influências podem ser intrínsecas ao indivíduo, como fatores clínicos e subjetivos. Ou extrínsecas relacionadas às questões sociais e econômicas. Dentre os fatores intrínsecos, os estudos destacam a carga viral e a contagem de linfócitos T CD4+, bem como o tempo de diagnóstico e as relações interpessoais. Já nos fatores extrínsecos, destacam-se as questões de saúde pública e acesso aos serviços de saúde, pobreza econômica e desigualdades sociais (HIPOLITO et. al, 2014; COSTA, 2013; MEDEIROS; SALDANHA, 2013).

Nota-se também que a QV sofre influência dos diversos aspectos da vida cotidiana. Assim, características próprias de cada indivíduo, como o suporte sociocultural, podem influenciar na forma como são percebidos e internalizados os eventos. Mas, algo que é comum à essência humana e está presente mesmo que de forma subjetiva nas palavras da maioria das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) é a necessidade de busca pelo “bem estar” e pelo “bem viver” (HIPOLITO, 2015).

Aspectos estruturais como pobreza econômica e desigualdades sociais também têm se constituído fatores importantes no enfrentamento e QV das PVHA. A baixa renda apresenta-se como variável que pode dificultar a vivência cotidiana no lidar com a infecção. O domínio ambiental, que inclui satisfação com acesso a serviços de saúde, recursos financeiros, acesso à informação, qualidade de moradia, e outros, constitui importante fator para a avaliação satisfatória de saúde. Ou seja, a presença de maiores recursos financeiros, qualidade na assistência à saúde e melhores informações sobre a infecção também são considerados relevantes para uma avaliação satisfatória de QV, apesar de não determinarem a avaliação geral da mesma (MEDEIROS; SALDANHA, 2013).

Identificou-se que a sexualidade representa um papel importante na vida das PVHA, estando relacionada com a QV, uma vez que afeta diversas dimensões, desde questões relacionadas à disfunção sexual pelo uso dos antirretrovirais,

interferência na autoestima e até a perda de libido. De acordo com os dados, a sexualidade é um importante elemento com o qual as PVHA se confrontam. Ligado a isso se encontra também a dificuldade para contar ao parceiro sobre o diagnóstico e a necessidade do uso da camisinha (HIPOLITO *et al.* 2014).

2.7. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE PORTADOR DO VIRUS HIV/AIDS

É de fundamental importância não apenas a preocupação com o paciente, mas também com suas famílias, que convivem com a AIDS no seu dia-a-dia pois é a família quem passará maior parte do tempo com eles. De acordo com Brasil (2010), uma doença implantada no ambiente familiar pode acarretar modificações expressivas no convívio domiciliar, podendo trazer um risco de inadaptação. Qualquer família que evidencie problemas em lidar com a AIDS pode precisar de auxílio externo e recursos adicionais.

O enfermeiro deve-se ater na problemática familiar que é complexa e necessita de uma compreensão que leve em conta sua inserção do contexto socioeconômico e o momento do ciclo vivido. Investigando-se a situação evolutiva de uma família poder-se-á esclarecer situações de conflitos, que estão afetando as relações de saúde da família (LEAL; COELHO, 2016; PACHECO *et al.*, 2016).

O profissional necessita ser capaz de observar e distinguir o papel da família em responder pela saúde de seus membros, deve analisar as dúvidas, opiniões e atuação da família na presunção de suas ações. A assistência à família implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, dificuldades e esforços, para partilhar com base nas informações obtidas, o profissional deve utilizar seu conhecimento sobre cada uma delas, para juntamente com ela, pensar e implementar a melhor assistência possível (BRASIL, 2013).

Diante do acompanhamento de pacientes e familiares, o profissional deve se fazer compreendido dentro dos preceitos que rege a ética profissional. De acordo com Brasil (2014), a ética profissional possui aspectos que influenciam de forma importante as relações interpessoais, intrafamiliares e sociais. O enfermeiro adquire importância ainda maior, por ser a equipe de enfermagem quem permanece vinte e quatro horas com o paciente e sua família.

A partir do momento em que revelamos a condição de um cliente-família sem sua prévia autorização, estaremos desrespeitando-o, expondo-o e criticando-o por

ser portador de HIV/AIDS, demonstrando a falta de consciência e preparo profissional que denota uma atitude antiética, além de estar promovendo uma regressão em seu tratamento. Têm-se como normas básicas a serem seguidas pelos profissionais que assistem famílias envolvidas em situações de AIDS: manter sigilo profissional, primar pela individualidade não revelando sua condição de portador do vírus, ou diagnóstico a terceiros, mesmo que tenha algum parentesco, pois:

Para assistir famílias portadoras do HIV/AIDS, os enfermeiros necessariamente precisam agir com prudência, cautela, sensatez, moderação e de maneira tranquila, fazendo uso de todos seus conhecimentos, só assim estarão primando pelos princípios éticos, pois estes determinam a qualidade da assistência prestada (VILLARINHO; PADILHA, 2016).

Toda família que tem a experiência de conviver com um membro com AIDS, tem potencial de desenvolver forças individuais ou grupais, para uma vivência saudável na busca do viver melhor. Com isso, percebe-se a necessidade de um profissional para prestar junto as estas famílias uma assistência integral e humanizada, ouvindo, dialogando e orientando (BRASIL, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2010; POSSOLLI; CARVALHO; DE OLIVEIRA, 2015).

É necessário que os profissionais de enfermagem compreendam que a pessoa com AIDS e a sua família adoecem conjuntamente sofrendo todas as ambiguidades e dúvidas que emergem durante a experiência de conviver com a doença. Frente a experiência de cuidar de pessoas com AIDS e de seus familiares, o enfermeiro deve estar apto a assisti-los, visando minimizar o medo e preconceito que são conferidas a doença, deve se ater a importância de resguardar a experiência de vida e os princípios de cada indivíduo e sua família (BRASIL, 2015).

Como plano de cuidado o enfermeiro deverá explorar a percepção dos membros da família avaliando a situação, de forma a propiciar um atendimento personalizado, com o intuito de adquirir uma maior confiabilidade e aceitação por parte da família. Não podemos deixar de lado a importância de promover a verbalização da culpa, raiva, remorso, etc. Observando se a família desconhecia as práticas sexuais ou de drogas do cliente anteriormente ao diagnóstico, encorajando-a a compartilhar seus sentimentos. Estas intervenções podem ajudar a manter a estrutura familiar e a sua função como unidade de apoio (AMORIM *et al.*, 2012).

O cuidar de enfermagem transcende o assistir centrado no fazer, nas técnicas ou procedimentos de enfermagem, envolve o ver e tratar o doente e seus familiares como indivíduos singulares, que se encontram em um momento indesejado e

inesperado de sua existência e necessitando de cuidados humanizados (MARTINS *et al.*, 2014).

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de levantamento exploratório de dados, que de acordo com Fonseca (2002) proporcionam economia de tempo e rapidez com a obtenção de dados agrupados em tabelas que possibilitam uma riqueza na análise estatística, com fontes de pesquisa de dados primários, de abordagem quantitativa.

Esclarece Fonseca (2002, p. 20):

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.

3.2. LOCAL DE ESTUDO

O município de Itaituba, localizado no sudoeste do Estado do Pará, sendo o décimo quarto município mais populoso do Estado e um dos principais centros econômicos da região, possuindo a decimo terceiro maior produto interno bruto (PIB) de todo o estado, sendo a cidade considerada de médio porte (IBGE, 2010).

3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo do presente trabalho corresponde aos indivíduos cujos resultados foram positivos para HIV/AIDS no município de Itaituba-PA, no período de 2007 a 2017, e, que tiveram lançadas no site do SINAN suas respectivas notificações, ou seja, os resultados apresentados tiveram como alvo de coleta 100% dos pacientes infectado pelo vírus da AIDS.

3.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por intermédio do Site Oficial do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28

de Setembro de 2017, anexo V - Capítulo I) e Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), que é publicado anualmente.

3.5. ANÁLISE DE DADOS

Por intermédio dos dados coletados no SINAN, sobre o número de casos registrados anualmente de HIV/AIDS no município de Itaituba-PA, no período de 2007 a 2017, foi desenhado o perfil epidemiológico a partir dos dados obtidos na qual foram confeccionados tabelas no Microsoft Excel 2016, em seguida foram compiladas com fontes de pesquisa secundárias, além de buscas por artigos com descritores HIV, AIDS e Epidemiologia nos Sites Lilacs, Bireme e Scielo, com o trabalho escrito no Microsoft Word 2016, a fim de uma maior didática, descrevendo os dados coletados como: número de casos por ano, sexo mais acometido, raça/cor.

3.6. ASPÉCTOS ÉTICOS E LEGAL

Salientamos que o presente estudo trabalha com dados primários retirados do próprio site SINAN, onde não há nenhuma exposição dos nomes dos portadores de HIV/AIDS que compõem esse estudo, sendo assim, não expõem de maneira alguma os indivíduos infectados, os preceitos éticos estabelecidos no que se refere a zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos, são considerados em todo o processo de construção do trabalho.

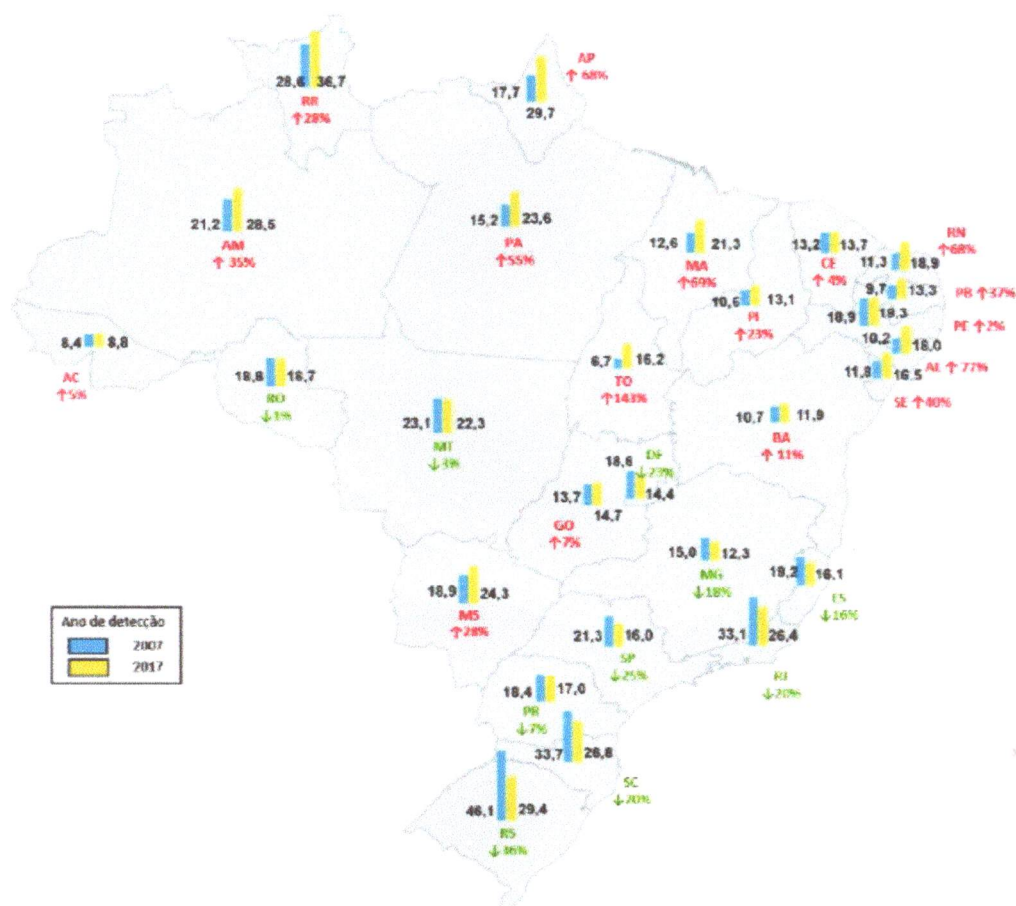
3.7. RISCOS E BENEFÍCIOS

Sobre os fatores de risco que acompanharam essa pesquisa procurou-se em todo tempo trabalhar apenas com números e dados estatísticos. Até mesmo por se tratar de uma doença que o paciente tem todo o direito de se resguardar. Quanto aos benefícios, acredita que serão inúmeros para caráter de conhecimento, onde se espera que possa entusiasmar de maneira eficaz quanto ao conhecimento e compreensão do Perfil Epidemiológico do HIV/AIDS no município de Itaituba no período de 2007 a 2017.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A taxa de detecção do vírus HIV/AIDS no município de Itaituba-PA no ano de 2007, foi de 12,8, para cada 100 mil habitantes, sendo que no ano de 2017, foi de 23,5, representando um aumento de 84,6% em 10 anos. No estado do Pará, no ano de 2007, a taxa era de 15,2, e, no ano de 2017, foi de 23,6, representando um aumento de 55% no mesmo período. A Região Norte em 2007 a taxa registrada foi de 16,4, enquanto em 2017, foi de 23,6 representando aumento de 44,2%.

Figura 01 - Taxa de detecção de AIDS (x100 mil hab.) e percentual de declínio ou incremento, segundo UF de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007 e 2017*.



Fonte: Sinan; Siscel/Siclom; SIM.

Nota: (*) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2018; no SIM, de 2000 a 2017.

É possível identificar uma vertente evolutiva no município de Itaituba superior ao estado do Pará e a região Norte conforme os números apresentados anteriormente, e na Figura 01, que mostra todos os estados do Brasil.

Na Tabela 01 a seguir, ratifica o aumento significativo na taxa de detecção de novos casos do vírus no município, onde é possível observar a evolução de

notificações a partir do ano de 2014, com 48, e uma evolução no ano de 2015, com um pico de 63 notificações, já no ano de 2016 reduziu para 40, porém acima da média de anos anteriores.

Tabela 01 - Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico no município de Itaituba-PA.

Casos de AIDS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Homens	7	4	4	9	12	7	13	23	31	21	14	145
Mulheres	7	4	7	11	5	8	6	19	28	15	15	125
Entre 15 e 24 anos	2	1	-	1	2	1	2	5	3	4	-	21
Menores de 5 anos	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	4
Total	16	9	11	21	19	16	22	48	63	40	30	295

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2018, SISCEL de 2000 a junho/2018 e SIM de 2000 a 2017; (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Segundo dados obtidos a partir do site do Ministério da Saúde na página de campanhas do HIV/AIDS, houve um aumento de 74% de investimento realizado pelo Ministério da Saúde para ações de detecção, prevenção e combate ao vírus passando de 689 Milhões no ano de 2003, para 1,2 Bilhões no ano de 2014. Ainda segundo o Ministério da Saúde no ano de 2013, foram distribuídos 104,2 Milhões de preservativos, sendo destinados a Região Norte 5,7 Milhões.

Quanto às ações do Ministério da Saúde a partir do ano de 2013:

- Testes rápidos oferecidos em UBS, Centros de Testagem e Aconselhamento, ambulatórios e locais públicos;
- Os testes ficam prontos em cerca de 30 minutos. Para realização, é preciso apenas uma gota de sangue;
- 4,7 milhões de testes distribuídos em 2013, crescimento de 800% desde 2005, quando foi criado.

Analisando esses dados é possível sugerir que devido aos investimentos do Governo Federal para ações diretas contra a doença estas vêm sendo bastante efetivas no que tange a detecção de novos casos para o município de Itaituba-PA.

Em Itaituba-PA, no ano de 2007, a maior incidência de casos de HIV/AIDS era no sexo feminino com 14,7 casos/100.000 habitantes, enquanto que nos homens essa taxa era de 14,2 casos, nos homens esse número subiu para 28 casos/100.000 habitantes em 2017, o que mostra um aumento de quase duas vezes o resultado do ano de 2007 e nas mulheres essa taxa evoluiu para 31,2 no ano de 2017, representando um aumento superior ao observado no sexo masculino. Porém no que

se refere ao histórico de 10 anos a maior prevalência do vírus está nos homens com 49% dos casos detectados, nas mulheres esse número é de 42% (Tabela 2).

A evolução da detecção de novos casos em mulheres comparando apenas os anos de 2007 e 2017 foi de 114,3%, nesse mesmo período a taxa de detecção em homens ficou em 97,2%, porém comparado a média total entre homens e mulheres, nos homens esse número é maior com 26,1, casos/100.000 habitantes, enquanto que as mulheres esse número é de 23,2 casos, pelo fato de nos anos de 2013 a 2016, a taxa de detecção em homens ter se elevado consideravelmente em relação as mulheres, chegando a uma média de 43,9 casos/100.000 habitantes, enquanto que nas mulheres nesse mesmo período a média foi de 35,4 casos, representando uma diferença de 24% na relação entre os sexos.

Tabela 02 - Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico no município de Itaituba-PA.

Taxa de detecção	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Média Total
Homens	14,2	6,3	6,2	18,1	24,1	14	25,8	45,9	62	42	28	26,1
Mulheres	14,7	6,5	11,1	23	10,4	16,7	12,5	39,6	58,3	31,2	31,2	23,2
Entre 15 e 24 anos	9,6	3,8	-	5	10	5	9,9	25	15	20	-	9,4
Menores de 5 anos	-	-	-	-	-	-	10,7	11,2	11,4	-	11,4	4,1
Média Anual	12,8	5,5	8,7	15,4	14,8	11,9	14,7	30,4	36,7	31,1	23,5	18,7

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2018, SISCEL de 2000 a junho/2018 e SIM de 2000 a 2017; (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Ao analisarmos os números da Tabela 02, identificamos que a incidência em menores de 5 anos de idade é a menor que existe, com apenas 4,1 casos/100.000 mil habitantes. Apesar de ser considerado um baixo índice, deve ser levado em consideração que com a obrigatoriedade dos testes rápidos às gestantes com a implantação da rede cegonha, no ano de 2012 que os números começaram a surgir.

Tabela 03 - Gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto. Itaituba-PA 2007 a 2017.

Grupo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
HIV em gestantes	-	3	-	4	2	4	4	11	4	6	4	42
Taxa de detecção em gestantes	-	1	-	2	1	2	3	5	2	3	2	21
Total por ano	0	4	0	6	3	6	7	16	6	9	6	63

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2018; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos; (3) Utilizados nascidos vivos no ano de 2015 para o cálculo da taxa de 2016.

Em Itaituba, no período de 2007 a 2017, 125 casos (conforme Tabela 01) foram detectados em mulheres, destes casos, 42 em gestantes, (conforme Tabela 03)

representando 34% do número total de casos detectados, ou seja, 34% das mulheres que tiveram o diagnóstico positivo para o HIV engravidaram. No mesmo período 21 casos foram detectados em gestantes, ou seja, em mulheres que descobriram que estavam com o vírus no pré-natal, representando 17% das mulheres soropositivas, comparando ao total de casos em gestantes com o total de casos em mulheres esse número representa 50% dos casos detectados.

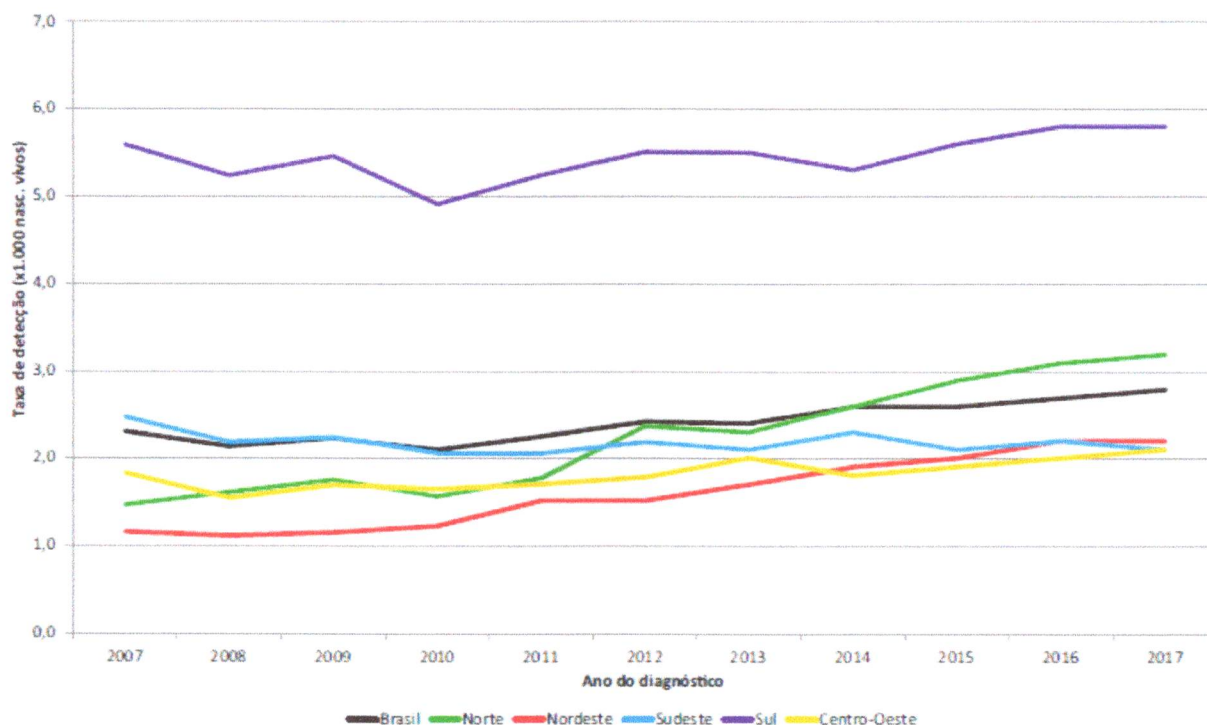
Segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2018, no Brasil, no período de 2000 até junho de 2017, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que 39,1% das gestantes residiam na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,6%), Nordeste (16,8%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,8%). Em 2016, foram identificadas 7.823 gestantes no Brasil, sendo 30,9% na região Sudeste, 29,2% no Sul, 21,9% no Nordeste, 12,1% no Norte e 5,9% no Centro-Oeste. O resultado de 2016 mostra que na região norte a proporção de incidência de casos de HIV/AIDS em gestante caiu desde o início do século XX, de 7,8% para 5,9%.

A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos, em grande parte devida ao grande incremento de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha. Segundo o Site do Ministério da Saúde, em 2012 foram distribuídos 366.910 testes de HIV para gestantes, enquanto em 2017, somente até o mês de outubro, já haviam sido distribuídos 3.350.440 testes, representando um aumento de 2.983.530, testes, ou seja, 89% em 5 anos (Brasil, 2018).

Em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2007, a taxa observada foi de 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2017, passou para 2,8/mil nascidos vivos. Esse aumento poderia ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a consequente melhoria da prevenção da transmissão vertical do HIV. A tendência de aumento também é verificada em todas as regiões do Brasil, exceto na região Sudeste, em que se nota tendência linear e variações pouco expressivas ao longo da série histórica.

As regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores incrementos na taxa, de 118,5% e 87,5% respectivamente, nos últimos dez anos. Em toda a série histórica, a região Sul apresentou as maiores taxas de detecção no país. Em 2017, a taxa observada nessa região foi de 5,8 casos/mil nascidos vivos, mais de duas vezes superior à taxa nacional.

Figura 02 - Taxa de detecção de HIV em gestantes (x1.000 nascidos vivos), segundo região de residência e ano do parto. Brasil, 2007 a 2017.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Entre os estados brasileiros, oito apresentaram taxa de detecção superior à média nacional em 2016, que foi de 2,6 / mil nascidos vivos: Rio Grande do Sul (8,8 casos/mil nascidos vivos), Santa Catarina (5,7), Amapá (4,4), Amazonas (3,2), Pará (3,1), Alagoas (2,9), Rio de Janeiro (2,8), Paraná(2,7).

O que se pode perceber é que com a implantação de rede cegonha no ano de 2012 na saúde pública, e o aumento do investimento em quase 90% em testes rápidos de detecção à doença, os resultados já vêm sendo colhidos gradualmente, pois com o diagnóstico precoce se corre menos riscos de uma transmissão vertical do vírus, uma vez que essa mãe terá o acompanhamento e orientações necessárias para que o seu bebê nasça livre do vírus e cresça uma criança forte e saudável livre da doença.

Tabela 04 - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo raça/cor, por ano de diagnóstico. Itaituba 2007 a 2017.

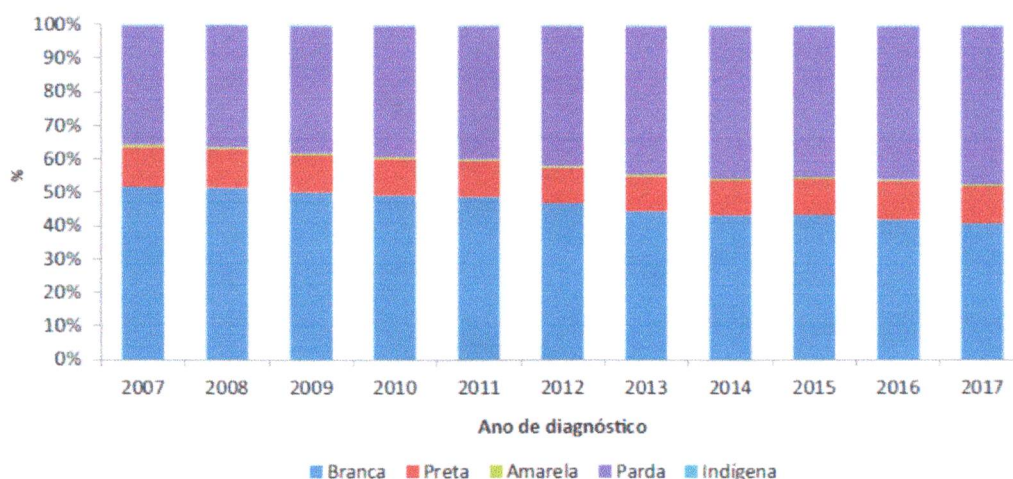
Cor ou Raça	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	Porc %
Parda	9	5	5	5	8	3	7	16	14	10	4	86	83%
Branca	3	-	-	-	1	2	-	1	1	-	-	8	8%
Preta	-	1	-	-	-	-	1	1	1	-	-	4	4%
Ignorada	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	3	3%
Indígena	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2	2%
Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0%
Total por ano	12	6	5	5	9	6	9	20	16	10	5	103	100%

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2018; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

A Tabela 04 mostra que no município de Itaituba, com 83% está em destaque a cor/raça parda, em seguida, com 8% branca, seguida por 4% a preta, amarela, indígena e outras somam 5%. Esse resultado ratifica o último relatório do IBGE do ano de 2010, onde se obtiveram os seguintes resultados: pardo com 70%, seguido pela cor branca 22% e preta que é de 7%, amarela e indígena somam 1%.

Figura 03 -Distribuição percentual dos casos de AIDS segundo raça/cor da pele, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2017.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Quando analisados os casos de AIDS nos últimos dez anos e a distribuição dos indivíduos pelo quesito raça/cor, observou-se queda de 20,9% na proporção de casos entre pessoas brancas. Entre as pessoas autodeclaradas pardas, essa proporção aumentou 33,5%. Considerando-se população negra (pretos e pardos), o aumento observado no período foi de 23,5%.

Observando-se a série histórica, nota-se que desde 2009 os casos de AIDS são mais prevalentes em mulheres negras, enquanto entre homens isso ocorre desde

2012. No ano de 2017, as proporções observadas foram de 57,3% e 61,1% entre homens e mulheres negras, respectivamente.

Tabela 05 - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo escolaridade, por ano de diagnóstico.
Itaituba, 2007 a 2017.

Escolaridade	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
5ª a 8ª série incompleta	5	2	1	2	1	2	3	5	5	5	1	32
Não se aplica	1	-	1	1	3	2	2	9	8	2	2	31
1ª a 4ª série incompleta	1	1	2	-	1	1	1	1	-	-	2	10
Fundamental completo	1	2	-	1	1	-	1	-	-	-	-	6
Médio incompleto	2	-	-	-	2	-	-	-	1	1	-	6
Médio completo	-	1	-	1	1	-	1	1	-	1	-	6
4ª série completa	2	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	5
Analfabeto	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
Superior incompleto	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
Superior completo	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Total por ano	12	6	5	5	9	6	9	20	16	10	5	103

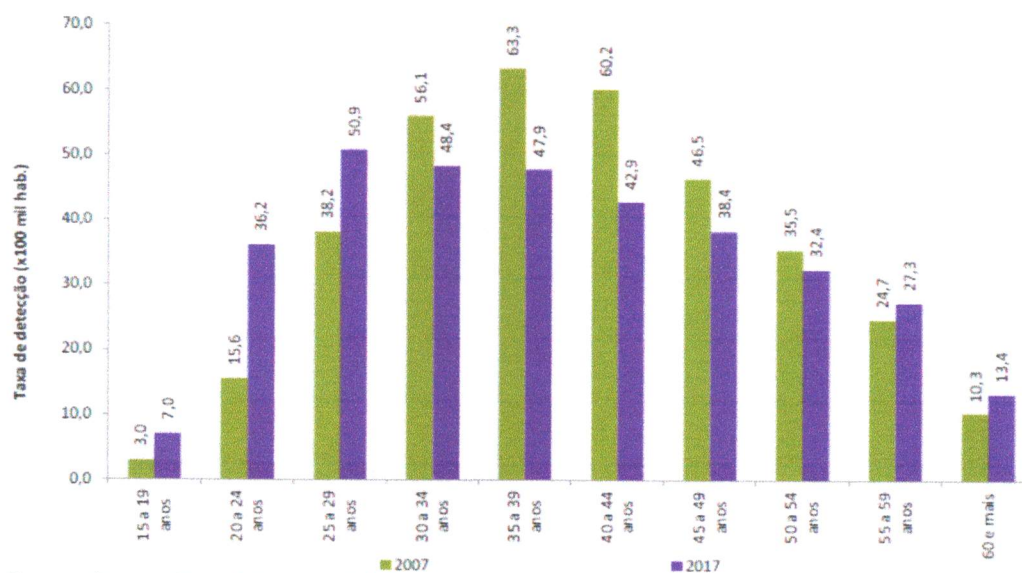
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2018; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

É possível identificar que no município de Itaituba a taxa de escolaridade com maior índice está concentrada no ensino fundamental, que corresponde da 1ª à 8ª Series, seguido pelo ensino médio e por fim o ensino superior.

Segundo Boletim Epidemiológico de 2018, as distribuições proporcionais dos casos de AIDS notificados no Sinan segundo escolaridade, por sexo a maior concentração de casos de AIDS ocorreu entre indivíduos com a 5ª à 8ª série incompleta (28,8%), embora haja uma tendência de redução dos casos nessa faixa etária, ao longo dos anos. Observou-se diferenças nas proporções de casos segundo sexo entre os níveis de escolaridade: os homens com AIDS apresentaram grau de instrução mais elevado do que as mulheres. Em 2017, a proporção de casos entre homens analfabetos foi de 2,3%, enquanto entre as mulheres foi de 4,0%. Quando analisados os indivíduos que possuíam nível superior completo, observaram-se as proporções de 14,1% dos homens e de 4,3% das mulheres. No mesmo ano, em ambos os sexos, a categoria mais prevalente foi a de indivíduos com nível médio completo: 26,9% entre homens e 24,6% entre mulheres. Ressaltasse que a proporção de notificações sem informação de escolaridade permanece elevada (24,6% em 2017).

Figura 04 - Taxa de detecção de AIDS (x100 mil habitantes) em homens, segundo faixa etária e sexo, Brasil. 2007 e 2017*.

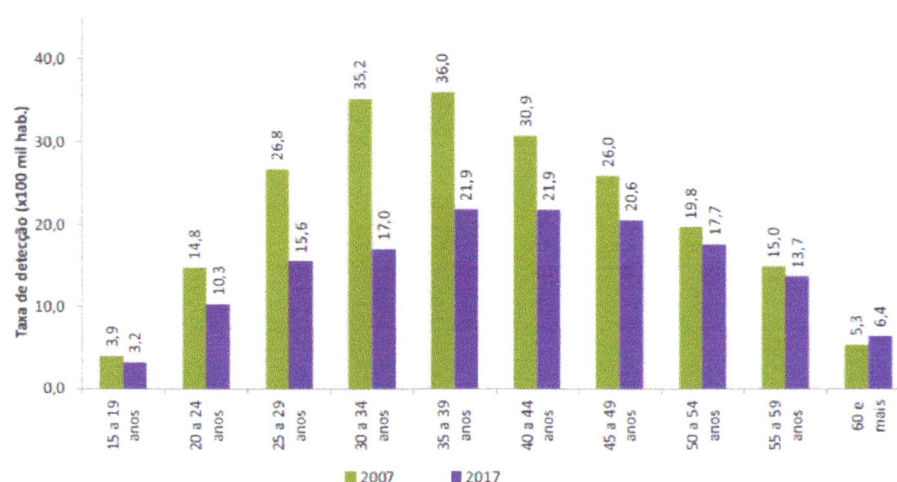


Fonte: Sinan; Siscel/Siclom; SIM.

Nota: (*) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2018; no SIM, de 2000 a 2017.

Na Figura 04 mostra que entre os homens, nos últimos dez anos, observou-se um incremento da taxa de detecção entre aqueles de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 e 29 anos, 55 a 59 anos e 60 anos e mais. Destaca-se o aumento em jovens de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos. A maior taxa de detecção em 2017 foi de 50,9 casos/100.000 habitantes, que ocorreu entre os indivíduos na faixa etária de 25 a 29 anos, tendo superado as taxas de detecção em homens de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos, que eram mais prevalentes até o ano de 2016.

Figura 05- Taxa de detecção de AIDS (x100 mil habitantes) em mulheres, segundo faixa etária e sexo, Brasil. 2007 e 2017*.

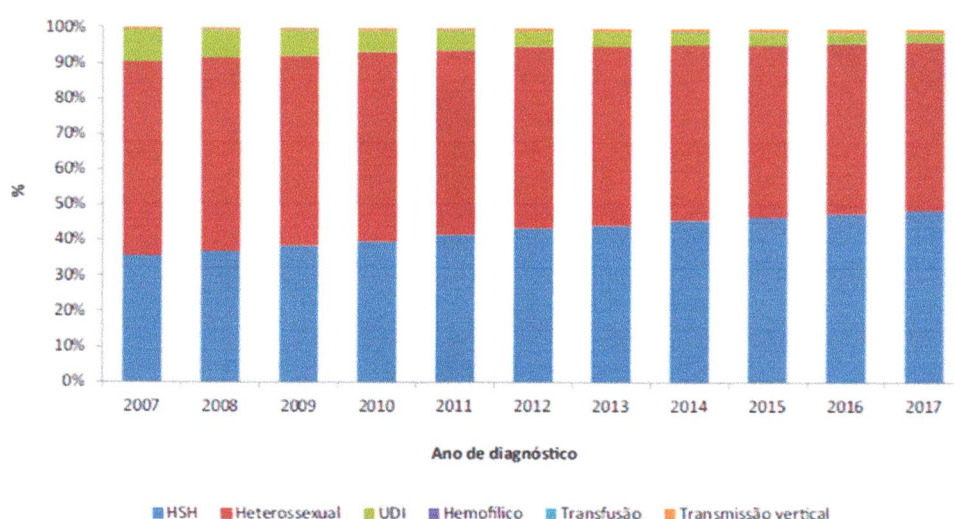


Fonte: Sinan; Siscel/Siclom; SIM.

Nota: (*) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2018; no SIM, de 2000 a 2017.

Na figura 05, entre as mulheres verificou-se que nos últimos dez anos, que a taxa de detecção apresentou queda em quase todas as faixas etárias, exceto na de 60 anos e mais: nesta, foi observado aumento de 21,2% quando comparados os anos de 2007 e 2017. No ano de 2007, a maior taxa de detecção de AIDS foi observada entre as mulheres de 35 a 39 anos (36,0 casos/100.000 habitantes); em 2017, as faixas com maior detecção foram as das mulheres entre 35 e 39 anos e de 40 a 44 anos (21,9 casos/100.000 habitantes em ambas as faixas). As variações mais expressivas entre as mulheres adultas, no entanto, observadas entre 2007 e 2017, ocorreram entre mulheres de 30 a 34 anos e de 25 a 29 anos, verificando-se queda de 51,6% e 41,8% em suas taxas de detecção.

Figura 06 - Distribuição percentual dos casos de AIDS em homens de 13 anos ou mais segundo categoria de exposição, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2017.



Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2018; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos (3) UDI – Usuários de Drogas Injetáveis; (4) HSH - Homem faz Sexo com Homem.

A principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade em 2017 foi a sexual, tanto em homens (96,4%) quanto em mulheres (97,4%). Entre os homens, observou-se o predomínio da categoria de exposição homo/bissexual (48,7%), superando a proporção de casos notificados como exposição heterossexual pela primeira vez na última década. A proporção de usuários de drogas injetáveis (UDI) vem diminuindo ao longo dos anos em todo o Brasil, representando 2,7% dos casos entre homens e 1,4% dos casos entre mulheres no ano de 2017.

Tabela 06 - Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por ano de diagnóstico do município de Itaituba-PA.

Categoria de Exposição	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Heterossexual	4	3	1	1	5	4	6	9	7	3	3	46
Homossexual	-	-	-	-	2	-	2	-	1	2	-	7
Bissexual	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
UDI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Hemofílico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Transfusão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Acid. Mt. Biológico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Transmissão Vertical	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Total por ano	6	3	1	1	7	4	8	9	8	5	3	55

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2018; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos (3) UDI – Usuários de Drogas Injetáveis; (4) HSH - Homem faz Sexo com Homem.

Comparado as Figuras 06 e Tabela 06, é notório que a proporção de notificações é proporcional ao que vimos na média do Brasil, onde sua grande maioria de taxa de detecção vem aumentando exponencialmente com os jovens a partir da adolescência pela prática do sexo não seguro, uma vez que a taxa de detecção em UDI (Usuários de Drogas Injetáveis), Homo e Bissexuais são bem inferiores ao resultado daqueles que se consideram heterossexuais no município de Itaituba.

Existe um estigma associado ao HIV/AIDS, que está presente no dia-a-dia das pessoas que vivem com o vírus, como um tabu refletindo diretamente na qualidade da saúde, nas oportunidades de trabalho e na integração na comunidade, configurando uma restrição da imagem das pessoas às suas características não desejadas em determinado contexto, que apontam alguma falta, defeito ou desvantagem. Estigma é definido como um processo social ligado às relações de poder e dominação que derivam em estereótipos, categorizações e desprezo social, de forma que, de modo discriminatório, grupos são valorizados e outros, desvalorizados. E é esse estigma que se transforma em medo para muitas pessoas, o medo do resultado positivo, o medo de portar uma doença até então incurável (SOUZA *et al.*, 2018).

5. CONCLUSÃO

O município de Itaituba-PA teve um aumento na taxa de detecção de HIV/AIDS, de alarmantes 84,6% do ano de 2007 ao ano de 2017, vertente superior as tendências de crescimento no mesmo período do estado do Pará que foi de 55% e da Região Norte que foi de 44,2%.

O sexo com maior incidência de detecção em relação ao total de casos no período analisado de 10 anos foram os homens representando 49% dos casos detectados, com uma taxa evolutiva de detecção de 26,1 casos/100.000 mil habitantes. Já as mulheres apresentaram 42% com tendência de crescimento levemente inferior, ficando com 23,2 casos/100.000 mil habitantes no mesmo período, acompanhando o que vem acontecendo no restante do Brasil, onde a maior incidência em novos casos é em homens.

As gestantes representam 50% dos casos detectados em mulheres, com 63 casos detectados no período estudado, deste número 17% descobriram estar com o vírus realizando o pré-natal.

No que se refere a predominância em raça / cor, com 81,31% de 2007 a 2017, aqueles que se consideram pardos são a grande maioria nos resultados soropositivos no município de Itaituba o que está de acordo com a realidade da população nortenha que é parda, segundo o último relatório do IBGE do ano de 2010, com 70%.

A maior incidência de casos detectados em adolescentes a partir dos 13 anos de idade foi em Heterossexuais com 83,6% dos casos, seguido por Homossexuais com 12,7% e Bissexuais com 3,6%.

Os resultados obtidos referentes ao grau de escolaridade foram que a maioria dos casos detectados foram em pessoas com ensino fundamental (somando todas as séries do ensino fundamental + analfabetos + não se aplica + ignorado), 84%, seguido pelo ensino médio com 12%, e, o ensino superior com 4%.

O número alarmante de novos casos nos últimos anos pode estar associado aos investimentos cada vez maiores do Ministério da Saúde para ir afundo nas mazelas da sociedade, quebrando tabus sobre preconceito e aceitação. Aos poucos esse sentimento de comprometimento e que a vida não termina com um diagnóstico soropositivo foi internalizado no seio social. Segundo algumas literaturas, o vírus pode se manter assintomático na pessoa por décadas, porém quando os sintomas surgem a AIDS, geralmente já está em um nível bastante avançado, desta forma com o diagnóstico precoce, pessoas vem ganhando uma maior longevidade.

6. REFERENCIAS:

- AMORIM, B. *et al.* **AIDS 30 Anos**. Revista Saber Viver, Ano 13, N. 50. São Barbosa Júnior A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Júnior PB. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. Cad. Saúde Pública. 2009;25(4):727-737.
- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **População residente por cor ou raça do ano de 2010**. Brasília, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde, **Departamento de IST, AIDS e hepatites virais**. 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. **Direitos Humanos e HIV/AIDS: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas com HIV e AIDS**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Serie Manuais n.84. Capítulo 6: Acompanhamento e Avaliação da Adesão Brasília, 2013.
- BRASIL. Lei 9313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS**. Diário Oficial da União 1996; 14 nov.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Brasília, 2015. 95 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais**. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **História da AIDS**. 2016c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Serviço de assistência especializada em HIV/AIDS**. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso**. 8.ed. Brasília, 2010a. 223 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites e outras DST**. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS**. Brasília, 2013b. 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2013a**:Suplemento II Critérios para Início do Tratamento Antirretroviral (Atualização das páginas 34-36). Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS 2013**. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico da infecção por HIV**. Brasília, DF, 2013c.

BULTERYS M, Ellington S, Kourtis AP. HIV-1 and breastfeeding: biology of transmission and advances in prevention. Clin Perinatol. 2010;37(4):807-824.

BUTTÒ S, Suligoï B, Fanales-Belasio E, Raimondo M. Laboratory diagnostics for HIV infection. Ann Ist Super Sanità. 2010;46(1):24-33.

DOURADO, Inês; MACCARTHY, Sarah; REDDY Manasa; CALAZANS, Gabriela; GRUSKIN, Sofia. **Revisitando o uso do preservativo no Brasil**. Set 2015.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

HIPOLITO, Rodrigo Leite. Qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS no município de Rio das Ostras. **Tese**. Escola de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

HIPOLITO, Rodrigo Leite; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; COSTA, Tadeus Lessa. Representações sociais da qualidade de vida no HIV/AIDS: o papel do tempo de diagnóstico. **Revenferm UERJ**, n. 22 v. Rio de Janeiro, nov/dez 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. **Resultado dos Dados do Censo – 2010**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>> acessado em 29 de março de 2020.

JÚNIOR, Sebastião Silveira Nunes; CIOSAK, Suely Itsuko. **Terapia Antirretroviral para HIV/AIDS: o estado da arte**. Revista Enfermagem – UFPE, 2018.

LAGO, Regina Ferro; COSTA, Nilson do Rosário. **Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010.

LATIF AS. Sexuallytransmitteddiseases in Africa. *Genitourin Med*. 1990; 66:235-237.

LEAL, Noêmia Soares Barbosa; COELHO, Ângela Elizabeth Lapa. Representações sociais da AIDS para estudantes de Psicologia. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 9-16, 2016.

MARTINS, Telma Alves *et al*. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 3, n. 1, p. 4-7, 2014.

MASSAD, Maria Fernanda. PORTADORES E NAO PORTADORES DE HIV, 2006.

MEDEIROS, Bruno; SILVA, Josevânia; SALDANHA, Ana AlaydeWerba. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Estudos de Psicologia**, n. 18 v.4, Paraíba, out-dez, 2013.

MONTEIRO, Diego Minoda. Saúde pública e direito privado no Sistema Único de Saúde: Universalidade, integralidade e dispêndio em medicamentos no Programa Nacional DST/AIDS. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

SILVA, Mariliza Henrique; MATIDA, Luiza Harunari. Transmissão Vertical do HIV: um desafio – **Livro Criança e Adolescente: Direito, Sexualidade e Reprodução**. São Paulo, 1ª Edição, p 195-205, 2010.

PADIAN N, Shiboski S, Glass S, Vittinghoff E. Heterosexualtransmissionofhumanimmunodeficiency vírus (HIV) in northern California: resultsfron a ten-yearsstudy. *Am J Epidemiol*. 1997;146(4):50-57. São Paulo, 2012.

SANTOS, Norma S. de Oliveira; ROMANOS, Maria Teresa Villela; WIGG, Marcia Dutra. **Introdução à Virologia Humana**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SEGURADO, Aluísio Cotrim; CASSENOTE, Alex Jones; LUNA, Expedito de Albuquerque. Saúde nas metrópoles-Doenças infecciosas. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p. 29-49, 2016.

SEGURADO, Aluísio Cotrim; CASSENOTE, Alex Jones; LUNA, Expedito de Albuquerque. Saúde nas metrópoles-Doenças infecciosas. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p. 29-49, 2016.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora: Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia de Bolso. 2007.

UNAIDS BRASIL. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Organização Mundial de Saúde. **Sobre AIDS**. 2016. UNAIDS. AIDS epidemic update. 2009a.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization. **AIDS by the numbers 2015**. 2015.