



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE BACHARELADO EM EMFERMAGEM**

THAINAR MACHADO DE ARAÚJO NÓBREGA

**EVOLUÇÃO TEMPORAL DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE
AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA**

**CAJAZEIRAS-PB
2012**

**EVOLUÇÃO TEMPORAL DE INDIVÍDUOS POTADORES DE
AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA**

THAINAR MACHADO DE ARAÚJO NÓBREGA

**EVOLUÇÃO TEMPORAL DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE
AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, do Centro de Formação de Professores – CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a MsC. Maria Soraya Pereira Franco.

**CAJAZEIRAS-PB
2012**

THAINAR MACHADO DE ARAÚJO NÓBREGA

**EVOLUÇÃO TEMPORAL DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE
AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, do Centro de Formação de Professores – CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em ____/____/2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a MsC. Maria Soraya Pereira Franco, ETSC/UFCG

Prof.^a Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento, UACV/CFP/UFCG

Prof. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, UACV/CFP/UFCG

Dedico este trabalho a meus pais Tasso Roberto e Maria Sônia, por não medirem esforços para que eu chegasse até aqui. Eu dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o autor da Vida que me sonda e me conhece e sempre esteve e está comigo. Senhor te agradeço, por todos os passos dados para chegar até aqui e por ter a certeza que seja onde for a tua mão me guiará e me protegerá. Obrigado Deus pela excelência do teu poder e por tudo o que tens feito e o que ainda vais fazer em minha vida. Eu agradeço.

Aos meus pais Tasso Roberto de Araújo Nóbrega e Maria Sônia da Nóbrega por serem a razão da minha existência, pelas orações, por acreditarem no meu potencial e assim apoiar e financiar o meu sonho. Agradeço a Deus por no mundo tão vasto ter tido a grandiosa sorte de ser fruto desse amor. Essa vitória pertence a vocês que com amor e carinho sempre estiveram ao meu lado.

Aos os meus irmãos Tasso Roberto Machado que mesmo morando longe sempre me apoiou e esteve comigo nos momentos difíceis e alegres. A Thairon Machado por ter convivido comigo durante os anos de curso, pelas brigas, brincadeiras, pelas horas de dificuldade e pelo cuidado que sempre expressou em ter pela minha pessoa. Agradeço imensamente a Deus pelos irmãos que tenho e pelo cuidado e amor que nos uni a cada dia.

Aos meus avós maternos Elvira Machado e João Fernandes e paternos Genival e Maria Lucena pelas preocupações, orações e o cuidado tão gostoso que apenas os avós sabem nos dar.

Aos meus tios maternos e paternos pelos conselhos dados na hora certa, pelas alegrias que me proporcionaram e destaco novamente as orações que me fizeram tão bem e que foi essencial durante a minha jornada existencial e durante esse processo de formação.

À minha madrinha Márcia Rique pelo apoio e por ter me acolhido em sua casa para que eu pudesse concretizar os objetivos deste trabalho. Obrigado.

À UFCG e aos professores pela transmissão dos conhecimentos adquiridos no decorrer do curso que serão de suma importância para minha vida profissional e pessoal. Agradeço em especial à professora Aissa Romina “Capitão Nascimento” pela professora – mãe por ser esta ao nosso lado, pelas jantares e fofocas no “reduito da pobreza” que vão deixar imensas saudades.

À minha orientadora Soraya Franco, que esteve comigo até este momento possibilitando importantes experiências acadêmicas para minha vida. Obrigada pelo apoio, pelo carinho e pela AMIZADE.

A todos os professores, colegas e amigos integrantes do projeto “(Re)construindo caminhos da cidadania...” com destaque a Professora Soraya Franco que pela permissão de Deus abriu as portas desse projeto mim. Pela experiência indescritível e pelos grandes amigos que ganhei a Gabriela Santos, Felipe José e Kyilvia Luciana com quem dividi vários momentos alegres e difíceis.

Aos colegas de curso. Em especial a Milena Gabriela, Hirla Vanessa, Hyanne Cibeli, Juliana Rodrigues. Aos amigos que fiz durante a permanência em Cajazeiras a Marino Martins, Priscila, Luma e Siluane, pelas brincadeiras e alegrias vividas. Ao grupo “B” de estágio pelos momentos vivenciados durante a estadia em Campina Grande. Lembrarei de vocês sempre...

A todos que direto ou indiretamente fizeram parte dessa história...

Ebenezzer, até aqui nos ajudou o Senhor...

Eu sei que sempre estás comigo, Senhor.
Também sei que nada acontece
Sem a tua vontade
Mas preciso aprender a confiar em ti
Mas preciso aprender a descansar e ti
Tu és meu Senhor.

Todas as coisas cooperam para o bem daqueles
que te amam... Jesus
(Fernandinho)

NÓBREGA, Thainar Machado de Araújo. **Evolução Temporal de Indivíduos Portadores de Aids no Estado da Paraíba.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2012. Orientadora: Prof.^a MsC. Maria Soraya Pereira Franco.

RESUMO

Considerada como um grave problema de saúde pública a Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome) é uma doença infecto-contagiosa causada pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), que atinge e debilita o sistema imunológico do indivíduo, deixando-o susceptíveis a infecções oportunistas. Sendo notório o impacto dessa epidemia sobre a população caracteriza-se a importância da vigilância epidemiológica para o acompanhamento da evolução temporal e espacial desta morbidade, a fim de orientar ações de prevenção, promoção, controle e diminuição de novos casos. O presente estudo objetivou verificar a evolução epidemiológica dos indivíduos portadores de Aids no estado da Paraíba durante o período de 2010 a 2011. Como proposta metodológica, apresentou-se uma pesquisa de coorte retrospectiva, quantitativa e com análise descritiva e inferencial, a partir dos dados secundários oriundos das fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/AIDS/PB) do Programa Estadual da Paraíba, referente aos indivíduos portadores de Aids, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2011. Os principais resultados nos permite verificar que foram notificados 739 casos de Aids no estado da Paraíba, sendo 346 (48%) em 2010 e 393 (52%) em 2011. Destes casos no ano de 2010 (64%) foram do sexo masculino e (35,8%) no sexo feminino, em 2011 foram (66,2%) no sexo masculino e (33,8%) no sexo feminino. A faixa etária que predominou no número de casos foi de 20 a 49 anos de idade. Referente ao grau de instrução a epidemia da Aids no estado atinge mais pessoas com baixo grau de escolaridade. Quanto à forma de exposição a principal via de transmissão do vírus se dá através da exposição sexual sendo (94,5%) em 2010 e (70%) em 2011. Em relação ao critério de definição de casos de Aids no estado o mais utilizado é o critério CDC Adaptado com (70,2%) em 2010 e (62,3%) em 2011, ressalta-se também que no período de 2010 a 2011 (82,5%) dos casos continuam vivos. Conclui-se dessa forma que de acordo com os dados coletados a epidemia de Aids no estado da Paraíba vem aumentando gradualmente, possuindo uma tendência para a pauperização, heterossexualização, feminização e interiorização. No entanto a sobrevida associada a Aids esta tendo uma evolução positiva, o que pode ser atribuído a boa qualidade de políticas de enfrentamento a Aids na população paraibana.

Palavras-chave: Aids. Epidemiologia. Vigilância.

NÓBREGA, Thainar Machado de Araújo. **Temporal Evolution of Individuals with AIDS in the state of Paraíba**. Work completion of course (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB - 2012. Advisor: Prof. ^a MsC. Soraya Franco Maria Pereira.

ABSTRACT

Considered as a serious public health problem Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome) is an infectious disease caused by HIV (Human Immunodeficiency Virus), which affects and weakens the immune system of the individual, leaving him susceptible to opportunistic infections . Being known the impact of this epidemic on the population characterized the importance of epidemiological surveillance to monitor the temporal and spatial evolution of this condition, in order to guide prevention, promotion, control and reduction of new cases. The present study aimed to verify the epidemiological evolution of individuals living with AIDS in the state of Paraíba in the period from 2010 to 2011. As methodological proposal, presented a retrospective cohort study, quantitative and descriptive and inferential analysis, based on data from secondary notification forms Information System for Notifiable Diseases (SINAN / AIDS / PB) Program State Paraíba, referring to individuals living with AIDS in the period 1 January to 31 December 2011. The main results shows that were 739 reported AIDS cases in the state of Paraíba, and 346 (48%) in 2010 and 393 (52%) in 2011. Of these cases in 2010 (64%) were males and (35.8%) in females in 2011 were (66.2%) and in males (33.8%) in females. The age range that prevailed in the number of cases was 20 to 49 years old. Concerning the level of education the AIDS epidemic in the state reaches more people with low educational level. How to display the main route of transmission is through sexual exposure being (94.5%) and in 2010 (70%) in 2011. Regarding the criterion definition of AIDS cases in the state is used as the criterion Adapted with CDC (70.2%) and in 2010 (62.3%) in 2011, it is noteworthy also that in the period from 2010 to 2011 (82.5%) patients are still alive. The conclusion is thus that according to the data collected the AIDS epidemic in the state of Paraíba has increased gradually, having a tendency towards pauperization, heterosexuals and women and internalization. However survival associated with AIDS is having a positive evolution, which can be attributed to good quality policy of coping with AIDS in the population paraibana.

Keywords: AIDS. Epidemiology. Surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa representativo da estratificação do estado da Paraíba em suas 12 Gerências Regionais de Saúde	32
Figura 2: Distribuição de casos de Aids por macrorregião, no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011.....	39
Quadro 1: Distribuição dos Núcleos Regionais de Saúde, Macrorregiões e quantitativo de Municípios.....	32
Quadro 2: Elenco de variáveis do estudo.....	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição de casos de Aids no estado da Paraíba	38
Gráfico 2: Municípios e numero de casos notificados, no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011.....	41
Gráfico 3: Distribuição de casos de Aids segundo o sexo, no estado da Paraíba no período de 200 a 2011.....	43
Gráfico 4: Distribuição de casos segundo a faixa etária, no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011.....	45
Gráfico 5: Distribuição dos casos de Aids segundo grau de escolaridade, no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011.....	47
Gráfico 6: Distribuição de casos de Aids segundo a categoria de exposição, no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011.....	49
Gráfico 7: Distribuição de casos por critério de definição de casos de Aids, no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011.....	52
Gráfico 8: Evolução dos casos de Aids, no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de casos de Aids por Núcleo Regional de Saúde e município com maior numero de casos, no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011.....40

Tabela 2: Doenças indicativas de Aids segundo o critério CDC Adaptado, no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011.....53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS** - Acquired Immune Deficiency Syndrome
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ARV**- Antirretrovirais
- AZT**- Zidovudina
- CD4+** - Cluster of Differentiation Antígeno 4+
- CDC** – Centers For Disease Control
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CRT** – Centro de Referência de Tratamento
- CTA** – Centros de Testagem e Aconselhamento
- DNA** – Ácido Desoxirribonucleico
- DO** – Declaração de Óbito
- DST**- Doença Sexualmente Transmissível
- DST**- Doença Sexualmente Transmissível.
- EIA** – Imuno Ensaio Enzimático
- FDA** – Food and Drug Administration
- GP** – Glicoproteína
- HAART** – Highly Active Antiretroviral Therapy
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- HSH**- Homem que faz Sexo com Homem
- IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IFA**- Teste de Anticorpo Fluorescente Indireto
- IgG**- Anticorpo G da Imunoglobulina G
- IgM**- Anticorpo M da Imunoglobulina M
- IO**- Infecção Oportunista
- ITNR** – Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos
- MS**- Ministério da Saúde
- NRS**- Núcleo Regional de Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONU**- Organização das Nações Unidas
- PDR**- Plano Diretor de Regionalização
- PE DST** – Programa Estadual de DST/AIDS
- RNA** – Ácido Ribonucleico

SES- Secretaria Estadual de Saúde

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS- Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antiretroviral

UNAIDS – Unuted Nations Programme on HIV/AIDS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HIV	20
2.2 ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS	21
2.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA AIDS.....	23
2.4 DIAGNÓSTICO	24
2.5 DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS	26
2.6 TRATAMENTO	27
3 PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1 TIPO DE PESQUISA	31
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	33
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	33
3.5 ELENCO DE VARIÁVEIS.....	33
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	34
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	35
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA	37
4.2 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS SEGUNDO O SEXO	42
4.3 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA	44
4.4 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE.....	46
4.5 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS SEGUNDO A CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO.....	48
4.6 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASOS DE AIDS.....	51
4.7 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE ACORDO COM O CRITÉRIO CDC ADAPTADO.....	52
4.8 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR EVOLUÇÃO.....	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	61
ANEXO	70
ANEXO A – Ficha de Notificação/Investigação da AIDS	70
APÊNDICE	73
APÊNDICE A – Carta de Anuência.....	73

1. INTRODUÇÃO 

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), denominada pela comunidade Internacional de Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome), foi reconhecida oficialmente como entidade patológica em 1981, tendo como agente causador o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Considerada como pandemia, esta gerava um quadro de imunodeficiência nas pessoas infectadas, deixando-os vulneráveis a doenças oportunistas podendo levá-los à morte (WEISS, 2008; LUZ et al, 2010).

Embora Aids tenha sido descrita pela ciência na década de 80, estima-se que seu agente etiológico o vírus HIV esteja em contato com os seres humanos há 100 anos. No entanto as características das vias de transmissão (relação sexual, transmissão sanguínea, perinatal e ocupacional) ressaltam a influência das condutas das pessoas na propagação da doença (NATIVIDADE; CAMARGO, 2011).

Dessa forma a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é uma doença infectocontagiosa, que atinge e debilita o sistema imunológico do indivíduo, pois afeta lentamente os linfócitos T – células diretamente envolvidas na defesa do organismo, podendo chegar a destruí-lo. A doença é caracterizada por perda de peso acentuada, astenia e pela suscetibilidade a infecções (ANDRADE, 2007).

A Aids foi inicialmente reconhecida nos Estados Unidos e assinalada oficialmente pelo CDC (Centers for Disease Control), embora a maior parte dos cientistas afirmem que o vírus teve origem na África, provavelmente decorrente de transmissão cruzada entre as espécies. Para o homem a transmissão pode ter ocorrido através de mordidas, escoriações ou qualquer contato com sangue contaminado (RODRIGUES; RODRIGUES; FREITAS, 2004).

Em relação ao Brasil, a epidemia de Aids, teve início nos anos 80 em São Paulo. Inicialmente, mostrou-se como uma epidemia “concentrada”, estabelecendo um percentual de prevalência da infecção na população geral em níveis menores do que 1%, já nos subgrupos populacionais como os homossexuais e usuários de drogas níveis maiores de infecção pelo HIV, sendo estes os mais atingidos e infectados precocemente, no início da epidemia (BARBOSA JUNIOR, 2009).

Na América Latina, um terço dos indivíduos contaminados pelo HIV vivem no Brasil. Do total 67,8% dos casos notificados são encontrados no Sudeste do país. Nos casos em que 90% das pessoas que vivem cinco anos após descobrirem que estão infectadas, o Sul lidera com o número de mortes (8.7/100, 000 habitantes). Nesse ínterim, com relação às demais regiões há uma tendência crescente de casos, como no Norte (16.103) e Nordeste (53.089), e de estabilização no Sul (89.250), Sudeste (289.074), e Centro-Oeste (26.757) (CARDOSO et al, 2011).

Entretanto, apenas em 1990 foi traçado o perfil epidemiológico da doença no Brasil, onde estudos demonstraram a tendência da epidemia de interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização. Todavia, a incidência parece ter se estabilizado, sendo, portanto, na faixa de 19 casos para cada 100 mil habitantes, de maneira que entre 2002 e 2006 foram registrados 186.283 casos da doença no país (REGO et al, 2011).

No contexto da tendência da epidemia da Aids é notável o impacto desta sobre a população. Dessa forma quando nos referimos a vigilância epidemiológica da doença, ainda verifica-se fragilidades, considerando que a mesma tem o papel no acompanhamento da evolução temporal e espacial desta morbidade, afim de orientar as ações de prevenção, promoção, controle e diminuição dos casos subnotificados.

Todavia, ainda é muito frequente a falta de notificação dos casos de Aids nos vários níveis de sistema de Saúde do Brasil, o quê gera a falta de dados fidedignos em relação ao perfil de morbi-mortalidade das doenças. Em meio à escassez dos dados encontram-se profissionais despreparados, atendimento frequentemente inadequado, o preconceito contra os portadores e sua conseqüente exposição a situações de constrangimento.

Nesse contexto, cada vez mais é necessário à intensificação na busca ativa de casos, devido a sua relevância, bem como, os agravos que esta epidemia pode levar, sendo considerada, portanto, como um problema de saúde pública.

Dessa forma, diante do atual quadro epidemiológico da doença no mundo e no Brasil, percebeu-se a necessidade de estudos mais abrangentes na Paraíba, acerca da evolução epidemiológica dos indivíduos portadores de Aids no estado da Paraíba, no período de 2010 a 2011. Tentando-se:

- Investigar o número de casos de Aids notificados no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011;
- Caracterizar a distribuição dos casos e suas manifestações, por macrorregião no estado, de acordo com o sexo, a faixa etária, o grau de instrução, a forma de transmissão, o município dos indivíduos acometidos e o ano referencial para os dados;
- Determinar a frequência dos métodos de definição de casos de Aids;
- Identificar as manifestações mais evidentes de acordo com o critério CDC Adaptado nos indivíduos portadores de síndrome;
- Conhecer a evolução dos casos de Aids nos indivíduos acometidos no período supracitado.



2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HIV

A Aids é uma síndrome causada pelo vírus HIV, que debilita o sistema imunológico do indivíduo, comprometendo lentamente os linfócitos T, células envolvidas na defesa do organismo debilitando e deixando-o incapacitado de se defender, podendo chegar a destruí-lo. A doença é caracterizada por perda de peso acentuada, astenia e pela suscetibilidade a infecções oportunistas (ANDRADE et al, 2007; BRITO, 2011).

Esta patologia teve início na África há mais de 40 anos, e ao alcançar pessoas consideradas do primeiro mundo, no final da década de 70 e início dos anos 80 ganhou notoriedade. Acometia inicialmente a população entre a faixa etária de 20 a 45 anos, considerados pertencentes aos grupos de risco (homossexuais, haitianos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis), dessa forma contribuindo para o aumento do preconceito em relação às pessoas infectadas (DAVID et al, 2009).

Em 1981, a epidemia foi oficialmente assinalada pelo CDC (Centers for DiseaseControl), órgão público situado nos EUA. Este fato ocorreu após a identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino com comprometimento do sistema imune, levando à conclusão de que se tratava de uma nova doença (RACHID et al, 2008; SMELTZER, 2009).

Neste mesmo ano foi noticiada o primeiro registro sobre a Aids no Brasil com o título “Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA”, esta descrevia sobre a formação de um grupo de pesquisa, que tinha o objetivo de pesquisar casos de câncer que estava ocorrendo em gays nos Estados Unidos, onde despertou interesse, pois o tipo de câncer denominado síndrome de Kaposi atingia mais pessoas acima dos 50 anos e estava incidindo em homens jovens (VITIELLO, 2009).

Em 1983 foi descoberto o primeiro caso de Aids no Brasil, em um indivíduo portador de Sarcoma de Kaposi embora em outros estudos, puderam-se identificar casos anteriores em 1980 e 1982. A partir de então se disseminou nas várias regiões do Brasil, sofrendo também grandes mudanças no seu perfil epidemiológico, tendo destaque o crescimento da prevalência em mulheres (PEREIRA et al,2011).

No início do seu surgimento a epidemia da Aids no Brasil restringia-se, as grandes metrópoles como São Paulo e Rio de Janeiro, estendendo-se posteriormente, por todo o país, atingindo dessa forma os municípios menores. Em virtude das diferenças socioeconômicas de

cada região brasileira, a epidemia da Aids apresenta um perfil multifacetado conhecido atualmente no Brasil (PEREIRA et al,2011).

Em 1983 foi notificado o primeiro caso de Aids no sexo feminino e em criança, onde obteve também o relato de caso de possível transmissão heterossexual. Em relação à transmissão vertical onde o vírus é transmitido da mãe soropositiva para o filho, o primeiro caso foi identificado em 1985. (BRASIL, 2011)

Já no estado da Paraíba o primeiro caso de Aids foi notificado em 1985 e até junho de 2008 foram notificados 2.985 casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Em 2006 a taxa de incidência de Aids no estado foi de 8,4 casos por mil habitantes. Tendo ao longo da sua série histórica, a maior taxa de incidência observada em 2004 com 9,2 casos por mil habitantes. (BRASIL, 2009)

2.2 ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Desde o início do seu reconhecimento, o HIV se espalhou globalmente. Estima-se que 25 milhões de pessoas morreram, e cerca de 33,2 milhões de pessoas vivem atualmente com HIV / Aids e uma estimativa de 22,1 milhões morrerão de doenças relacionadas ao vírus. Nos países mais desenvolvidos, a maioria da América Latina, Ásia, África Norte e do Oriente Médio, a infecção está concentrada em determinadas regiões e entre grupos populacionais específicos. Estes são, muitas vezes, consideradas populações socialmente e politicamente separadas da sociedade (SMIT, 2010; CARDOSO, 2011).

No Brasil existem mais de 545.000 casos de Aids entre 15 a 49 anos de idade, concentrados especialmente no sudeste do país, fato este se justifica por abranger grandes centros como Rio de Janeiro e São Paulo. No final de 2008 os estados do sudeste como Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, relataram pelo menos 323 mil casos diagnosticados Aids (59,3% de todos os casos do país), com cerca de 19,2 casos por 100.000 habitantes (RISTIC et al, 2011).

Sobre esta perspectiva, tendo por base dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a epidemia de Aids no Brasil é concentrada, apresentando taxa de prevalência da infecção pelo HIV menos que 1% em parturientes residentes em áreas urbanas e maior que 5% em subgrupos populacionais sob maior risco de infecção pelo HIV(SZWARCWALD, 2008; BARBOSA JUNIOR, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Estudos avaliaram a prevalência de HIV de 5,9% entre usuários de drogas ilícitas, de 12,6% entre HSH e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo, sendo estes de maior risco de infecção. No entanto o elevado índice de casos nessa população mostra a importância das formas de exposição na dinâmica da epidemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em relação ao vírus, segundo David (2009), Peixoto (2004) o HIV é um retrovírus pertencente ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos, foi isolado na França por Barre Sinoussi e Cols em 1983. Foram descritos dois tipos de retrovírus causadores da Aids, o HIV -1 e HIV-2 mais endêmico na África, estes utilizam para se reproduzirem a enzima denominada transcriptase reversa responsável pela transcrição do RNA viral em DNA no citoplasma do linfócito parasitado, sendo o HIV-1 mais frequente. O HIV parasita preferencialmente os linfócitos T CD4 que estão envolvidos diretamente na defesa do organismo.

Com relação ao genoma viral do HIV-1 Veloso et al (2010) afirma que:

O genoma do HIV-1 tem 9,8 Kb de extensão e, além dos genes estruturais gag, pol, env, comuns a todos os retrovírus, o HIV-1 possui ainda os genes regulatórios tat, rev, essenciais para a replicação do vírus. Possui também os genes acessórios, vif, vpr, vpx, vif, com suas sequências intercaladas dentro de outros genes do HIV.

O ciclo de vida do HIV consiste em inúmeras etapas. Inicialmente a glicoproteína GP120 e a GP41 do HIV se prende à superfície da célula CD4 não infectada e fundem-se com as membranas celulares, em seguida o conteúdo do núcleo viral esvazia-se na célula hospedeira, posteriormente a transcriptase reversa copia o material genético viral a partir do RNA em um DNA de filamento duplo, este junta-se ao DNA celular pela ação da enzima integrase, usando o DNA integrado como uma fotocópia, as células produzem novas proteínas virais e RNA viral, a protease do HIV cliva as novas proteínas juntam-se ao RNA viral e formam novas partículas virais, por fim, as novas partículas virais brotam da célula e iniciam o processo em outras células (SMELTZER, 2009).

Ser infectado pelo vírus HIV representa um aumento na susceptibilidade, mais não significa dizer que o indivíduo esteja com Aids, tendo em vista de que esta é a síndrome provocada pelo vírus. O vírus pode permanecer no organismo da pessoa até 10 anos sem manifestar qualquer sintoma. Porém, o portador do vírus pode, involuntariamente, contaminar outras pessoas, mesmo que não esteja manifestando os sintomas da Aids (BRASIL, 2010).

Suas principais formas de transmissão são: a sexual sendo a principal forma no Brasil e no Mundo onde a transmissão heterossexual é considerada pela OMS como a mais frequente do ponto de vista global; a transmissão sanguínea por meio de transfusão de sangue e derivados e uso de drogas injetáveis associados ao compartilhamento de seringas e agulhas; a transmissão perinatal onde o vírus pode ser transmitido durante a gestação, o parto ou durante a amamentação, a transmissão ocupacional. A contaminação através da transfusão sanguínea tem apresentado menos importância em países que adotaram medidas de controle de qualidade do sangue utilizado, como é o caso do Brasil (BRASIL, 2006; PEREIRA et al, 2010; VIEIRA et al , 2011).

Com relação às manifestações clínicas da infecção pelo HIV, quando ocorre à infecção pelo vírus o sistema imunológico começa a ser atacado iniciando assim a primeira fase da doença denominada de infecção aguda. Esse período varia de 3 a 6 semanas e os primeiros sintomas incluem febre e mal-estar. A próxima fase é marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus, esta denominada de período assintomático. Com o frequente ataque o número de células TCD4 diminuem gradativamente dando início a fase sintomática caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4, incluindo sintomas como febre, diarreia, sudoreses noturnas e emagrecimento, caracterizando a Aids (BRASIL, 2011).

Como o HIV ataca preferencialmente células de defesa do hospedeiro, este fica com seu sistema imunológico deficiente ficando assim exposto a uma variedade de outras infecções e doenças reconhecidas como doenças/infecções oportunistas que recebem esse nome por se desenvolvem em decorrência de uma alteração imunitária do hospedeiro. Como as principais infecções oportunistas associadas a Aids temos herpes simples, tuberculose, toxoplasmose, pneumonias salmonelose, isosporidiose intestinal crônica, criptococose extrapulmonar, a criptosporidiose intestinal crônica, dentre outras (CASTILHO et al, 2010).

2.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA DA AIDS

A Vigilância Epidemiológica foi consolidada internacionalmente a partir de 1960 e compreendida como o conhecimento da história natural da doença. No que se refere ao Brasil o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi assinalado na V Conferência Nacional de Saúde e suas ações regulamentadas em 1976 para todo país. Sendo então destinada para o

conhecimento de informações sobre o comportamento ou a história natural das doenças transmissíveis com o objetivo de adotar medidas indicadas e eficientes que levem a prevenção e ao controle destas (SANTOS et al, 2008).

A Vigilância Epidemiológica da Aids é efetuada através do SINAN, tendo por objetivo gerar as informações referentes à investigação de casos de doenças consideradas de notificação compulsória em todo território nacional. O SINAN é consolidado a partir das Secretarias Municipais de Saúde ou pelas unidades de saúde. A coleta dos dados ocorre por meio do preenchimento da ficha de notificação de casos confirmados de Aids de acordo com os Critérios de Definição de Casos de AIDS em adultos e crianças, adotados no país desde 2004 (RIQUE; SILVA, 2011).

Corroborando com o autor mencionado acima, essa vigilância no Brasil tem como foco acompanhar a tendência temporal e espacial da doença, as infecções e os comportamentos de risco, orientando dessa forma ações de prevenção e controle, efetuando suas atividades de acordo com a notificação universal dos casos de Aids. Esta quando efetuada corretamente e com base na história natural da infecção, permite acompanhar, retrospectivamente, o comportamento da epidemia (GONÇALVES et al, 2008).

Todavia o atraso nos sistemas de informação torna-se um dos grandes problemas a ser enfrentado. Ademais tem-se a subnotificação quando um caso não é notificado ao sistema de informação ou ocorre fora do período estabelecido, levando a dados não fidedignos. Gerando avaliações equivocadas da intensidade epidemiológica das doenças, comprometendo assim medidas de intervenções em tempo cabível (CIRÍACO, 2010; CARVALHO et al, 2011).

2.4 DIAGNÓSTICO

Para realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV leva-se em consideração alguns fatores como, durante o primeiro estágio da infecção, o paciente pode não apresentar sintomas ou pode exibir vários sinais e sintomas, a história do paciente deve alertar o profissional da saúde sobre as necessidades de triagem para o HIV com base na história atual dos indivíduos, analisando os riscos para contaminação pelo vírus (SMELTZER, 2009).

O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV segundo a OMS e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) é prioridade para o controle da epidemia no mundo inteiro. De acordo com ambas apenas 0,2% dos adultos em países de baixa e média

renda tinham sido testados para o HIV e 90% dos indivíduos que necessitam do teste falta acesso a serviços especializados (GRANGEIRO et al, 2009).

Em 1985 o teste de HIV teve início no Brasil, mesmo ano em que a Food and Drug Administration EUA (FDA) obteve os primeiros kits de diagnóstico. A partir de então, 28,1% da população brasileira entre 15-54 anos de idade obtiveram acesso a um teste de HIV. Entre os indivíduos que tem maior proporção testada para a infecção pelo HIV no Brasil encontram-se as mulheres (35%), os indivíduos com baixa escolaridade (38,5%), e os moradores que tem acesso a melhores condições socioeconômicos e a serviços de saúde (34,9%), enquanto é baixa (9,2%) a proporção de indivíduos que se submetem ao teste para esclarecer uma situação de risco (GRANGEIRO et al, 2009).

No Brasil o diagnóstico da infecção pelo HIV é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA através de exames laboratoriais e os testes rápidos, ambos feitos a partir da coleta de sangue que detectam os anticorpos contra o HIV em até 30 minutos (BRASIL, 2011).

Estes centros foram criados com o objetivo de expandir a oferta de diagnóstico para as populações e regiões com maior incidência de HIV. Constituídos para promover acesso gratuito, voluntariedade, confidencialidade, anonimato, e rapidez no fornecimento de testes de HIV (GRANGEIRO et al, 2009).

A investigação laboratorial da infecção é feita por meio de exames de sorologia, com o objetivo de detectar a presença de anticorpos anti-HIV. O teste sorológico mais comumente utilizado é o EIA (imunoensaio enzimático), referido originalmente como teste ELISA (ensaio imunoabsorvente ligado à enzima) altamente sensível e específico para identificar anticorpos contra o HIV. Quando este é reativo, deve ser complementado pelo exame adicional ensaio Western blot ou teste de anticorpo fluorescente indireto (IFA) usado para confirmar a soropositividade (CHIN, 2002).

O teste de HIV identifica a presença de anticorpos, moléculas produzidas pelo organismo do hospedeiro após a infecção pelo vírus, quem tem como objetivo atuar contra o HIV em um período de 3 há 12 semanas após a infecção. O tempo compreendido entre a infecção e o início da produção de anticorpos é denominado “período de janela”. Durante este período o teste de HIV pode dar negativo apesar da presença do HIV no corpo (ONUSIDA, 2008).

Ainda como exemplo de teste para detectar o HIV, encontra-se os testes rápidos que fornecem resultados em poucos minutos. Estes não requerem coleta de sangue via endovenosa, sendo necessária apenas a coleta de duas gotas de sangue. Através da testagem

rápida o tempo de espera é menor, tornando-se eficaz nos casos em que ocorreram acidentes de trabalho e para mulheres em trabalho de parto que não tem conhecimento sobre sua condição sorológica. A testagem rápida também contribui para a determinação precoce da conduta terapêutica em profissionais acidentados, bem como aumentando a eficácia de estratégias de testagem (DIAS et al, 2007).

No tocante ao diagnóstico de pessoas maiores de dois anos de idade os testes de sorologias são os mais utilizados e para crianças menores de dois anos é recomendável a quantificação do RNA viral. Para a complementação da avaliação diagnóstica outros exames laboratoriais também podem ser utilizados, a exemplo podemos citar a contagem de linfócitos CD4 e CD8 e a carga viral. Para o diagnóstico da doença além dos testes laboratoriais, utiliza-se a definição do Ministério da Saúde de caso de Aids que tem por base evidências laboratoriais e presença de sinais de doenças indicativas de Aids (DAVID et al, 2009).

2.5 DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS

Definir um caso de Aids é considerado de suma importância para o monitoramento da epidemia. Inicialmente o CDC foi o primeiro órgão a publicar sobre a definição de um caso de Aids. Para a definição de caso de Aids no Brasil utiliza-se uma classificação própria, que combina uma avaliação do quadro clínico, presença ou não de doenças definidoras de Aids, e condições imunológicas. (CAMPOS, 2009)

Em 1987 foi adotada pelo Ministério da Saúde a primeira definição de caso de AIDS no Brasil, sendo restrita aos indivíduos com quinze anos de idade e mais. Essa primeira definição brasileira foi elaborada em 1985 pelos CDC denominando-se de Critério CDC Modificado, baseando-se na evidência laboratorial de infecção pelo HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência utilizando-se métodos diagnósticos definitivos. Desde então, a definição de caso de Aids em adultos no Brasil passou por sucessivas revisões tendo como objetivo principal a adequação dos critérios às condições diagnósticas laboratoriais e ao perfil de morbidade do País. (BRASIL, 2004)

Atualmente são utilizados para a definição de caso de Aids no Brasil em indivíduos de 13 anos ou mais três critérios: o critério CDC adaptado em que ocorra existência de dois testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV mais evidência de imunodeficiência com diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de aids

e/ou contagem de linfócitos T CD⁴+<350 células/mm³e/ou critério rio de janeiro/caracas existência de dois testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV mais somatório de pelo menos dez pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças ou critério excepcional óbito menção a Aids (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito (DO) mais investigação epidemiológica inconclusiva ou menção a infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV mais investigação epidemiológica inconclusiva.(BRASIL, 2009)

2.6 TRATAMENTO

Entre as estratégias de enfrentamento a epidemia de Aids no Brasil, encontra-se a política de distribuição universal e gratuita dos medicamentos antirretrovirais (ARV) aos indivíduos que necessitam do tratamento. Há evidências dos efeitos positivos dessa política, como diminuição das internações hospitalares e redução da incidência de infecções oportunistas e da transmissão vertical do HIV e redução da mortalidade (SEIDL, 2007; POLEJACK, 2010).

Para o tratamento da Aids, desde meados dos anos 80, têm sido utilizados os ARV. Inicialmente os primeiros medicamentos proporcionaram benefícios temporários e baixo efeito sobre a redução da carga viral, este fato se dá em razão da baixa eficácia na recuperação da capacidade imunológica. A partir de 1996, com a descoberta de novas classes de ARV, foi possível alcançar, mediante a terapia combinada (*Highly Active Antiretroviral Therapy*– HAART) bons resultados no tratamento da Aids, aumentando a expectativa de vida das pessoas que vivem com o HIV uma vez que está suprimida de forma sustentada a replicação viral (SEIDL, 2007).

Ainda sobre essa perspectiva o início da terapia com ARV requer prudência e consideração sobre as drogas a serem empregadas e o melhor momento para iniciar a terapia. Dessa forma para escolher o tratamento inicial tem-se por base determinados fatores que levam em consideração o custo benefício das drogas para o paciente. Aspectos como o quadro clínico, a potência das medicações, a possibilidade de sequenciar diferentes regimes, a falência decorrente de problemas com a adesão e os efeitos adversos a longo prazo, guiam a

escolha sobre quando e com que drogas iniciar o tratamento (CARACIOLO; SHIMMA, 2007).

A primeira droga desenvolvida para o tratamento da infecção pelo HIV no final dos anos 80 foi a zidovudina (AZT), tornando-se um dos fármacos mais antigos e consagrados no combate ao vírus. Foi produzida, inicialmente, pelo laboratório Glaxo Smith Kline sob o nome de Retrovir[®] e, ao lado de outros fármacos, tais como a estavudina, didanosina, lamivudina, abacavir, tenofovir constitui o grupo dos anti-retrovirais utilizados para o controle especial da doença (ALENCAR et al, 2004).

Atualmente foram aprovados quatro novos fármacos pelo órgão norte-americano de controle sobre produtos alimentícios e farmacêuticos, entre estes encontra-se a enfuvirtida, maraviroc, raltegravir e etravirina. Sendo os três primeiros inovações terapêuticas, portanto, os primeiros fármacos para alvos recentemente descobertos ou identificados. A etravirina é o quarto inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa (BRITO, 2011).

No transcorrer do tratamento é essencial o monitoramento laboratorial e para isso utilizam-se exames de contagem de linfócitos TCD4 e de quantificação da carga viral do HIV. A terapia é iniciada quando a contagem desses linfócitos estiver entre 200 a 350 células/mm³, ocorrendo ou não manifestações clínicas associadas ao vírus ou quando o indivíduo apresentar sintomas, independente do número de CD4⁺ ou da carga viral plasmática. Abaixo de 200 linfócitos/mm³, deve ser iniciada também a quimioprofilaxia para infecções oportunistas (VELOSO et al, 2010).

Ainda de acordo com autor citado acima a proliferação da terapia anti-retroviral em países ricos transformou a característica da infecção pelo HIV “de pena de morte para doença crônica”. Ao analisar a imunopatogênese da infecção, conclui-se que, com as drogas disponíveis atualmente, a erradicação do HIV ainda não é possível (VELOSO et al, 2010).

Apesar do acesso aos esquemas terapêuticos estarem mais fáceis, em decorrência da disponibilidade de combinações de medicamentos facilitando assim o uso, permanece vários desafios para a adesão ao tratamento, onde envolvem o paciente, profissionais da saúde, família e sociedade. É de fundamental importância considerar que o tratamento é para toda a vida, onde este pode ocasionar efeitos secundários para muitos pacientes, sendo necessário um acompanhamento especial para o usuário, com o objetivo de alcançar benefícios e que estes possam obter resultados positivos no portador do vírus HIV (POLEJACK, 2010).

Considerado o exposto pelo autor citado acima se encontra que a não adesão do portador ao tratamento tem sido os efeitos colaterais acarretados pelos fármacos. Dentre estes a intolerância gástrica é apresentada como um exemplo de efeitos imediatos caracterizados

por náuseas, vômitos e dor abdominal. Após o uso de inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) os eventos adversos mais observados são: astenia, cefaléia ou insônia. O AZT, um exemplo entre os ITRN, está associado com mielotoxicidade, principalmente anemia, pancitopenia e macrocitose (OLIVEIRA et al, 2011).

3. PERCUSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, quantitativo e com a análise estatística descritiva e inferencial, a partir dos dados secundários oriundos das fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/AIDS/PB) do Programa Estadual da Paraíba, referente aos indivíduos portadores de Aids, no período de 1 janeiro de 2010 a 31 dezembro de 2011.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de estudo abrangeu todas as fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-AIDS) do Programa Estadual da Paraíba (PE DST/AIDS), Brasil.

Como parte da estratégia para descentralização de suas ações visando à elaboração de um sistema regionalizado de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde dividiu o estado da Paraíba em quatro Macrorregiões de saúde, cada uma delas compostas por três Gerências Regionais de Saúde, totalizando 12 Gerências, a saber: João Pessoa, Guarabira, Campina Grande, Cuité, Monteiro, Patos, Piancó, Catolé do Rocha, Cajazeiras, Sousa, Princesa Isabel e Itabaiana (PARAÍBA, 2008).

Cada Macrorregião é composta por 3 regionais de saúde, totalizando 12 gerencias (núcleos ou regionais), o qual é formado por um determinado número de municípios que conformam a maior base territorial de planejamento da atenção à saúde, a partir das características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas, levando-se também em conta a oferta de serviços e as relações intermunicipais.

A figura 1 e o quadro 1 permitem a visualização dessas 12 Gerências Regionais de Saúde e seus respectivos municípios sede.

Figura 1: Mapa representativo da estratificação do estado da Paraíba em suas 12 Gerências Regionais de Saúde.



FONTE: www.saude.pb.gov.br/site/municipios/ppi.html

Quadro 1: Distribuição dos Núcleos Regionais de Saúde, Macrorregiões e quantitativo de Municípios.

Núcleos Regionais de Saúde	Macrorregião de Saúde	Total de Municípios
1ª João Pessoa	1ª	25
2ª Guarabira	1ª	26
3ª Campina Grande	2ª	42
4ª Cuité	2ª	12
5ª Monteiro	2ª	16
6ª Patos	3ª	24
7ª Fiancó	3ª	16
8ª Catolé do Rocha	3ª	10
9ª Cajazeiras	4ª	15
10ª Sousa	4ª	15
11ª Princesa Isabel	4ª	7
12ª Itabaiana	1ª	19

Fonte: www.saude.pb.gov.br/site/municipios/ppi.html

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão para a amostra foi determinado: idade mínima de 13 anos, paciente que preencheram os critérios de definição de caso de Aids adulto pela ficha de vigilância epidemiológica SINAN (ANEXO A) no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2011. Foram excluídas as fichas de portadores com idade inferior a 13 anos, fora do período investigado e aquelas em que o óbito ocorreu sem definição.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Fichas do SINAN-AIDS, provenientes do PE DST/AIDS, base de dados criada pelo Programa Nacional de AIDS por meio do Ministério da Saúde do Brasil.

3.5 ELENCO DE VARIÁVEIS

As variáveis contempladas no estudo estão caracterizadas no quadro 2.

Quadro 2 :Elenco de variáveis do estudo.

EVENTO	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Dependente AIDS/SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	Diagnóstico positivo para caso de Aids adulto
Ano	Período, em anos, relativo à coleta dos dados.	2010 á 2011.
Local de residência	Município onde reside	Município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência dentre os 223 municípios do estado da PB.
Macrorregional do Estado da Paraíba	Gerências regionais de saúde	I, II, III, IV, V, VI, VI, VII, IX, X, XI, XII.
Critérios de definição dos casos de AIDS	O sistema atribui à categoria de acordo com dados e hierarquia de outros campos	1. Critério CDC Adaptado. 2. Critérios de Definição Rio de Janeiro/Caracas.

	relacionados	3. Critério Excepcional de Óbito.
Manifestação clínica da AIDS	Manifestações incluídas no Critério CDC A daptado	Câncer cervical invasivo; Candidose de esôfago; Candidose de traqueia, brônquio ou pulmão, Citomegalovirose (exceto em fígado, baço e linfonodos); Criptococose (extrapulmonar); Cripotosporidiose crônica intestinal (1 mês ou mais de duração); Herpes simples: lesões ulceradas crônicas (1 mês ou mais de duração); Histoplasmose (disseminada); Isosporíase intestinal crônica (1 mês ou mais de duração); Leucoencefalopatia multifocal progressiva; linfoma não Hodgkin e outros linfomas; Linfoma Primário do cérebro; Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase; Pneumonia por Pneumocystis carinii; Retivação da doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite; Salmonelose (sepe recorrente não-tifóide); Toxoplasmose cerebral e Contagem de linfócitos TCD4+ menor que 350 cel/mm3.
Sexo	Condição ou característica biológica do indivíduo	Masculino Feminino
Faixa etária	Idade em anos	Grupos etários: 13-19; 20-29; 30-39; 40- 49; 50-59; ≥60.
Grau de Instrução	Nível de escolaridade do indivíduo	Analfabeto; Ensino fundamental; Ensino médio; Educação superior; Ignorado
Forma de transmissão	Provável modo de transmissão do HIV	Sexual; Sanguínea; Perinatal; Ignorado.
Evolução do caso	Acompanhamento do caso	Vivo; óbito por Aids; óbito por outras causas; Ignorado

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A partir dos dados contidos nas fichas foi construído um banco de dados, este submetido à análise de consistência (pré-teste com 20 fichas, para verificar a compreensão, a

adequação dos termos e o tempo necessário estimado). O banco de dados foi construído a partir da digitação do instrumento com prévia codificação no Excel e transferido para o Software SPSS, “StatisticalPackage for the Social Sciences”, for Windows - versão 18.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Efetuada a partir de técnicas descritivas (frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central e de dispersão) e analíticas, para obtenção das células estatísticas empregou-se o programa Software SPSS for Windows- versão 18.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foi obedecido a Resolução 196/96 do CNS/MS, fundamentada nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos, seja ela individual ou coletiva, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 2007). A coleta de dados foi iniciada após a assinatura da Carta de Anuência por parte da Coordenadora Estadual do Programa DST/AIDS/PB (Apêndice A) e mediante a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, de onde obteve-se parecer favorável, sob protocolo de número CAAE 0404.0.133.000-10.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo se destina a descrição dos resultados e discussões relativa à temática proposto pela pesquisa. Os dados foram obtidos a partir da ficha de notificação da Aids consolidados pelo SINAN, foram analisados os casos de Aids notificados no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2011. Os dados foram coletados a partir do SINAN /NET e tabulados através do TabNet que é um aplicativo desenvolvido pelo Datasus para a realização de tabulações na internet.

O Estado da Paraíba está localizado na região Nordeste do Brasil e dispõe de 56.584 km². Limita-se ao Norte com o Estado do Rio Grande do Norte, ao Sul, com Pernambuco, a Oeste com o Ceará e a Leste com o Oceano Atlântico. Possui uma população de 3.201.144 habitantes, dos quais 2.052.066 compõem a população urbana. Abrange 223 municípios, dos quais, 52 foram emancipados em 1996 (FAMUP, 2012).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR as macrorregiões do estado são respectivamente João Pessoa, Campina Grande, Patos e Souza. Cada macrorregião é composta por um determinado número de municípios a partir das suas características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas, considerando também a oferta de serviços e as relações intermunicipais (PARAÍBA, 2008).

Nesse ínterim a regionalização dos serviços de saúde se configura na divisão de um território/região em áreas menores, para melhorar a prestação de serviços à população e que políticas públicas possam atender as demandas sociais de acordo com as necessidades dos usuários, melhorando assim a funcionalidade dos serviços de saúde (JACOMETTI; SOUZA, 2010).

4.1 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA

Segundo a ONU no mundo foram registrados em 2011 2,5 milhões de novos casos e atualmente 34,2 milhões de pessoas são portadoras do vírus HIV (BRASIL, 2011). No Brasil de acordo com o último Boletim Epidemiológico (ano base 2010), foram notificados no Sinan 608.230 casos de Aids, acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) em homens e 210.538 (34,6%) em mulheres. Em 2009 a incidência de Aids no Brasil foi de 20,1 casos por 100.000 habitantes, já no ano de 2010 foram notificados 34.218 casos da doença e a taxa de incidência de Aids no Brasil foi de 17,9 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2011)

A epidemia da Aids no Brasil tem apontado consecutivas mudanças em seu perfil, referindo-a assim como um mosaico de epidemias regionais, demonstrando a expansão e a variedade sociodemográfica do país e a heterogeneidade regional (SANTOS; OLIVEIRA, 2009).

Analisando a epidemia por região, segundo o Boletim Epidemiológico, entre 1980 a junho de 2010 foram identificados 344.150 (58,0%) casos na região Sudeste, 115.598 (19,55) no Sul, 74,364 (12,5%) no Nordeste, 24.057 (5,7%) no Centro-Oeste e 24.745 (4,2%) na região Norte. Em 2010 na região do Nordeste foram identificados uma taxa de incidência de 6,9 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011).

No estado da Paraíba desde 1985 até junho de 2010 foram notificados 3.661 casos de Aids no SINAN. Em 2009, a taxa de incidência do estado foi de 11,8/100.000 habitantes (BRASIL, 2011).

No período de 2010 e 2011 de acordo com a pesquisa foram notificados um total de 739 casos de Aids, sendo respectivamente em 2010 346 (48%) casos e em 2011 encontra-se 393 (52%) casos notificados no SINAN, conforme representado no gráfico1 abaixo.

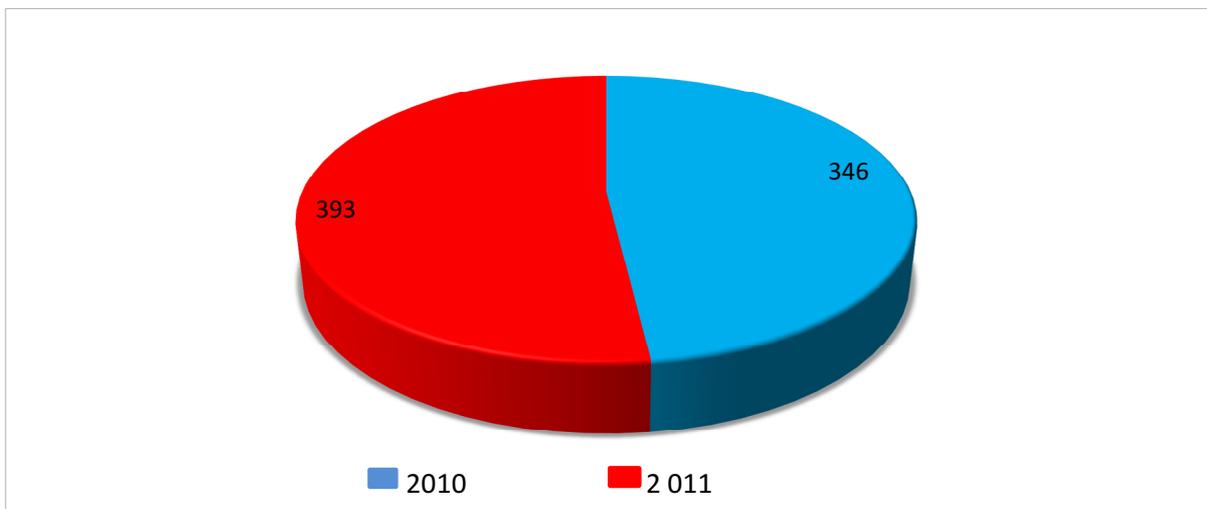


Gráfico 1: Distribuição de casos de Aids no Estado da Paraíba, no período de 2010 e 2011 – Cajazeiras, PB/2012.

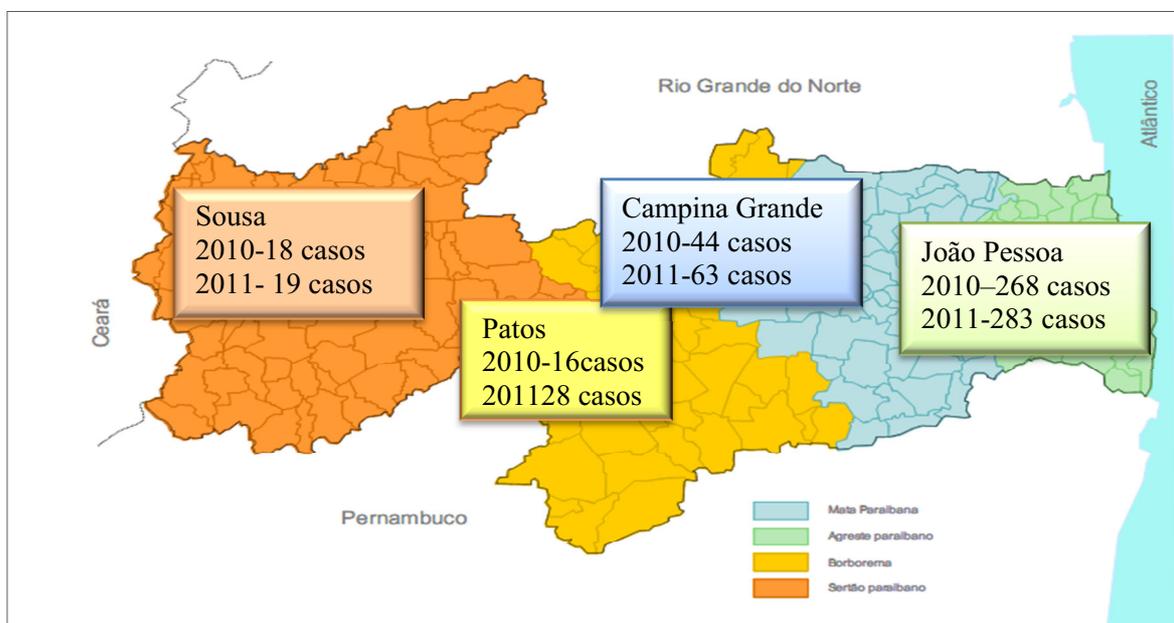
FONTE: SINAN/ AIDS/PB.

Dessa forma observa-se que ocorreu um aumento de casos notificados no estado no ano de 2011, o que se pode demonstrar uma provável aumento na busca ativa, identificando assim novos casos, possibilitando dessa forma a inicialização do tratamento precoce, bem como o acompanhamento dos indivíduos acometidos pela doença.

No entanto de acordo com as macrorregiões de saúde os casos de Aids esta distribuído conforme a figura 2, onde encontra-se respectivamente na primeira macrorregião João Pessoa

no ano de 2010 foram notificados 268 casos e no ano de 2011 aumentou para 283 casos, na segunda macrorregião Campina Grande em 2010 foram 44 casos notificados e 63 casos em 2011, em Patos terceira macrorregião no ano de 2010 haviam 16 casos e em 2011 passou para 28 casos notificados e na quarta macrorregião Souza em 2010, 18 casos e em 2011, 19 casos notificados.

Figura 2: Distribuição dos casos de Aids por macrorregião, no estado da Paraíba no período de 2010 e 2011. Cajazeiras-PB, 2012.



FONTE: SINAN/ AIDS/PB

Considerando que o Estado quanto à organização de saúde está dividido em doze Núcleos Regionais de Saúde, também distribuíram-se os casos notificados no período estudado por regional, bem como os municípios com maior número de notificações da epidemia. Nesse ínterim de acordo com os dados da tabela 01 vemos que o Primeiro Núcleo Regional de Saúde João Pessoa concentra o maior número de casos de Aids 477 representando (65%), fato este justifica-se por concentrar o maior número populacional do estado (1.272.256) habitantes.

Em seguida as quatro regionais que apresentaram maior número de casos de AIDS acumulados no período foram: o Terceiro Núcleo Regional de Saúde com 88 (12%) dos casos; o Segundo Núcleo Regional de Saúde com 40 (5%) dos casos; o Décimo Segundo

Núcleo Regional de Saúde com 34 (5%) dos casos: o Sexto Núcleo Regional de Saúde com 32 (4,3%) dos casos de Aids.

Tabela 01: Distribuição de casos por Núcleo Regional de Saúde e município com maior número de casos, no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011. Cajazeiras- PB, 2012.

REGIONAL	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS POR REGIONAL				MUNICÍPIO COM MAIS NOTIFICAÇÕES
	Nº DE MUNICÍPIOS		Nº DE CASOS		
	<i>fi</i>	<i>fr</i>	<i>Fi</i>	<i>fr</i>	
1 NRS	25	11	477	65	João Pessoa
2 NRS	25	11	40	5	Guarabira
3 NRS	42	19	88	12	Campina Grande
4 NRS	12	5	10	1	Picuí
5 NRS	16	7	9	1	Serra Branca
6 NRS	24	11	32	4,3	Patos
7 NRS	18	8	9	1,2	Coremas
8 NRS	10	5	8	1,1	São Bento
9 NRS	15	7	16	2,2	Cajazeiras
10 NRS	15	7	13	1,8	Sousa
11 NRS	7	3	3	0,4	Princesa Isabel, Juru e Imaculada.
12 NRS	14	6	34	5	Pedras de Fogo
TOTAL	223	100	739	100	-----

FONTE: SINAN/ AIDS/PB

Entre os municípios que apresentaram maior número de casos notificados da doença, encontra-se a cidade de João Pessoa, que lidera com 268 do total de contaminados. Podemos justificar este fato por João Pessoa possui maior número populacional e sediar um hospital de referência, o Clementino Flagra. As demais cidades que tiveram mais notificações foram, Campina Grande com 55 casos, Patos com 24 casos, Guarabira com 14 casos, Pedras de fogo 11 casos, Cajazeiras 9 casos, Sousa 11 casos, Picuí e Serra Branca ambos com 4 casos notificados.

Entretanto apesar da pesquisa apontar que a cidade de João Pessoa possui um maior numero de casos, o que nos chama atenção é o município de Pedras de Fogo com 11 casos da doença notificados no período de 2010 a 2011, chamando a atenção por ser uma cidade relativamente pequena com apenas 26.111 habitantes e, no entanto concentra mais casos do que outras cidades que possuem uma população maior como Cajazeiras e Sousa,

demonstrando assim o processo de interiorização da Aids no estado. Os dados expostos acima estão demonstrados no gráfico abaixo.

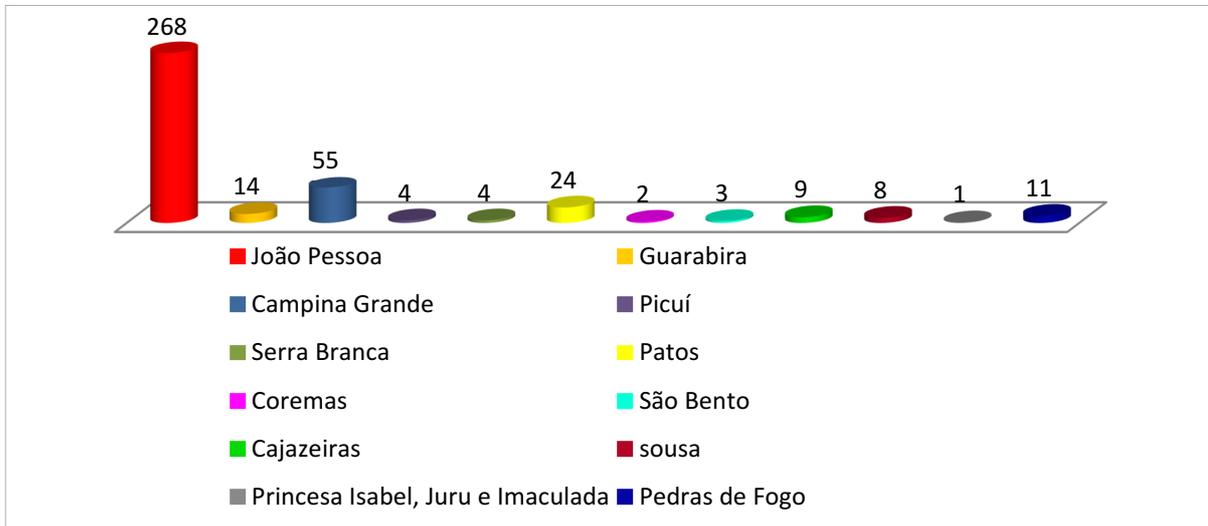


Gráfico 2: Municípios e número de casos notificados, no estado da Paraíba no ano de 2010 a 2011. Cajazeiras – PB, 2012.

FONTE: SINAN/ AIDS/PB

Dentre as mudanças ocorridas no perfil epidemiológico da Aids, podemos citar o processo de interiorização, ou seja, a disseminação da epidemia para os municípios distantes dos grandes centros metropolitanos, dessa forma alcançando as pessoas que vivem em áreas mais necessitadas de assistência à saúde (REIS et al, 2008).

Entretanto, observa-se que o estudo está em concordância com a pesquisa de Ferreira, et al (2008), onde analisa o perfil epidemiológico da Aids na Região da Associação de Municípios da Região Laguna (AMUREL) do ano de 1987 a 2006, onde embora as cidades com maior incidência da Aids ainda sejam as litorâneas as zonas rurais já apresentam valores significativos da doença.

Os resultados seguem a tendência dos resultados do último Boletim Epidemiológico da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do estado da Paraíba, onde alerta para a crescente interiorização da doença no Estado (BRASIL, 2011).

No entanto a evolução da epidemia da Aids no Brasil demonstra a propagação da doença entre as regiões deixando de ser concentrada nas grandes cidades para atingir os municípios menores (FERREIRA et al ,2008). Tornando este um fator preocupante que merece atenção dos serviços de saúde e da SES, para que haja intensificação das ações de prevenção e controle da infecção pelo HIV junto à população, na perspectiva de mudar em curto prazo a tendência atual do avanço da epidemia nesses municípios.

4.2 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE AIDS SEGUNDO O SEXO

Analisando o percurso epidemiológico da Aids no Brasil o que vem se observando é a inserção da figura feminina na caracterização da epidemia, de 1980 a junho de 2009 foram notificados 356.427(65,4%) de casos em homens e 188.396(34,6%) em mulheres. Em 1986, haviam 15 casos masculinos para um feminino, com o passar do tempo observa-se que a partir de 2002 vem ocorrendo um processo de estabilização dessa razão de sexo de 1,5 casos em homens para um caso em mulheres (REBELLO; GOMES; SOUZA, 2011).

Segundo o Boletim Epidemiológico ano base 2010, dos casos acumulados de Aids de 1980 a junho de 2011, 397.662(65,4%) casos eram do sexo masculino e 210.538 (34,6%) do sexo feminino. Em 1985, para cada 26 casos entre homens havia um caso entre mulher. Em 2010, essa relação é de 1,7 homens para cada caso em mulheres, demonstrando assim que a razão entre os sexos vem diminuindo (BRASIL, 2011).

No estado da Paraíba, de acordo com o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde relatório da situação da Paraíba, a razão de sexos em 1988 eram de oito homens para cada mulher e atualmente e de 1,8 homens para cada mulher, demonstrando, no entanto que a razão entre sexo no estado vem gradativamente diminuindo seguindo a tendência nacional da epidemia (BRASIL, 2011).

No entanto, estudos vêm demonstrando que à prática sexual que torna a mulher susceptível e de risco para a contaminação pelo HIV é predominantemente no âmbito de relacionamentos afetivos, na maioria das vezes parceiros fixos, enquanto que, em homens é mais frequente a contaminação através de relacionamentos com parceiras eventuais, sem afeto associado (SCANAVINO; ABDO, 2010).

Dessa forma em relação à distribuição de casos de Aids no período estudado segundo o sexo, a pesquisa aponta que a maior parte dos casos foram notificados no sexo masculino, entretanto observa-se também um gradativo aumento no sexo feminino. Conforme encontrado no gráfico 3.

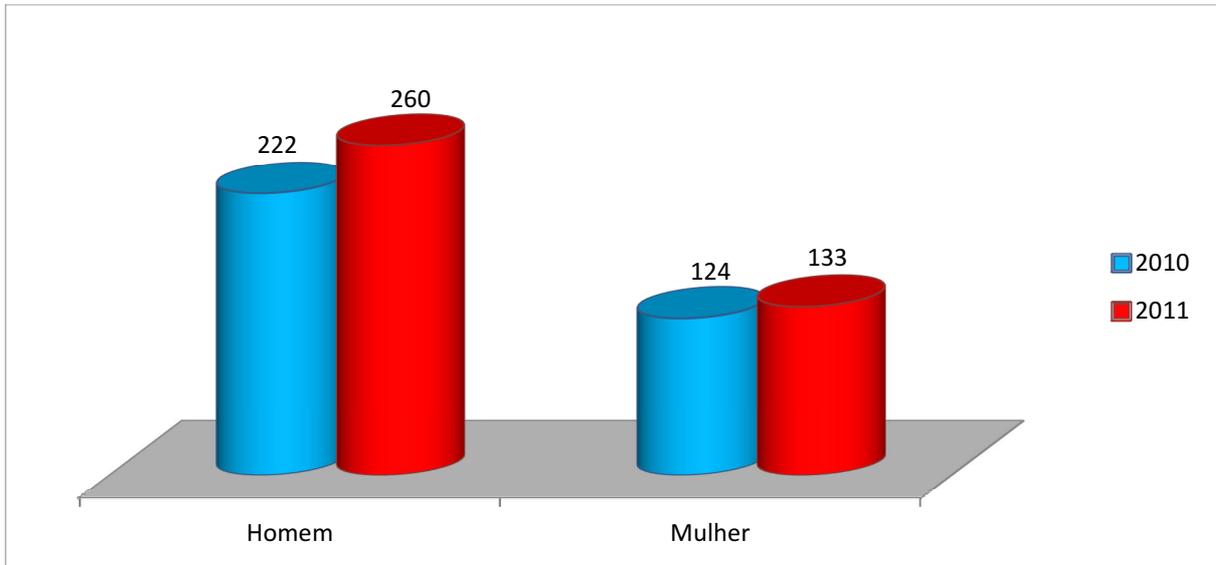


Gráfico 03: Distribuição dos casos de Aids segundo o sexo, no estado da Paraíba no período de 2010 e 2011. Cajazeiras, 2012.

FONTE: SINAN/ AIDS/PB

Os casos de Aids notificados segundo o sexo demonstram que no ano de 2010 foram notificados 346 casos de Aids sendo 222 (64%) na população masculina e 124 (35,8%) na população feminina. Já no período de 2011 a incidência de casos de Aids na população foi de 393 casos notificados dos quais 260 (66,2%) foram do sexo masculino e 133 (33,8%) do sexo feminino.

Observamos assim, que de acordo com os dados a epidemia da Aids no estado atinge mais pessoas do sexo masculino, embora, seja notável o crescente aumento na população feminina.

Outros trabalhos têm encontrado resultados semelhantes. Stephan, et al (2010) em seu estudo realizado em Campinas- SP encontrou predominância no sexo masculino (70,4%), não deixando de destacar também o relativo aumento da incidência entre as mulheres. Encontra-se semelhança também na pesquisa de Santos e Oliveira (2009), quando analisado o perfil de portadores de HIV/AIDS na região Noroeste do estado do Paraná, em que dos 241 casos analisados apontou que 63% eram do sexo masculino.

Alguns fatores parecem influenciar esse fenômeno, dentre eles podemos destacar questões culturais da masculinidade, onde muitos iniciam suas práticas sexuais mais precocemente e muitas vezes tem sua primeira relação com profissionais do sexo. Nesse sentido a cultura do homem nordestino contribui para que essa parcela da população se torne mais vulnerável a contrair a Aids, fato este pode ser atribuído à falta de informação sobre as formas de contaminação e prevenção da infecção. Ainda podemos destacar que grande parcela da população masculina atribui “o cuidado a saúde” as mulheres, isso impede, muitas vezes,

que jovens do sexo masculino assumam uma postura mais autônoma frente ao cuidado com seu corpo (SAMPAIO et al, 2011).

Na distribuição por sexo, apesar de no cômputo geral da epidemia predominarem casos no sexo masculino, o aumento da incidência no sexo feminino foi constante caracterizando dessa forma a feminização da Aids no estado. Segundo Konopk, et al (2010), a incidência e a prevalência da Aids em mulheres vêm aumentando cada vez mais, desde de 1980, quando menos de 10% dos indivíduos com Aids eram mulheres, nos dias atuais quase metade (44-47%) dos indivíduos portadores são do sexo feminino. Dessa forma vemos que a epidemia no estado segue a tendência nacional de feminização da Aids.

O início do surgimento da infecção pelo HIV/AIDS e sua trajetória estiveram de forma geral afastado das mulheres, contudo em pouco tempo a contaminação pelo HIV alcançou esta parcela da população, tanto no exterior como no Brasil. Dessa forma as mulheres constitui nos dias atuais uma população com altos índices de infecção, se tornando um desafio para o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (CAVARLHO; PICCININI, 2008).

É nesse contexto que o aumento da epidemia da Aids na população feminina pode ser concedido em grande parte ao seu comportamento sexual, dessa forma a dificuldade de negociação de praticas sexuais com seu parceiro, principalmente nas mulheres casadas, onde formam o grupo epidemiológico com maior aumento da incidência, contribui significativamente para o aumento de casos na população feminina. (CARNEIRO et al, 2009)

Na condição da infecção pelo HIV, existem particularidades específicas da mulher que a diferem do homem, como exemplo os fatores biológicos e sociais que a tornam mais susceptíveis a infecção e o desenvolvimento da doença. Entre estes destacam-se as diferenças anatômicas, a maior concentração do vírus no sêmen do que na mucosa vaginal, bem como a sua condição para adquirir doenças sexualmente transmissíveis (ABDALLA; NICHATA, 2008).

4.3 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE AIDS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

Com relação a faixa etária da Aids no Brasil segundo o Boletim Epidemiológico (2011) a maior proporção de casos notificados encontram-se entre 40 e 49 anos de idade, também que, no ano de 2010, a faixa etária que exhibe a maior taxa de incidência do país é a de

35 a 39 anos de idade, não deixando de ressaltar que entre 1998 e 2010 ocorreu um aumento de casos de aids entre 05 a 12, de 50 a 59, e de 60 anos e mais.

Segundo Oliveira et al (2009) no ano de 1980 e 1990 a faixa etária dominante em todo o país foi de 30 a 39 anos, seguida de jovens e adolescentes. Até junho de 2007 o SINAN notificou uma redução significativa de casos entre jovens e adolescentes, e a idade predominante continua sendo a de 30 a 39 anos.

No Estado da Paraíba em sua capital João Pessoa no estudo realizado por Sousa, et al (2008) a faixa etária predominante foi a composta por indivíduos com idade entre os 30 e 35 anos, totalizando 51 (31,9%) pacientes, seguida da 36 e 41 anos, representando 45 (28,1%) indivíduos; apenas oito (5%) pacientes possuíam idades entre 54 e 59 anos. Não sendo registrados pacientes com idades inferiores a 30 ou superiores a 59 anos. Nesse interim observamos no gráfico 04 a distribuição de casos notificados no estado no período de 2010 a 2011 segundo a faixa etária correspondente.

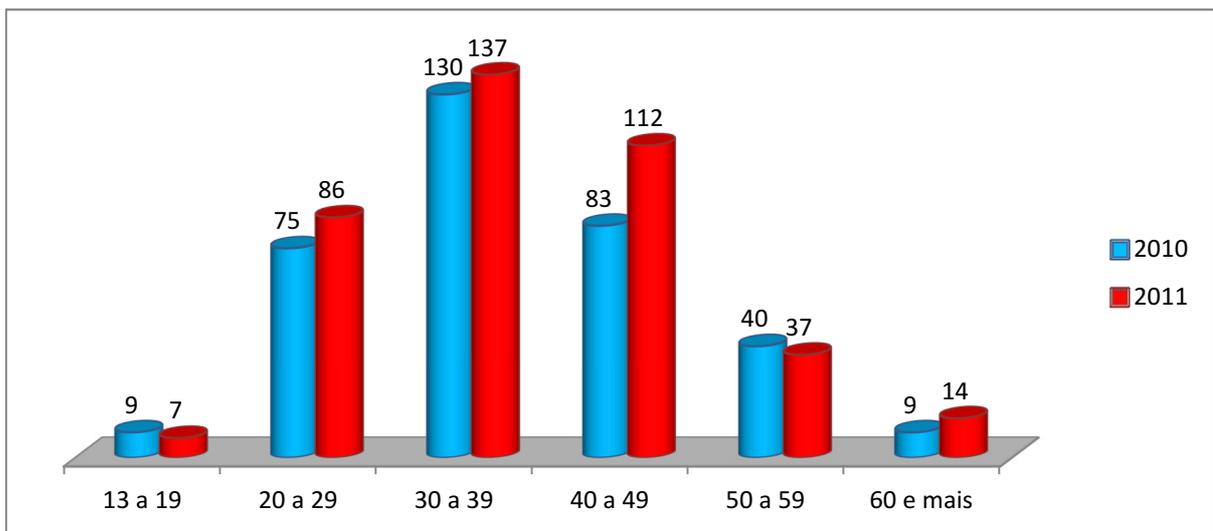


Gráfico 04: Distribuição de casos segundo a faixa etária, no estado da Paraíba no período de 2010 e 2011. Cajazeiras –PB, 2012.

FONTE: SINAN/AIDS/PB

Dessa forma podemos visualizar que no ano de 2010 tivemos 09 casos na faixa etária de 13 a 19 anos (3%), 75 (22%) entre 20 a 29 anos, 130 (38%) entre 30 e 39 anos, 83 (24%) entre 40 a 49 anos, 40 (11%) entre 50 a 59 anos e 9 (3%) de casos entre indivíduos que possuem 60 anos ou mais. Já em 2011 vemos que entre 13 e 19 anos foram notificados 07 (2%) casos, 86 (22%) entre 20 a 29 anos, 137 (35%) entre 30 a 39 anos, 112 (28%) entre 40 a 49 anos, 37 (9%) entre 50 a 59 anos e 14 (4%) com 60 anos ou mais.

Observa-se então que a idade predominante da Aids no período analisado foi de 30 a 39 anos de idade, seguida pela faixa etária de 40 a 49 anos de idade. No entanto vemos que a

Aids no estado predomina entre jovens e adultos jovens. Os resultados estão semelhantes ao encontrados no estudo de Gabriel, et al (2005) em que a faixa etária predominante foi a de 30 a 39 anos com 48,2% nos homens e 44,5% nas mulheres. Encontra-se predominância da população adulto jovem com idade entre 25 a 49 anos no estudo de Santos e Oliveira (2009) em que 80% dos casos se encontravam nessa faixa etária.

Resultados semelhantes também podem ser encontrados no estudo de Silva, et al (2010), onde analisa a epidemia da aids no Brasil no período de 1980 a 2007, onde a predominância de casos entre a faixa etária de 20 a 49 anos de idade tanto em homens como em mulheres.

Vale ressaltar também que no ano de 2011 houve um aumento de casos nos indivíduos com 60 anos ou mais de idade. A incidência do HIV/AIDS nas pessoas idosas está em torno de 2,1 %, porém evidencia-se que esse grupo está se infectando cada vez mais. No entanto, é observado no mundo todo um aumento no número de idosos portadores de HIV, este fato pode ser justificado pela condição física e psicológica do idoso e do difícil e pouco acesso a um bom serviço de saúde (SOUSA; SUASSUNA; COSTA, 2006).

No entanto os resultados aqui encontrados são de bastante relevância, pois revela que Aids no Estado é uma doença predominante entre jovens e adultos jovens, atingindo assim um população economicamente ativa e muitas vezes responsável pelo sustento da família. Dessa forma vemos que se torna necessário melhores informações sobre as formas de prevenções, contaminações, desenvolvimento de políticas públicas que possam traçar estratégias para combater e reduzir a predominância da Aids nessa faixa etária, ressaltando também que esta parcela da população é tida como sexualmente ativa, no entanto o engajamento para diminuir esse índice de casos estará também prevenindo o acréscimo de casos através da transmissão perinatal.

4.4. DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE AIDS SEGUNDO GRAU DE ESCOLARIDADE

A categoria escolaridade tem sido útil para a avaliação da condição social dos indivíduos, apontando, entre outros aspectos, as diferenças com relação ao acesso às informações, recursos e serviços de saúde (RIQUE; SILVA, 2011).

Inicialmente a Aids atingia a população de maior condição sócio-econômicas, ou seja em pessoas que tinham um grau de escolaridade significativo, no entanto atualmente o maior

número de pessoas infectadas possuem menor escolaridade, caracterizando assim o processo de pauperização da Aids (PINTO et al, 2007).

Dentre os indicadores utilizados para mensurar o nível socioeconômico dos indivíduos, cita-se o grau de escolaridade. No gráfico 05 podemos observar o grau de escolaridade dos indivíduos acometidos pela Aids durante o período de 2010 e 2011.

Para tanto, nesse estudo seguindo a caracterização do trabalho de Sousa et al (2008) o qual encontramos os seguintes achados de acordo com o gráfico 05.

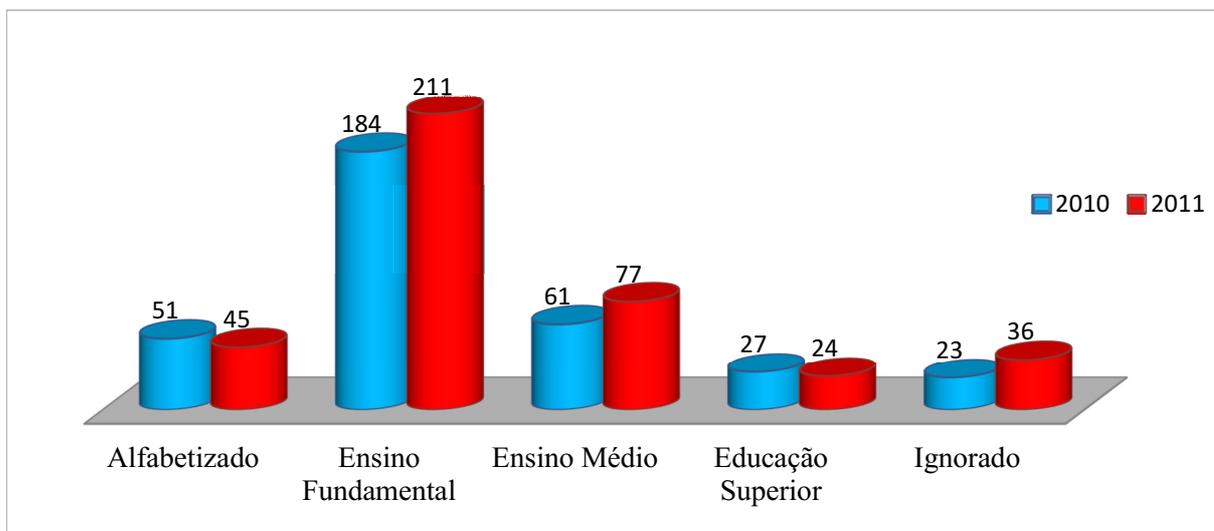


Gráfico 05: Distribuição de casos de AIDS segundo grau de escolaridade, no estado da Paraíba no período de 2010 e 2011. Cajazeiras-PB, 2012.

FONTE: SINAN/AIDS/PB.

Dessa forma observamos que no que se refere ao grau de instrução da população acometida por Aids no estado da Paraíba vemos que no ano de 2010, 51 (15%) indivíduos possuíam apenas a alfabetização, 184 (53%) o ensino fundamental, 61 (17%) o ensino médio, 27 (8%) a educação superior e 23(7%) casos a escolaridade foi ignorada. Já no ano de 2011 tivemos 45 (11%) indivíduos alfabetizados, 211 (53%) com o ensino fundamental, 77 (20%) o ensino médio, 24(6%) a educação superior e 36 (9%) casos em que a escolaridade foi ignorada, vale mencionar que a elevada proporção de dados ignorados limita a análise das informações.

Nesse contexto, vemos que a epidemia da Aids no estado atinge mais pessoas com baixo grau de escolaridade, ou seja, que possuem completo ou incompleto o ensino fundamental que compreende da 1ª a 8ª série, ratificando com outros estudos que tem demonstrado que a epidemia está mais incidente na população com baixo grau de instrução, observamos no trabalho de Souza Junior (2011) que 44% dos entrevistados não chegaram nem a completaram o ensino fundamental. Dessa mesma forma no estudo de Rego, et al

(2011) ocorreu prevalência de casos em indivíduos com baixa escolaridade 62 (60%) dos casos.

Ainda corroborando com a pesquisa, em sua investigação sobre a Ancestralidade Genômica, nível socioeconômico e vulnerabilidade ao HIV/Aids na Bahia, Sandes et al (2010) encontrou que 43,8% dos indivíduos estudados não haviam completado o ensino médio. Demonstrando, no entanto que o baixo nível de escolaridade e o pior nível socioeconômico têm sido uma tendência atual dos casos de Aids no Brasil.

A predominância da Aids na população com baixo grau de instrução justifica-se pelo fato da falta de informação sobre a infecção pelo HIV, suas formas de prevenção, transmissão, dificuldade ao acesso aos serviços de saúde, dentre outros, tornando essas pessoas mais vulneráveis a contrair a doença, caracterizando assim a pauperização da Aids.

O grau de instrução é utilizado para traçar o perfil dos indivíduos infectados, sendo também um fator importante, pois para a população que já se encontra em uma condição de risco o grau de escolaridade pode torná-las mais vulneráveis a contaminação, pois dificulta a compreensão das informações repassadas acerca das formas de prevenção da doença (SOUSA; DUARTE; COSTA, 2008).

4.5 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE AIDS SEGUNDO A CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO

No tocante a forma de transmissão atualmente vem se observando no Brasil a elevação dos casos heterossexuais, caracterizando assim a heterossexualização da Aids no país. No ano de 1996 o percentual de casos heterossexual em relação ao total de casos era de 22,5%, passando em 2005 para 44,2%. Dessa forma nesse mesmo ano a exposição heterossexual foi responsável por 94,5% dos casos em mulheres. No período de 2007 observou-se um maior percentual de casos por transmissão heterossexual na população feminina 96,9% dos casos, caracterizando a participação masculina na infecção pelo HIV (BRASIL 2009 *apud* REBELLO; GOMES; SOUZA, 2011).

É nesse contexto que podemos observar a distribuição de casos de Aids segundo a categoria de exposição no estado da Paraíba no período estudado.

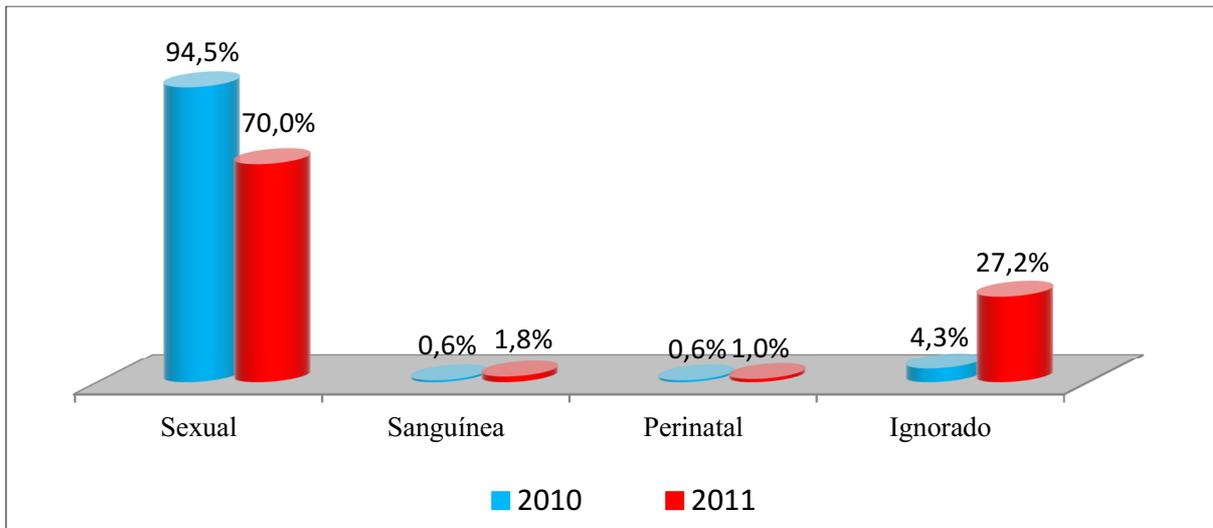


Gráfico 06: Distribuição de Casos de AIDS Segundo a Categoria de Exposição, no estado da Paraíba no período de 2010 e 2011. Cajazeiras-PB, 2012.

FONTE: SINAN/ AIDS/PB

Quanto à forma de exposição da população estudada ao vírus HIV vemos no ano de 2010 que 94,5% (327) casos foram transmitidos através da via sexual, 0,6% (2) por contato sanguíneo, 0,6% (2) por via perinatal e 4,3% (15) teve o campo de transmissão ignorado. Em 2011 observamos que 70% (275) foram contaminados pela via sexual, 1,8% (7) pela via sanguínea, 1% (4) por contato perinatal e 27,2% dos casos foram ignorados. Nesse contexto observa-se que no estado no período estudado a principal via de transmissão do vírus HIV se dá através da exposição sexual.

Podemos também observar o exposto no trabalho de Silva, et al (2010) onde em seu estudo a principal categoria de exposição observada no período estudado foi a via sexual (70,6%), seguida da sanguínea (29,4%), tanto em homens quanto em mulheres. Resultados semelhante encontra-se também no trabalho de Pereira, et al (2011) em que a principal forma de transmissão encontrada no Estado de Minas Gerais foi a sexual com 53,1% dos casos.

Para melhor exemplificar os dados no período de 2010 a 2011 dos 739 casos expomos que através da via sexual encontra-se a exposição heterossexual com 507 (68,6%) dos casos notificados, a exposição homossexual com 67 (16,5%) casos e a exposição bissexual com 28 (3,8%) casos notificados no período. Na exposição sanguínea encontramos uso de drogas injetáveis com 8 (1%) casos e acidente de trabalho com 1 (0,1%) caso notificado. E a exposição perinatal ou chamada transmissão vertical com 6 (1%) casos notificados.

Dessa forma observamos que a categoria de transmissão prevalente no estado no período estudado foi a através do contato heterossexual, seguida dos casos através do contato

homossexual e bissexual. Observamos também que a exposição sanguínea e perinatal de acordo com gráfico tiveram um pequeno aumento dos casos em relação a 2010.

O comportamento heterossexual também teve predominância no estudo de Barbosa Júnior (2009), onde foi analisado a tendência da epidemia de Aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, tendo uma predominância de 64,3% de exposição heterossexual. Nesse mesmo estudo, assim como no estado da Paraíba a exposição homossexual com 59,7% dos casos foram classificadas como um dos subgrupos sob maior risco de infecção.

Outras pesquisas também têm encontrado resultados semelhantes. Investigando o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de HIV/AIDS, residentes na região norte do Estado de Minas Gerais, Pereira, et al (2011) encontrou predominância do contato heterossexual (71,1%) do total investigado, seguido da relação homossexual (6,78%) e bissexual (3,93%). O aumento de casos transmitidos por contato heterossexual pode contribuir para a elevação da incidência entre a população feminina. Sendo este caracterizado como um fator importante no perfil do atual momento da epidemia no país (SILVA et al, 2010).

O aumento de casos perinatal pode ser justificado pelo conseqüente aumento dos casos na população feminina. Com a epidemia crescendo entre as mulheres, principalmente em idade reprodutiva, o número de casos pela transmissão perinatal também aumenta, aumentando dessa forma o número de crianças infectadas. (VIEIRA et al, 2011)

A transmissão perinatal e uma das principais formas de disseminação do vírus HIV na população infantil, podendo variar de 13 a 48%. É imprescindível uma melhor capacitação dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência a saúde da mulher em especial as grávidas, com o objetivo de alcançar melhores e eficazes condutas para a redução da transmissão perinatal (SILVA et al, 2010).

É importante destacar também o aumento de casos em que o campo de categoria de transmissão foi ignorado, apresentando assim uma subnotificação da categoria de exposição ao HIV. A quantidade de casos que foram ignorados no período estudado foi de 16% dos casos notificados, representando no ano de 2011 27,2 % dos casos.

A qualidade de um dado na notificação na Aids é verificada, sobretudo pela avaliação de completude e coerência das fichas de notificação. O adequado é que antes da digitação realize-se a crítica da ficha, para que os campos em branco, ignorados e as variáveis incompatíveis entre si, sejam identificados e retorne a unidade de saúde para correções. O comprometimento e até inviabilidade de análise dos indicadores, pode esta atribuído a não realização dessas correções.

Ainda que o trabalho não objetive avaliar a qualidade e a completude das fichas de notificação, diante dos resultados encontrados em algumas variáveis, achou-se pertinente tal abordagem em paralelo a discussão dos resultados, uma vez que o monitoramento e avaliação do programa de Aids dependem da qualidade dos dados coletados na notificação e acompanhamento dos casos, assim como do adequado processamento e consolidação dos mesmos. Esses registros permitem a construção de indicadores que devem ser os mais fidedignos possíveis para expressar a real situação da epidemia e dos acometidos tendo em vista que essas análises devem subsidiar ações da vigilância, o planejamento das ações de prevenção, o monitoramento e a avaliação de processos objetivando o controle e o combate da Aids (CRUZ; TOLEDO; SANTOS, 2003).

4.6 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE AIDS POR CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASOS DE AIDS.

Segundo o Ministério da Saúde um caso de Aids é um indivíduo que se enquadra nas seguintes definições: infecção avançada pelo HIV com repercussão no sistema de defesa, com ou sem ocorrência de sinais e sintomas causados pelo próprio HIV ou consequentes a doenças oportunistas (infecções e neoplasias) (BRASIL, 2005).

Sendo assim para definição de caso de Aids com fins epidemiológicos vários critérios foram sugeridos, inseridos e redefinidos. O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos da América no ano de 1982 estabeleceu a primeira definição de caso de Aids no mundo. Já no Brasil a primeira definição adotada pelo Ministério da Saúde foi em 1987, limitada aos indivíduos com quinze anos de idade e mais, sendo denominada de Critério CDC Modificado, fundamentava-se na evidência laboratorial de infecção pelo HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência utilizando-se métodos diagnósticos definitivos (BRASIL, 2004).

Depois de passar por sucessivas adaptações e modificações atualmente os critérios utilizados para definição de casos de Aids em adultos (treze anos de idade ou mais) no Brasil é o critério Rio de Janeiro/Caracas, o critério CDC Adaptado e critério Excepcional de Óbito (BRASIL, 2004).

Nesse contexto as definições de caso de Aids no estado da Paraíba no período de 2010 e 2011 estão descritas abaixo:

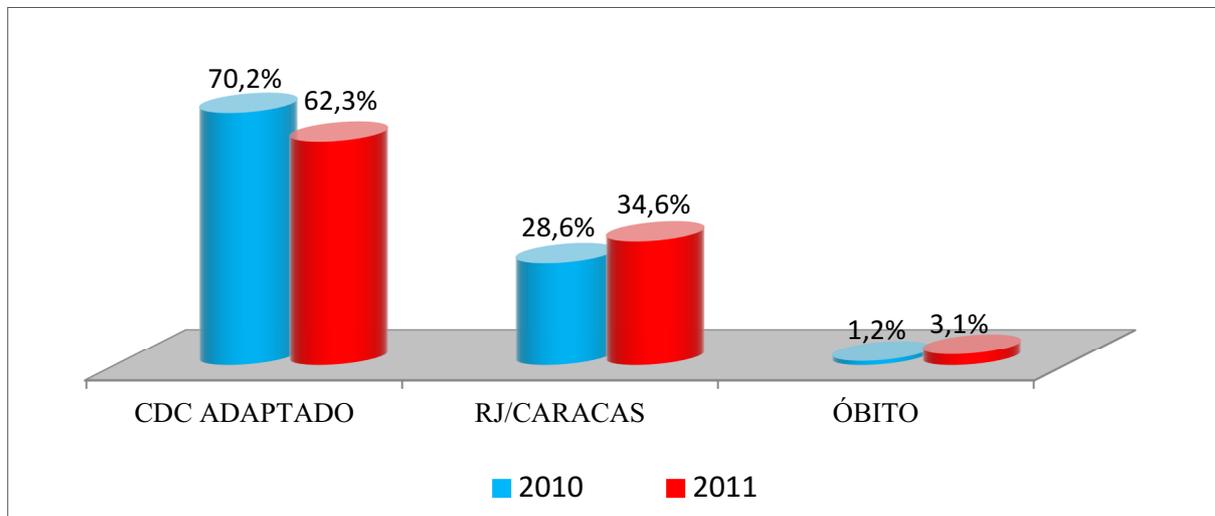


Gráfico 07: Distribuição de casos por critério de definição de casos de Aids, no estado da Paraíba no período de 2010 e 2011. Cajazeiras- PB, 2012.
FONTE: SINAN/ AIDS/PB

De acordo com a pesquisa realizada no estado da Paraíba observa-se no gráfico 07, que foram utilizados os três critérios como estabelecido pelo Ministério da Saúde para definição de caso de Aids. Encontramos dessa forma que o critério mais notificado para definição de caso de Aids no estado foi o critério CDC adaptado correspondendo a 70,2% (243) em 2010 e 62,3% (245) em 2011.

Ainda de acordo com o gráfico vemos que o critério Rio de Janeiro/Caracas é o segundo mais notificado com 28,6% (99) em 2010 e tendo um aumento passando para 34,6% (136) em 2011, já o critério Excepcional de Óbito obteve um numero pequeno de notificações sendo em 2010 1,2% (4) e em 2011 3,1% (12) casos.

4.7. DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE AIDS DE ACORDO COM O CRITÉRIO CDC ADAPTADO

Dentre os critérios para definição de caso de Aids o que se torna destaque nessa pesquisa é o critério CDC Adaptado caracterizando as notificações referentes a este no período estudado.

Para definir um caso de Aids de acordo com o critério CDC adaptado é imprescindível que ocorra existência de dois testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV mais evidência de imunodeficiência com diagnóstico de pelo menos

uma doença indicativa de aids e/ou contagem de linfócitos T CD⁴+<350 células/mm³ (BRASIL, 2009).

Para classificar um caso de Aids pelo CDC Adaptado é necessário a evidência pelo menos uma doença indicativa de Aids, que poderão ser: Câncer cervical invasivo, Candidose de esôfago, Candidose de traqueia, brônquio ou pulmão, Citomegalovirose (exceto em fígado, baço e linfonodos), Criptococose (extrapulmonar), Criptosporidiose crônica intestinal (1 mês ou mais de duração), Herpes simples: lesões ulceradas crônicas (1 mês ou mais de duração), Histoplasmose (disseminada), Isosporíase intestinal crônica (1 mês ou mais de duração), Leucoencefalopatia multifocal progressiva, linfoma não Hodgkin e outros linfomas, Linfoma Primário do cérebro, Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase, Pneumonia por *Pneumocystis carinii*, Retivação da doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite, Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide), Toxoplasmose cerebral e Contagem de linfócitos TCD4+ menor que 350 cel/mm³.

Dessa forma na tabela 02 encontra-se as doenças indicativas de Aids de acordo com o critério CDC Adaptado que foram notificados no estado da Paraíba no período estudado.

Tabela 02: Doenças indicativas de Aids segundo o critério CDC Adaptado, no estado da Paraíba no período de 2010 e 2011. Cajazeiras –PB, 2012

VARIÁVEL	2010		2011		TOTAL	
	<i>fl</i>	<i>fr</i>	<i>fl</i>	<i>Fr</i>	<i>fl</i>	<i>Fr</i>
Candidose Pulmonar	2	0,8	2	0,7	4	0,7
Câncer Cervical Invasivo	0	0	1	0,4	1	0,2
Criptococose Extrapulmonar	1	0,4	0	0	1	0,2
Herpes Simples Mucocutânea > 1 mês	6	2,3	4	1,4	10	2,0
Isosporidose Intestinal Crônica > 1mês	1	0,4	3	1,1	4	0,7
Linfoma não Hodgkin e outros linfomas	1	0,4	2	0,7	3	0,6
Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>	9	3,4	34	12,3	43	8,0
Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide	2	0,8	1	0,4	3	0,6
Toxoplasmose Cerebral	27	10,5	28	10,1	55	10,0
Contagem de Linfócitos TCD4+ menor que 350 cel/mm ³	209	81,0	202	72,9	411	77,0
TOTAL	258	100	277	100	535	100

FONTE : SINAN/AIDS- PB

De acordo com a tabela observamos que no período de 2010 a 2011 dentre as doenças indicativas de Aids incluídas no critério CDC Adaptado apenas as que foram notificadas no estado

foram: Candidose pulmonar com 4 (0,7%) dos casos; Câncer cervical invasivo 1 (0,2%); Criptosporidose extrapulmonar 1 (0,2%); Herpes simples monocutânea > 1 mês 10 (2,0%); Isosporidose intestinal crônica > 1 mês 4 (0,7%); Linfoma não Hodgkin e outros linfomas 3 (0,6%); Pneumonia por *Pneumocystis carinii* 43 (8,0%) Salmonelose 3(0,6%); Toxoplasmose cerebral 55 (10%) e Contagem de linfócitos TCD4+ menor que 350 cel/mm³ 411 (77%) dos casos notificados.

No entanto vemos que das doenças indicativas de Aids do critério CDC Adaptado a que mais teve notificações foi a contagem de linfócitos TCD4+, este fato pode-se justificar em virtude do vírus HIV parasitar preferencialmente os linfócitos TCD4+ , células estas envolvidas diretamente na defesa do organismo. Sendo assim a baixa contagem de linfócitos TCD4+ torna o indivíduo com o seu sistema de defesa fragilizado, tornando-o susceptível a outras doenças. Nogueira, et al (2011) relata em seu estudo sobre a Paracoccidiodomicose associada a Aids em paciente com a contagem total de quatro células T-CD4+, que na maioria dos casos de sua pesquisa a contagem de linfócitos TCD4+ era inferior a 200 cel/mm³.

Observa-se também que a toxoplasmose teve a segunda maior notificação dos casos. A toxoplasmose também teve destaque na pesquisa de Rodrigues-Júnior e Castilho (2010) em seu estudo sobre Aids e doenças oportunistas transmissíveis na faixa de fronteira Brasileira, onde descreve que das doenças oportunistas transmitidas pela ingestão de água e/ou alimentos contaminados, a toxoplasmose prevaleceu.

Ainda em seu trabalho Rodrigues-Júnior e Castilho (2010) encontraram que dentre as doenças transmitidas pela inalação do agente etiológico a *Pneumocystis carinii* teve a segunda maior notificação, que assim como no estado da Paraíba teve uma posição de destaque.

4.8 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR EVOLUÇÃO

De acordo com a ONU o número de óbitos relacionadas à Aids caiu para 1,7 milhão em 2011 abaixo do pico de 2,3 milhões em 2005 e de 1,8 milhão em 2010 (BRASIL, 2012).

No Brasil a mortalidade por Aids é um ressaltante problema de Saúde Pública que atinge diferentes segmentos da população. Desde sua descoberta são notórios os empenhos para o combate da epidemia da Aids, ocupando ainda uma participação crescente entre as principais causas de morte. Nos últimos anos observa-se, entretanto uma desaceleração desse processo (REIS; SANTOS; CRUZ, 2007).

Através da distribuição gratuita de preservativos, a distribuição de medicamentos antirretrovirais, a implementação na rede pública de laboratórios para diagnóstico e acompanhamento de pacientes, o Brasil vem tentando enfrentar essa epidemia, aumentando dessa forma a sobrevivência e melhorando a qualidade de vida de pessoas com Aids, em contrapartida essas medidas não foram suficientes para interromper a propagação da epidemia (SILVA et al, 2010).

Embora a erradicação da Aids ainda seja um paradigma a ser alcançado vemos que no Brasil a mortalidade por Aids tem reduzido passando de 9,7 por 100.000 habitantes, em 1995, para 6,0 por 100.000 habitantes em 2005, dessa forma tem evidenciado o sucesso da política de distribuição gratuita de medicamentos. Estão em tratamento, hoje, no país, 184.252 indivíduos, correspondendo a 94,8% daqueles indicados para receber a terapia antirretroviral. Com relação ao Nordeste dados revelam que a partir de 2001 esta região passou a responder pelas menores taxas de mortalidade padronizadas por Aids no país (REIS; SANTOS; CRUZ, 2007; BUCHALLA; CAVALHEIRO, 2008).

No entanto no presente estudo no Gráfico 09 pode-se visualizar a evolução dos casos de Aids no estado da Paraíba.

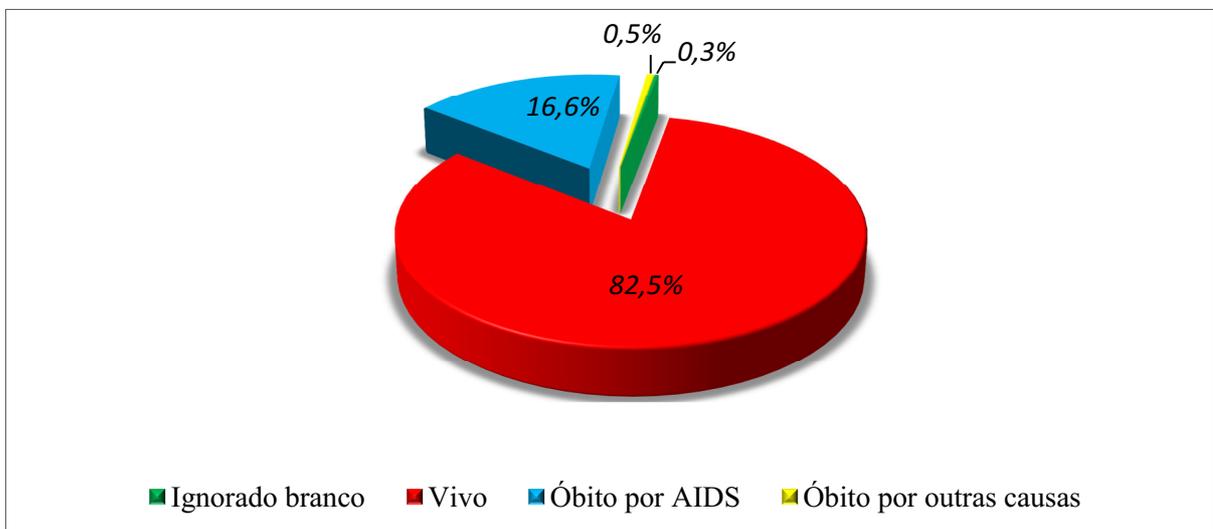


Gráfico 08: Evolução dos casos de Aids no período de 2010 a 2011, no estado da Paraíba no período de 2010 a 2011. Cajazeiras-PB, 2012.

FONTE: SINAN/ AIDS/PB

Ressalta-se assim que no período de 2010 a 2011 no Estado dos casos notificados 82,5% (610) casos continuam vivos, 26,6% (123) tiveram óbito por Aids, 0,5% (4) óbito por outras causas e 0,3 (2) casos o campo de evolução do caso foi ignorado. Dessa forma vemos que a sobrevivência associada a Aids no estado está tendo uma evolução positiva, o que pode ser

atribuído a boa qualidade de atuação das Políticas de enfrentamento a Aids na população paraibana.

Com a introdução da terapia antirretroviral houve uma redução importante da morbidade e mortalidade das pessoas com HIV/AIDS, possibilitando assim um acréscimo da sobrevida e qualidade de vida, conferindo a Aids a condição de doença crônica (BASSO, 2010)

É válido ressaltar que a terapia antirretroviral é um grande desafio para os pacientes que convivem com a Aids, pois embora possua um tratamento a cura ainda é um grande desafio a ser alcançado. É importante destacar também que a Aids ainda é envolta pelo estigma e preconceito dificultando o enfrentamento da doença e causando sérias repercussões na vida pessoal e profissional de seus portadores, que passam a ser rejeitados pela sociedade, família e amigos e obrigados a viver em situação de privação, perdendo o contato com o mundo externo.

Considera ainda como um grave problema de saúde pública, a Aids ainda se caracteriza como uma doença carregada de estigmas pelo doente e pela própria sociedade. Apesar dos avanços de políticas públicas de saúde voltadas para o controle da epidemia estudos evidenciam que o aumento da incidência da Aids ainda é um dos grandes problemas contemporâneos da saúde pública, demonstram ainda que a epidemia possui uma tendência para a interiorização, pauperização, heterossexualização e feminização sendo dessa forma notável o grande impacto sobre a população.

Desde sua descoberta como exposto no presente estudo a Aids apresentou diferentes perfis epidemiológicos e acredita esta relacionada à vulnerabilidade de cada ser humano envolvendo questões socioeconômicas e culturais de cada indivíduo.

O estudo temporal da epidemia no estado revela que no decorrer dos anos houve um aumento gradativo no total de casos, com predominância na faixa etária adulto-jovem, ocupadas com atividade do lar e com baixa escolaridade. Em relação às formas de exposição houve um predomínio da forma sexual, onde se faz necessários maiores informações e políticas de prevenção para que a cadeia de transmissão diminua.

É evidente a importância de esforços para tentar combater essa epidemia, através da execução ações, principalmente a educação em saúde que possam conscientizar a população sobre os riscos e as formas de transmissão do vírus de forma a estabelecer o diagnóstico precoce e a adesão à terapia antirretroviral. Como também é necessária a capacitação dos profissionais de saúde em especial ao profissional de enfermagem que podem atuar de forma educacional, aumentando a detecção precoce e busca ativa de casos novos concretizando dessa forma a real situação epidemiológica desta localidade, facilitando assim intervenções eficazes no combate a epidemia.

A prevenção deve considerar a inter-relação entre as formas de transmissão, desempenhado estratégias que visem às especificidades dessas formas, para que assim os municípios sejam monitorados e que medidas sejam implementadas de forma eficaz e que resultados positivos sejam alcançados buscando a redução dessa epidemia em um futuro próximo.

Os resultados aqui apresentados nos mostram também que ainda existem lacunas no banco de dados do SINAN no estado da Paraíba gerando assim um subregistro de informações, e por conseguinte não retrata de forma fidedigna o perfil epidemiológico da epidemia no estado. Nesse contexto enfatiza-se a alta importância do sistema de notificação, tendo em vista ser uma ferramenta essencial para a vigilância epidemiológica da Aids.

A vigilância epidemiológica deve intensificar esforços para melhorar a qualidade das informações e que dessa forma possa retratar fidedignamente a real situação da epidemia no estado permitindo assim um melhor planejamento de ações de saúde pública seja estas com fins individuais ou coletivos, afim de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela Aids.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, T. M; NICHATA, L.Y.I. A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo programa saúde da família no município de São Paulo, Brasil. **Saude soc**, São Paulo ,v.7, n.2, Apr./June, 2008.

ALENCAR; J.R.B, et al. Validação de limpeza de zidovudina: estratégia aplicada ao processo de fabricação de medicamentos anti-retrovirais.**Rev. Bras. Cienc. Farm**, São Paulo Jan, vol.40, no.1, Mar, 2004.

ANDRADE; M.F.O. et al. Casa Siloé: a história de uma ONG para crianças portadoras de HIV/AIDS.**Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol.14 no.4 outubro- dezembro, 2007.

BARBOSA JÚNIOR; A. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25 n.4, p. 727-737, abr, 2009.

BARBOSA JÚNIOR; A. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25 n.4, p. 727-737, abr, 2009.

BASSO, Cávitas Relva. **Avaliação da efetividade de um intervenção psicossocial para melhorar a adesão do paciente à terapia antirretroviral da Aids: ensaio controlado aleatório utilizando monitoramento eletrônico**. São Paulo, 2010.

_____, Boletim Epidemiológico AIDS DST 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acessado em 20 de julho de 2012.

_____, Boletim Epidemiológico AIDS DST 2011. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acessado em 20 de julho de 2012.

BRASIL. Epidemiologia dos Serviços de Saúde. **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v.14, n.2, abril/junho, 2005.

BRITO, M.A. Fármacos recentes usados para o tratamento da infecção pelo HIV-1: enfuvirtida, maraviroc, raltegravir e etravirina. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**,v.32, n.2, p: 159-168, 2011.

BUCHALLA, C.M; CAVALHEIRO, T.R. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e a Aids: uma proposta de core set. **ACTA FISIATR**, v.15, n.1, p: 42 – 48, 2008.

BUCHALLA, C.M; CAVALHEIRO, T.R. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e a Aids: uma proposta de core set. **ACTA FISIATR**, v.15, n.1, p: 42 – 48, 2008.

CAMPO; D. P. **Efeito do Critério de Diagnóstico da AIDS e da Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral na Progressão Clínica em HIV/AIDS**. Rio de Janeiro : s.n., 2009.

CARACIOLO, J.M.M; SHIMMA, E. **Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007.

CARDOSO,L.V.Enteric parasites in HIV-1/AIDS-infectedpatientsfrom a Northwestern São Paulo referenceunit in thehighlyactiveantiretroviraltherapy era.**Rev. Soc. Bras. Med. Trop., aheadofprintEpub Nov 21, 2011**

CARNEIRO, L.E.P. et al. Rapid HIV diagnostic test in undocumented pregnant women applied at na inner-city teaching hospital. **Rev. Inst. Med. Trop.S.Paulo**, São Paulo, v.51, n.5, Sept/Oct, 2009.

CARVALHO, C.N. Subnotificação da comorbidade tuberculose e aids: uma aplicação do método de *linkage*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.45, no.3, June 2011 Epub Apr 15, 2011.

CARVALHO, F.T; PICCININI, C.A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.6, Nov./Dec, 2008.

CASTILHO; E.A. at al.AIDS e doenças oportunistas transmissíveis na faixa de fronteiraBrasileira. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, Uberaba, vol.43, n.5, setembro/outubro, 2010.

CHIN, J. **Manual de controle de doenças transmissíveis/ James Chin; trad. Ane Rose Bolner. – Porto Alegre: Artmed, 2002.**

CIRÍACO, Denise Leão. **Subregistro de óbitos por aids: investigação de óbitos por causas indeterminadas ou com diagnósticos sugestivos de imunodeficiência adquirida na região metropolitana de Maceió, Alagoas**. Recife: D. L. Ciríaco, 2010.

CRUZ, M.M; TOLEDO, L.M; SANTOS, E.M . O sistema de informação de AIDS do Município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento da vigilância epidemiológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, n.1, jan-fev, 2003.

DAVID, Rosana; AGUIAR, Zenaid Neto. AIDS. In: Aguiar, Zenaid neto; RIBEIRO, Maria Celeste Soares (Orgs.)**Vigilância e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 3 ed. São Paulo, Martinari, 2009.pp 63-81.

DIAS, T. P.R. et al. Perceptions of HIV rapid testing among injecting drug users in Brazil.**Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.41, suppl.2, Dec, 2007.

Federação das Associações de Municípios da Paraíba. **A Paraíba**. Disponível em: <<http://www.famup.com.br/index.php?run=aparaiba>> Acessado em 20 de julho de 2010.

FERREIRA, R.C.S.L. Perfil Epidemiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na região da Associação de Municípios da Região de Laguna (AMUREL) de 1987 a 2006. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Vol. 37, no. 2, 2008.

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. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13,n.4, p:509-13, julho-agosto, 2005.

GONÇALVES, V.F. Estimativa de subnotificação de casos de aids em uma capital do Nordeste. **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, vol.11, no.3, Sept, 2008.

GONVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA.Secretaria de Saúde da Paraíba. Coordenação Estadual de DST/AIDS do Estado da Paraíba. Secretaria do Estado da Paraíba realiza 4 macrorregionais sobre notificação de DST nos 223 municípios do Estado. 20 de julho de 2005.

GRANGEIRO,A. et al. Voluntarycounselingandtesting (VCT) servicesandtheircontributiontoaccessto HIV diagnosis in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.25, no.9, Sept, 2009.

JACOMETTIL, E.J.M; SOUZA, A.I.S. Espaço, Território e Região: conceitos-chave para a compreensão da atratividade de juiz de fora no processo de regionalização da saúde na macrorregião Sudeste de Minas Gerais. **Rev. APS**, Juiz de Fora,v. 13, suplemento 1, p. 15-25, 2010.

KONOPKA,C.K. et al. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v.32,n.4, 2010.

LUZ,P.M. et al.As condutas realizadas por profissionais de saúde em relação à busca de parceiros sexuais de pacientes soropositivos para o HIV/aids e seus diagnósticos sorológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 supl.1, June 2010.

____ Ministério da Saúde. **Cai o numero de mortes por Aids no mundo**. Núcleo de Comunicação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 19 de julho de 2012.

____ MINISTERIO DA SAÚDE. **Departamento de DST,Aids e Hepatites virais**: portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Brasil, 2011.Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>>. Acessado em: 10 de Fevereiro de 2012.

____ MINISTERIO DA SAÚDE. **Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa**: Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. Brasil, 2010. Disponível em:<<http://www.cplp.org/Files/Filer/VIH%20em%20pa%C3%ADses%20de%20L%C3%ADngua%20Portuguesa%20-%202%C2%AA%20Edi%C3%A7%C3%A3o%20-%20FINAL.pdf>>. Acessado em: 11de janeiro de 2012.

____ MINISTERIO DA SAÚDE. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2010

____ MINISTERIO DA SAÚDE. **Paraíba: oito mil têm Aids, mas não sabem**. Núcleo de Comunicação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 21 e 22 de abril de, 2010.

____ MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Critério de definição de casos de Aids em adultos e criança**. Brasília, 2004.

____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Relatório de Situação: Paraíba**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF, 2009.Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/002_pb_relatorio_de_situacao.pdf>. Acessado em 20 de julho de 2012.

____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Relatório de Situação: Paraíba**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF, 2011. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_pb_5ed.pdf>. Acessado em 20 de julho de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Relatório de Situação. Paraíba. Brasília – DF, 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/002_pb_relatorio_de_situacao.pdf>. Acessado em: 11 de janeiro de 2012.

NATIVIDADE, J.C; CAMARGO,B.V. Representações sociais, conhecimento científico e fontes de informação sobre aids.**Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, vol.21 no.49, May/Aug, 2011.

NOGUEIRA, L.M.C. et al. AIDS-associated paracoccidioidomycosis in a patient with a CD4+ T-cell count of 4 cells/mm. **An. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro, vol.86, no.4 supl.1, July/Aug, 2011.

OLIVEIRA, F.T.et al. O PERFIL DA AIDS NAS 3A E 7A COORDENADORIAS DE SAÚDE NO CEARÁ .**DST - J bras Doenças Sex Transm**, v.21, n.1, p: 16-21, 2009.

OLIVEIRA; O.C.A. et al. Impacto do tratamento antirretroviral na ocorrência de macrocitose em pacientes com HIV/AIDS do município de Maringá, Estado do Paraná. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**; Uberaba, vol.44. no.1 Jan./Feb, 2011.

ONUSIDA. **Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa**. Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal a prevenção, tratamento e cuidados. ONUSIDA-BRASIL, 2008.

PEREIRA, J.A. et al. INFECÇÃO PELO HIV E AIDS EM MUNICÍPIO DO NORTE DE MINAS GERAIS. **Rev. APS**, vol. 14, n.1.p: 39-49, jan/mar,2011.

PEREIRA; G.S. et al. Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás Esc. **Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol.1,4 n.4, outubro/desembro, 2010.

PINTO, A.C.S. et al. COMPREENSÃO DA PANDEMIA DA AIDS NOS ÚLTIMOS 25 ANOS. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, vol.19, n.1, p 45-50, 2007.

POLEJACK; L. et al. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.15, supl.1, June, 2010.

REBELLO, L.E.F.S; GOMES, R; SOUZA, A.C.B. análise da produção do conhecimento da área da saúde. **Interface (Botucatu)**, v.15, n.36, Botucatu Jan./Mar. 2011 Epub Dec 17.

REGO, S.R.M. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. **J. bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v.60, n.1, 2011.

REIS, C.T. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24, no.6, June, 2008.

REIS,A.C;SANTOS,E.M; CRUZ, M.M. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.3, set, 2007.

RIQUE, J; SILVA, M.P. Estudo da subnotificação dos casos de Aids em Alagoas (Brasil), 1999-2005. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, no.2, Feb, 2011.

RISTIC,N. et al. Analysis of the Origin and Evolutionary History of HIV-1 CRF28_BF and CRF29_BF Reveals a Decreasing Prevalence in the AIDS Epidemic of Brazil. **PLoS ONE**, v.6, March, 2011.

RODRIGUES,M.L; RODRIGUES, M.L.V; FREITAS, J.A.H. Estudo da síndrome da ceratoconjuntivite seca de pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência adquirida humana tipo 1 e com síndrome da imunodeficiência adquirida, em uso ou não de terapia anti-retroviral combinada (HAART). **Arq.Bras.Oftalmol**. São Paulo, v.67, n.2, Mar./Apr, 2004.

RODRIGUES-JÚNIOR, A.L; CASTILHO,E.A. AIDS e doenças oportunistas transmissíveis na faixa de fronteira Brasileira. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, Uberaba, vol.43, no.5, Sept./Oct, 2010.

SAMPAIO, J.et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saude soc**, São Paulo vol.20, no.1, Jan./Mar, 2011.

SANDES, K.A et al. Ancestralidade Genômica, nível socioeconômico e vulnerabilidade ao HIV/aids na Bahia, Brasil. **Saude soc**, São Paulo, vol.19, supl.2, Dec, 2010.

SANTOS, S. M.S; OLIVEIRA, M.L.F. (Com)vivendo com a Aids: perfil dos portadores de HIV/Aids na região Noroeste do Estado do Paraná, 1989-2005. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá**, v. 32, n. 1, p. 51-56, 2009.

SANTOS,S.S.B.S; MELO,C.M.M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família.**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13, no.6, Nov./Dec, 2008.

SCANAVINO, M. T; ABODO,C.H.N. Parceiros sexuais nos últimos 12 meses e parceiros significativos ao longo da vida, segundo o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro. **Diagn Tratamento**, v.15, n.3, p: 138-42, 2010.

SEIDL; E.M.et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad. Saúde Pública**; , Rio de Janeiro outubro, v.10, n. 23, , p: 2305-2316, 2007.

SILVA, S.F.R. et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **RBAC**, v. 42, n3, p. 209-212, 2010.

SMELTZER,S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**.Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009

SMITH; J.H. etal.The history of AIDS exceptionalismJ. **Int AIDS Soc**, v. 13, 2010.

SOUSA, A.C.A; DUARTE, L.R.D; COSTA, S.M.L. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES HIV-POSITIVO ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REDE PÚBLICA DE JOÃO PESSOA – PB. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, vol. 20, n.3-4, p 267-172, 2008.

SOUSA, A.C.A; SUASSUNA, D.S.B; COSTA, S.M.L. PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS COM AIDS. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, vol.21, n.1, p: 22-26, 2006.

SOUZA JUNIOR, P.R.B; SZWARCOWALD, C.L; CASTILHO, E.A. Self-rated health by HIV-infected individuals undergoing antiretroviral therapy in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, supl.1, 2011.

STEPHAN, C; HENN, C.A; DONALISIO, M.R. Expressão geográfica da epidemia de Aids em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.5, Oct, 2010.

SZWARCOWALD, C. L. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 12, p. 167-172, 2008.Suplemento 3.

VELOSO; A. C. R. et al. Resistência genotípica do Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 aos antirretrovirais. **Com. Ciências Saúde**; 21(1):49-60, 2010.

VIEIRA, A.C.B.C.et al. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. Rev. **Saúde Pública**, São Paulo, vol.45, no.4, Aug, 2011.

VITIELLO, Gabriel Natal Botelho. **A AIDS em cena: os primeiros protagonistas da maior epidemia no final do século XX**. Rio de Janeiro: s.n,2009.

WEISS, R.A. On Viruses, Discovery, and recognition. **Cell**. Cambridge, v.135, n.6, p 983-986, Dec 2008.



ANEXO- A

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	AIDS		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	6 B 24
	7 Data do Diagnóstico	Código (IBGE)		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
Dados de Residência	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	20 Bairro
	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 Número		
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado		
	33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 9 - Ignorado		34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia		Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroc conversão até 6 meses	
	35 Data da transfusão/acidente	36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	Código (IBGE)
Dados do Laboratório	38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente			
	39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica			
40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado				
Teste de triagem		Teste confirmatório		Teste rápido 1
Data da coleta		Data da coleta		Teste rápido 2
Data da coleta		Data da coleta		Teste rápido 3

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

Sinan NET

SVS

08/06/2006

Critérios de definição de casos de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* *Exclui a tuberculose como causa
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Salmonose (sepse recorrente não-tifóide) <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³
	43 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>
Trat.	44 UF 45 Município onde se realiza o tratamento Código (IBGE) 46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código
Evolução	47 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 48 Data do Óbito 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
Investigador	Nome _____ Função _____ Assinatura _____
Aids em pacientes com 13 anos ou mais. Sinan NET SVS 08/06/2006	

APÊNDICE - A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM
TERMO DO CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

CARTA DE ANUÊNCIA

Tendo conhecimento da realização da pesquisa intitulada *EVOLUÇÃO TEMPORAL DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA*, cujo projeto encontra-se em anexo e na responsabilidade da estudante do curso de enfermagem da UFCG **Thainar Machado de Araújo Nóbrega**, autorizo a coleta de dados secundários oriundos da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/AIDS/PB) do Programa Estadual da Paraíba no período de 01 janeiro de 2010 a 31 dezembro de 2011.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

João Pessoa, 14 de Março de 2012

Júlia Emília Vaz Sette Câmara
Gerente Executa da Vigilância em Saúde
Secretaria de estado da Saúde da Paraíba