



Universidade Federal
de Campina Grande

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GLEICIANE FREITAS DA SILVA

**NOTIFICAÇÃO DE AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA: UMA
CONTRIBUIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA**

CAJAZEIRAS-PB

-2013-

GLEICIANE FREITAS DA SILVA

**NOTIFICAÇÃO DE AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA: UMA
CONTRIBUIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA**

CAJAZEIRAS-PB

-2013-

GLEICIANE FREITAS DA SILVA

**NOTIFICAÇÃO DE AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA: UMA
CONTRIBUIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências de Enfermagem – UAENF, 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

-2013-

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S586n Silva, Gleiciane Freitas da
Notificação de AIDS no estado da Paraíba: uma
contribuição epidemiológica/Gleiciane Freitas da
Silva. Cajazeiras, 2013.
55f. : il.
Bibliografia

Orientadora: Maria Soraya Pereira Franco
Monografia (Graduação) – UFCG/CFP

1. AIDS. 2. Saúde Pública. 3. Vigilância.
I. Franco, Maria Soraya Pereira. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU-616.97

NOTIFICAÇÃO DE AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA: UMA CONTRIBUIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF, 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 30/09/2013.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a MsC. Maria Soraya Pereira Franco. UFCG – CFP - UAENF

Examinadora: Prof.^a MsC. Aissa Romina Silva do Nascimento. UFCG – CFP - UAENF

Examinador: Prof.^o Dr. Antônio Fernandes. UFCG – CFP - UAENF

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, pela vida, por ter me dado o dom de ter a humildade de cuidar do próximo e ter me dado forças no momento certo e iluminando meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida.

À minha mãe Maria Judith por ser tão dedicada e amiga. Agradeço por ser a pessoa que mais me apoia e acredita na minha capacidade, meu agradecimento pelas horas em que ficou do meu lado me mostrando que sou capaz de chegar onde desejo. Agradeço pelos conselhos, pela preocupação de mãe sempre presente e por ter me ensinado desde cedo, os valores que enobrecem o ser humano. Valores estes que carregarei por toda minha vida.

Às minhas irmãs Juliane Cristina e Jusciane de Fátima, pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida.

A Tony, meu esposo, por toda fé depositada em mim, por não medir esforços para que eu chegasse até o fim dessa cansativa, porém, gratificante jornada.

Aos meus amigos **Ludhiana Lima e Andson Soares**, amizade pela qual conquistei no decorrer do curso, que compartilhou comigo momentos importantes da minha vida me proporcionando a alegria de ter sua companhia, agradeço por ter estado comigo sempre ao longo dessa jornada acadêmica.

Agradeço imensamente a minha Orientadora Prof^a Ms **Maria Soraya**, que veio pra mim enviada por Deus com a missão de me compreender e me ajudar, agradeço a preocupação em ajudar-me a realizar este trabalho da melhor maneira possível, pelas palavras de apoio na hora certa, pela oportunidade de aprendizagem, pelo cuidado dispensado para que eu pudesse superar obstáculos. Foi um privilégio ter ao meu lado uma pessoa tão especial.

Ao Prof^o **Fábio Marques**, por tudo que fez não só por mim como também pelos meus colegas transferidos. Agradeço por ter nos abraçado quando precisamos e brigado por nós.

A todos os professores do curso de enfermagem, pela paciência, dedicação e ensinamentos disponibilizados nas aulas, cada um de forma especial contribuiu para a conclusão desse trabalho e conseqüentemente para minha formação profissional.

Dedico este trabalho a minha mãe
Maria Judith pelo apoio de todas as horas e a
Tony Lima por não medir esforços para que eu
chegasse até aqui. Eu dedico.

SILVA, Gleiciane Freitas. **Notificação de AIDS no Estado da Paraíba: Uma Contribuição Epidemiológica.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2013. Orientadora: Profª. MsC. Maria Soraya Pereira Franco.

RESUMO

A pandemia da AIDS é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, esta representa a última fase da infecção pelo HIV e se caracteriza por uma grave debilidade do sistema imunológico que é incapaz de deter infecções oportunistas e cânceres. Diante da fatalidade da doença é importante tratar estes pacientes o mais precocemente possível, neste contexto, tem o profissional de saúde um papel importante no diagnóstico das manifestações, bem como o de proporcionar a estes pacientes melhor qualidade de vida no que tange a saúde. O presente estudo objetivou verificar as notificações de AIDS no Estado da Paraíba, no período de 2000 a 2010. A proposta metodológica do trabalho constitui-se em um estudo epidemiológico transversal e quantitativo, com análise estatística. A população de estudo foi composta por pacientes com diagnóstico comprovado, de ambos os sexos e maiores de 13 anos, residentes no estado da Paraíba e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Obtendo-se como resultado desse estudo, dentre os doze Núcleos Regionais de Saúde estudados, o 1º NRS representado por João Pessoa é onde se encontra a maior taxa de incidência com 1.907 casos. Quanto as macrorregionais de saúde, a maior incidência foi na Macro I, com 73,9% . O sexo masculino compreendeu 65,8% dos casos registrados. A forma sexual foi a mais evidenciada, com incidência de faixa etária entre 30 a 49 anos. Concluímos que, estes dados permitem conhecer o perfil dessa morbidade no estado, para a realização de atividades de planejamento, de prevenção e promoção possam orientar as ações de saúde para diminuição dos casos, a fim de desenvolver uma prática voltada para os indivíduos, profissionais e o SUS.

Palavras-chave: AIDS. Saúde Pública. Notificação. Vigilância.

SILVA, Gleiciane Freitas. **Notification of AIDS in Paraíba State: An Epidemiological Contribution.** Work completion of course (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB - 2013. Advisor: Prof.. MsC. Soraya Maria Pereira Franco.

ABSTRACT

The AIDS pandemic is a major public health problems in the world, this is the last stage of HIV infection and is characterized by severe weakness of the immune system that is unable to deter opportunistic infections and cancers. Given the inevitability of the disease is important to treat these patients as early as possible in this context has the health professional an important role in the diagnosis of outbreaks, as well as to provide these patients a better quality of life with respect to health. The present study aimed to verify reports of AIDS in the State of Paraíba, in the period 2000-2010 . The methodology of the work is in an epidemiological study and quantitative with statistical analysis. The study population consisted of patients with a confirmed diagnosis of both sexes, aged 13 and older, residing in the state of Paraíba and notified the Information System for Notifiable Diseases (SINAN). Obtaining as a result of this study, among the twelve Regional Centers Health studied the 1st NRS represented by João Pessoa is where the highest incidence rate with 1,907 cases. As the macro-regional health, the highest incidence was in the Macro I with 73.9 %. Males comprised 65.8 % of reported cases. The way sex was more evident, with an incidence at age 30-49 years. We conclude that these results reveal the profile of this disease in the state, to carry out planning, prevention and promotion can guide health actions for the reduction of cases in order to develop a practice -oriented individuals, professionals and SUS .

Keywords: AIDS. Public Health. Notification. Surveillance.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição de todos os casos de AIDS no estado da Paraíba no período 2000 a 2010 segundo o critério de confirmação.....	34
GRÁFICO 2 – Distribuição de todos os casos de AIDS no estado da Paraíba no Período 2000 a 2010 segundo o sexo.....	36
GRÁFICO 3 – Distribuição de todos os casos de AIDS no estado da Paraíba no período 2000 a 2010 segundo faixa etária.....	36
GRÁFICO 4 – Disposição da taxa de detecção por ano e macrorregional de saúde, quanto ao número de casos de AIDS registrados.....	39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Números de casos e taxas de detecção bruta anual da AIDS por 100.000 habitantes, no estado da Paraíba no período 2000 a 2010.....	34
TABELA 2 – Frequências dos critérios de confirmação de AIDS no estado da Paraíba no período e por ano.....	35
TABELA 3 – Avaliação da forma de transmissão nos casos de AIDS no estado da Paraíba no período 2000 a 2010.....	37
TABELA 4 – Avaliação da evolução dos casos de AIDS no estado da Paraíba no período e por ano.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Synd</i>
ARC	Complexo Relacionado a AIDS
ARV	Antirretrovirais
CD4+	<i>Cluster of differentiation antigen 4+</i>
CDC	<i>Center for Diseases Control and Precention</i>
CTA	Centro de Testagem de Aconselhamento
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent</i>
HAART	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNDST-AIDS	Programa Nacional de DST-AIDS
PR	Protease Reversa
RNA	Ácido Ribonucleico
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravo de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais
SUS	Sistema Único de Saúde
T CD4+	<i>Linfócitos T Cluster of Differentiation Antigen 4 +</i>
TARV	Terapia Antirretroviral
TR	Transcriptase Reversa
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	RESGATE DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS.....	17
2.2	MODIFICAÇÃO NO PERCURSO NATURAL DA AIDS.....	18
2.3	VULNERABILIDADE INDIVIDUAL, SOCIAL E PROGRAMÁTICA.....	19
2.4	INFECÇÕES PELO HIV: ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES.....	20
2.5	CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS EM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS DE IDADE OU MAIS.....	22
2.6	DIAGNÓSTICO.....	23
2.7	TRATAMENTO.....	25
2.8	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA AIDS.....	26
3	METODOLOGIA.....	28
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	28
3.2	CENÁRIO DE ESTUDO.....	28
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	29
3.4	DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS EM ADULTO.....	29
3.5	FONTE DE DADOS.....	29
3.6	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	30
3.7	CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	30
3.8	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	31
3.9	PREPARAÇÃO DO BANCO DE DADOS.....	31
3.10	ANÁLISE DE DADOS.....	31
3.11	ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4	RESULTADOS.....	33
5	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS.....	41

APÊNDICES.....	45
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO DA SECRETARIA ESTADUAL.....	46
APÊNDICE B – DECLARAÇÃO PELO CUSTO COM A PESQUISA.....	47
ANEXOS.....	48
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO (SINAN).....	49
ANEXO B – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA – CEP/UFPB.....	51
ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	52
ANEXO D – TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DA PESQUISA.....	53
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	54

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida oficialmente como entidade patológica em 1981, pelo “*Center for Disease Control and Prevention*” (CDC) – órgão dos Estados Unidos que centraliza as normas e as ações relacionadas às doenças (SOUZA et al., 2000; MALBERGIER E SCHÖFFEL, 2001).

A referida doença é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) o qual pertencente à classe dos retrovírus causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A transmissão pode ocorrer por meio de quatro vias: a sexual, a transmissão sanguínea, a transmissão perinatal e a ocupacional, onde a transmissão ocorre devido o contato ou troca de sangue e secreção que contenham o vírus ou células parasitadas (BERTONCINI, 2007).

A epidemia da AIDS surgiu no Brasil na década de 1980 e, apesar de ter surpreendido a sociedade pode-se dizer que foi este país que agiu mais rapidamente, em comparação aos países atingidos, na redução da transmissão e dos agravos da doença (CORDOVA, et al, 2013).

Até junho de 2012, o Brasil tem registrado, de acordo com o último Boletim Epidemiológico, 656.701 casos de Aids (BRASIL, 2013). A epidemia da infecção pelo HIV constitui um fenômeno global, de comportamento pandêmico, instável e dinâmico, que vem sofrendo transformações epidemiológicas significativas ao longo dos anos (SILVA et al, 2010).

Considerando que a relevância da AIDS como problema de saúde pública já é claramente reconhecida em todo o mundo. Em países tropicais em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a doença pode assumir características peculiares, associando-se a doenças infecto-parasitárias e doenças sexualmente transmissíveis identificadas tardiamente (RODRIGUES; ABATH, 2000).

Ao se analisar a distribuição do HIV/AIDS segundo sexo e idade, no Brasil, a razão de homens infectados para cada mulher infectada que, em 1983, era de 40 homens, hoje passa a ser de 1,3, fenômeno denominado processo de feminização da AIDS (CORDOVA, et al, 2013)

Nos primeiros anos da epidemia os homens representavam a imensa maioria dos casos, e os coeficientes de incidência no sexo masculino eram, expressivamente, maiores do que no sexo feminino. Entretanto, embora mais indivíduos do sexo masculino no total de casos de AIDS sejam notificados no Brasil, a velocidade de

crescimento da epidemia é, como em outros países, maior entre as mulheres do que entre os homens. O fato pode ser atestado pela queda progressiva da relação masculino/feminino de casos e a redução mais expressiva da mortalidade por AIDS entre os homens do que entre as mulheres (SANTOS et al, 2009).

A infecção do HIV pelas mulheres foi durante muito tempo negligenciada pela sociedade, segundo Guimarães (1996), isso se deve a quatro fatores: o bissexualismo masculino com maior aceitabilidade do que o homossexualismo; o pouco reconhecimento da sexualidade da mulher, a não ser para a reprodução; o atraso dos profissionais da área médica no reconhecimento da fisiologia das mulheres diante das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em geral e HIV/AIDS em particular, possibilitando, assim, o estabelecimento de diagnósticos errôneos ou tardios; e, por último, a possibilidade de a própria mulher ser um risco diante da epidemia da AIDS, principalmente as pertencentes à classe social menos favorecida, tendo em vista sua posição inferior em relação aos homens e sua baixa auto-estima (GIACOMOZZI; CAMARGO, 2013).

Em se tratando no Estado da Paraíba, desde 1985, ano do primeiro caso de AIDS notificado no Estado, até junho de 2010, foram notificados 3.661 casos no SINAN. Em 2009, a taxa de incidência do estado foi de 11,8/100.000 habitantes, a da região Nordeste, 13,9 e a do Brasil, 20,1. A razão de sexos em 1988 era de oito homens para cada mulher e atualmente é de 1,8 homens para cada mulher, seguindo a tendência nacional. De 1997 a junho de 2010, foram identificados 67 casos de AIDS em menores de cinco anos (BRASIL, 2011).

Considerando que a mesma tem se constituído em uma grave ameaça à saúde pública, tanto por sua gravidade, velocidade de crescimento e potencial de letalidade, quanto pelo sofrimento e conseqüências econômicas e sociais que provoca. A questão da assistência aos doentes de AIDS, no Brasil, é particularmente dramática, com incidências de discriminação e preconceitos (BRASIL, 2008).

Em face destes aspectos, tornam-se urgente uma mudança nas representações, pensamentos e nos valores que possam propiciar o reconhecimento, entre as pessoas de modo geral e, sobretudo, no profissional e no paciente.

Nesse ínterim, o conhecimento sobre a epidemia e a organização dos serviços de saúde em cada região é indispensável para a realização de atividades de planejamento de ações que possam oferecer uma melhor assistência a esses pacientes.

Nesse sentido, notificação compulsória tem importante papel, pois se adéqua a realidade epidemiológica, aos avanços técnicos, científicos e organização do Sistema Único de Saúde, com base na notificação da totalidade dos casos de AIDS existentes, e com base na história natural da infecção, pode-se calcular retrospectivamente o avanço da epidemia em nosso Estado.

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, controle e diminuição dos casos de subnotificados (NOBREGA, 2012).

Mediante esse fato, verifica-se a falta de registros dos casos nos vários níveis de sistema de saúde do Brasil, o que ocasiona a ausência de dados fidedignos com relação ao perfil de morbi-mortalidade da doença.

Face ao exposto, a motivação para a realização deste estudo partiu da necessidade de verificar as notificação de AIDS no Estado da Paraíba afim de apresentar a dinâmica da epidemia da AIDS no estado no período de 2000 a 2010 , bem como estimar a distribuição dos casos de AIDS por macrorregião no estado da Paraíba e gerar informações que contribuam para o delineamento de intervenções preventivas na população para fornecer subsídios para futuros programas de intervenção, afim de desenvolver uma prática voltada para o SUS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 RESGATE DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS

O HIV é o agente causador da AIDS, que é uma doença que se caracteriza pela deficiência do sistema imunológico do indivíduo. Destrói lentamente as células T CD4 que é a responsável pela resposta imunológica (ANDRADE ET AL, 2007).

As primeiras descrições, no início da década de 80, de casos de pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* e de Sarcoma de Kaposi entre homossexuais jovens até então saudáveis, permitiram caracterizar a AIDS. O caráter infeccioso foi a seguir confirmado pelo isolamento do agente etiológico, classificado no gênero retrovírus e que recebeu a denominação de vírus da imunodeficiência humana (HIV) (GALLO e MONTAGNIER, 2006).

A infecção pelo HIV em todo o mundo já matou mais de 30 milhões de pessoas, mostrando uma das epidemias mais destrutivas da história desde que o vírus foi descoberto em 1981. A doença é caracterizada por astenia, perda de peso acentuada e suscetibilidade a infecções (BRITO, 2011).

Em 1981, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de rua, a AIDS foi reconhecida nos EUA levando a concluir que se tratava de uma doença nova e ainda não identificada, de etiologia infecciosa e transmissível (BRASIL, 2006).

Em 1982, a AIDS foi reconhecida pela primeira vez no Brasil, com diagnóstico em pacientes homo e bissexuais. Dividida em fases, a epidemia caracterizava-se na primeira fase pela transmissão de homens homo e bissexuais, na segunda passou a ser pela transfusão sanguínea especialmente em usuário de drogas injetáveis num processo simultâneo de pauperização e interiorização da epidemia e na terceira fase a introdução dos casos do sexo feminino representando a principal subcategoria de exposição em crescimento (BRASIL, 2006).

Alguns estudos identificaram casos de AIDS no Brasil anteriores em 1980 e 1982, porém, o primeiro caso a ser descoberto foi em 1983 em um paciente portador de Sarcoma de Kaposi e a partir daí se espalhou por várias regiões do Brasil. O perfil sofreu enormes mudanças com o passar dos anos, prevalecendo o crescimento da prevalência em mulheres. No início restringia-se as grandes metrópoles como Rio de

Janeiro e São Paulo, posteriormente estendendo-se por todo o país (PEREIRA et al, 2011).

Ainda nesse ano foi descoberto o primeiro caso de AIDS em uma criança do sexo feminino, onde obteve o relato de possível transmissão heterossexual. Em 1985 foi identificado o primeiro caso de transmissão vertical onde o vírus foi transmitido de mãe para filho (BRASIL, 2011).

Em 1990 ocorreu o crescimento da transmissão heterossexual ficando conhecida como heterossexualização da doença ocasionando as primeiras notificações de casos de AIDS em recém-nascidos e a partir daí os setores de saúde pública começaram a buscar maior compreensão do perfil da epidemia em mulheres (LIMA et al, 2009).

Desde 2000, embora a notificação dos casos de AIDS seja maior entre os homens, a incidência da doença nessa população apresenta-se relativamente estável, o que não ocorre com as mulheres, ocasionando o fenômeno da feminização da doença (LIMA et al, 2009).

2.2 MODIFICAÇÃO NO PERCURSO NATURAL DA AIDS

A epidemia da AIDS é hoje um grande problema de saúde pública no Brasil onde, a velocidade de crescimento da epidemia é, como em outros países, muito maior entre as mulheres do que entre os homens, embora até a atualidade haja muito mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino (SANTOS et al, 2002).

Durante muito tempo os fatores de contaminação pelo HIV estiveram diretamente ligados aos homossexuais, bissexuais e usuários de drogas injetáveis. Entretanto, passadas duas décadas do surgimento da doença, a contaminação se alastra em pessoas de todas as idades, de todos os níveis sociais, mostrando que a AIDS não é só uma doença masculina. O aumento do número de casos em mulheres é bastante preocupante visto que, a medida que cresce o número de casos em mulheres aumenta também o risco de nascerem bebês contaminados (GIACOMOZZI, 2004).

O risco que as mulheres correm nas relações sexuais ao se submeterem à recusa de seus parceiros em usar preservativos, causam sérios impactos à saúde. Além disso, o cuidado com a saúde, a prevenção e a reprodução são sempre obrigações atribuídas às mulheres. Contudo, como condicionantes de risco a infecção por DST/AIDS, dentro de uma base sólida onde existem relações assimétricas entre homens

e mulheres, implicam relações de poder nas quais a mulher exerce o papel de subserviência (SAMPAIO et al, 2011).

A vulnerabilidade feminina, cuja marca tem sido a subordinação ao desejo masculino, é fortemente definida por um tipo de relação que a mulher mantém consigo mesma e com sua sexualidade colocando-a em situação de risco. As populações com mais probabilidade de se contaminar são justamente aquelas que têm mais restrição aos serviços de saúde, educação e serviços sociais como, por exemplo, as mulheres que vivem na prostituição (BORBA, 2006).

Pelas características próprias da profissão, as profissionais do sexo apresentam grande vulnerabilidade ao HIV e às DSTs. Historicamente, elas foram consideradas as responsáveis pela disseminação das doenças adquiridas durante o ato sexual (SILVEIRA, et al, 2009).

Nesse sentido, visto que a atividade sexual é o seu instrumento de trabalho, a questão torna-se ainda mais delicada no que se refere às profissionais do sexo. Sabendo que com o uso de preservativos e adotando cuidados de biossegurança as chances de uma transmissão tornam-se bem menores (ESPOSITO, 2006).

2.3 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL, SOCIAL E PROGRAMÁTICA

Tendo em vista que o diagnóstico da AIDS causa forte impacto para os portadores, essa doença vai além de sua aceitação, tornando os indivíduos vulneráveis ao estigma da sociedade e mais susceptíveis a infecções oportunistas.

Com origem na área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, o conceito de vulnerabilidade surge para suprir lacunas deixadas pelos conceitos de grupo e comportamento de risco, amplamente divulgados e associados no período inicial da infecção pelo HIV. Isso tem possibilitado, na medida do possível, reestruturar ações e políticas governamentais e não-governamentais, auxiliando na diminuição e no controle de novos casos de HIV/AIDS (SCHAURICH, 2010).

No Brasil, o conceito de vulnerabilidade surgiu por volta da década de 90, com a perspectiva de interpretação da epidemia da AIDS e com a probabilidade de reconceituar a tendência de culpabilizar os indivíduos infectados (TOLEDO, 2011).

Mais especificamente aplicado à saúde, embora relativamente recente, o conceito de vulnerabilidade corresponde ao resultado de progressivas interseções entre o movimento dos Direitos Humanos e o ativismo da epidemia da AIDS, considerando a

chance de exposição dos indivíduos ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção (AYRES et al, 2009).

Dessa maneira é que surgem os conceitos de vulnerabilidade individual, social e programática, os quais se relacionam de forma dinâmica e interdependente. Um importante alcance do conceito é conferir maior integralidade às ações de saúde, pois defendem propostas de intervenções que consideram a interdependência dessas três dimensões citadas (TOLEDO, 2011).

A vulnerabilidade individual diz respeito a aspectos de ordem cognitiva e comportamental, ou seja, considera os comportamentos que podem criar uma maior oportunidade de o indivíduo infectar-se e/ou adoecer, sendo que eles estão associados ao grau de consciência que os mesmos têm da epidemia HIV/AIDS e ao seu poder de transformação destas atitudes (ALENCAR, p.46, 2012)

A vulnerabilidade social refere-se à estrutura econômica, à cultura, à ideologia, às crenças religiosas e a religiosidade viva, como também está relacionado ao acesso que os indivíduos têm às informações, às instituições de saúde e de educação, às condições de bem-estar e lazer, ao poder de influenciar decisões políticas e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens (SCHAURICH, 2010; ALENCAR, 2012).

O componente pragmática da vulnerabilidade se refere ao grau de comprometimento do governo com a epidemia da Aids, às ações preventivas e educacionais, aos investimentos e financiamentos em ações assistenciais e preventivas, assim como as políticas e as instituições, especialmente aquelas de saúde, bem-estar social, justiça e cultura que atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos (SCHAURICH, 2010; ALENCAR, 2012).

2.4 INFECÇÕES PELO HIV: ESTIMATIVAS E PROJEÇÕES

A epidemia da infecção pelo HIV/AIDS é um fenômeno dinâmico que envolve progressivamente mais segmentos da população e sua forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende do comportamento humano, individual e coletivo (WOOD, 2002).

Devido às desigualdades sociais e regionais no Brasil, a propagação da infecção pelo HIV apresenta dimensões que ocasionam transformações significativas em seu perfil epidemiológico (BRITO 2001).

O conhecimento da epidemia da infecção pelo HIV fundamenta-se em estimativas que são estabelecidas a partir de modelos matemáticos fundamentados no número de casos notificados de AIDS, nos resultados de soroprevalência e em inquéritos sorológicos de populações específicas expostas ao HIV de baixo e alto risco (BRITO, 2001).

Desde o início das primeiras infecções, em 1980, até junho de 2012, o Brasil tem registrado, de acordo com o último Boletim Epidemiológico, 656.701 casos de AIDS. Foram notificados 38.776 casos em 2011, sendo a taxa de incidência da doença no Brasil de 20,2 casos por 100 mil habitantes. Analisando a epidemia por região em um período de 10 anos (2001 a 2011), a única região onde o número de casos diminuiu foi no Sudeste, de 22,9 para 21,0 casos por 100 mil habitantes. Nas outras cresceu: 27,1 para 30,9 no Sul; 9,1 para 20,8 no Norte; 14,3 para 17,5 no Centro-Oeste; e 7,5 para 13,9 no Nordeste. A Região Sudeste é onde está concentrado o maior número de casos com 56% (BRASIL, 2013).

A faixa etária mais acometida em ambos os sexos é de 25 a 49 anos, e em jovens de 13 a 19 anos em que o número de casos de AIDS entre mulheres é maior, sendo a relação sexual a maior forma de transmissão. Em 2012, foram registrados 86,8% de casos em mulheres que foram infectadas por meio de relações heterossexuais, 43,5% casos de homens também infectados através de relações heterossexuais, 24,5% por relações homossexuais 7,7% por relações bissexuais. O restante de deu por transmissão sanguínea e vertical (BRASIL, 2013).

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2012, os casos totais de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON, segundo origem dos dados, UF e região de residência por ano de diagnóstico, Brasil, 2008-2011 foram 446.318 casos (71,1%) e de 1980-2012 foram 656.701 casos. A taxa e o número de incidência (por 100.000 hab.) de 1980-2012 foram 656,701 de incidência e 20,2 o número de incidência. Segundo sexo e faixa etária de 1980-2012 foram de 656,701. Exposição por transmissão vertical de 1980-2012 foram 13.728 casos. Em indivíduos de 13 anos ou mais, de ambos os sexos foram 512.

No que refere-se a sobrevida os fatores mais freqüentemente apontados como associados entre pacientes com AIDS são: idade ao diagnóstico, sexo, evento definidor do diagnóstico, condição socioeconômica, categoria de exposição, níveis de linfócitos T CD4+ e carga viral à época do diagnóstico, ano do diagnóstico, esquema

terapêutico, acesso a serviços, à terapêutica e adesão ao tratamento (EGGER, 2002; PORTER, 2003; SCHNEIDER, 2005; HAAL, 2006; STERNE, 2007).

2.5 CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS EM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS DE IDADE OU MAIS

A detecção de AIDS, no início da Epidemia, era feita pela observação de um conjunto de doenças, cujo diagnóstico era baseado em características clínicas associadas à identificação dos “grupos de risco”. A definição de casos a serem notificados ao Programa Nacional de DST-AIDS (PNDST-AIDS) era dada pelo critério CDC-Modificado, que se baseia em evidência laboratorial e diagnóstica das doenças indicativas de AIDS ou evidência laboratorial de imunodeficiência, pelo critério rio de Janeiro/Caracas, que se baseia em evidência laboratorial e em uma pontuação dada por uma escala de sinais e sintomas ou doenças pelo critério excepcional CDC, que, na ausência de evidências laboratoriais, deve haver um diagnóstico baseado em determinadas doenças indicadoras de imunodeficiência, pelo critério excepcional óbito, pela menção da AIDS no atestado de óbito mesmo que a investigação epidemiológica seja inconclusiva, e pelo critério excepcional “ARC+ Óbito”, que é definido em paciente com “*AIDS related complex*” e óbito por causas “não externas” (FRANCO, 2012).

De acordo com o Ministério de Saúde (2008), a definição de caso de AIDS em adultos no Brasil está descritos na publicação *Crítérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças*, passou por sucessivas revisões que tiveram como objetivo principal a adequação dos critérios às condições diagnósticas laboratoriais e ao perfil de morbidade do País.

Tendo em vista a necessidade de critérios mais simplificados para a definição de casos, que não dependessem de exames complementares sofisticados, foi introduzido no Brasil, em 1992, um critério inédito, baseado na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças, a partir de experiências acumuladas por alguns serviços de saúde no Rio de Janeiro, sendo descrito com o nome de Critério Rio de Janeiro/Caracas.

Esse critério foi proposto em reunião de especialistas organizada pela OPAS, em fevereiro de 1989, na cidade de Caracas, Venezuela.

Ambos os critérios foram adotados de forma não excludente para pessoas com treze (13) anos ou mais de idade, modificando a faixa etária de referência que

anteriormente era de quinze (15) anos. Nessa revisão de 1992 foi também adotado o Critério Excepcional CDC, que incluía pacientes sem a evidência laboratorial da infecção pelo HIV, mas que possuíam diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência, desde que excluídas outras causas de imunodeficiência após investigação epidemiológica.

Em 1996, com o objetivo de recuperar uma quantidade significativa de casos da doença que não se enquadravam nas duas definições vigentes, foram estabelecidos mais dois critérios excepcionais: Critério Excepcional Óbito, abrangendo as situações em que as Declarações de Óbito faziam menção à AIDS, em algum dos campos de preenchimento, e em que a investigação epidemiológica era inconclusiva.

Critério Excepcional ARC + Óbito, contemplando aquelas situações em que indivíduos sabidamente infectados pelo HIV, em acompanhamento, iam a óbito com manifestações clínicas do complexo relacionado à AIDS (*AIDS Related Complex - ARC*), por causa não externa.

2.6 DIAGNÓSTICO

Os métodos de detecção da infecção pelo HIV é ponto chave para a saúde pública, proporcionando o melhor tratamento e métodos de prevenção da doença. O diagnóstico do HIV não é apenas a interpretação de um teste laboratorial, inclui também o exame físico e a história da doença (ALVES, 2012).

O diagnóstico da doença é encarado de diferentes formas pelo portador. Frequentemente desenvolvem complicações posteriores, aqueles pacientes que, depois do diagnóstico, apresentam auto nível de angústia e depressão, enquanto que, aqueles com maior nível de determinação e positivismo reagem melhor ao resultado (ALVES, 2012).

Em 1985 os EUA *Food and Drug Administration* (FDA) registrou os primeiros kits de diagnóstico do HIV e teve início no Brasil neste mesmo ano, os primeiros testes para detecção da síndrome. Entre os indivíduos testados para o HIV em maior proporção estão as mulheres, os indivíduos com ensino fundamental completo ou mais, moradores de regiões com melhores indicadores socioeconômicos e de serviços de saúde (GRANGEIRO et al, 2009).

No Brasil, é disponibilizado pelo Sistema Único de saúde (SUS) o diagnóstico da infecção pelo HIV nas unidades da rede pública e nos Centros de

Testagem e Aconselhamento (CTA) através de testes rápidos e exames laboratoriais, feitos a partir da coleta de sangue que em 30 minutos detectam os anticorpos contra o HIV (BRASIL, 2011).

Estes centros tem como objetivo fornecer o acesso ao diagnóstico, contribuindo para a redução dos riscos de transmissão e re-infecção, estimular a adoção de práticas sexuais seguras, encaminhar as pessoas infectadas para os serviços de assistência especializada, auxiliar as unidades de pré-natal na avaliação sorológica das gestantes e levar informações sobre prevenção das DST/Aids, além de assegurar acessibilidade e gratuidade, confidencialidade da origem das informações e dos resultados dos testes e voluntariedade de procura (MATOS, 2011).

A investigação laboratorial visa detectar anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 (dois) anos. A amostra deve inicialmente ser submetida à primeira etapa do conjunto de procedimentos seqüenciados, denominada de triagem sorológica, utilizando-se um imunoenensaio (ELISA) que deverá ser capaz de detectar anticorpos denominados anti-HIV-1 e anti-HIV-2. Para a investigação de soroconversão por meio da detecção de anticorpos, recomenda-se proceder a coleta de uma segunda amostra em trinta dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir todo o conjunto de procedimentos sequenciados (BRASIL, 2006).

No tocante ao diagnóstico para crianças menores de dois anos é recomendável a quantificação do RNA viral e para as pessoas maiores de dois anos de idade os mais utilizados são os testes de sorologias. Outros exames também podem ser utilizados para a complementação da avaliação diagnóstica como a contagem de linfócitos CD4 e CD8 e a carga viral (DAVID et al, 2009).

Uma das prioridades definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV / AIDS (UNAIDS) é o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV para o controle da epidemia da AIDS em todo o mundo. De acordo com ambas, 90% dos indivíduos que necessitam do teste não tem acesso aos serviços especializados e apenas 0,2% dos adultos em países de baixa e média renda tinham sido testados para o HIV (GRANGEIRO et al, 2009).

Será preciso considerar a possibilidade de ter havido troca de amostra ou algum erro inerente aos procedimentos de realização dos testes sempre que os resultados conclusivos da segunda amostra forem diferentes dos obtidos com a primeira amostra. Com relação aos resultados falso-negativos, pode ocorrer devido à baixa sensibilidade do conjunto de diagnóstico utilizado, coleta da amostra no período de

janela imunológica, ou problemas técnicos durante a realização do ensaio (BRASIL, 2006).

2.7 TRATAMENTO

A melhor maneira de combater o vírus é impedir-lhe a multiplicação, e um dos maiores desafios é conseguir que os indivíduos que são portadores do vírus ou mesmo aqueles que já desenvolveram a síndrome, sigam corretamente e ininterruptamente o tratamento. Para que o tratamento anti-HIV seja eficaz é necessário iniciá-lo antes que o sistema imunológico do indivíduo esteja enfraquecido, ou antes, que a pessoa tenha alguma doença. Estes devem baixar a carga viral tornando-a indetectável e, se possível, restaurar a imunidade (ALMEIDA et al, 2011).

Desde 1996, todos os portadores de HIV passaram a ter acesso gratuito ao tratamento antirretroviral, por meio da lei 9.313 do Ministério da Saúde, promovendo assim um impacto significativo e positivo, com melhora da mortalidade, indicadores de morbidade e qualidade de vida (LIMA et al, 2012).

Os medicamentos a serem primeiro utilizados para a AIDS foram os anti-retrovirais (ARV), em meados de 1980. Os primeiros tiveram benefícios temporários, devido aos efeitos limitados na redução da carga viral e baixa eficácia na recuperação da capacidade imunológica. Então a partir de 1996, com o surgimento de novos ARV foi possível alcançar êxitos significativos no tratamento de pessoas infectadas pelo HIV, aumentando a expectativa de vida dos portadores (SEIDL, 2007).

Ainda neste ano, o Brasil passou a distribuir gratuitamente o coquetel para todos que precisavam do tratamento. Recebem regularmente os remédios para tratar a doença 313 mil pessoas, segundo dados de dezembro de 2012. É necessário utilizar pelo menos três ARV diferentes, para combater o HIV. O tratamento é complexo e necessita de tratamento médico para que seja avaliado as adaptações do organismo ao tratamento e seus efeitos colaterais (BRASIL, 2013).

A terapia antirretroviral combinada de alta potência, conhecido como “coquetel”, é abreviado HAART (*Highly Active Anti-Retroviral Therapy*), sendo o tratamento que utiliza uma combinação de antivirais tornando-se uma estratégia mais eficiente do que os regimes monoterápicos. Começa, então, a ser utilizado o tríplice esquema de antirretrovirais, que combina dois inibidores de transcriptase reversa (TR) e um de protease (PR). Surgem quatro novos fármacos aprovados pelo órgão norte-

americano de controle de produtos alimentícios e farmacêuticos, são: enfuvirtida, maraviroc, raltegravir e etravirina (BRITO, 2011).

No decorrer do tratamento do portador de HIV faz-se necessário o monitoramento laboratorial desse indivíduo que é realizado por meio da contagem de linfócitos TCD4 e de quantificação da carga viral. Quando a contagem dos linfócitos estiver entre 200 a 350 células/mm³ a terapia deve ser iniciada havendo ou não a manifestação clínica associada ao vírus. Abaixo de 200 linfócitos/mm³ deve ser iniciada a quimioprofilaxia para infecções, além da terapia antirretroviral (VELOSO et al, 2010).

Nos últimos anos, a disponibilidade dos medicamentos para o tratamento do HIV/AIDS levou a um declínio significativo da morbidade e mortalidade relacionadas a doença. Apesar dos esquemas terapêuticos estarem mais simplificados, tornando mais fácil o uso com a disponibilidade das combinações dos medicamentos, permanece ainda desafios para a adesão ao tratamento que envolvem o paciente, a família, a equipe de saúde e a sociedade (POLEJAK, 2010).

O monitoramento da adesão é fundamental para identificar precocemente aqueles pacientes em risco de não adesão, ou aqueles que já estão apresentando dificuldades, a fim de planejar intervenções de apoio ao tratamento de acordo com cada caso. A não adesão ao tratamento também se dá devido aos efeitos acarretados pelos fármacos. Dentre estes a intolerância gástrica que é caracterizada por vômitos, náuseas e dor abdominal (OLIVEIRA et al, 2011).

2.8 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA AIDS

Um sistema de vigilância epidemiológica precisa responder à complexidade dos agravos que busca conhecer a AIDS, desenvolvendo novos modelos, que não sejam baseados exclusivamente na notificação de casos e que podem representar eventos ocorridos anos antes. Para tanto, é necessário conhecer oportunamente as populações vulneráveis, comportamento, riscos, entre outros fatores, de forma a subsidiar intervenções mais efetivas.

A dinâmica do perfil epidemiológico das doenças, o avanço do conhecimento científico e algumas características da sociedade contemporânea têm exigido não só constantes atualizações das normas e procedimentos técnicos de

Vigilância Epidemiológica, como também o desenvolvimento de novas estruturas e estratégias capazes de atender aos desafios que vêm sendo colocados (BRASIL, 2009).

Com base na notificação da totalidade dos casos de AIDS existentes no Brasil, e com base na história natural da infecção, de acordo com o Ministério da Saúde (2009), a vigilância epidemiológica da AIDS, além de se basear em informações fornecidas pela notificação de casos registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e em registros de óbitos, do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), possui dois sistemas particulares: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

As informações do SINAN, no caso particular da AIDS, são provenientes das notificações de casos confirmados pela definição de casos de AIDS adotada no país. O sistema contém informações epidemiológicas relevantes, que têm sido utilizadas para caracterizar a dinâmica da epidemia, assim como para subsidiar as ações de prevenção e controle da doença.

O SIM tem o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no país. Contém informações sobre o óbito, como a causa básica, data, local e município de ocorrência, assim como informações sobre o indivíduo que faleceu, tais como a idade, sexo, grau de escolaridade, ocupação e município de residência.

O SISCEL foi desenvolvido com o objetivo de monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4/CD8 e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e monitoramento de pacientes em TARV.

O SICLOM foi desenvolvido com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes de aids e uso de diferentes esquemas terapêuticos.

Para a definição de caso de aids, com fins epidemiológicos, vários critérios foram propostos, implantados e redefinidos.

3 METODOLOGIA

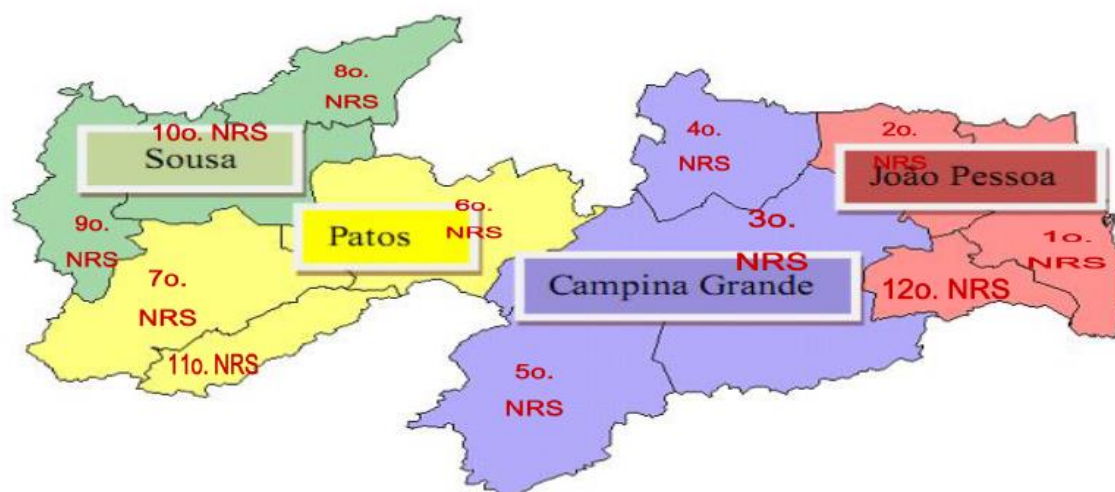
Para a realização desse trabalho utilizou-se uma abordagem indutiva com procedimento comparativo e descritivo. As técnicas usadas foram a observação direta extensiva conforme classificação proposta por Lakatos e Marconi (2009).

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo de coorte retrospectivo de indivíduos portadores de AIDS, no período de 01 janeiro de 2000 a 31 dezembro de 2010, coletados a partir de dados secundários, oriundos da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/AIDS/PB) do Programa Estadual da Paraíba.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O trabalho foi realizado no Estado da Paraíba, situado na Região Nordeste, o qual é dividido em 223 municípios. Para tanto de acordo com o Plano Diretor de Regionalização-PDR o estado encontra-se em quatro macrorregiões de saúde, onde cada uma delas é composta por três Gerências Regionais de Saúde, a qual é formado por um determinado número de municípios. O mesmo ocupa uma área total de 56.469,778 km² e detém uma população de 3.914,48 habitantes. Tem como capital a grande João Pessoa (IBGE, 2013). Para tanto, foram utilizados dados da Coordenação Estadual de DST/AIDS, na Secretaria Estadual de Saúde em que se encontra centralizado o total do número de casos notificados pelos centros de referência e unidades, e encaminhados à Secretária de Estado da Saúde da Paraíba para consolidação, monitoramento e alimentação do sistema.



FONTE: [HTTP://www.saude.pb.gov.br/site/municipios/ppi.html](http://www.saude.pb.gov.br/site/municipios/ppi.html)

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foi composta por um coorte de pacientes de ambos os sexos, com 13 anos ou mais de idade, portadores de AIDS com diagnóstico comprovado, residentes no estado da Paraíba, no período de 01 janeiro de 2000 a 31 dezembro de 2010, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação DST/AIDS/PB, Brasil.

3.4 DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS EM ADULTO

Definiu-se como caso de AIDS em adulto, todo indivíduo com 13 anos de Idade ou mais, e que apresente, a definição de casos, baseado na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças, sendo descrito com o nome de Critério Rio de Janeiro/Caracas (em que o somatório de pelo menos dez pontos na escala de sinais e sintomas ou doenças do critério rio Caracas tenha ocorrido); e os pacientes que apresentarem Critério Excepcional CDC; Critério Excepcional Óbito e Critério Excepcional ARC + Óbito.

3.5 FONTES DE DADOS

O estudo utilizou fonte de dados secundários, usando os totais de casos notificados em cada Município, por meio de consultas do Sistema de Informação de

Agravos de Notificação (SINAN-AIDS) do Programa Estadual da Paraíba (PE DST/AIDS), base de dados criada pelo Programa Nacional de AIDS por meio do Ministério da Saúde.

Para tanto, é mister apontar que este trabalho representa parte de uma pesquisa intitulada Prevalência e Fatores Associados às Manifestações Orais no Estado da Paraíba (FONTES, L. B. C.; FRANCO, M. S. P.,2012), cujo termo de consentimento para autorização da pesquisa encontra-se apenso, juntamente com a autorização do parecer do CEP-UEPB de nº CAAE: 0404.0.133.000-10 (ANEXO B).

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis de estudo foram: características sociodemográficas (sexo, idade e local de residência) e características relativas ao ano do diagnóstico de AIDS e critério de diagnóstico, as quais foram compiladas através da Ficha de Notificação do Ministério da Saúde (ANEXO A).

3.7 CRITERIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo todo o grupo de paciente portadores de AIDS, que preencham os critérios de definição de caso de AIDS adulto. Sendo considerada como data da inclusão dessa população no estudo aquela em que ocorreu a confirmação do diagnóstico de AIDS no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2010, notificados do SINAN confirmado através do critério estabelecido pela vigilância epidemiológica. A notificação é feita mediante o preenchimento da ficha de notificação/investigação de AIDS (ANEXO A), adulto, disponível no SINAN, que deve ser preenchida profissional de saúde, no exercício de sua função. A Portaria GM/MS nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, regulamenta a notificação de doenças compulsórias em todo o país.

A data do diagnóstico na ficha de notificação e de investigação é aquela em que o indivíduo se enquadra em um dos critérios de definição de caso de AIDS, ou seja, tenha evidência clínica e laboratorial, exceto no critério óbito. Nesse caso, é igual a do óbito.

3.8 CRITERIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os pacientes com as seguintes características: Crianças menores de 13 anos de idade e aqueles que não residiam no estado.

3.9 PREPARAÇÃO DO BANCO DE DADOS

A seleção dos indivíduos que formaram o grupo estudado foi feita a partir dos pacientes notificados que compunham a base de dados do Serviço de Epidemiologia do SINAN-AIDS da Vigilância epidemiológica do PE DST/AIDS do Estado da Paraíba entre 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2010.

O banco constitui a base de dados da coorte, objeto do presente estudo, sendo submetido à análise de consistência.

3.10 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados visando eventuais omissões de respostas.

Foi realizada uma análise descritiva da população estudada no período de interesse. Foi observadas as distribuições das variáveis categóricas e contínuas, exame dos casos com ou sem desfecho e com verificação da consistência dos dados.

O banco de dados foi construído a partir da digitação do instrumento com prévia codificação das respostas, utilizando o Software SPSS for Windows- versão 18.

Os dados sócio-demográficos foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana).

3.11 ASPECTOS ÉTICOS

Pesquisa envolvendo seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais. (BRASIL, 1996)

Foi obedecida a Resolução 466/2012 do CNS/MS, que discorre sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, 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). Para tanto, destacou-se aos participantes que todos os direitos seriam reservados, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participação ou retirar seu consentimento durante o desenvolvimento da pesquisa, assegurando-lhes confidencialidade das informações e obedecendo ao princípio da não maleficência. A resolução mencionada encontra-se 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 do Termo de Consentimento por parte da Secretaria Estadual de Saúde (APÊNDICE A), bem como após a assinatura do Termo Esclarecido (ANEXO E) e mediante apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO B). A pesquisa também conta com o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável (ANEXO C), Termo de Concordância com o Projeto da Pesquisa (ANEXO D) e Declaração Pelo Custo da Pesquisa (APÊNDICE B).

4 RESULTADOS

Na análise dos dados foram obtidos: taxa de ocorrência de AIDS por 100.000 habitantes no estado da Paraíba por ano e a taxa (não acumulada) do período e distribuições absolutas e percentuais.

O número de casos do estado da Paraíba por ano e separados por regional de Saúde, tipo de critério de confirmação, sexo e faixa etária evolução foram obtidos através da Secretaria de Saúde em Excel. Os dados da população projetados por ano e regional de Saúde foram obtidos do SINASC.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0% e os intervalos de confiança foram obtidos com confiabilidade de 95,0%.

Para obtenção dos cálculos estatísticos foi utilizada a planilha EXCEL e o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 17.

Na Tabela 1 se apresenta o número de casos, número de habitantes e taxa de ocorrência por 100.000 habitantes por ano e a taxa (média) no período analisado. Desta tabela se verifica oscilação da taxa com redução do ano de 2000 para 2003, sendo que os valores mais elevados ocorreram nos anos de 2009 (10,48), 2004 (10,05) e 2010 (9,48).

Da tabela é possível calcular que variação absoluta do ano de 2000 para 2010 foi de 2,05 (de 7,43 para 9,48 casos por 100.000 habitantes).

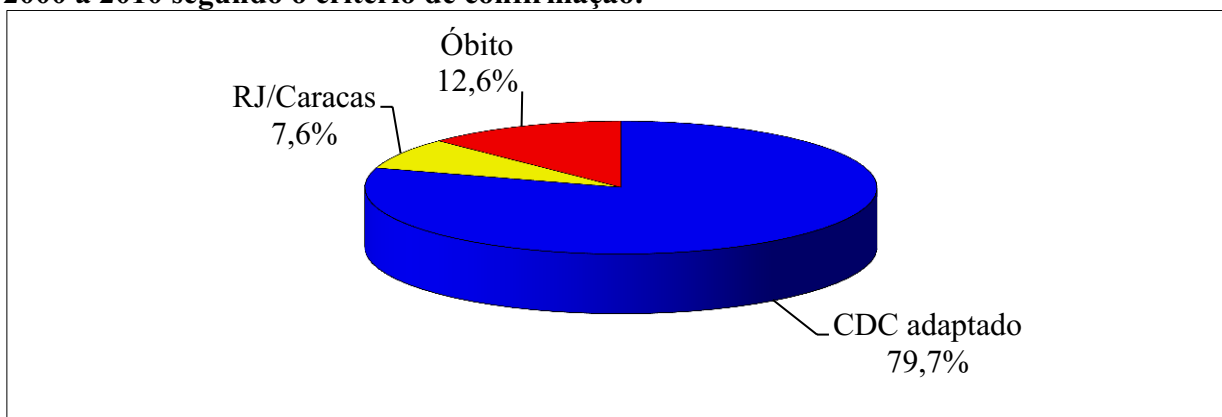
Tabela 1 - Número de casos e taxas de detecção bruta anual da AIDS por 100.000 habitantes, no estado da Paraíba no período 2000 a 2010.

Ano	Casos	População	Taxa por ano
2000	256	3.443.825	7,43
2001	208	3.468.534	6,00
2002	142	3.494.965	4,06
2003	146	3.518.607	4,15
2004	356	3.542.167	10,05
2005	263	3.595.849	7,31
2006	279	3.623.198	7,70
2007	273	3.650.180	7,48
2008	269	3.742.606	7,19
2009	395	3.769.954	10,48
2010	357	3.766.528	9,48
Total período	2944	39.616.413	7,43

FONTE: Dados da pesquisa/2013.

Quanto ao critério de confirmação de AIDS no estado verifica-se que dos 2944 casos de AIDS registrados no estado no período de 2000 a 2010, 2347 (79,7%) foram confirmados através de CDC adaptado, 225 (7,6%) por critério RJ/Caracas e 372 (12,6%) por óbito (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição de todos os casos de AIDS no estado da Paraíba no período 2000 a 2010 segundo o critério de confirmação.



FONTE: Dados da pesquisa/2013.

De acordo com a frequência dos critérios de confirmação de AIDS ratifica-se a maior proporção no período investigado do CDC adaptado sendo o não de 2007 e 2002 respectivamente com a incidência maior ratificado pela tabela 2.

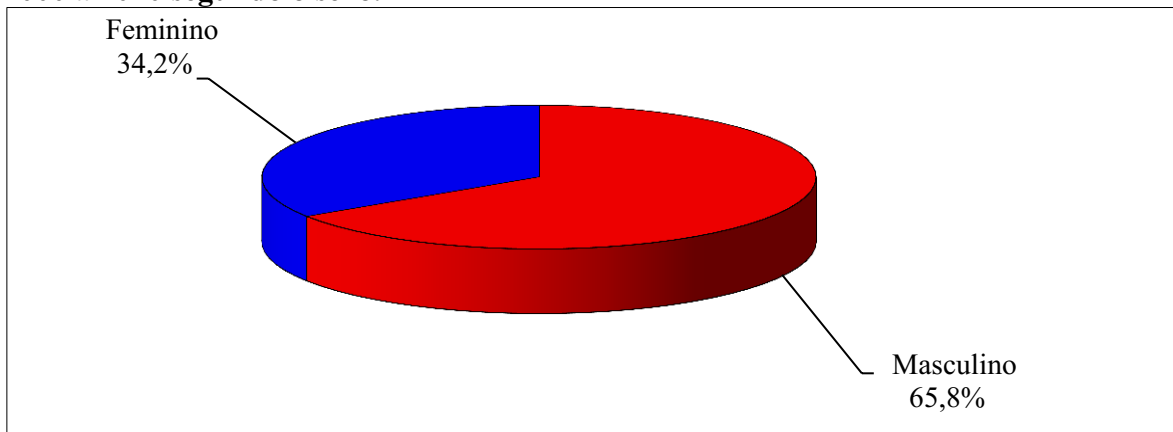
Tabela 2 – Frequências dos critérios de confirmação de AIDS no estado da Paraíba no período e por ano.

Ano	CDC adaptado		Critério de confirmação do caso RJ/Caracas		Óbito		Total por ano	
	n	%	n	%	n	%	N	%
2000	171	66,8	-	-	85	33,2	256	100,0
2001	136	65,4	-	-	72	34,6	208	100,0
2002	125	88,0	-	-	17	12,0	142	100,0
2003	125	85,6	-	-	21	14,4	146	100,0
2004	292	82,0	2	0,6	62	17,4	356	100,0
2005	226	85,9	2	0,8	35	13,3	263	100,0
2006	240	86,0	3	1,1	36	12,9	279	100,0
2007	242	88,6	17	6,2	14	5,1	273	100,0
2008	235	87,4	16	5,9	18	6,7	269	100,0
2009	306	77,5	81	20,5	8	2,0	395	100,0
2010	249	69,7	104	29,1	4	1,1	357	100,0
Total período	2347	79,7	225	7,6	372	12,6	2944	100,0

FONTE: Dados da pesquisa/2013.

Os casos notificados segundo sexo, demonstraram que de 2000 a 2010 a AIDS ainda vem sendo mais prevalente no sexo masculino com 65,8% do que no sexo feminino com 34,2%.

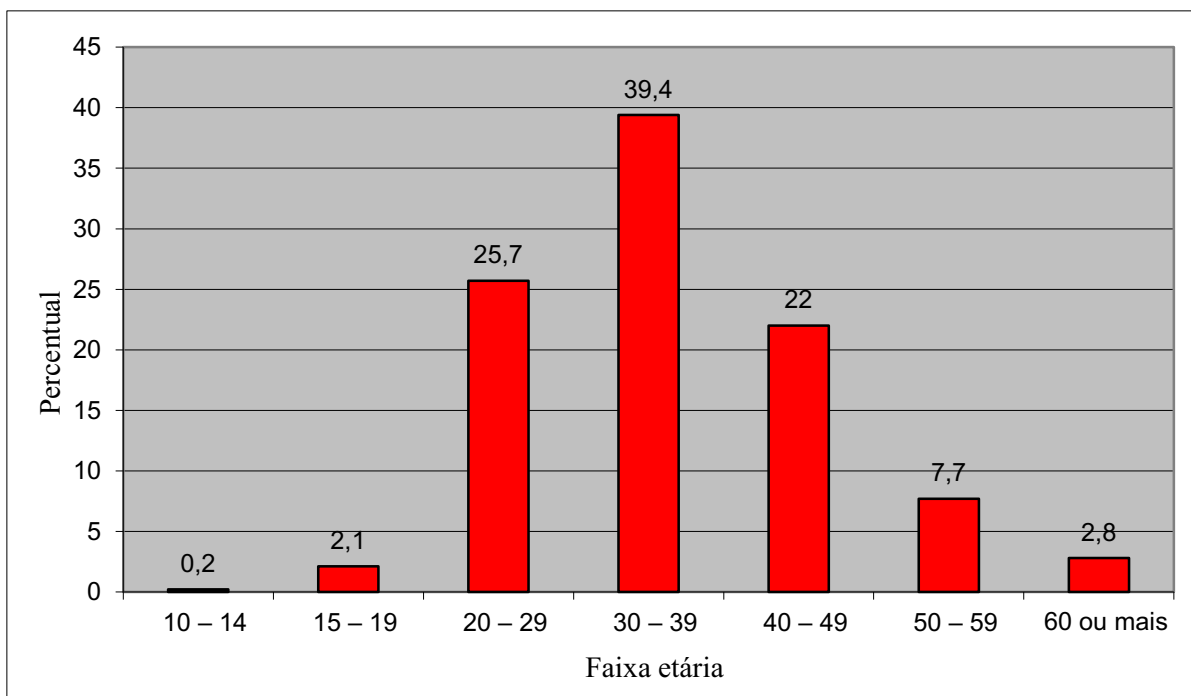
Gráfico 2 – Distribuição de todos os casos de AIDS no estado da Paraíba no período 2000 a 2010 segundo o sexo.



FONTE: Dados da pesquisa/2013.

Podemos observar no gráfico abaixo, que a idade mais predominante da AIDS foi na faixa de 30 a 39 anos de idade, e em segundo lugar de 20 a 29 anos sendo predominante entre jovens e adultos jovens. Dessa forma pode-se visualizar que em dez anos a taxa entre 10 a 14 anos foi de 0,2%, entre 15 a 19 anos foi de 2,1%, entre 20 a 29 anos foi de 25,7%, entre 30 a 39 anos foi de 39,4%, entre 40 a 49 anos foi de 22%, entre 50 a 59 anos foi de 7,7% e de 60 anos ou mais foi de 2,8%.

Gráfico 3 – Distribuição de todos os casos de AIDS no estado da Paraíba no período 2000 a 2010 segundo a faixa etária.



FONTE: Dados da pesquisa/2013.

Na tabela 3 podemos observar a transmissão dos casos de AIDS segundo a categoria de exposição. De 2000 a 2010, 0,2% (7) foram transmitidos por transmissão vertical, 42,3% (1.244) foi por via sexual em homens e 38,4% (1.130) em mulheres, 0,1% (3) por hemotransfusão, 0,4% (12) por transfusão sanguínea, 2,1% (63) através do uso de drogas injetáveis e 0,0% (1) foi por acidente com material biológico.

Tabela 3 – Avaliação da forma de transmissão dos casos de AIDS no estado da Paraíba no período 2000-2010.

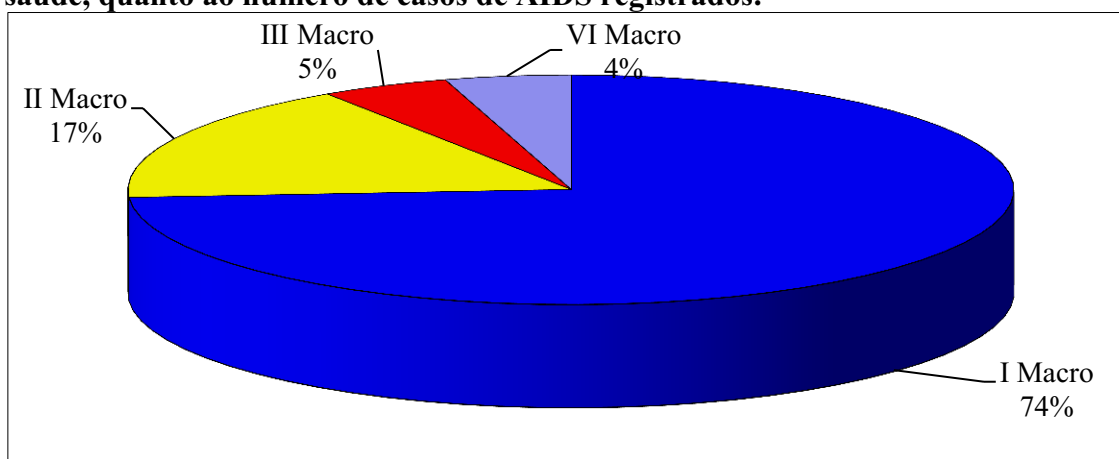
	n	%
TOTAL	2944	100,0
• Transmissão vertical		
Sim	7	0,2
Não	2325	79,0
Ignorado	258	8,8
Não se aplica	354	12,0
• Transmissão sexual		
Ignorado	426	14,5
Não se aplica	4	0,1
Apenas com homens	1244	42,3
Apenas com mulheres	1130	38,4
Com homens e mulheres	140	4,8
• Hemotransfusão e hemofilia		
Sim	3	0,1
Não	2688	91,3
Ignorado	253	8,6
• Transfusão sanguínea		
Sim	12	0,4
Não	1847	62,7
Ignorado	1085	36,9
• Uso de drogas injetáveis		
Sim	63	2,1
Não	2357	80,1
Ignorado	524	17,8
• Acidente com material biológico		
Sim	1	0,0
Não	2521	85,6
Ignorado	422	14,3

FONTE: Dados da pesquisa/2013

No tocante a distribuição dos casos pelos núcleos regionais de saúde, obteve-se os seguintes resultados pela ordem de incidência: 1° NRS representado por João Pessoa, onde é formado por 25 municípios encontrou-se 1907 casos notificados; 3° NRS representado por Campina Grande, formado por 42 municípios evidenciou-se 440 casos notificados; 2° NRS representado por Guarabira, composto por 26 municípios foram registrados 149 casos de AIDS; 12° NRS representado por Itabaiana, formado por 13 municípios evidenciou-se 116 casos notificados; 6° NRS representado por Patos, composto por 24 municípios foram registrados 97 casos de AIDS; 9° NRS representado por Cajazeiras, composto por 15 municípios foram registrados 64 casos; 10° NRS representado por Sousa, composto por 15 municípios foram registrados 57 casos; 5° NRS representado por Monteiro, composto por 16 municípios foram registrados 29 casos de AIDS; 4° NRS representado por Cuité, composto por 12 municípios foram notificados 27 casos de AIDS; 8° NRS representado por Catolé do Rocha, composto por 10 municípios foram encontrados 23 registros de casos de AIDS; 7° NRS representado por Piancó, composto por 18 municípios foram registrados 20 casos e 11° NRS representado por Princesa Isabel, composto por 07 municípios foram notificados e confirmados 15 casos de AIDS na regional de saúde.

Quanto as macrorregionais de saúde, houve o registro de 2.176 casos (73,9%) na macro I, 494 (16,8%) na macro II, 139 (4,7%) na macro III, 135 (4,6%) na macro IV. Destaca-se a primeira macrorregional, formada por 64 municípios, onde está situado o 1ª Núcleo Regional de Saúde João Pessoa, que apresenta o maior número de casos de AIDS (2173/100.000 habitantes).

O gráfico 4 mostra a disposição da taxa de detecção por ano e macrorregional de saúde, quanto ao número de casos de AIDS registrados.



FONTE: Dados da pesquisa/2013.

Na tabela 4, podemos analisar que houve uma relativa diminuição dos casos de 2000 a 2003, se elevando novamente de 2004 até 2010. Esse período apresenta 79,6% (2.343) vivos, 20,1% (593) mortos,) e 0,3% (8) ignorados.

Tabela 4 – Avaliação da evolução dos casos de AIDS no estado da Paraíba no período e por ano

Ano	Vivos		Mortos		Ignorados		Total por ano	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	143	55,9	113	44,1	-	-	256	100,0
2001	138	66,3	67	32,2	3	1,4	208	100,0
2002	123	86,6	19	13,4	-	-	142	100,0
2003	104	71,2	42	28,8	-	-	146	100,0
2004	306	86,0	50	14,0	-	-	356	100,0
2005	207	78,7	56	21,3	-	-	263	100,0
2006	237	84,9	41	14,7	1	0,4	279	100,0
2007	209	76,6	64	23,4	-	-	273	100,0
2008	219	81,4	50	18,6	-	-	269	100,0
2009	347	87,8	45	11,4	3	0,8	395	100,0
2010	310	86,8	46	12,9	1	0,3	357	100,0
Total período	2343	79,6	593	20,1	8	0,3	2944	100,0

FONTE: Dados da pesquisa/2013.

5 CONCLUSÕES

A análise da qualidade dos bancos de dados de casos de AIDS em adultos SINAN evidenciou que todos os esforços empreendidos na sua construção e desenvolvimento foram fundamentais, mas, ainda são insuficientes para alcançar um melhor desempenho da vigilância epidemiológica do Sistema Nacional de Vigilância à Saúde. Embora a utilização dos bancos de dados para análises contribua para a melhoria da sua qualidade, é imprescindível evitar esforços na identificação das suas deficiências.

A operacionalização e o gerenciamento dos dados armazenados no SINAN, quando efetuados de forma inadequada, implicam em deficiências na qualidade dos dados.

Mediante o trabalho realizado verificamos que o sexo masculino compreendeu 65,8% dos casos. A forma de transmissão sexual foi a mais evidenciada com faixa etária mais incidente de 30 a 49 anos. A macrorregional do estado mais acometida encontra-se na Macro I com 73,9% dos casos. O critério de confirmação mais utilizado foi o CDC adaptado.

Concluimos que estes dados permitem conhecer o perfil dessa morbidade no estado, para que a realização de atividades de planejamento, de prevenção e promoção possam orientar as ações de saúde para diminuição dos casos, a fim de desenvolver uma prática voltada para os indivíduos, profissionais e o SUS.

A partir disso, o profissional enfermeiro tem mais autonomia para atuar frente a um portador de AIDS, para que não haja a falência do tratamento ou um abandono desse paciente pelos familiares quando, o conhecimento dos mesmos a respeito dessa patologia é deficiente e intrigante.

Dessa forma, o enfermeiro tem um papel único na assistência às famílias que convivem com a AIDS, prestando uma assistência humanizada, proporcionando um apoio através do diálogo e orientações tanto para o portador quanto para os familiares.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. A. **O idoso vivendo com HIV/AIDS: a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos na atenção básica.** Tese de doutorado: Rúbia de Aguiar Alencar. p.162. São Paulo, 2012.

ALMEIDA, E. L.; ARAUJO, G.B.S.; SANTOS, V. A.; BUSTORFF, L. A. C. V.; PEREIRA, A. V. L.; DIAS, M. D. Adesão aos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervinientes. – **Rev. Min. Enferm**, v.15, n 2, p. 208-216, abr./jun, 2011.

ALVES, Grezielly Cristina; MAZON, Luciana Maria. Perfil dos Pacientes em Tratamento para HIV/AIDS e Fatores Determinantes na Adesão ao Tratamento Antirretroviral. *Rev. Saúde e Meio Ambiente*, v. 1, n. 2, p.81-94, 2012.

ANDRADE, M.F.O. et al. Casa Siloé: a história de uma ONG para crianças portadoras de HIV/AIDS. **Hist. Cient. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, out./dez, 2007.

AYRES, J. R. M. C., CALAZANS, G. J., SALETTI, H. C. F. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 121-143.

BERTONCINI, B. Z. *et al.* Conportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. *DST - J Bras Doenças Sex. Transm.*, v. 19, nº 2, p. 75-79, 2007.

BORBA, Kátia P., CLAPIS, Maria José. Mulheres Profissionais do Sexo e a Vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v.18, n. 4, p. 254-258.

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

_____. **Boletim Epidemiológico - AIDS E DST.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, ano 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2012>>. Acesso em: 12 set. 2013.

_____. **Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. A Aids no Brasil.** Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 12 set. 2013.

_____**Manual de Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis DST.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série Manuais nº 68 4a edição.

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

BRITTO, Ana Maria; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, vol. 34, n. 2, p. 207-217, mar/abr.2000.

CORDOVA, M. J. et al. **Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparasion study.** *Health Psychol.* v. 20, p, 176-185, 2006.

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

ESPOSITO, Ana Paula Gomes. KAHHALE, Edna Maria Peters. Profissionais do Sexo: Sentidos Produzidos no Cotidiano e Aspectos Relacionados ao HIV. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 329-339,2006.

GIACOMOZZI, Andréia Isabel , CAMARGO, Brigido Vizeu. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicol. teor. prat.**, v.6, n.1, p. 31-44, 2004.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.9, p. 2053-2063, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa.** 6.ed, São Paulo: Atlas, 2009.

LIMA, Flávio Lúcio Almeida; SALDANHAI, Ana Alayde Werba e OLIVEIRA, Josevânia da Silva Cruz de. Bem-estar subjetivo em mães de crianças sorointerrogativas para o HIV/AIDS. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, v.15, n.1,p. 141-157, 2009.

LIMA, Denise Girão Limaverde et al. Fatores determinantes para modificações da terapia antirretroviral inicial. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.58, n.2, p. 222-228, 2012.

MALBIER, A.; SCHÖFFEL, A. C. Tratamento de depressão em indivíduos onfectados pelo HIV. **Rev. Bras. Psiquiátrica**, v. 23, n. 3, p 160-167, 2001.

MATOS, Miharuru Maguinoria Matsuura et al. Perfis Sociocomportamentais dos Usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA em DST/Aids do Hospital Universitário Getúlio Vargas da Cidade de Manaus – AM. **Revista HUGV - Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas**. v.10. n. 1-2 jan./jul. – 2011.

OLIVEIRA, Odete Correia Antunes de; OLIVEIRA, Ramon Antunes de and SOUZA, Lenice do Rosário de. 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.**, v.44, n.1, p. 35-39,2011.

PAIVA, V. Prevenção posithiva? Abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In: Raxach JC, et al., organizadores. **Prevenção posithiva: estado e arte**. Rio de Janeiro: ABIA, P. 33-49, 2009.

PEREIRA, et al. Infecção pelo HIV e AIDS em Município do Norte de Minas Gerais. **Rev. APS**, v. 14, n.1,p. 39-49, jan/mar, 2011.

RODRIGUES, E. H. G.; ABATH, F. G. C. Sexually transmitted diseases in patients infected with HIV/AIDS in the State of Pernambuco, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba**, v.33, n. 1, 2000.

POLEJACK, Larissa and SEIDL, Eliane Maria Fleury. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.15,n.1, p. 1201-1208,2010.

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

SANTOS,N. J. S. et al. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. Bras. Epidemiol.** V.5, n.2, p. 286-310, 2002.

SAMPAIO, Juliana; SANTOS, Roseléia Carneiro dos; CALLOU, Jayce Layana Lopes; SOUZA, Bruna Barreto Cunha. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saúde soc.**, v.20, n.1, p. 171-181, 2011.

SILVEIRA, Mariângela F. et al. Conhecimento sobre sorologia para sífilis e HIV entre profissionais do sexo de Pelotas, Brasil. **DST - J bras Doenças Sex Trans.**, v.21, n 1, p. 27-33, 2009.

SCHAURICH, Diego; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.45, n.4, p. 989-995, 2011.

SILVA, S. F. R. AIDS no Brasil: uma epidemia em transformação. **Rev. Bras. de Análise Clínica**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 209-212, 2010.

SOUSA, L. B. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 9-85, jan/mar. 2000.

TOLEDO, Melina Mafra; TAKAHASHI, Renata Ferreira; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, Mónica Cecília. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm.**, v.64, n.2, p. 370-375, 2011.

VELOSO, A. C. R. et al. Resistência genotípica do Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 aos antirretrovirais. **Com. Ciências Saúde**, v.21, n.1, p.49-46, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DA PESQUISA:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS MANIFESTAÇÕES ORAIS
NOTIFICADAS EM PORTADORES DO HIV/AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA

Eu, JULHA EMÍLIA VAZ SETTE CÂMARA, RG nº: 489.816, li a descrição do estudo "*PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS MANIFESTAÇÕES ORAIS NOTIFICADAS EM PORTADORES DO HIV/AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA*" e, concordo com a realização da pesquisa e utilização das ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/AIDS/PB) do Programa Estadual da Paraíba. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação da pesquisa. Compreendo que a participação é voluntária e que posso desistir da continuação do estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que não comprometa ou identifique qualquer participante.

João Pessoa, 29 de julho de 2011

Júlia Emília Vaz Sette Câmara
Gerente Executiva de Vigilância em Saúde
Mat. 89.781-2

JULHA EMÍLIA VAZ SETTE CÂMARA
Gerente Executiva da Vigilância em Saúde /PB

APÊNDICE B



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

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PELO CUSTO COM A PESQUISA**

Eu, Gleiciane Freitas da Silva, declaro minha responsabilidade pelos custos decorrentes da execução dessa pesquisa, conforme consta no orçamento da mesma.

Cajazeiras, 19 de setembro de 2013.

Assinatura



ANEXOS

ANEXO A

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº					
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)									
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	Código (CID10)	Data da Notificação						
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)				
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código					
	7	Data do Diagnóstico							
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento				
	10	(ou) idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor	
Dados de Residência	14	Escolaridade							
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe			
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro	21		Logradouro (rus, avenida, ...)	Código			
Antecedentes Epidemiológicos	22	Número	23		Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1		
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência	27	CEP	
	28	(DDD) Telefone		29		Zona	30	Pais (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso								
	31								Ocupação
	Provável modo de transmissão								
32	Transmissão vertical		33	Sexual					
34								Sanguínea	
35								Data da transfusão/acidente	
36								UF	
37								Município onde ocorreu a transfusão/acidente	
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 de infecção pelo HIV?	
Dados do Laboratório									
40								Evidência laboratorial de infecção pelo HIV	
41								Teste de triagem	
42								Teste rápido 1	
43								Teste rápido 2	
44								Teste rápido 3	

Critério 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"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavilária (10)	<input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5)	<input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavilária ou não especificada (5)
	<input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)	<input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5)	<input type="checkbox"/> Diarreia 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)*
			<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*	
			<input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*	
			<input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2)	
			<input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)	
			<input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*	
			<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)	
			*Excluída a tuberculose como cause	
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo	<input type="checkbox"/> Candidose de esôfago	<input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão	<input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)
	<input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar	<input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês	<input type="checkbox"/> Histoplasmoze disseminada
	<input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva	<input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas	<input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro
		<input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase	<input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>	<input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)
		<input type="checkbox"/> Salmonelose (sepsis recorrente não-tyfóide)	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral	<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 (IBCE)	46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento
				Código
Evolução	47 Evolução do caso			
	1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
Investigador	Nome			48 Data do Óbito
	Assinatura			
Funcão				

ANEXO B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE 0404.0.133.000-10
PARECER

APROVADO
 NÃO APROVADO
 PENDENTE

Enofer P. Gomes

TÍTULO: Prevalência e fatores associados às manifestações orais notificadas em portadores do HIV/AIDS no estado da Paraíba

PESQUISADOR: Luciana de Barros Correia Fontes

DESCRIÇÃO: O PROJETO APRESENTA RELEVÂNCIA CIENTÍFICA. Atende aos requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB. Mediante a RES 196/96. Portanto dou parecer favorável.

ANEXO C



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

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**Título da pesquisa: NOTIFICAÇÃO DE AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado. Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, _____ de _____ de 2013.

MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO ADRIANO
Pesquisador da Pesquisa

GLEICIANE FREITAS DA SILVA
Pesquisador Participante

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013.

ANEXO D



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

TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

Título da pesquisa: NOTIFICAÇÃO DE AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA

Eu, Gleiciane Freitas da Silva, discente da UFCG, portadora do RG 3058156 SSP/PB e CPF 045.058.464-90, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Orientador(a)

Orientando (a)

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013.

ANEXO E



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: “NOTIFICAÇÃO DE AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA”

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu _____,

Profissão _____, residente na rua

_____, portador da

Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no

CPF/MF _____ nascido(a) em ____ / ____ / _____, abaixo

assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como

voluntário(a) do estudo “**NOTIFICAÇÃO DE AIDS NO ESTADO DA**

PARAÍBA”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como

todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam investigar a representação social por parte dos ACS de Cajazeiras-PB a respeito da AIDS;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;

- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande, _____ de _____ de 2013.

Testemunha 1 : _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

 Maria Soraya Pereira Franco Adriano

Rua: João Gabínio de Carvalho, 255 –jd 13 de Maio.

Telefone para contato: (83) 8852-2263