

FACULDADE ANÍSIO TEIXEIRA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ISADORA DE OLIVEIRA REIS
IVONE DOS SANTOS LIMA
REGIANE ARAGÃO DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS COM HIV TENDIDAS EM UM
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO INTERIOR DA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA – BA

2020

ISADORA DE OLIVEIRA REIS
IVONE DOS SANTOS LIMA
REGIANE ARAGÃO DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS COM HIV ATENDIDAS EM UM
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO INTERIOR DA BAHIA**

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I, do curso de Enfermagem da Faculdade Anísio Teixeira, solicitado pela Professora Ma. Caroline Silva Santos como avaliação parcial obrigatória.

Orientador: Prof^oMe. Valterney de Oliveira
Morais

FEIRA DE SANTANA-BA

2020

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 QUESTÃO NORTEADORA	5
3 HIPÓTESE	6
4 JUSTIFICATIVA	7
5 OBJETIVO GERAL	8
5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
6.1 HIV E AIDS UMA ABORDAGEM HISTÓRICA E CLÍNICA	9
6.2 PERFIS LABORATORIAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	10
6.3 PROTOCOLOS CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT) PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS	12
6.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO HIV E AIDS	14
7 MATERIAIS E MÉTODOS	18
7.1 TIPOS DE ESTUDO	18
7.2 CAMPOS DE ESTUDO	
7.3 POPULAÇÕES DE ESTUDO	18
7.4 PROCEDIMENTOS COLETA DE DADOS	18
7.5 ANÁLISES DE DADOS	19
7.6 ASPECTOS ÉTICOS	19
8 CRONOGRAMA	20
9 ORÇAMENTO	21
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE A	

1 INTRODUÇÃO

Causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana(HIV) a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) a qual a curva de infectados (as) pelo vírus vem crescendo cada vez mais no Brasil (STRUCHINER; PELE, 2018).

Após o processo de contágio, o vírus se apodera dos Linfócitos TCD4+, células estas de grande importância no sistema imune, o HIV se multiplica através delas e depois as destrói, deixando assim com o passar dos anos, o(a)doente cada vez mais frágil as infecções promovidas pelas formas de vida no ambiente ao seu redor (STRUCHINER; PELE, 2018).

Na maioria dos casos a AIDS se desenvolve no silêncio, fator este que contribui para que os (as) acometidos (as) a descubram muitas vezes mais tarde do que deveria, quando os níveis de vírus circulantes no sangue já atingiram um número que compromete a capacidade do corpo humano de realizar as mecânicas de defesa. O fato de haver uma possibilidade de latência no desenvolvimento da doença reforça a importância dos serviços públicos de saúde no rastreamento e tratamento da doença nas populações prevalentes, quebrando o ciclo de transmissão e impedindo que novos casos surjam (BOURDIEU *et al.*, 2018).

Segundo dados do Sistema de Informação em Saúde, a cidade de Feira de Santana em 2019, 12.794 pessoas da cidade se submeteram aos exames de sangue que detectam a presença do vírus HIV. Destes, 360 – que correspondem a 2,7% do total acusaram positivo para a doença e foram inseridos nas estatísticas como novos casos. Em 2017 o número de casos chegou a 366. Nos últimos dois anos o programa IST/HIV/AIDS, relatou uma frequência nas novas contaminações juntamente com um número de crescimento significativo se comparado com o ano de 2016 (SESAB, 2019).

Segundo o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DDCI) a epidemia de HIV/AIDS no Brasil é concentrada em alguns segmentos populacionais mais vulneráveis ao HIV/AIDS representados pelo que conhecemos como Populações-Chave e que apresentam prevalência superior à média nacional, que é de 0,4%. Essas populações são: gays e outros Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH); pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e profissionais do sexo. Estes seguimentos da população têm um índice de prevalência grande da doença e devem receber os devidos cuidados para o controle e melhora da qualidade de vida, já que essas ações de saúde impactam diretamente na prevenção e controle de HIV/AIDS no país (SANTOS *et al.*, 2019).

Existem tendências que caracterizam os casos da doença e são conhecidas como as cinco tendências distintas nos diagnósticos: A Heterossexualização dos casos; cresceu de forma alarmante o diagnóstico entre os heterossexuais; Feminização dos diagnósticos, visto que anteriormente eram mais prevalentes entre homens; Faixa Etária Jovem, onde o domínio dos casos se encontra em grande parte entre Adultos jovens e Adultos; Há um baixo nível de escolaridade entre os diagnosticados, representando que, a falta de instrução é um fator influenciador para exposição a situações de risco; Pauperização, que associada ao baixo nível de escolaridade citado anteriormente, faz uma ligação de que a maioria dos casos está distribuída entre os mais pobres (ROWLEY, 2019).

2 QUESTÃO NORTEADORA

Qual é o perfil epidemiológico e clínico das Pessoas Vivendo com HIV(PVHIV) atendidas em um serviço de referência do interior da Bahia no período de 2010 a 2020?

3 HIPÓTESE

O perfil epidemiológico das PVHIV atendidas em um serviço de referência do interior da Bahia no período de 2010 a 2020 ratifica o perfil nacional no tocante às populações-chave (gays e outros Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH); pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e profissionais do sexo) assim como às populações prioritárias que apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/AIDS, e por isso são considerados como prioridade: população jovem, população negra, população indígena e população em situação de rua estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) DCCI.

4 JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática surgiu a partir da vivência nas disciplinas Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher e Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso I, onde obtivemos informações com relação à epidemia do HIV/AIDS no contexto atual no Brasil. A partir de então, surgiu o interesse em aprofundar-nos na temática, sobretudo quanto a realidade local para conhecer qual o perfil epidemiológico, identificando grupos que apresentam maiores graus de exposição, especificamente num serviço especializado no interior da Bahia, entre os anos de 2010 a 2020 como forma de contribuição de teor científico.

Sabendo que a história social do HIV/AIDS no mundo passa por transformações importantes e marcantes nos estudos atuais, faz-se necessário o rompimento de paradigmas de aspecto social, relacionado às reações obtidas por parte da sociedade, que geram preconceito e discriminação às pessoas acometidas. Fica a cargo do Centro de Serviço Especializado o papel de minimizar esses efeitos sobre os grupos assistidos tendo a perspectiva de contribuir nesse processo de identificação e difusão das informações obtidas a partir dos conhecimentos adquiridos, visando reformular as condutas de assistência.

Estudos sobre comportamento sexual e vulnerabilidades ao HIV/AIDS têm sido conduzidos ao longo das duas últimas décadas, em vários contextos. E os resultados têm mostrado que o processo de disseminação da epidemia e seu impacto são diferenciados nas populações. Identificar e reconhecer as diferenças e especificidades desse processo tornou-se imprescindível esse trabalho para contribuir e reafirmar o planejamento e a implementação de políticas e programas mais efetivos voltados para o atendimento dos grupos mais vulneráveis à exposição ao HIV/ AIDS.

5OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil epidemiológico clínico das PVHIV atendidas em um serviço de referência do interior da Bahia no período de 2010 a 2020.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar quais as populações-chave e populações prioritárias presentes no estudo.

6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

6.1 HIV E AIDS UMA ABORDAGEM HISTÓRICA E CLÍNICA

O HIV foi descoberto em 1981 quando, um grande surto ocorreu entre a população de HSH, se expandindo logo após para usuários de drogas injetáveis, homens heterossexuais e conseqüentemente mulheres e em alguns casos crianças e receptores de sangue que se colocam em situações específicas de contágio. O principal achado clínico entre aqueles que mais tarde eram diagnosticados com a doença aconteceram em grande parte em São Francisco e Nova York nos Estados Unidos, onde se contava com a presença de Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystiscarinii* e grande comprometimento do sistema imune (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

No início dos casos, a doença era considerada um grande mistério que deixou os profissionais da saúde e cientistas conturbados com a falta de dados a serem analisados na investigação das causas. Porém, com os padrões constantes de tipos de sinais e sintomas, população específica e número de doentes logo foi possível concluir que se tratava de uma doença infecciosa não associada a outras comorbidades e de origem desconhecida (MARQUES, 2002).

Logo, o primeiro caso descoberto no Brasil aconteceu em São Paulo por volta de 1980, e foi justamente cerca de dois anos depois que pelo padrão de casos a doença foi nomeada como: “Doença dos 5 H - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável), Hookers (profissionais do sexo em inglês)” Fato este que contribuiu diretamente para a estigmatização da doença e seus portadores que até nos dias atuais onde temos uma grande quantidade de informações sobre como funciona o mecanismo da doença, ainda sofrem com a rejeição da população no geral (MOREIRA *et al.*, 2010).

Ainda na incessante busca pelas justificativas de onde, como e quando surgiu esta doença, cientistas descobrem em 1984 o vírus e um ano mais tarde ele é nomeado como Vírus da Imunodeficiência Humana do inglês *Human Immunodeficiency Virus*. Com esta descoberta veio o primeiro teste de diagnóstico e com esse a grande conquista da criação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (1986) onde o Ministério da Saúde reuniu esforços para aprimorar o combate à doença frente a grandes dificuldades de cobertura visto que o Sistema Único de Saúde (SUS) só surgiu dois anos após. Com a

criação do SUS vieram as primeiras terapias com antirretrovirais as quais com o tempo diminuíram os casos de morte por AIDS no país (ALMEIDA MRCEB, 2007).

Como foi citado anteriormente, o principal foco do HIV é atingir o sistema imune, principalmente, falando de glóbulos brancos denominados Linfócitos. Estes são os principais responsáveis pela defesa, pois circulam pelo corpo através dos vasos linfáticos destruindo possíveis ameaças. O HIV é um retrovírus do gênero *Lentivirus* e possui muitas das características físico-químicas da família *Retroviridae* características estas que, geram uma forte atração do vírus pelas células Linfócitos TCD4+ onde o vírus as invade mudando seu DNA e as obrigando a replicá-lo em seu interior (BRASIL, 2018).

Após este processo a célula não resiste e entra em processo de análise, o vírus se encontra então livre para infectar outras células semelhantes repetindo este processo diversas vezes. É importante salientar que existem dois tipos genômicos de HIV e este processo poderá ocorrer de forma diferente e menos agressiva dependendo do tipo de vírus com o qual o indivíduo estará infectado. O processo descrito acima ocorre nas primeiras horas de infecção, fator este que contribui diretamente para um resultado sorológico falso negativo naqueles que foram expostos a situações de risco e façam um teste num período inferior a 30 dias. Período este conhecido como Fase Eclipse, onde o RNA viral ainda não pode ser detectado (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2019), justamente com a Fase Eclipse existem dois conceitos fundamentais para ser possível o rastreio correto da doença: a janela clínica que se aplica ao período de infecção até o aparecimento de sintomas clássicos da fase aguda e Janela Imunológica que vai desde a infecção até o aparecimento de RNA detectável no sangue onde encontramos anticorpos anti – HIV. Então haverá o aparecimento de sintomas em alguns casos e a latência em outros.

6.2 PERFIS LABORATORIAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Logo após a descoberta do HIV, foram desenvolvidos imune ensaios para o diagnóstico da infecção. Nas últimas décadas, quatro gerações de IE foram desenvolvidas. O ensaio de primeira geração tem o formato indireto, ou seja, a presença de anticorpos específicos é detectada por um conjugado constituído por um anticorpo anti-IgG humana (BRASIL, 2018).

Na fase sólida, os antígenos são originados de um lisado viral de HIV. Os antígenos do lisado viral são obtidos a partir de cultura do HIV em linhagens celulares humanas. Em

média, a janela de soro conversão dos ensaios de primeira geração é de 6 a 8 semanas. Atualmente, esses ensaios deixaram de ser utilizados na rotina diagnóstica dos laboratórios. O ensaio de segunda geração também tem formato indireto; porém, utiliza antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados de proteínas do HIV. A possibilidade de utilizar antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos no diagnóstico da infecção pelo HIV decorre do conhecimento de que existem regiões antigênicas em determinadas proteínas do HIV –epítosimunodominantes – que são alvos preferenciais da resposta imune humoral (PCDT HIV, 2018).

Segundo o UNASUS (2018), em comparação com os ensaios de primeira geração, os de segunda geração são mais sensíveis e específicos, por conter uma maior concentração de proteínas (epítosimunodominantes) relevantes. Em média, a janela de soro conversão dos ensaios de segunda geração é de 28 a 30 dias. O ensaio de terceira geração tem o formato “sanduíche” (ouimunométrico). A característica desse ensaio é utilizar antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos tanto na fase sólida quanto sob a forma de conjugado. Esse formato permite a detecção simultânea de anticorpos.

O ensaio de quarta geração detecta simultaneamente o antígeno p24 e anticorpos específicos anti-HIV. O componente de detecção de anticorpo tem o formato de “sanduíche”; portanto, detecta todas as classes de imunoglobulinas contra proteínas recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados das glicoproteínas gp41 e gp120/160. Em média, a janela diagnóstica dos ensaios de quarta geração é de aproximadamente 15 dias, dependendo do ensaio utilizado (BRASIL, 2018)

Os Testes Rápidos (TR) são imune ensaios (IE) simples, que podem ser realizados em até 30 minutos. Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de testes rápidos, o diagnóstico do HIV atualmente pode ser realizado em ambientes ambulatoriais e não laboratoriais, permitindo ampliar o acesso ao diagnóstico. Existem vários formatos de TR, e os mais frequentemente utilizados são: dispositivos (ou tiras) de Imunocromatografia (ou fluxo lateral), Imunocromatografia de dupla migração (DPP), dispositivos de imunoconcentração e fase sólida (BRASIL, 2018).

Testes rápidos são primariamente recomendados para testagens presenciais. Podem ser realizados com fluido oral, soro, plasma ou sangue total (o que permite o uso de amostras obtidas por punção digital). Os testes rápidos são simples de executar e podem ser utilizados fora do ambiente de laboratório por pessoal capacitado. Com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV no Brasil e habilitar o maior número de profissionais de saúde para realizar esses testes. Embora os testes rápidos e os IE sejam sensíveis e específicos,

resultados falso-positivos podem ocorrer; por essa razão, os testes complementares foram desenvolvidos (BRASIL, 2019).

6.3 PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT) PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS

Seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018, o tratamento deve ser baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos, sendo que o início imediato da Terapia Antirretroviral (TARV) está recomendado para todas as PVHIV, independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico (BRASIL, 2018).

É evidente a eficácia terapêutica, principalmente após a introdução do conceito da HAART (Highly Active Antirretroviral Therapy - Terapia Antirretroviral Altamente Eficaz), que é a combinação dos inibidores de protease e transcriptase reversa, de forma a ser extremamente efetiva na redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1 para níveis indetectáveis (PATERSON, SWINDELLS, MOHR, BRESTER, VERGIS, SQUIER, et al, 2000).

Esforços devem ser feitos para reduzir o tempo entre o diagnóstico de HIV e o início da TARV, sempre avaliando a preparação e a motivação individual. Os serviços da rede de assistência às PVHIV devem discutir formas de identificar e priorizar o acesso dos pacientes em situação de urgência de atendimento para TARV e o conjunto de cuidados necessários em cada situação (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMA, 2000).

A TARV está indicada para todas as PVHIV, em especial as sintomáticas, independentemente da contagem de LT-CD4+, uma vez que a presença de sintomas já demonstra fragilidade imunológica e incapacidade de controle viral. O uso de ARV representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. Diversas evidências científicas oferecem fortes evidências de que o tratamento de indivíduos infectados pelo HIV pode reduzir significativamente a transmissão sexual do HIV (MAGGIOLO; LEONE, 2010).

Níveis baixos de Carga Viral (CV) sérica do HIV estão associados a menores concentrações do vírus nas secreções genitais. Estudos em casais heterossexuais soro diferentes demonstraram que, quando a CV sérica de HIV é menor, os eventos de transmissão são menos comuns. Tais evidências indicam que a terapia antirretroviral é uma importante contribuição para a prevenção. Assim, uma pessoa com HIV, sem nenhuma outra

TARV corretamente e com CV-HIV suprimida, tem mínimas chances de transmitir o HIV pela via sexual (MAGGIOLO; LEONE, 2010).

O uso do preservativo continua sendo recomendado como forma de cuidado adicional para evitar reinfecção pelo HIV e para prevenção de outras IST e hepatites. A política brasileira de enfrentamento ao HIV/AIDS reconhece que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções, e que diferentes fatores de risco de exposição, transmissão e infecção operam, de forma dinâmica, em diferentes condições sociais, econômicas, culturais e políticas (ABIA, 2011).

E como o próprio nome diz, a “prevenção combinada” sugere o uso “combinado” de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, sem excluir ou substituir um a outro. Algumas das possíveis consequências negativas de um eventual abandono do preservativo em favor do tratamento como prevenção seriam: aumento de incidência de IST, transmissões em função de um risco residual ou transmissões por pessoas com percepção equivocada sobre sua supressão viral (ABIA, 2011).

No entanto, é fundamental avaliar os benefícios que a PVHIV terá ao compreender seu correto nível de risco e os malefícios de não o compreender. A perspectiva da não transmissão do vírus provavelmente incentivará a testagem, o início e a adesão ao tratamento, além de poupar a PVHIV de medos e ansiedade desnecessários, reduzindo o estigma e o autoestigma (ABIA, 2011).

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três ARV, sendo dois ITRN/ ITRNt (inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo) associados a uma outra classe de antirretrovirais ITRNN (inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo), IP/r (inibidor de protease com reforço de ritonavir) ou INI (inibidor de integrase) (BRASIL,2018).

No Brasil, para os casos em início de tratamento, o esquema inicial preferencial deve ser a associação de dois ITRN/ ITRNt – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – associados ao inibidor de integrase (INI) – dolutegravir (DTG). Exceção a esse esquema deve ser observada para os casos de coinfeção TB-HIV, mulheres vivendo com HIV (MVHIV) com possibilidade de engravidar e gestantes. Situações especiais de intolerância ou contraindicação devem ter seus esquemas iniciais adequados para esquemas iniciais alternativos (BRASIL,2018).

Como regra, o esquema inicial preferencial deve ser o seguinte:

Quadro 01- TARV HIV: Esquemas Preferenciais Brasil

SITUAÇÃO	TERAPIA ANTIRRETRO VIRAL	DOSE DIÁRIA	OBSERVAÇÃO
Adultos em início de tratamento	TDF/3TC + DTG	(300mg/300mg) “2x1”+ 50mg 1x/dia	
Coinfecção TB-HIV sem critérios de gravidade (conforme critérios elencados abaixo)	TDF/3TC/EFV	(300mg/300mg/600mg) – DFC 1x/dia	Concluído o tratamento completo para TB, poderá ser feita a mudança (switch) do EFV para DTG.
Coinfecção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo LT-CD4+<100 céls/mm ³ Presença de outra infecção oportunista Necessidade de internação hospitalar/ Doença grave Tuberculose disseminada	TDF/3TC + RAL	(300mg/300mg) “2 x 1” 1x/dia + 400mg 12/12h	Concluído o tratamento completo de TB, deverá ser feita a mudança (switch) do RAL para DTG em até 3 meses

Fonte: PCDT/MS, 2018.

TARV HIV: Esquemas Alternativos Brasil.

Quadro 02- Recomendações de TARV inicial alternativa para adultos.

Intolerância ou contraindicação ao DTG	Substituir o DTG por EFV
Contraindicação ao TDF	Se teste HLA-B 5701 negativo, substituir TDF por ABC Se teste HLA-B 5701 positivo ou intolerância ao ABC, substituir o TDF por AZT
Intolerância ao EFV na coinfeção TB-HIV	Substituir o EFV por RAL

Fonte: Fonte: PCDT/MS, 2018.

6.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO HIV E AIDS

O HIV/AIDS vem produzindo vítimas em todo o mundo, estimativas da ONU apontam para um número de 25 milhões de vítimas em todo o globo apenas em 2018 (WHO/UNAIDS, 2018). No entanto, desde sua descoberta, é possível evidenciar evoluções tanto no aspecto biológico quanto no social (MOREIRA; BLOC; ROCHA, 2012).

Alguns dados epidemiológicos à nível mundial indicam que 37,9 milhões de pessoas em todo o mundo estão vivendo com HIV (WHO/UNAIDS,2018). Segundo o relatório da UNAIDS ocorreram 1,7 milhões de novas infecções até o fim de 2018 onde a maioria dos casos era em adultos e em mais da metade dos casos o indivíduo não sabia que estava convivendo com a doença (UNAIDS, 2019).

No Brasil, em 2018 foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de AIDS – notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/ Siclom –, com uma taxa de detecção de 17,8/100.000 habitantes (2018), totalizando, no período de 1980 a junho de 2019, 966.058 casos de AIDS detectados no país. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de AIDS no Brasil, que passou de 21,4/100.000 habitantes (2012) para 17,8/100.000 habitantes em 2018, configurando um decréscimo de 16,8%; essa redução na taxa de detecção tem sido mais acentuada desde a recomendação do “tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013 (BRASIL, 2019).

A taxa de detecção do HIV/AIDS vem caindo no país, fato este que não se torna realidade nas regiões Norte e Nordeste que mostraram tendência de crescimento na detecção: em 2008 as taxas registradas dessas regiões foram de 20,6 (Norte) e 13,5 (Nordeste) casos por 100.000 habitantes, enquanto em 2018 foram de 25,1 (Norte) e 15,8 (Nordeste), representando aumentos de 21,8% (Norte) e 17,0% (Nordeste) (BRASIL, 2018).

Considerando-se os últimos dez anos, observou-se que a taxa de detecção de AIDS em homens apresentou aumento entre 2007 e 2011 (24,8 para 28,3 casos/100.000 habitantes) e redução a partir de 2012. Em 2018, a detecção de AIDS entre homens foi de 25,2 casos a cada 100.000 habitantes. Entre as mulheres, observou-se tendência de queda dessa taxa nos últimos dez anos, que passou de 17,0 casos /100.000 habitantes em 2008, para 10,5 em 2018, representando uma redução de 38,2% (BRASIL, 2018).

Ainda no tocante à variação de casos relacionados ao sexo, no Nordeste, a razão em 2018, foi de 23 casos em homens para cada dez casos em mulheres, enquanto na região Sul houve uma maior proporção de mulheres no total de casos de AIDS: a razão de sexos foi de 18 homens para cada dez mulheres. Sobretudo conclui-se que houve pouca variação da razão nos últimos dez anos (2008 a 2018) nos grupos etários de 40 a 49 (11,7%) e de 50 anos ou mais (20,0%) (BRASIL, 2018).

Já a faixa etária dos casos de infecção do HIV, a maior concentração dos casos no Brasil foi observada nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos. Em 2018, todas as faixas etárias, exceto aquelas até 14 anos, apresentaram taxas de detecção do sexo masculino superiores às taxas do sexo feminino. Para as faixas etárias de 20 a 24 e de

25 a 29 anos, as taxas de detecção dos homens são quase quatro vezes maiores do que as taxas das mulheres. Entre os homens, nos últimos dez anos, observou-se um incremento na taxa de detecção entre aqueles de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 e 29 anos e 60 anos e mais. Destaca-se o aumento da taxa entre jovens de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos, que foram respectivamente de 62,2% e 94,6% entre 2008 e 2018 (BRASIL, 2019).

Entre as mulheres, verifica-se que, nos últimos dez anos, a taxa de detecção apresentou queda em todas as faixas etárias, sendo as faixas de 5 a 9, de 10 a 14, de 25 a 29 e de 30 a 34 anos as que apresentaram as maiores quedas: 68,8%, 62,5%, 51,2% e 53,2%, respectivamente, quando comparados os anos de 2008 e 2018 (BRASIL, 2018).

Esta análise da faixa etária se justifica especialmente, porque a síndrome não distingue sexo, etnia ou classe social e somente se relaciona aos comportamentos de risco como: sexo sem uso de preservativo, compartilhamento de seringas no uso de drogas injetáveis e etc. Somados a estes, aspectos como diagnóstico tardio, latência da doença e persistência a exposição em situações de risco contribuem para uma solidificação da faixa etária comum aos casos de HIV/AIDS (PIERI; LAURENTI, 2012).

Observando-se as principais vias de transmissão do vírus nos casos, em todas as regiões, a principal via de transmissão entre homens e mulheres com 13 anos de idade ou mais foi a via sexual. Entre os homens, no ano de 2018, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram predomínio da categoria de exposição de homo/bissexual (46,5% e 42,8%, respectivamente), enquanto nas demais regiões o predomínio foi heterossexual. Entre as mulheres, a categoria mais prevalente de transmissão (acima de 80%), em todas as regiões foi à sexual (BRASIL, 2019).

Já no domínio das vulnerabilidades dos casos quando analisados nos últimos dez anos no quesito raça/cor, observou-se queda de 20,0% na proporção de casos entre pessoas brancas. No mesmo período, a redução foi de 1% para as pessoas negras, enquanto houve aumento de 20,5% para as amarelas, 37,7% para as pardas e 100% para a população indígena. No ano de 2018, as proporções observadas foram de 54,8% e 58% entre homens e mulheres negras, respectivamente (PARKER; CAMARGO JR., 2018).

No quesito escolaridade dos indivíduos incluídos nos casos de HIV/AIDS no país o qual tem dimensões continentais com importantes disparidades sociais, econômicas e demográficas em sua população, é de se esperar que estas divergências impactem no modo como a síndrome se alastra pelos segmentos sociais configurando, portanto, diferentes vulnerabilidades à infecção pelo HIV e, por conseguinte, à AIDS (PARKER; CAMARGO JR., 2018).

No acumulado dos anos, a maior concentração de casos de AIDS ocorreu entre indivíduos com a 5^a à 8^a série incompleta (21,3%), embora haja uma tendência de redução dos casos nesse grupo ao longo dos anos. Segundo sexo entre os níveis de escolaridade: os homens com AIDS apresentaram grau de instrução mais elevado do que as mulheres. Em 2018, a proporção de casos entre homens analfabetos foi de 1,7%, enquanto entre as mulheres foi de 2,8%. No mesmo ano, a proporção de homens que tinham pelo menos o ensino médio completo foi de 38,3%, enquanto entre as mulheres esse mesmo grupo representou 23,2%. Ressalta-se que a proporção de notificações sem informação de escolaridade permanece elevada 25,1% em 2018 (NOVAES DOS SANTOS et al., 2019).

7 MATERIAIS E MÉTODOS

7.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, documental e descritivo. Para Fonseca (2004), a pesquisa quantitativa, diferentemente da qualitativa, utiliza dados brutos, acredita que através da coleta de uma amostra, consegue representar a totalidade de um grupo. Se faz mister variáveis matemáticas para a análise dos fenômenos.

Como vantagem, este tipo de estudo é de fácil manejo e interpretação além de fornecer grande quantidade de dados confiáveis direto dos órgãos máximos na temática. Em contrapartida, a validade e oscilação entre os dados podem prejudicar a formulação das informações adquiridas (TANAKA, OSWALDO Y.; MELO, CRISTINA, 2001).

7.2 CAMPO DE ESTUDO

Será realizado no Centro de Saúde Especializado Dr. Leoni Coelho Leda (CSE), especificadamente no Centro de Referência Municipal (CRM) DST/HIV/AIDS. Implantado em 1999, a partir do convênio estabelecido com o Ministério da Saúde que desenvolve atividades de promoção, prevenção e proteção à saúde sexual e possui atendimento interdisciplinar e multiprofissional.

O CRM conta com as seguintes Unidades Assistenciais: Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Laboratório.

O lócus da pesquisa será a sala da coordenação geral do CRM.

7.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Serão os dados das pessoas diagnosticadas com HIV /AIDS cadastradas nos anos de 2010 à 2020 contidos nos relatórios anuais do CRM.

7.4 PROCEDIMENTOS COLETA DE DADOS

A coleta de dados será feita nos relatórios anuais do CRM. Para tanto será utilizado um formulário (APÊNDICE A), contendo as variáveis do estudo.

7.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão coletados e analisados utilizando o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), com enfoque para cálculos das frequências absolutas, relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão.

7.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa utilizará informações respeitando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Devido a metodologia escolhida, não será necessária aprovação pelo CEP, mas todos os dados coletados serão respeitados.

9 ORÇAMENTO

MATERIAL PERMANENTE

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
NOTBOOK	4	1.500,00 1.600,00 1.500,00 1.729,00	6.329,00
IMPRESSORA	2	300,00 599,00	899,00
CELULAR	3	1.000,00 600,00 1.500,00	3.100,00
INTERNET	3	70,00 70,00 70,00	210,00
TOTAL			10.538,00

MATERIAL DE CONSUMO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
CANETA	10	2,50	22,50
LÁPIS	5	1,30	6,50
APONTADOR	3	2,00	6,00
BORRACHA	3	3,00	9,00
CADERNO	3	35,00	105,00
TOTAL			149,00

SERVIÇOS

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
CÓPIAS	4	8,00	32,00
ENCADERNAÇÃO	4	3,00	12,00
TOTAL			44,00

TRANSPORTE

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
VALE	50	2,15	107,50

ESTUDANTIL			
PASSAGEM	50	24,00	1,200
	50	24,00	1,200
TOTAL			2.507,50

DESCRIÇÃO	VALOR
MATERIAL PERMANENTE	10.538,00
MATERIAL DE CONSUMO	149,00
SERVIÇOS	44,00
TRANSPORTE	2.507,50
TOTAL	13.238,50

Todos os gastos relacionados à pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador. Além disso, a FAT colaborará com disponibilização de carga horária do Professor Orientador para as atividades dessa pesquisa, disponibilização do laboratório de pesquisa e material bibliográfico.

REFERÊNCIAS

ABIA, Associação Brasileira interdisciplinar de AIDS. *Prevenção combinada: barreiras ao HIV*. Rio de Janeiro, 2011.

ALMEIDA MRCB, Labronici LM. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral TT - The silent itinerary of people with HIV told through oral history. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 263–274, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100030&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/26.pdf>.

BOURDIEU, Pierre *et al.* No Title. *Director*, v. 15, n. 2, p. 2017–2019, 2018. Disponível em: <https://www.uam.es/gruposinv/meva/publicaciones/jesus/capitulos_espanyol_jesus/2005_motivacion_para_el_aprendizaje_Perspectiva_alumnos.pdf%0Ahttps://www.researchgate.net/profile/Juan_Aparicio7/publication/253571379_Los_estudios_sobre_el_cambio_conceptual_>.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. Departamento De Vigilância Prevenção E Controle Das Infecções Sexualmente Transmissíveis Do Hiv/Aids E Das Hepatites Virais, 2018.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS and HIV infection in Brazil: a multifaceted epidemic. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 34, n. 2, p. 207–217, 2001.

MAGGIOLO F, Leone S. CD4+ T Lymphocyte Recovery in Individuals with Type 1 Human Immunodeficiency Virus Infection. *ClinInfectDis*. 2010;51(4):465–467. <http://dx.doi.org/10.1086/655152>.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 9, n. suppl, p. 41–65, 2002.

MOREIRA, Virginia *et al.* Fenomenologia do estigma em HIV/AIDS: coestigma. *Mental*, v. 8, n. 14, p. 115–131, 2010.

MOREIRA, Virginia; BLOC, Lucas; ROCHA, Marcio. Significados da finitude no mundo vivido de pessoas com HIV/AIDS: um estudo fenomenológico. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 12, n. 2, 2012.

NOVAES DOS SANTOS, Nády Thalita *et al.* Perfil Epidemiológico De Casos Hiv/Aids Cadastrados Em Serviço Ambulatorial Especializado. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, p. 81–97, 2019.

PATERSON DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med.* 2000;133(1):21-30.

ROWLEY, Sue. “There once lived...”: craft and narrative traditions. *Craft and contemporary theory*, v. 48, p. 76–84, 1997.

STRUCHINER, Noel; PELE, Antonio. Carta dos Editores. *Revista Direito, Estado e Sociedade*, n. 52, p. 311–314, 2018.

TEIXEIRA PR, Paiva V, Shima E. Tá difícil engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: Copidart; 2000.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DO ESTUDO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS COM HIV ATENDIDAS EM UM
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO INTERIOR DA BAHIA**

CRM DST/HIV/AIDS DE FEIRA DE SANTANA – BA

ANO: _____

1. TOTAL DE CASOS:

HIV: _____

AIDS: _____

2. SEXO:

MASCULINO: _____

FEMININO: _____

3. FAIXA ETÁRIA

00 A 12: _____

13 A 19: _____

20 A 24: _____

25 A 29: _____

30 A 34: _____

35 A 39: _____

40 A 44: _____

45 A 49: _____

50 A 54: _____

55 A 59: _____

60 OU MAIS: _____

4. TIPO DE EXPOSIÇÃO:

TV: _____

UDI: _____

SEXUAL: _____

IGNORADO: _____

5. ORIENTAÇÃO SEXUAL:**HETEROSSEXUAL:** _____**HOMOSSEXUAL:** _____**BISSEXUAL:** _____**IGNORADO:** _____**6. IDENTIDADE DE GÊNERO:****TRAVESTI:** _____**HOMEM TRANS:** _____**MULHER TRANS:** _____**IGNORADO:** _____**7. GRAU DE ESCOLARIDADE:****NÃO ALFABETIZADO:** _____**EFI:** _____**EFC:** _____**EMI:** _____**EMC:** _____**NSI:** _____**NSC:** _____**IGNORADO:** _____**8. ÓBITOS:****CRIANÇAS:** _____**ADOLESCENTES:** _____**ADULTOS:** _____**IDOSOS:** _____**9. CRIANÇAS:****EXPOSTAS:** _____**INFECTADAS:** _____**ALTA:** _____