



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONVACO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SHEYLA SOARES REIS COSTA

**PERFIL SOCIOECONÔMICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS QUE VIVEM
COM HIV/AIDS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS
-BA DE 2007 A 2014**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS- BA

2015

SHEYLA SOARES REIS COSTA

**PERFIL SOCIOECONÔMICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS QUE VIVEM
COM HIV/AIDS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS
-BA DE 2007 A 2014**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lilian Conceição Guimarães de
Almeida

SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA

2015

SHEYLA SOARES REIS COSTA

PERFIL SOCIOECONÔMICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS QUE VIVEM
COM HIV/AIDS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS –
BA DE 2007 A 2014

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lilian Conceição Guimarães de
Almeida

Aprovado em / /

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Lilian Conceição Guimarães de Almeida
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a. Ma. Patrícia Figueiredo Marques
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Enf^a Oade Oliveira Cunha de Souza
Coordenação Programa DST/AIDS e Hepatites Virais

Dedicatória

A todos os integrantes da equipe PET-VS – tutores,
preceptores e alunos – pela cooperação. Este é fruto do nosso
trabalho!

A todas as pessoas que hoje vivem com HIV/AIDS.

Agradecimentos

Ao longo dessa caminhada pude contar com a colaboração de muitas pessoas para a conclusão dessa jornada.

Agradeço:

À Prof.^a Dr.^a Lilian Conceição Guimarães de Almeida por ter aberto as portas da iniciação científica para mim. Por ter me dado a oportunidade de trabalhar com uma temática tão complexa e sensível que é o HIV/AIDS e enfim, pela orientação neste trabalho.

À equipe do PET_VS a qual fiz parte, por toda experiência e conhecimento compartilhados. Em especial a Elias, meu companheiro de trabalhos e meu salvador em algumas situações (risos).

À Manuela e Oade por terem me apresentado o serviço e suas complexidades.

À equipe do Programa DST/AIDS e Hepatites virais de Santo Antônio de Jesus, por terem tão calmamente me cedido espaço para a realização da minha pesquisa.

À minha família por todo incentivo. Ao meu noivo pelo apoio incondicional, e aos meus amigos por todas as vezes em que disseram “VAI DAR CERTO!”

Muito Obrigada!

Soropositivos

I

Caro irmão frágil e temido,
Discriminado e amado,
Símbolo agigantado na perdição
Do mundo que te impregnou e te culpa.
É de ti, de tua veracidade ocultada,
De teu temido silêncio,
De tua razão e de teu sangue desrespeitado
Donde floresce a indelével compreensão
Das existências mutiladas em tua
indignação.
É de ti, caro irmão, que frui a gritante
aurora,
Em teu crepúsculo prematuro.
És tu que trazes os gritos sufocados nos
becos,
Dos repelidos acobertados de sombras
elaboradas
Das roubadas esperanças,
Dos que vivem a espreitar de olhos acesos e
tristes.
É ali que nasce o temor dos imprudentes
bem nascidos,
Ingênuos em suas culpas e audazes na
ignorância.
É na margem dos vigiados, sedentos de
amor e luz,
Germinados desditosos no orgasmo sem
afeto.
Solitários destituídos de seu apreço,
Tombados no abismo luxuriante dos
engodos.
Desditosos, roubados, onde brotam ameaças
incontidas.
É aí que germina o fulcro entranhado do
saber do mundo,
Dos que rejeitam vazios ofuscantes,
Dos que se determinam em não abrir suas
veias à rejeição da vida,
Dos que retornam ao viço das razões
incendiadas.

II

Não esqueça, meu irmão, da grandeza
intocável que engendras.
Não foste tu que interrompeste teus sonhos,
Que não concluíste tuas buscas.
Naufragaram-te na travessia,
Impediram o de fruir dos teus amores.
Impuseram-te raias com tormentórios
impedimentos
Envelheceram tua puberdade,

Salgaram tuas manhãs e águas
Agora, te estigmatizaram com os dogmas da
ciência.
Incriminarão teu corpo danificado.
Condenaram tua pulsão juvenil.
Tornaram pesadelo, tuas ardentes lembranças.
Temes que teus horizontes,
Condicionaram-te na solidão e temes
Que todo abraço é mortificante.
Meu irmão sem culpas.
Não culpe as prostitutas, símbolo das vidas
desvivas.
Não foram elas que geraram teus tenebrosos
ressentimentos,
Foram os camuflados pustulentos
Que negociam tua sobrevivência.

Meu caro irmão fragilizado.
Neste revés das obscuridades,
Das clarividências ensolaradas,
Denotando mentiras camufladas,
Revelando o genocídio silencioso.
Onde a Aids é sócia calada e conseqüente,
Nas vidas e mortes negociadas, em júris
cínicos, sumários, globalizados,
Num só conluio de conjurados.
Meu caro irmão despertado.
Perdoa aquela mulher amedrontada.
Ela perdeu-te na sentença fria do
soropositivo.
Também, meu caro irmão,
Não seja submisso às mágoas.
Elas obstruem os horizontes de que amamos.
Cultive o desprendimento e a pureza
Que a meninice, recentemente, te douu.

Ávida não o sangue herdado,
Nem as horas que se viveu.
A cronologia é um fato diminuto.
A grandeza está em como se viveu.

Bom é olhar todos os dias o horizonte,
Como um genial pintor
Apreciando seu último quadro.

Não esqueça. Por favor, não esqueça meu
caro irmão:
O pior fim não é a morte.
Pior é apagar nossas primaveras,
Sejam quais tenham sido as circunstâncias
Em que se viveu.

Carlos Frydmann
Abril/ 1996

RESUMO

COSTA, Sheyla Soares Reis. **Perfil Socioeconômico e Epidemiológico dos indivíduos que vivem com HIV/AIDS notificados no município de Santo Antônio de Jesus- Ba de 2007 a 2014. (Monografia).** Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, 2015.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) configura-se como um grande desafio para a Saúde Pública na atualidade. Uma epidemia com perfil dinâmico e instável, que sugere múltiplas dimensões resultando nos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização da infecção. Neste sentido, este estudo objetivou analisar o perfil socioeconômico e epidemiológico dos indivíduos que vivem com HIV/AIDS no município de Santo Antônio de Jesus – Bahia de 2007 a 2014. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A população do estudo constituiu-se dos indivíduos notificados pela Vigilância Epidemiológica (VIEP) do município de Santo Antônio de Jesus- Ba no período de 2007 a 2014. Foram utilizados dados secundários a partir das fichas de notificação compulsória de HIV/AIDS da VIEP. Os dados coletados foram digitados, tabulados e analisados por meio do programa de estatística IBM SPSS *Statistic* na versão 20. Os indivíduos foram caracterizados segundo o perfil socioeconômico e epidemiológico a partir das técnicas estatísticas descritivas. Para tal caracterização foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, raça/cor, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, local de residência, provável meio de transmissão e ano de notificação. Foram notificadas, no período estudado, 340 pessoas vivendo com HIV/AIDS, 30% residentes em Santo Antônio de Jesus, e 70% residentes em demais cidades do Recôncavo Baiano. Identificou-se paridade na razão homem/mulher (1,4:1) com predomínio de indivíduos com idade entre 31-40 anos (29,7%), pretos/pardos (67,1%), solteiros (54,2%), com baixos níveis de instrução (41,4%), com pouca qualificação profissional (36%), cuja principal via de transmissão foi a sexual (95,3%) mantidas com parcerias do sexo oposto (76,2%). Em relação ao perfil encontrado no estudo, nota-se que assim como no restante do país, Santo Antônio de Jesus e Recôncavo da Bahia, acompanham as tendências da infecção, amplamente disseminadas nos grupos mais vulneráveis da sociedade. Essa afirmativa traz à tona a urgência quanto a operacionalização de estratégias de prevenção que atinjam prioritariamente este público alvo, com maior vulnerabilidade ao adoecimento.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Vulnerabilidade, Feminização.

ABSTRACT

COSTA, Sheyla Soares Reis. **Socioeconomic Profile and Epidemiological of individuals living with HIV / AIDS reported in Santo Antônio de Jesus-Ba 2007 to 2014.** (Monograph). Federal University of Bahia Reconcavo. Santo Antonio de Jesus, 2015.

The Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is configured as a larger challenge for Public Health today. An epidemic with dynamic and unstable profile, which suggests multiple dimensions resulting in heterosexualization, feminization, interiorization and pauperization of infection. In this study aimed to analyze the socioeconomic and epidemiological profile of individuals living with HIV / AIDS in Santo Antônio de Jesus - Bahia 2007 to 2014. The subjects were characterized according to socioeconomic and epidemiological profile from using descriptive statistics. For such a characterization, the following variables were used: gender, race / color, age, marital status, occupation, education, place of residence, likely means of transmission and year of notification. Were reported, during the study period, 340 people living with HIV / AIDS, 30% living in Santo Antonio de Jesus, and 70% living in other cities of the Reconcavo Baiano. It was identified parity in female / male ratio (1.4: 1) with a predominance of individuals aged 31-40 years (29.7%), black / brown (67.1%), single (54.2%), with low levels of education (41.4%), with little professional qualifications (36%), whose major route of transmission was sexual (95.3%) maintained with the opposite sex partnerships (76.2%). Regarding the profile found in the study, it is noted that as in the rest of the country, Santo Antonio de Jesus and Reconcavo of Bahia, follow the trends of infection, widespread on the most vulnerable groups in society. This statement raises the urgency as the operationalization of prevention strategies that give priority to reach this target audience with greater vulnerability to illness.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Vulnerability, Feminization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Abacavir
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APV	Amprenavir
AR	Antirretrovirais
ARV	<i>AIDS-Associated Retrovirus</i>
ATV	Atanavir
AZT	Zidovudina
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CD4	<i>Cluster of Differentiation 4</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CCR5	<i>Chemokine Receptor Type 5</i>
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
D4T	Estavidina
DDAHV	Departamento de DST HIV e Hepatites Virais
DDL	Didanosina
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DPP	Imunocromatografia de Dupla Migração
DRV	Darunavir
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EFV	Evafirenz
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FPV	Fosaprinavir
HAART	<i>Highly Active Antirretroviral Therapy</i>
HBs	Hepatite B
HCV	Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
HTLV	Vírus T Linfotrópico Humano

II

IDV	Indinavir
IE	Imunoensaio
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
IN	Integrase
IsF	Inibidores de Fusão
IPs	Inibidores de Protease
ITRNs	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos
ITRNN	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos
LAV	<i>Lymphadenopathy Associated Virus</i>
LPV	Lopinavir
MS	Ministério da Saúde
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
NAT	<i>Nucleic Acid Test</i>
NVP	Nevirapina
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PET	Programa de Ensino pelo Trabalho
PR	Protease
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/AIDS
RNA	Ácido Ribonucleico
RTV	Ritonavir
SAE	Sistema de Assistência Especializada
SICLOM	Sistema de Controle e Logística de medicamentos Antirretrovirais
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Vira
SQV	Soquinavir
SUS	Sistema único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TDF	Tonofovir
TR	Transcriptase Reversa

III

TR	Teste Rápido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Uso de Drogas Injetáveis
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família
VS	Vigilância em Saúde
3TC	Lamivudina

Sumário

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVOS	17
	Objetivo Geral:	17
	Objetivos Específicos:	17
1.2	JUSTIFICATIVA	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	HIV/AIDS	18
2.1.1	Histórico da AIDS	18
2.1.2	Vírus da Imunodeficiência Humana: Estrutura E Ciclo	20
2.1.3	Diagnóstico	24
2.1.4	Estratégias Terapêuticas no Combate à AIDS	27
2.2	VULNERABILIDADE	29
2.2.1	Origem do Conceito de Vulnerabilidade	29
2.2.2	Avaliação Estrutural de Vulnerabilidade	32
	• Vulnerabilidade Individual	33
	• Vulnerabilidade Social	33
	• Vulnerabilidade Programática (Institucional)	34
3	METODOLOGIA	35
4	RESULTADOS	38
4.1	PERFIL SOCIOECONÔMICO	38
4.2	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	45
5	DISCUSSÃO	46
5.1	PERFIL SOCIOECONÔMICO	46
5.2	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	66
	ANEXOS	79

1 INTRODUÇÃO

As mulheres por diversas razões são mais vulneráveis a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) que os homens. Seja por características biológicas, nas quais a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa e a mucosa que reveste seu canal é mais sensível e friável favorecendo a entrada de patógenos, ou pelo papel social, ou de gênero da mulher e suas implicações (CARVALHO et al., 2008).

As relações desiguais de poder e a dependência econômica das mulheres, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas. Quando isto ocorre é penosa a modificação de comportamentos e a manutenção dessas mudanças nas interações cotidianas. Em razão da proporção crescente de mulheres entre os casos novos de HIV/AIDS, é importante que sejam desenvolvidas estratégias de prevenção mais efetivas entre as mulheres (SANTOS et al., 2009).

Pelos motivos mencionados este trabalho é fruto das atividades exercidas pelo Projeto Estratégias de Enfrentamento à Feminização das DST/HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus, pelo Programa de Ensino pelo Trabalho- Vigilância em Saúde (PET-VS), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e a Vigilância Epidemiológica do município de Santo Antônio de Jesus- Ba, o qual está voltado para o reconhecimento dos contextos de vulnerabilidades à infecção pelo HIV/AIDS em mulheres de Santo Antônio de Jesus, identificando ações governamentais e não governamentais existentes no município para o enfrentamento da epidemia.

A AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, assim como outras DST, passadas três décadas desde que o vírus causador da síndrome foi isolado, continua se mostrando como um grande desafio para a saúde pública. Mesmo com todos os avanços obtidos quanto ao seu reconhecimento, comportamento viral, e tratamento, ainda não existem cura ou vacina que impeça a cadeia de transmissão e os consequentes impactos sociais decorrentes da infecção. A principal medida que contribui para a sobrevivência das pessoas que vivem com HIV/AIDS é o uso adequado das Terapias Anti Retrovirais (TARV).

Com o acesso universal à Terapia antirretroviral os índices de morbidade e mortalidade em consequência da AIDS diminuíram consideravelmente, ao passo

que se percebe a crescente melhora da qualidade de vida dos indivíduos soropositivos. Devido ao aumento da expectativa de vida em decorrência da utilização da TARV, a AIDS passou a ser considerada uma doença crônica, que se manejada da forma adequada diminui a probabilidade de adoecimento e morte das pessoas que vivem com HIV (PVHA), além da redução da transmissão do vírus (COHEN, 2010).

Os esforços para o controle da epidemia estão concentrados em estratégias para o diagnóstico precoce, tratamento e monitoramento das PVHA, bem como a implementação de intervenções de prevenção combinada, uma vez que as estratégias de tratamento como medida de prevenção perpassam o âmbito individual e tão pouco requerem somente o diagnóstico precoce da infecção, mas, sobretudo a assistência continuada a esses indivíduos.

Como auxílio no combate à epidemia da AIDS encontram-se os sistemas de informação e notificação implementados ao longo dos anos, pois estes auxiliam na avaliação da dinâmica espaço-temporal da infecção favorecendo o diagnóstico situacional da epidemia no país. Desde o primeiro caso de AIDS identificado no Brasil, o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), SICLOM (Sistema de Controle e Logística de Medicamentos Antirretrovirais) e SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral), fornecem informações quanto ao perfil epidemiológico da infecção, bem como possibilitam a identificação dos grupos mais vulneráveis, direcionando ações da Vigilância Epidemiológica para o monitoramento e ações concernentes ao enfrentamento do HIV.

Desde a década de 80, a Vigilância Epidemiológica do HIV/AIDS atua com a notificação compulsória da AIDS através do SINAN. Baseada principalmente pela notificação dos casos como fonte de dados, a vigilância utiliza essas informações para observação de tendências da infecção e planejamento de ações e estratégias de prevenção e assistência para o HIV/AIDS. Contudo, os atrasos e a subnotificação dificultam o conhecimento do quadro atual da infecção. A partir de 2004, foram integrados o SIM, SICLOM E SISCEL aos sistemas de informação complementares do Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais (DDAHV), com o intuito de mensurar e reduzir a subnotificação dos casos e estabelecer relações probabilísticas a respeito do comportamento da infecção (MS, 2014).

Com a Portaria nº 104 de 2011, passaram a serem consideradas notificações compulsórias, casos de AIDS em adultos e crianças, gestantes HIV+, e crianças expostas ao HIV. Em 2012, a Organização Panamericana de Saúde sugeriu a inclusão da vigilância baseada nos casos de HIV em uma perspectiva longitudinal para o monitoramento programático e cuidado contínuo desde o diagnóstico até a supressão viral. Com a portaria MS 1271/2014 de Junho de 2014, o Brasil definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, incluindo e tornando então, obrigatória em todo território nacional a notificação compulsória de casos de HIV.

Segundo o Boletim Epidemiológico- AIDS e DST de 2014 (MS, 2014), estima-se que aproximadamente 734 mil pessoas vivam com HIV/AIDS no Brasil dos quais 80% destes (574 mil) tenham sido diagnosticados. Considerando os casos acumulados desde a década de 80, primeiros casos de HIV/AIDS identificados, a junho de 2014, 65,0% das PVHA são do sexo masculino, e 35,0 % do sexo feminino, no entanto, a razão entre os sexos vem diminuindo progressivamente. Em 1985 contabilizava-se 26,5 casos em homens para cada mulher, já no ano de 2014 a razão entre os sexos mostra uma redução para 1,7 homens para cada mulher.

No início da epidemia o segmento populacional mais atingido era constituído por homens que fazem sexo com homens (HSH) - homossexuais e bissexuais, representando 81% dos casos (BRITO et al., 2001). Entretanto, devido a extensa disseminação inicial, mudanças de comportamento voltadas as práticas sexuais seguras alcançou grande mobilização por meio deste estrato social conferindo uma estabilização e posterior redução da transmissão neste seguimento.

Em contra partida, concomitante à redução da transmissão em HSH, o Brasil observou o fenômeno da heterossexualização e feminização da infecção pelo HIV, consequência do aumento de casos em mulheres, o que conferiu a progressiva diminuição da razão entre os sexos.

São muitas as imbricações que justificam as mudanças no perfil epidemiológico dos sujeitos acometidos pelo HIV/AIDS. Este dado direciona a uma tendência que vem sendo observada ao longo dos anos de epidemia, a infecção pelo HIV veio tomando novas conformações a medida que sua disseminação avançava. As tendências da epidemia no Brasil, assim como em outros países, apontam para quatro direções importantes e já consolidadas.

A Heterossexualização e conseqüente Feminização do HIV, apontada por Pinto et al. (2007) como possivelmente a mais grave das tendências devido a maior vulnerabilidade em mulheres quanto aos aspectos biológicos, epidemiológicos e sociais. Silva (2013) e Silva e Santiago (2014) fazem a reflexão sobre os motivos que colocam as mulheres em situação de maior vulnerabilidade ao HIV em virtude das tradicionais ideologias dos papéis sociais de homens e mulheres. Assim como a epidemia avançou entre homens e mulheres, suas mudanças também ocorreram geograficamente.

Apesar de o início da infecção encontrar-se concentrada nos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, verifica-se o aumento do número de municípios de médio e pequeno porte com pelo menos um caso de AIDS, caracterizando a Interiorização da AIDS. Este processo não se apresenta de forma homogênea, percebe-se uma maior ocorrência em algumas regiões que acompanha o deslocamento que se verifica com a mobilidade sazonal e permanente expansão agropecuária e de mineração (MS, 2007).

Souza et al. (2013), evidencia a ocorrência de epidemias microrregionais e como principal conseqüência do processo de interiorização o fato do crescimento em municípios caracterizados como menor porte, com menos de 50 mil habitantes, mais pobres e menor renda per capita, que podem dispor de menos recursos sociais e no âmbito da saúde para o enfrentamento do agravo.

Com a interiorização, a epidemia vem atingindo cada vez mais indivíduos em situação de pobreza, constituindo o processo de Pauperização da AIDS. Tanto no Brasil, quanto em outros países em desenvolvimento, a pobreza é caracterizada como um dos contextos de vulnerabilidade para DST/HIV/AIDS de maior relevância.

Deste modo, com transformações tão relevantes observadas no perfil da epidemia da AIDS no Brasil, através dos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização, demonstram que sua disseminação não se configura por meio das estratificações sociais ou comportamentais específicas, mas abrangente a todos os seguimentos da sociedade. Todavia, devido a intensas desigualdades sociais, marcadas por profundas diferenças não apenas na distribuição de renda e educação, mas também em papéis de gênero, bem como o acesso aos serviços e programas de saúde, estudos e investigações têm dirigido seus olhares para os grupos populacionais mais vulneráveis à infecção.

Desta forma o presente estudo abordará primeiramente a AIDS, discorrendo sobre a doença, seu histórico, transmissão, diagnóstico e tratamento da infecção. A seguir, serão discutidos os contextos de vulnerabilidades à infecção pelo HIV, passando pelas três esferas: individual, social e programática. E posteriormente burcar-se-á analisar os processos de mudanças no perfil socioeconômico e epidemiológico da infecção na cidade de Santo Antônio de Jesus tratando sobre as novas conformações da epidemia a partir dos resultados encontrados.

1.1 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil socioeconômico e epidemiológico dos indivíduos que vivem com HIV/AIDS notificados no município de Santo Antônio de Jesus – Bahia de 2007 a 2014.

Objetivos Específicos:

- Traçar o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS;
- Analisar as novas conformações da infecção nos casos notificados;
- Conhecer os contextos de vulnerabilidades para a infecção pelo HIV/AIDS em indivíduos soropositivos;
- Analisar o processo de Feminização da infecção pelo HIV;

1.2 JUSTIFICATIVA

Santo Antônio de Jesus é hoje uma cidade satélite no Recôncavo da Bahia para o diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS. Mesmo com todos os avanços tecnológicos voltados para sua detecção e tratamento, o HIV continua a se apresentar como um grave problema de saúde pública, com grande impacto pessoal

e social às pessoas soropositivas. Após três décadas de sua descoberta, o HIV/AIDS, dentre as DST, tem sido objeto de estudo com maior relevância entre as produções científicas de enfermagem, estando as regiões Sudeste e Nordeste, respectivamente, com os maiores índices de produções, no entanto, a produção de estudos com esta temática voltada para a região do Recôncavo da Bahia ainda é escassa, fator que justifica a relevância e a importância da proposta deste trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HIV/AIDS

2.1.1 Histórico da AIDS

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), foi identificada primeiramente em 1981 nos Estados Unidos da América a partir da identificação de um número elevado de pacientes do sexo masculino, homossexuais que apresentaram Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, cuja causalidade era desconhecida, o que levou a crer que tratava-se de uma nova doença. (AGUIAR, 2013).

Em 1982, adotou-se a nomeação de Doença dos 5H, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (nome em inglês dado às profissionais do sexo) devido ao conhecimento do fator de possível transmissão por contato sexual, uso de drogas ou exposição a sangue e derivados (MS, 2014). No entanto, nesse mesmo ano a nova síndrome foi relacionada ao sangue e passou a ser identificada não só em homossexuais, mas em mulheres, homens heterossexuais, usuários de drogas, hemofílicos, e receptores de transfusão de sangue que haviam recebido hemoderivados previamente purificados e filtrados em filtros bacteriológicos. A partir de então passou-se a ser chamada de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids e o CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças) já a classificaria como Epidemia.

Em 1983, um novo retrovírus foi isolado por um grupo de pesquisadores do Instituto Pasteur. Foi percebido que esse era citopático para linfócitos, fator pelo qual ficou conhecido como LAV (*Lymphadenopathy-Associated vírus*) (Barre-Sinoussi et al, 1983). Um ano após essa primeira descoberta, em 1984, Robert Gallo e demais pesquisadores descreveram um vírus isolado de linfonodos de pacientes com imunossupressão que recebeu o nome de HTLV III (vírus T-linfotrópico humano tipo III) pois este apresentava diferenças significantes quando comparado ao vírus já conhecido HTLV-I. (Gallo et al. 1984). Neste mesmo ano foi isolado um retrovírus, a partir de pacientes doentes de AIDS, que pertenciam a diferentes grupos de risco, e recebeu a denominação ARV (*AIDS-Associated Retrovirus*).

Após análises da sequência dos nucleotídeos dos três vírus isolados anteriormente, foi percebido que os mesmos demonstravam muita semelhança e pertenciam à mesma família de retrovírus. Em 1986, estes agentes foram renomeados, e passaram a ser chamados HIV- *Human Immunodeficiency Virus*, em português, Vírus da Imunodeficiência Humana. Nesse mesmo ano foi criado no Brasil o Programa Nacional de DST AIDS do Ministério da Saúde. No ano seguinte, deu-se o início ao uso do AZT, medicamento para o tratamento do câncer, para tratamento da AIDS.

Em 1991, a Organização Mundial da Saúde anunciou que 10 milhões de pessoas no mundo estavam contaminadas com o HIV. No ano seguinte, pesquisas apontaram que as Doenças Sexualmente Transmissíveis eram importantes cofatores para a transmissão do HIV aumentando a chance de contágio em 18 vezes. No Brasil, em 1993, a AIDS passou a ser notificadas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), facilitando o diagnóstico situacional da epidemia no país (MS, 2014).

Uma década após o reconhecimento e definitiva renomeação do agente causador da AIDS, em 1996, após a XI Conferência Internacional da AIDS realizada no Canadá, foi amplamente anunciada a terapêutica combinada que se mostrava eficaz no controle da AIDS, o chamado “coquetel”. No Brasil, a conquista foi ainda maior, em Setembro do mesmo ano o Senado aprovou a distribuição gratuita dos medicamentos necessários ao tratamento dos soropositivos.

No ano de 2001, o Ministério da saúde anunciou que em duas décadas (1980-2001) o total de casos de AIDS acumulado chegara a 220 mil, com o

preocupante aumento na incidência entre as mulheres, alcançando uma razão de uma mulher para cada dois homens infectados.

Mais da metade dos municípios brasileiros já apresentavam pelo menos um caso de AIDS em 2002, num país com desigualdades de renda, educação e acesso a bens e serviços se saúde passou-se a ser considerada a pauperização da AIDS. Em 2006 o Brasil anuncia a redução de 50% das transmissões verticais a partir do tratamento profilático em gestantes. Em 2009 o Programa Nacional de DST e AIDS tornou-se departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e o Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais foi integrado a ele. E em 2013, foi instituído o início do tratamento com antirretrovirais em qualquer fase da infecção.

2.1.2 Vírus da Imunodeficiência Humana: Estrutura E Ciclo

A AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) sigla em inglês que significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, conhecido como HIV (*Human Immunodeficiency Vírus*).

O HIV é um vírus pertencente a família *Retroviridae* e ao gênero *Lentiviridae* que apresenta em seu núcleo duas cópias de RNA de cadeia simples, encapsuladas por uma camada proteica ou núcleo-capsídeo e um envelope externo formado por uma bicamada fosfolipídica. Ao RNA estão associadas três enzimas virais são elas: Transcriptase reversa (TR), integrase (IN) e protease (PR). O genoma do HIV inclui três principais genes estruturais: *env*, *gag*, *pol*, e seis genes funcionais: *tat*, *rev*, *nef*, *vif*, *vpr* e *vpu* (MOREIRA, 2007).

O gene *env* codifica glicoproteínas envolvidas na fusão e ligação dos receptores do vírus HIV à célula do hospedeiro. O gene estrutural *pol*, codifica enzimas que compõem a Transcriptase reversa responsável pela replicação do HIV. A PR viral está envolvida no processamento pós-traducional das poliproteínas *gag*, ela é essencial para o ciclo replicativo e alvo importante da terapia antirretroviral. A IN é essencial para a incorporação do DNA viral ao DNA da célula hospedeira, é também responsável por outras funções do ciclo replicativo que incluem cooperação

da transcriptase reversa, importação nuclear dos complexos pré-integração e produção de partículas virais (LEMOS, 2011 *apud* BARLLET E MOORE, 1999)

Os principais eventos do processo de entrada do vírus na célula do hospedeiro são divididos entre os eventos com os receptores e co-receptores e eventos de fusão do envelope do vírus com a membrana da célula alvo. A molécula CD4 é o receptor primário utilizado pelo HIV para iniciar o mecanismo de entrada da célula.

Após a entrada do vírus na célula, o RNA é transcrito em DNA proviral pela TR. O processo de transcrição reversa ocorre no citoplasma da célula de 4 a 6 horas após a infecção. Após a transcrição, a montagem de partículas virais infecciosas ocorre mediante o empacotamento do genoma viral, das proteínas codificadas pelo gene *gag*, e as enzimas codificadas pelo gene *pol*. A liberação dos vírions então ocorre pela membrana plasmática da célula infectada e novas partículas virais são liberadas para infectar outras células dando continuidade ao ciclo infeccioso (MOREIRA, 2007).

A infecção pelo HIV-1 cursa com amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda (que pode ser assintomática, oligossintomática ou se manifestar como síndrome retroviral aguda), até a fase avançada da doença, com as manifestações definidoras da síndrome da imunodeficiência (AIDS). Geralmente as manifestações clínicas ocorrem de duas a quatro semanas após a contaminação e podem apresentar sintomas pouco definido.

A soroconversão do paciente geralmente ocorre de duas a quatro semanas após o contágio, antes desse período testes sorológicos geralmente dão resultado negativo devido a baixa concentração de anti-corpos anti-HIV e a sensibilidade dos testes. Este período é conhecido como “janela imunológica”, onde a resposta imune adaptativa consegue conter parcialmente a infecção e replicação viral. No entanto, a Técnica de detecção de ácidos nucleicos- NAT, em inglês- Nucleic Acid Test, foi desenvolvido no intuito de identificar vários tipos de RNA virais reduzindo a detecção em janela imunológica para 10 a 12 dias. Esta técnica tem sido largamente utilizada nos Hemocentros como mais um instrumento de triagem para doadores de sangue reduzindo ainda mais os riscos para contaminação (MS, 2007).

- Síndrome Retroviral Aguda

A infecção aguda pelo HIV ou Síndrome Retroviral Aguda, caracteriza-se por uma doença transitória sintomática que ocorre logo após a contaminação, associada a uma intensa replicação viral e resposta imune específica. As manifestações clínicas ocorrem em cerca de 50 a 90% dos indivíduos expostos ao vírus, e o início dos sintomas ocorre de duas a quatro semanas após a infecção.

As manifestações clínicas quando aparecem incluem febre alta, linfadenomegalia transitória, que se caracteriza pela presença de nódulos indolores, simétricos e móveis atingindo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar, com diminuição progressiva nas primeiras semanas. Pode ocorrer, ainda, esplenomegalia, fadiga, anorexia, mialgia, artralgia; cefaleias, úlceras na pele, boca e genitais, algumas vezes atingindo o esôfago, exantema maculopapular eritematoso, entre outros.

O diagnóstico clínico da infecção aguda pelo HIV, geralmente, passa despercebido por seu caráter inespecífico ou pela ausência de sintomas. Assim, o profissional de saúde deve estar atento para avaliar não só os dados do exame físico e as queixas, mas também a situação epidemiológica, incluindo história de possível exposição de risco para o HIV, tais como relações sexuais desprotegidas, utilização de drogas endovenosas e acidente com material biológico. Com a resolução do quadro de infecção primária e a soroconversão, o paciente entra na fase crônica da infecção assintomática, conhecida como fase de latência (ANDRÉ, 2013).

- Fase de Latência Clínica

O tempo para o desenvolvimento da AIDS após a contaminação pode durar de meses a anos. Na fase de latência clínica o exame físico pode não apresentar quaisquer alterações, com exceção da presença da linfadenopatia, que se manifesta em 50 a 70% dos indivíduos com a infecção (METROKA et al., 1983). De modo geral, a evolução da doença ocorre de maneira semelhante mesmo entre aqueles que não apresentam a linfadenopatia. Para o diagnóstico diferencial pode ser incluída a manifestação de doenças linfoproliferativas e a tuberculose entre outras.

Devido a alteração nos mecanismos de defesa dos indivíduos infectados pelo HIV aumentam-se as chances de ocorrências de co-infecções. No caso da Tuberculose, por exemplo, esta tende a ocorrer precocemente no curso da infecção sendo precedida pelo diagnóstico da AIDS. Pessoas infectadas pelo HIV possuem uma forte relação com a disfunção e a depleção dos elementos envolvidos na imunidade celular, podendo levar ao desenvolvimento da tuberculose primária e a disseminação do bacilo aumentando assim a possibilidade de reativação.

Souza et al. (2015) e Riguetto et al. (2014) e Basta (2006) demonstram que as coinfeções e comorbidades mais prevalentes entre indivíduos soropositivos são: Candidíase oral e esofágica, Toxoplasmose cerebral, Tuberculose, Herpes Zoster, e Doenças Sexualmente transmissíveis, apontando para a estreita relação entre DST como fatores facilitadores para a infecção pelo HIV.

Além da diminuição de células CD4 circulantes, ocorre ainda uma disfunção da qualidade destas células através da deterioração da imunidade celular do indivíduo pela infecção, abrindo portas para a entrada e manifestações de infecções oportunistas, tal qual é o caso da Tuberculose. Portanto, o HIV constitui-se como potente ativador de doenças secundárias em meio a coexistência do vírus HIV com outros patógenos.

- Fase Sintomática- AIDS

Ao final do período de latência, com o declínio constante de células T CD4+, o sistema imune começa a evidenciar a sua fragilidade frente ao HIV, a contagem absoluta de células T CD4+ pode cair abaixo de 200 céls/mm³ e algumas doenças oportunistas começam a aparecer, caracterizando o início da infecção sintomática pelo HIV-1 e o paciente desenvolve a AIDS.

O aparecimento de algumas infecções e neoplasias é definidor para o diagnóstico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Entre as infecções oportunistas destacam-se a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, toxoplasmose do sistema nervoso central, tuberculose atípica ou disseminada e neoplasias como o Sarcoma de Kaposi (BRASIL, 2013).

Mesmo com todos os avanços para o diagnóstico precoce do HIV, sabe-se que a maioria das pessoas só tem o diagnóstico a partir do aparecimento dos primeiros sintomas. Ainda que a introdução da terapia antirretroviral tenha conferido aos soropositivos uma expectativa e principalmente uma qualidade de vida melhor a esses indivíduos, o conhecimento da sorologia positiva para HIV/AIDS traz grandes repercussões pessoais e sociais para a vida dos mesmos. Em função da AIDS ainda ser potencialmente letal e sem possibilidade de cura e frente ao estigma da doença, o recebimento desse diagnóstico traz consigo a sensação de iminência de morte, medo, negação da doença.

2.1.3 Diagnóstico

Desde o início da década de 80, com o relato dos primeiros casos da AIDS, até o isolamento, conhecimento e definição do seu agente causador o HIV de 1983 a 1986, muitos esforços vem empregados para o desenvolvimento de métodos laboratoriais capazes de auxiliar no diagnóstico da infecção com cada vez mais precisão. Logo após a descoberta do HIV foram desenvolvidos imunoensaios (IE) para o diagnóstico da infecção. Desde então surgiram quatro gerações de IE concomitantes aos avanços acerca dos conhecimentos da fisiopatogenia da AIDS e o complexo ciclo reprodutivo do vírus HIV. Segundo Brasil (2013), e Schuster (2014), os imunoensaios são:

- Ensaio de Primeira Geração

Os ensaios de primeira geração tem o formato indireto, a detecção da presença de anticorpos específicos ocorre a partir de um conjugado específico constituído por um anticorpo anti-IgG. Os antígenos originam-se da lise viral do HIV. Por meio da centrifugação, o vírus é obtido do sobrenadante da cultura, e posteriormente lisado. As proteínas expostas a partir da lise viral são utilizadas como antígeno, no entanto, este ensaio se torna pouco específico, pois durante este processo as diferentes proteínas virais podem sofrer degradação e proteínas de

origem celular e outras impurezas provenientes do meio de cultura podem constar na preparação final antigênica.

- Ensaio de Segunda Geração

Quando comparados com os ensaios de primeira geração, os de segunda geração são mais sensíveis e específicos. Estes também tem o formato indireto, porém, estes utilizam antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos de proteínas do HIV, este fato é decorrente do conhecimento de que existem regiões antigênicas em determinadas proteínas do HIV que são alvos preferenciais da resposta imune humoral, e que tornam o ensaio mais sensível.

No entanto, assim como os ensaios de primeira geração, estes também apresentam limitações, pois proteínas fracamente imunodominantes ou que o aparecimento do anticorpo se dá mais tardiamente não contribuem para a melhora do desempenho do ensaio e ainda podem ser fonte de reatividade inespecífica. Em média a sensibilidade para a janela de soroconversão dessa geração é de 28 a 30 dias.

- Ensaio de Terceira Geração

O ensaio de terceira geração tem o formato imunométrico que permite a detecção simultânea de anticorpos IgG e IgM utilizando antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos do vírus HIV. A possibilidade de detectar anticorpos da classe IgM torna esse ensaio mais sensível do que os de gerações anteriores. Ao mesmo tempo, há aumento da especificidade, pois os antígenos ligam-se apenas à valência livre do anticorpo que está no complexo imune. Em média, a janela de soroconversão dos ensaios de terceira geração é de 22 a 25 dias.

- Ensaio de Quarta Geração

Os ensaios de quarta geração também têm o formato imunométrico. Este detecta simultaneamente o antígeno p24, proteína presente no nucleocapsídeo do vírus, e anticorpos específicos anti-HIV. Portanto, este componente é capaz de

detectar todas as classes de imunoglobulinas contra proteínas recombinantes e peptídeos sintéticos. Em média, a janela diagnóstica dos ensaios de quarta geração é de aproximadamente 15 dias, dependendo do ensaio utilizado.

Os ensaios de triagem utilizados no Brasil são denominados ELISA e os ensaios confirmatórios utilizados são: Imunofluorescência indireta, Immunoblot e Western blot. Testes de ELISA com resultados positivos devem ser confirmados por testes como o Western Blot (WB). O WB detecta proteínas específicas seja a partir de amostras biológicas como aquelas obtidas por recombinação gênica. A técnica consiste na eletroforese de proteínas virais, antígenos, em um gel de poliacrilamida. Estes antígenos virais separados pela eletroforese são transferidos para uma membrana de nitrocelulose e posteriormente incubados com o soro do paciente (SCHUSTER, 2014).

- TESTES RÁPIDOS (TR)

Os Testes Rápidos (TR) são imunoensaios (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 laboratoriais 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. Os testes Rápidos possuem especificidade e sensibilidade acima dos 99% (MS, 2013).

A portaria no 34/SVS/MS de 28 de julho de 2005 regulamenta o uso dos testes rápidos como diagnóstico da infecção pelo HIV. A implantação de testes rápidos, principalmente em lugares de difícil acesso permitiu o atendimento eficiente a uma demanda carente de serviços o que dificultava a assistência à saúde da população. O uso desse teste está diretamente associado ao aumento do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, principalmente em segmentos populacionais prioritários, como: gestantes, parturientes, pacientes com sintomas da AIDS, populações vulneráveis, populações flutuantes, moradores de rua, dentre outros.

2.1.4 Estratégias Terapêuticas no Combate à AIDS

Sem dúvida o progresso mais significativo na batalha contra a AIDS tem sido o desenvolvimento de drogas antirretrovirais (ARV) eficazes que proporcionam importantes opções de tratamento para o HIV. A Terapia Antirretroviral (TARV) tem como objetivo inibir a replicação viral, retardar a progressão da imunodeficiência e restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa que vive com HIV ou AIDS. Todavia, a resistência viral, a toxicidade das drogas e a necessidade de elevada adesão ao tratamento permanecem como importantes barreiras ao sucesso prolongado da terapia.

A política de Acesso Universal ao Tratamento tem garantido, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), acesso de gratuidade, bem como importante redução na mortalidade e na ocorrência de manifestações oportunistas em PVHA. Sua normatização foi definida pela Lei nº 9.313/96, sendo responsabilidade do Governo Federal a disponibilização do tratamento às PVHA (BRASIL, 1996).

A terapia antirretroviral (TARV) iniciou-se em 1986, com o uso da zidovudina (AZT), inibidor da transcriptase reversa do HIV, testada previamente em doenças oncológicas. Na atualidade, dispõe-se de um número grande e crescente de agentes antirretrovirais para o tratamento de pacientes infectados por HIV. Todas as etapas no ciclo de replicação do HIV são alvos potenciais para uma droga antiviral. Com a terapia antirretroviral as manifestações clínicas decorrentes da infecção pelo HIV tornaram-se menos frequentes acarretando uma melhora substancial do prognóstico dos pacientes (PINTO et al., 2007).

É evidente a eficácia terapêutica, principalmente após a introdução do conceito da HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy – Terapia Anti-retroviral 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 para níveis indetectáveis (COLOMBRINI et al., 2006). No entanto, existem importantes barreiras para o sucesso a médio e longo prazo do tratamento. As principais dificuldades estão associadas com a toxicidade dos medicamentos, adesão do paciente e resistência viral.

O início da TARV é relatado em alguns estudos como um dos momentos mais importantes na história das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHA). Entretanto, o início da terapia antirretroviral traz consigo algumas barreiras que dificultam a adesão destes pacientes ao tratamento. O desconhecimento acerca da importância do tratamento, e principalmente os efeitos transitórios tais como náuseas, vômitos, dores abdominais e diarreia, por exemplo, são alguns dos fatores preditivos para a não adesão à terapia antirretroviral. O convívio diário com preconceitos e discriminação, especialmente no trabalho e entre a família, também pode contribuir para a baixa adesão. Além disso, opiniões e atitudes negativas relacionadas a medicação também aparecem como fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento (BRASIL, 2013).

Mesmo que os ARV apresentem certa toxicidade, muitas foram as conquistas e avanços tecnológicos que conseguiram reduzir os efeitos adversos dos medicamentos. Efeitos como lipodistrofia, dislipidemia, hepatotoxicidade, neurotoxicidade, e nefrotoxicidade, tiveram associação comprovada com alguns medicamentos.

Atualmente para o tratamento do HIV dispõe-se das seguintes classes de ARV: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRNs), inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNNs), inibidores da protease (IPs), inibidores da integrase, antagonistas de CCR5 e inibidores de fusão (IsF) (SOUZA et al., 2014). Desses medicamentos 24 drogas foram aprovadas pela *Food and Drug Administration* FDA e estão disponíveis para o tratamento da infecção. Dessas 24, 21 estão disponíveis no Brasil com a aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA.

Na classe NRTIs podem encontrar: Zidovudina (AZT), Abacavir (ABC), Didanosina (ddI), Estavudina (d4T), Lamivudina (3TC), Tenofovir (TDF); Na classe NNRTIs: Efavirenz (EFV), Nevirapina (NVP); na classe PI: Amprenavir (APV), Atazanavir (ATV), Darunavir (DRV), Indinavir (IDV), Lopinavir (LPV), Fosamprenavir (FPV), Ritonavir (RTV), Saquinavir (SQV); Na classe Inibidores de Integrase: Raltegravir; e na Classe Inibidores de entrada: Enfuvirtida (T20) e Maraviroc.

O acesso universal ao tratamento no Brasil proporcionou aumento da sobrevivência e da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA). Segundo Hallal et al. (2013), um estudo europeu mostrou que pessoas que vivem com HIV e assintomáticas, diagnosticadas entre 1998 e 2007, terão expectativa de

vida semelhante à de pessoas não infectadas pelo HIV, com a mesma idade e mesmo gênero devido o acesso às terapias antirretrovirais.

No Brasil, em 2012, 313 mil pessoas encontravam-se em tratamento com antirretrovirais, todavia, as mudanças nos protocolos de definição para distribuição de modo universal do coquetel de medicamentos antirretrovirais a todos que forem detectados com o vírus - independentemente da condição de contagem de células CD4, divulgado pelo Programa Nacional de AIDS do Governo Federal, vem a aumentar a cobertura e acesso à terapia pelos soropositivos.

A adoção dessa medida, para além do tratamento dos portadores do HIV, mostra-se como mais uma estratégia de prevenção para a infecção do HIV, uma vez que a adesão ao tratamento antirretroviral reduz o número de cópias virais no organismo do indivíduo, diminuindo conseqüentemente sua transmissibilidade.

A adesão dos indivíduos ao tratamento resulta de seu lidar cotidianamente com conjuntos dinâmicos de limitações. O enfrentamento dessas limitações é construído e exercitado na vida social cotidiana, ou seja, os contextos e vulnerabilidades em que estão inseridos trazem implicações diretas ao sucesso da adesão e entendimento de sua importância.

2.2 VULNERABILIDADE

2.2.1 Origem do Conceito de Vulnerabilidade

O termo *Vulnerabilidade* é comumente empregado para designar a suscetibilidade das pessoas a problemas e danos a saúde. Apesar de o termo ser deveras vezes associado à ideia de risco, há uma distinção entre ambos, mas que não necessariamente se fazem excludentes um ao outro.

O conceito de risco de acordo com a epidemiologia está diretamente ligado à identificação de pessoas e de características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição a eventos de saúde, ou seja, a probabilidade e chances de grupos populacionais serem acometidos por agravos a saúde que comprometem a integridade física, psicológica e social. Já vulnerabilidade integra ao conceito

elementos abstratos associáveis ao processo de adoecimento sob aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem tanto suscetibilidade ao dano à saúde quanto a possibilidade de recursos para o seu enfrentamento, em que a correlação e mediação desses processos sejam o objeto de conhecimento para que não haja a naturalização do binômio saúde-doença (BERTOLOZZI et al., 2007).

O surgimento da epidemia da AIDS suscitou nos pesquisadores e profissionais de saúde a necessidade de repensar os conceitos de risco e avançar nas discussões a respeito das vulnerabilidades dos indivíduos. No caso da AIDS, os estudos epidemiológicos que caracterizaram os grupos populacionais com maiores chances de adoecimento que a população em geral tornaram-se “instrumentos de prevenção” de forma quase mecânica, e o risco identificado nessas populações passou a ser tratado de forma concreta condicionando esses indivíduos ao rótulo de “grupos de risco” (GARCIA, 2009).

O marco conceitual do termo Vulnerabilidade advém do movimento dos Direitos Humanos a partir da representação de certos grupos, que embora não consiga apreender todos os matizes de sua composição é imprescindível seu entendimento para a pugnação de seus direitos (AYRES, 1999).

No Brasil, a epidemia da AIDS chega no período de transição democrática. O cenário político nacional da década de 80, o crescente número de pessoas infectadas pelo HIV, as constantes violações de direitos de pessoas com AIDS e a inércia do estado em apresentar respostas contra a AIDS favoreceram e impulsionaram a articulação de ativistas políticos, profissionais de diferentes áreas e setores variados da sociedade em torno da luta contra a epidemia (AYRES et al., 2006).

Esses movimentos fizeram emergir a compreensão que para o enfrentamento da epidemia era necessário atuar diretamente na prevenção e informação, e também investir na criação e na participação da sociedade civil na luta contra a AIDS, diante da incurabilidade da infecção e o preconceito que impunha às pessoas com HIV uma verdadeira segregação social provocada pela negação dos direitos fundamentais.

A AIDS trouxe consigo o estigma e preconceito agravando a existência de discriminação na sociedade, esta associando a epidemia à ideia de comportamentos reprováveis pela mesma: o homossexualismo, a prostituição e uso de drogas. O

“isolamento sanitário” de tais grupos como define Daniel (1994) tornou-se, assim, a base de estratégias de prevenção propostas no início da epidemia tão equivocadas e ineficazes do ponto de vista epidemiológico quanto reducionistas e incitadoras de preconceitos e iniquidades. Caso o indivíduo se reconhecesse como integrante de um dos grupos de risco, propunha-se que este aderisse à abstenção sexual, não doação de sangue, e o não uso de drogas injetáveis.

A epidemiologia do risco, de fato, conseguiu rapidamente identificar os grupos afetados, mas não traduzia significados mais complexos a respeito dessa distribuição, limitando ações no contexto das prevenções, que além de acirrar a discriminação e preconceito entre os grupos populacionais, acabou retardando a identificação da suscetibilidade das pessoas que não se encaixavam nos ditos “grupos de risco”.

A intensa reação social de grupos rotulados como grupos de risco, em especial os ativistas dos movimentos gays, foi essencial para a proposição de novas ações frente a AIDS. Esses ativistas, graças a seu envolvimento em campanhas de esclarecimento e educação para a saúde, enfatizaram práticas sexuais com menores riscos, propondo o uso de preservativos, não como método anticoncepcional como era predominantemente usado, mas como forma de conter a transmissão do HIV evitando a troca de fluidos corporais, e estimulando não apenas a população de HSH, mas como toda a população, no sentido de o indivíduo reconhecer-se como ativo no processo de prevenção. (AYRES et al., 2006)

As estratégias anteriormente citadas de isolamento e abstinência sexual passaram então a ser substituídas por práticas de redução de riscos, que tinham por base a universalização da informação, controle de bancos de sangue e incorporação de práticas de sexo seguro, testagem e aconselhamento e redução de danos para usuários de drogas injetáveis.

Este cenário de lutas sociais associadas a mudanças comportamentais no âmbito da saúde favoreceu a instrumentalização de um novo conceito para as práticas preventivas: Comportamento de risco. Este novo paradigma desloca a ideia identitária de grupos para identificação de comportamentos favoráveis à exposição ao vírus, possibilitando a universalização da preocupação com a AIDS, partindo do pressuposto que qualquer pessoa ao adotar o comportamento de risco estará se expondo à infecção, e a minimização do estigma sofrido pelos grupos de maior incidência.

No entanto, mesmo tendo sido um salto para o entendimento de medidas de prevenção, o conceito de comportamento de risco se mostrou limitado quando esbarrado na culpabilização individual, ou seja, atribuindo ao indivíduo a total responsabilidade pela infecção por não ter adotado um comportamento seguro.

Diante das incongruências atribuídas ao conceito, críticas emergiram. Grupos e movimentos manifestaram-se contrários aos modelos comportamentalistas, lançando mão da noção de *empowerment*, em que as mudanças de comportamento estão condicionadas por coerções e pela disponibilidade de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídicas e até policial, desigualmente distribuídas entre os sexos, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias.

Por outro lado, com o avanço da epidemia, o seu perfil foi modificando radicalmente afetando grupos populacionais com menor poder social – pobres, mulheres, negros e periferia, o que foi caracterizado como processo de “pauperização da AIDS”. Ao perceber os novos rumos que a epidemia tomou, foi proposto um novo instrumento para o entendimento e possíveis intervenções para este cenário, surge então, em 1990, através da iniciativa chamada “Coalizão Global de Políticas contra a AIDS”, a análise de Vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS respondendo à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela AIDS não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (PARKER, 1994; SZWARCOWALD, 2000; PARKER E CAMARGO JÚNIOR, 2000).

2.2.2 Avaliação Estrutural de Vulnerabilidade

Ao passo em que se considera a chance de qualquer pessoa ser exposta a um agravo a saúde e conseqüentemente seu adoecimento, percebe-se que seu resultado não é proveniente de aspectos apenas individuais, mas também coletivos e seu contexto. Desse modo, a interpretação da vulnerabilidade à AIDS surge a partir da interação de três esferas: individual, social e programática.

- Vulnerabilidade Individual

A dimensão individual considera o conhecimento acerca do agravo e os comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção, ou ao contrário, proteger-se dela. Refere-se ao acesso e qualidade da informação sobre a AIDS, sexualidade, serviços e prevenção à saúde. Corresponde à capacidade de incorporar o conhecimento aos seus repertórios de preocupações e transformá-las em comportamentos que reduzam sua suscetibilidade ao agravo.

O efeito cumulativo de desvantagens individuais, como traz Pinho et al. (2013), Rodrigues et al. (2013), Alexandre et al. (2013), pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas e psicossociais além de doenças físicas. Ao considerar uma pessoa vulnerável estamos nos referindo a alguém que não tem consciência da possibilidade de infectar-se com o HIV ou de adoecer por AIDS, ou que, embora consciente, não é capaz de elaborar (e implementar) estratégias eficazes e eficientes para o enfrentamento da doença ou para a prevenção da infecção.

Pressupõe então que qualquer indivíduo é passível de contaminação de acordo com seus valores pessoais, recursos preventivos em determinada época de sua vida. Entretanto o acesso e qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde podem interferir substancialmente nas possibilidades de adoção de métodos e comportamentos preventivos, desse modo, o componente individual acaba esbarrando em fatores sociais que reforçam sua vulnerabilidade.

- Vulnerabilidade Social

O indivíduo não prescinde do coletivo, portanto há uma correlação intrínseca entre ambos. O contexto, ou meio social em que se encontra pode aumentar a suscetibilidade à infecção e adoecimento e /ou à maior ou menor disponibilidade de recursos para sua proteção. Deste modo a análise de vulnerabilidade está constituída no indivíduo-coletivo se entendermos os processos saúde-doença como processos sociais (BERTOLOZZI, 2007).

A estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, são alguns dos aspectos que permitem compreender os comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção.

A obtenção de informações, as possibilidades de metabolização dessas informações e o poder de incorporá-las a mudanças práticas, não dependem só das pessoas individualmente, mas de aspectos como: acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, etc., todos estes aspectos devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade. Bastos et al. (2013), Pinho et al. (2013), Silva (2014), ressaltam a importância em se conhecer as representações sociais de homens e mulheres já que essas fundamentam e influenciam as ações de prevenção, bem como o acesso programas e serviços disponíveis à população.

- Vulnerabilidade Programática (Institucional).

A vulnerabilidade programática consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, fornecendo informações, educação, serviços sociais e saúde.

Criando a partir daí um ambiente social de apoio, direcionado principalmente aos direitos humanos, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção através de treinamento e disponibilidade dos recursos humanos necessários, e a utilização eficaz das estruturas e serviços existentes e adoção de medidas inovadoras e dinâmicas de prevenção e promoção da saúde.

A vulnerabilidade programática está intimamente ligada à redução das vulnerabilidades individuais e sociais a exemplo do que traz Silva et al.(2010), quando aborda as potencialidades e dificuldades da estratégia de Saúde Família quanto a atenção ao HIV/AIDS de modo que a A ESF tem contribuído de maneira importante na redução da vulnerabilidade ao HIV/AIDS à medida que incorpora de forma sistematizada novas tecnologias de trabalho, baseadas na atuação

multiprofissional e transferindo o enfoque assistencial da cura e acompanhamento para a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

3 METODOLOGIA

- TIPO DE ESTUDO

Este trabalho trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de abordagem quantitativa, realizado a partir da análise de dados secundários obtidos através das fichas de notificação da Vigilância epidemiológica para os casos de AIDS notificados em Santo Antônio de Jesus de 2007 a 2014.

- LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na cidade de Santo Antônio de Jesus que está localizada no Recôncavo Baiano, as margens da BR 101, estando a 193 km (por via terrestre) de Salvador (capital). Faz limite com os municípios de: Varzedo, Conceição do Almeida, Aratuípe, Laje, Muniz Ferreira, Dom Macedo Costa, Elísio Medrado e São Miguel das Matas.

Município com população estimada em 100.550 habitantes segundo dados do IBGE de 2014, este configura-se como grande centro comercial da região e conta com um serviço de saúde organizado com 27 USF, Centro de Apoio Psicossocial CAPS I, II e AD, Policlínicas e hospitais maternidade e de grande porte que compõem campos de práticas da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Cidade satélite para o atendimento, testagem e aconselhamento de DST/HIV/AIDS, o município é pactuado com mais de 25 cidades da região para a prestação de serviços do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

As diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (BRASIL, 1999) definem esse espaço como unidades de saúde que oferecem o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, de forma gratuita, atendendo a sua demanda social, tanto espontânea quanto programada. A confidencialidade e o aconselhamento são as marcas distintivas desses serviços. Devem ser compreendidos como serviços de

prevenção das DST/AIDS e do uso indevido de drogas, tendo suas ações dirigidas e adequadas às necessidades da população onde atuam.

Nesse serviço assistencial são realizadas consultas ambulatoriais, dispensação de antirretrovirais, coleta de exames laboratoriais, atividades com equipe multidisciplinar, aplicação de imunobiológicos, e contribui para a Vigilância Epidemiológica.

O lócus da pesquisa foi a Vigilância Epidemiológica do município, no departamento do Programa DST/Aids e Hepatites Virais, local onde ficam arquivadas todas as fichas de notificação de HIV/AIDS .

- POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população estudada foi composta por todos os indivíduos com diagnóstico confirmado de HIV/AIDS notificados no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia no período de 2007 a 2014. O intervalo de sete anos como recorte temporal do trabalho diz respeito ao período em que o Centro de Testagem e Aconselhamento do município foi implantado e vem exercendo suas atividades.

A amostra consiste em 340 indivíduos, homens e mulheres, com idade entre dois a setenta e oito anos, residentes em Santo Antônio de Jesus, ou demais cidades do Recôncavo da Bahia como Cruz das Almas, Amargosa, Nazaré das Farinhas, Valença, Cachoeira, Muritiba, Maragogipe, Tancredo Neves, Governador Mangabeira, Muniz Ferreira, Laje, Varzêdo, Sapeaçu, São Miguel das Matas, São Roque do Paraguaçu, Milagres, Aratuípe, Santa Terezinha, Conceição do Almeida, Itatim, Mutuípe, Castro Alves, e Jaguaripe.

- COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizadas as fichas de notificação do SINAN da Vigilância Epidemiológica correspondentes ao período de 2007 a 2014, como caráter de exclusão adotou-se as notificações repetidas.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos: o primeiro em outubro de 2013, momento que foram iniciadas as atividades de pesquisa do PET-VS onde foram coletadas as informações de todas as notificações até aquele presente momento; a segunda etapa da coleta ocorreu em março de 2015 a fim que fossem

obtidos dados mais recentes, neste momento foram coletados os dados dos meses de novembro e dezembro de 2013 e todo o ano de 2014.

Para coleta foram sugeridas as seguintes variáveis:

- Sexo- Homem/ Mulher;
 - Idade- (em anos) ao diagnóstico de HIV/AIDS e posteriormente agrupadas em séries de 10 anos;
 - Raça/cor- preto, pardo, branco, amarelo, indígena;
 - Estado Civil- Casado, solteiro, viúvo, divorciado;
 - Ocupação- foram colhidas as informações quanto a ocupação dos indivíduos e posteriormente agrupadas segundo definições encontradas em periódicos - Trabalho formal, Trabalho informal, Desempregado, Aposentado/pensionista;
 - Escolaridade – Foi utilizada a seguinte categorização: Analfabeto, Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo, 1º grau incompleto, 1º grau completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio Completo, Ensino Superior Incompleto, Ensino Superior Completo;
 - Local de Residência- cidades de procedência;
 - Zona de residência: Zona Urbana e Zona Rural;
 - Provável meio de transmissão: relação sexual, uso de drogas injetáveis, transmissão vertical e não se aplica;
 - Tipo de relação sexual- Heterossexual, Homossexual, Bissexual;
- ANÁLISE DE DADOS

Após coleta dos dados, estes foram transcritos para um banco de dados informatizado, e posteriormente tabulados no programa *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS) versão 20, para análise estatística.

Inicialmente foi feita a análise descritiva das características sociodemográficas e epidemiológicas considerando todo o período do estudo (2007 a 2014), para o estudo das variáveis foi realizada a distribuição das frequências absolutas e percentuais. Além da análise descritiva, foram realizadas análises comparativas por períodos ano a ano, e feito cruzamentos entre as variáveis, considerados pertinentes para o estudo.

- ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho trata-se de um recorte do Projeto de pesquisa Estratégias de Enfrentamento à Feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus-Bahia, vinculado ao Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para a Saúde/ Subárea Vigilância em Saúde (regulamentada pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 421/2010), submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, com protocolo 191.710 (ANEXO B) em 18 de fevereiro de 2013. Conforme a Resolução 466/2012, este estudo respeita todos os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

Por se tratar de um estudo baseado nas fichas de notificação, não foi necessária a obtenção de termo de consentimento livre e esclarecido, contudo os pesquisadores responsáveis pela coleta comprometeram-se garantir o anonimato dos sujeitos e o sigilo das informações obtidas.

4 RESULTADOS

Com todas as mudanças no perfil da infecção pelo HIV, dentre elas o processo de heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização, a epidemia da AIDS vem se disseminando dos grandes centros e metrópoles para municípios de médio e pequeno porte, onde a oferta de serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS constituem desafios relevantes.

A dinâmica do HIV no Brasil evidencia a influência dos determinantes econômicos, sociais e epidemiológicos para o entendimento da magnitude e expansão da epidemia nos diferentes municípios. Nesse estudo será analisado o perfil socioeconômico e epidemiológico dos indivíduos notificados com HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus-Ba.

4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO

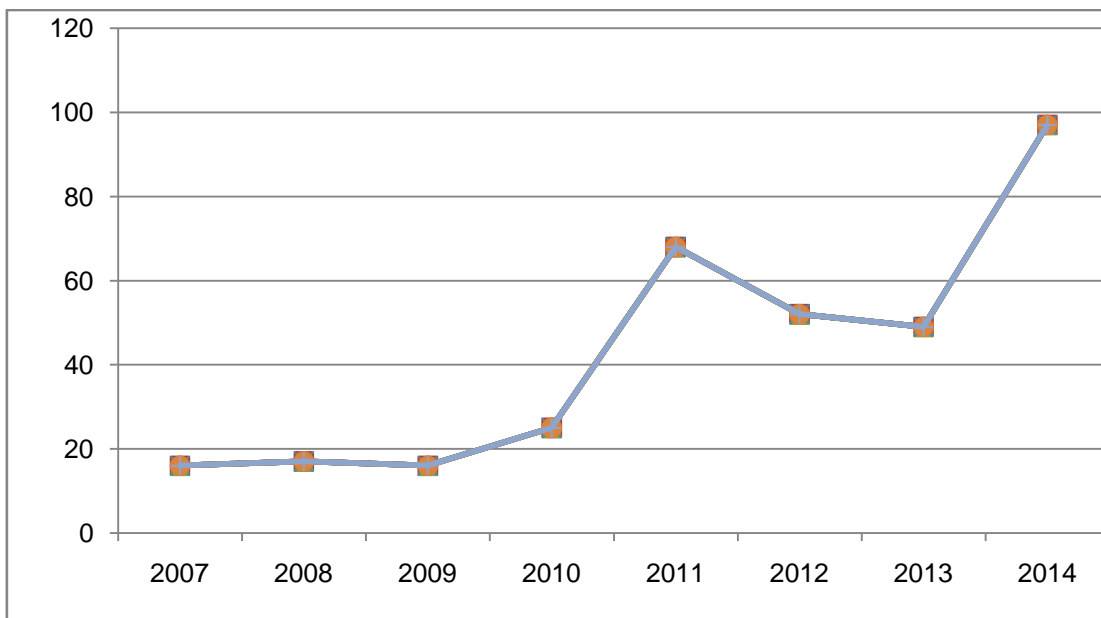
Foi identificado que no intervalo de sete anos (2007 a 2014) foram notificadas no município de Santo Antônio de Jesus, 340 pessoas acometidas pelo

HIV/AIDS. Entre os casos, 102 notificações se referem a pessoas residentes em Santo Antônio de Jesus, correspondendo a uma prevalência de 0,1%, e 238 casos corresponderam a indivíduos moradores de outras cidades do Recôncavo da Bahia, entre as cidades destacamos: Valença, Nazaré das Farinhas, Cruz das Almas, Amargosa e Muritiba.

A incidência da doença apresentou-se oscilante durante esse intervalo, com períodos de leve queda e outros de aumento importante. Do total de notificações, foram 16 casos em 2007, 17 casos em 2008, 16 casos em 2009, 25 casos em 2010, 68 casos em 2011, 52 casos em 2012, 49 casos em 2013 e 97 casos em 2014 (Figura 1).

Nota-se no gráfico, que nos três primeiros anos -2007, 2008, e 2009, houve uma estabilidade nas notificações, passando a crescer nos dois anos subsequentes em 2010 e 2011, para então diminuir em 2012 e 2013. Em 2014 apresenta um aumento acentuado, pois trata-se no ano em que foram incluídas também as notificações de compulsórias de casos de HIV e não somente AIDS como em notificações dos anos anteriores.

Figura 1: Incidência de HIV/AIDS notificados em Santo Antônio de Jesus entre 2007 a 2014.

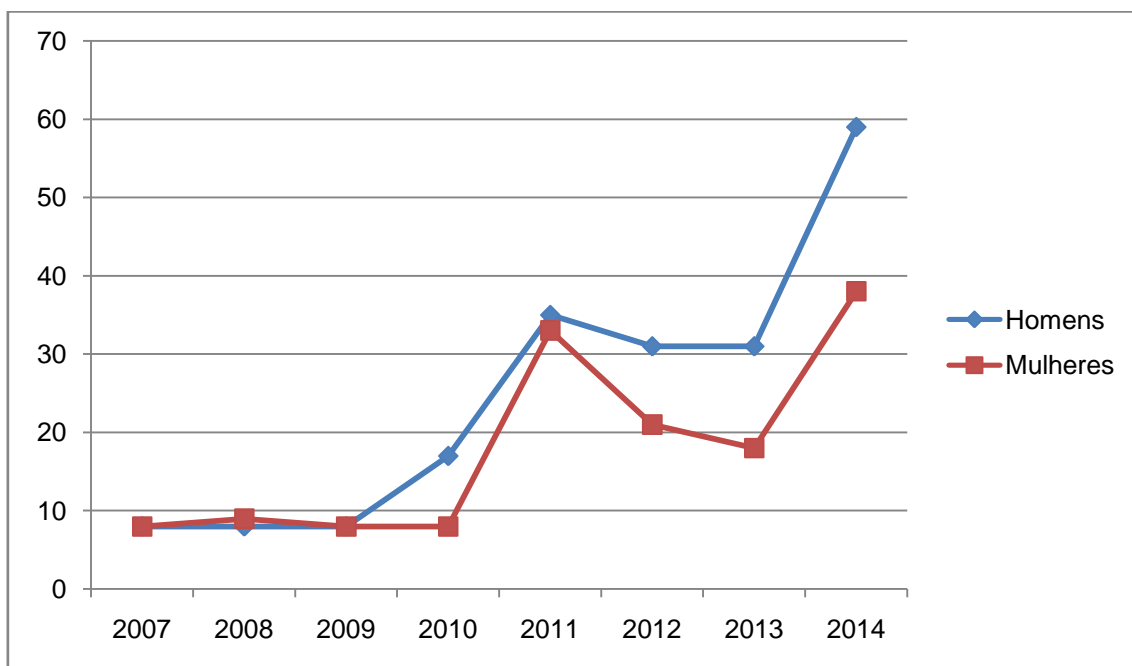


Fonte: Banco de dados do projeto de Pesquisa Estratégias de Enfrentamento da Feminização das DST/HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus.

Com a análise das fichas de notificação pôde ser constatado que 58,2% (n=198) dos indivíduos eram do sexo masculino e 41,8% (n=142) do sexo feminino, o que nos mostra uma razão entre os sexos de 1,4 homens para cada mulher – 1,4 : 1. No ano de 2007 foram notificados oito (50%) homens e oito (50%) mulheres, em 2008 foram oito (47,1%) homens e nove (52,9%) mulheres, em 2009 oito homens e oito mulheres, em 2010, 17 (68%) homens e oito (32%) mulheres, em 2011 foram 35 (51,5%) homens e 33 (48,5%) mulheres, em 2012 foram 31 (59,6%) homens e 21 (40,4%) mulheres, em 2013 foram 31(63,2%) homens e 18 (36,8%) mulheres, e em 2014 foram 59 (61%) homens e 38 (39%) mulheres (Figura 2).

Com relação ao estado civil, a maioria se declarou solteiro 54,2% (n= 184), seguidos por casados 38,2% (n= 130), viúvos 6,2% (n=21) e divorciados 1, 4% (n=5).

Figura 2: Evolução das notificações HIV/AIDS segundo sexo, em Santo Antônio de Jesus entre 2007 a 2014.



Fonte: Banco de dados do projeto de Pesquisa Estratégias de Enfrentamento da Feminização das DST/HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus.

No que se refere a raça/cor auto declarada, a mais prevalente foi Pretos/Pardos com 67,1% (n= 228), seguidos de Brancos com 10,3% (n=35),

Amarelos com 1,8% (n=6), Indígenas 0,9% (3), e 20% das fichas (n=68) não tiveram esses dados registrados. Levando-se em contas as fichas que continham essa informação, relacionando-se o sexo a raça/cor, 85,6% dos homens (n=137) declararam-se pretos/pardos, 12,5% brancos (n=20), 1,25% amarelos (n=2) e 0,65% indígenas (n=1). Com relação as mulheres 81,2% (n=91) declaram-se pretas/pardas, 13,4% brancas (n=15), 3,6% amarelas (n=4), e 1,8% indígenas (n=2).

Concernente a faixa etária, com idades variando entre dois (02) a 78 anos, predominou indivíduos com idade entre 31- 40 anos 29,7% (n=101), seguido de 21-30 anos 27,1% (n= 92), 41-50 anos 23,2% (n=79), 51-60 anos 9,7% (n=33), 11-20 anos 3,8% (n=13), 61 anos ou mais 3,8% (n=13), e 0-10 anos 1,8% (n=6). 0,9% (n=3) das fichas não continham este dado. Os homens apresentaram predominância em todas as faixas etárias, exceto em indivíduos com 61 anos ou mais, onde as mulheres apareceram em 61,5 % das notificações.

No ano de 2007 e 2008, a faixa etária mais ocorrente foi de 31-40 anos com 56,2% (n=9) e 31,2 % (n=5) dos casos respectivamente. Em 2009, indivíduos com idade entre 41-50 anos representaram 46,7% dos casos (n=7). Em 2010, pessoas com 21-30 anos e 31-40 anos apresentaram ocorrência equivalente com 28% (n=7) dos casos para ambos.

Em 2011 e 2012 as notificações ocorreram mais na faixa etária de 31-40 anos, em 2011 foram 35,3% (n=24) das notificações, e em 2012 foram 26% (n=13) das ocorrências, sendo que neste ano a diferença entre as faixas etárias de 21-30 e 41-50 não ocorreu de forma tão significativa, estas com 12 notificações cada uma, representando 24%. Em 2013 e 2014 pôde ser observado que as notificações ocorreram em uma maior porcentagem em indivíduos mais jovens, totalizando 38,8% (n=19) para pessoas com 21-30 em 2013, e 36,1% na mesma faixa etária em 2014.

Quanto a escolaridade, a discreta maioria 14,1% (n=48) tinha 1º grau incompleto (5ª a 8ª série), 13,8% (n=47) ensino fundamental incompleto (1ª a 4ª série), 13,2% (n=45) ensino médio completo, 8,5% (n=29) ensino médio incompleto, 7,9% (n=27) ensino fundamental completo, 4,1% (n=14) analfabetos, 1,5% (n=5) 1º grau completo, 1,5% (n=5) nível superior completo, 1,2% (n=4) nível superior incompleto, e 34,1% (n=116) foram dados ignorados.

A variável “Escolaridade” foi a que registrou maior percentual de dados ignorados. Das fichas analisadas 34% não possuíam o registro da informação, o que

interfere diretamente nos resultados encontrados. Presente em todo período estudado, a ausência de dados apresentou variações para ambos os sexos, sendo ligeiramente mais elevada entre as mulheres.

Entre os casos com informação de escolaridade observou-se que os homens apresentavam maiores níveis de escolaridade do que as mulheres. 41,4% (n=55) dos homens possuíam anos de estudo correspondentes entre Ensino médio incompleto e Ensino Superior Completo, enquanto no que se refere as mulheres, 30,8% (n=28) possuíam esse mesmo nível de escolaridade. Em contrapartida, quando analisado o nível de escolaridade mais baixa, as mulheres encontravam-se a frente dos homens. 69,2% (n=63) das mulheres eram analfabetas ou possuíam até o 1º grau completo, e 58,6% dos homens (n=78) encontravam-se com mesmo nível de escolaridade.

Apesar das diferenças percentuais entre os sexos, pôde-se constatar que de 2007 a 2014 tanto homens quanto mulheres que vivem com HIV/AIDS, apesar das diferenças percentuais entre os sexos, em sua maioria, possuíam níveis de escolaridade baixos.

Com relação a ocupação dos indivíduos 36,8% (n=125) exerciam trabalhos informais, 26,5% (n= 90) eram desempregados, 19,4% (n=66) eram trabalhadores formais, 7,6% (n=26) eram aposentados e pensionistas, 9,7% (n=33) correspondem a dados ignorados. Quando relacionado o sexo com a ocupação, foi constatado que 71% das pessoas com trabalhos formais eram do sexo masculino, seguindo o mesmo padrão, 71,2% daqueles que exerciam trabalhos informais também eram do sexo masculino. Em contrapartida, tratando-se de indivíduos desempregados, as mulheres apresentavam-se como a maioria com 72,2%. No que diz respeito aos aposentados e pensionistas a diferença entre os sexos não se mostrou tão acentuada, contando com 53,8% para homens e 46,2% para mulheres.

A maioria dos indivíduos notificados, 70% (n= 238), residia nas demais cidades do Recôncavo Baiano (Amargosa, Cruz das Almas, Nazaré das Farinhas, Valença, Muritiba, Maragojipe, Sapeaçu, Cachoeira, Laje, Tancredo Neves, Conceição do Almeida, Governador Mangabeira, Muniz Ferreira, Jaguaripe, Aratuípe, Itatim, Mutuípe, Castro Alves, Milagres, Salinas das Margaridas, Santa Terezinha, São Roque do Paraguaçu, São Miguel das Matas), e 30% (n=102) tinham moradia em Santo Antônio de Jesus, local onde ocorreram as notificações. Mais de 90% (n=92) dos indivíduos notificados residentes em Santo Antônio de Jesus

possuíam moradia na Zona Urbana da cidade e 10% (n=10) na zona rural, quanto aos outros municípios 75% (n=179) moravam em Zona Urbana e 25% (n=59) na zona rural. Algumas das localidades da zona rural de Santo Antônio de Jesus identificadas são: Povoado do Cocão e Mino do Sapé.

Tabela 1: Perfil socioeconômico dos indivíduos que vivem com HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus- Ba de 2007 a 2014.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	198	58,2
Feminino	142	41,8
Total	340	100,0
Raça/cor		
Preto	92	27,1
Pardo	136	40,0
Branco	35	10,3
Amarelo	6	1,8
Indígena	3	0,9
Ignorado	68	20
Total	340	100,0
Faixa Etária		
0-10	6	6
11-20	13	13
21-30	92	92
31-40	101	101
41-50	79	79
51-60	33	33
61 ou mais	13	13
Ignorado	3	3
Total	340	340

Continuação

Escolaridade	N	%
Analfabeto	14	4,1
Fundamental incompleto	47	13,8
Fundamental completo	27	7,9
1º grau incompleto	48	14,1
1º grau completo	5	1,5
Ensino Médio Incompleto	29	8,5
Ensino Médio completo	45	13,2
Superior incompleto	4	1,2
Superior completo	5	1,5
Ignorado	116	34,1
Total	340	100,0
Ocupação	N	%
Trabalho formal	66	19,4
Trabalho informal	125	36,8
Desempregado	90	26,5
Aposentado	26	7,6
Ignorado	33	9,7
Total	340	100,0
Estado civil	N	%
Solteiro	184	54,2
Casado	130	38,2
Divorciado	21	6,2
Viúvo	5	1,4
Total	340	100,0
Local de Residência	N	%
Santo Antonio de Jesus	102	30,0
Outros	238	70,0
Total	340	100,0

		Continuação
Zona de Residência	N	%
Zona Urbana	69	20,3
Zona Rural	271	79,7
Total	340	100,0

Fonte: Banco de dados do projeto de Pesquisa Estratégias de Enfrentamento da Feminização das DST/HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus.

4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Entre os casos notificados, identificamos situações que podem ser denominadas como prováveis meios de transmissão. Deste modo, pôde-se verificar a predominância da relação sexual com 95,3% (n= 324) das ocorrências, não havendo diferença significativa desta ocorrência entre os sexos, seguido de Transmissão Vertical com 1,5% (n=5), quatro destes indivíduos eram do sexo masculino (80%), Não foi transmissão sexual com 1,2% (n= 4), Uso de Drogas Injetáveis 0,6% (n=2) o qual foi relatada a informação por pessoas do sexo masculino , e dados ignorados 1,5% (n=5).

De acordo com o provável modo de transmissão sexual a configuração se deu da seguinte forma: 60,4% (n=116) homens relataram praticar sexo com mulheres, 95% (n=131) das mulheres disseram praticar sexo com homens, 25,5% (n=49) dos homens afirmaram fazer sexo com outros homens, 3,6% (n=5) das mulheres relataram fazer sexo com outras mulheres, 11,5% (n=22) dos homens disseram fazer sexo com homens e mulheres, e apenas 0,7% (n=1) das mulheres relatou fazer sexo com homens e mulheres. 2,6% para homens e 0,7% para mulheres são dados que não se aplicam a categoria.

Tabela 2: Perfil epidemiológico dos indivíduos que vivem com HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus- Ba de 2007 a 2014.

Variável	N	%
Meio de Transmissão		

Sexual	324	95,3
UDI	2	0,6
Transmissão Vertical	5	1,5
Não foi transmissão sexual	4	1,2
Ignorado	5	1,5
Total	340	100,0
Tipo de relação sexual		
Heterossexual	247	72,6
Homossexual	54	15,9
Bissexual	23	6,8
Não se aplica	6	1,8
Ignorado	10	2,9
Total	340	100,0

Fonte: Banco de dados do projeto de Pesquisa Estratégias de Enfrentamento da Feminização das DST/HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus.

5 DISCUSSÃO

5.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO

Os conceitos de “heterossexualização”, “feminização”, “interiorização”, e “pauperização” foram construídos a partir de análises que visavam compreender o comportamento e determinantes da epidemia da AIDS e que definiram as principais tendências que orientaram e ainda orientam as políticas de enfrentamento da doença.

Foi na década de 90 em que evidenciou-se a expansão da infecção para municípios brasileiros menores, a predominância das relações heterossexuais como principais meios de transmissão, a redução da razão entre homens e mulheres, a inclusão de estratos sociais menos favorecidos com baixos graus de escolaridade e menor qualificação profissional, e o aumento da infecção nas regiões Norte e

Nordeste, e entre indivíduos cada vez mais jovens e em idosos (BRITO et al., 2001; SZWARCOWALD et al., 1998; SZWARCOWALD et al. 2000).

Apesar da AIDS ser uma das doenças que mais acumularam estudos ao longo da sua descoberta, grande parte destes, analisaram informações consolidadas nacional e/ou regionalmente, sobremaneira a Região Sudeste, mais especificamente o eixo São Paulo- Rio de Janeiro, berços da epidemia no Brasil (GRANGEIRO et al., 2010). Essa tática de análise permite uma visão ampla, porém generalista, dificultando o reconhecimento de padrões específicos relacionados ao processo saúde/doença. Além disso, permite a permanência de hiatos em regiões, o caso de muitos municípios brasileiros, que nada ou pouco se conhece a respeito de sua situação epidemiológica.

Nesse contexto, atrelado ao processo de interiorização, encontra-se Santo Antônio de Jesus – e outras cidades do Recôncavo da Bahia -, cuja caracterização da epidemia vem ganhando novos contornos a partir das ações realizadas no município. Com 340 casos de indivíduos notificados, o município apresenta uma prevalência de 0,4% considerando os dados absolutos, percentual equivalente a prevalência nacional. Subtraindo os 238 casos pertencentes a outras cidades do Recôncavo, e levando em conta apenas as notificações de pessoas residentes em Santo Antônio de Jesus, esse valor cai para 0,1%.

Esses dados não refletem a real situação da prevalência de pessoas que vivem com HIV, pois a ocorrência da AIDS em tempo e espaço, apesar de estar diretamente ligada à infecção pelo HIV, não deve ser utilizada de forma exclusiva para avaliação da transmissão da infecção, pois são eventos distintos e deve-se levar em conta que nos casos notificados de AIDS, implica o fato de a infecção poder ter ocorrido há cerca de 5 a 10 anos (AGUIAR, 2013). E apesar dos esforços para a detecção precoce da infecção, é sabido que muitos dos casos são apenas descobertos a partir do aparecimento dos primeiros sintomas da doença.

Ao aumento da taxa de incidência verificada, relaciona-se a ampliação no acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com a doença e ao “amadurecimento” do serviço ao passo que este se expande. Além do fato de que a partir de Junho de 2014, foram incluídos os casos de HIV no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), refletindo o aumento acentuado da incidência no ano de 2014 quando comparado aos anos anteriores.

Não obstante, no que se refere a análise isolada da incidência de Santo Antônio de Jesus, verifica-se que seu auge ocorreu nos anos de 2011 e 2012 com 22 casos para cada 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo período, observava-se uma incidência de 20,2 casos para cada 100 mil habitantes (MS, 2012). Contudo, no último ano de análise, 2014, ainda que se tenha incluído também os casos de HIV, verificou-se uma redução na incidência contando com 15,4 casos para cada 100 mil habitantes, valor abaixo da incidência nacional com 20,4 habitantes no mesmo período segundo dados do Ministério da Saúde.

No Brasil, conforme o Boletim Epidemiológico lançado pelo Ministério da Saúde (2014), a taxa de incidência em homens com AIDS no ano de 2013 foi de 26,9 para cada 100 mil habitantes, enquanto que entre as mulheres essa taxa foi de 14,1 para cada 100 mil habitantes. A incidência apresentada no Recôncavo da Bahia encontra-se acima da verificada nacionalmente com 34,1/100.000 habitantes para homens e 19,8/100.000 habitantes para as mulheres.

Apesar das taxas de detecção, segundo dados absolutos, continuarem maiores em homens do que em mulheres, em alguns anos, 2007 e 2009, o índice de detecção entre os sexos foi igual, chegando a ser maior em mulheres no ano de 2008, esse fato corrobora com a diminuição da razão entre os sexos ao longo dos anos e consolida a feminização da epidemia, tendo o gênero e a vulnerabilidade como os principais pilares da solidificação desta tendência. Ao se discutir a vulnerabilidade feminina à doença, três aspectos devem considerados: a vulnerabilidade individual, social e programática e para expandir as reflexões acerca da temática, considera-se, por conseguinte, o conceito de “determinantes sociais”.

Diversas são as definições de determinantes da saúde. Buss e Filho (2007) trazem a definição da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss e FILHO, p 02, 2007), cujos mecanismos afetam a saúde e são potencialmente alterados conforme a implementação de ações intervencionistas. Os autores acima citados, em seu trabalho, destacam a ciência da saúde intrínseca e essencialmente como uma ciência social, o que submete o próprio termo “saúde pública” ao seu caráter político implicado necessariamente a práticas de intervenção para identificação e eliminação de fatores que prejudiquem a saúde da população.

Frente a feminização da AIDS, o conhecimento sobre determinantes sociais contribui para a identificação das mulheres que estão mais propensas a doença e permite desenvolver a compreensão das possíveis causas desse processo. Reconhecendo a importância desses elementos, é fundamental incluir nessa seara questões culturais tal qual a noção de gênero, traduzido aqui por Schraiber (2013, p. 01):

O conceito de gênero traduz um conjunto de normas, valores, costumes e práticas através de que a diferença biológica entre homens e mulheres é culturalmente significada e diferenciada em termos de valor e poder social. Surge como uma forma de distinguir as diferenças biológicas das desigualdades sócio culturalmente construídas e procura mudar a atenção de um olhar para mulheres e homens como segmentos isolados, para um olhar que se fixa nas relações inter-pessoais e sociais.(SCHRAIBER, p. 01, 2013)

O conceito de gênero vem sendo debatido e enfatizado quanto a posição hierárquica dos homens, histórica e socialmente construída, no seio das sociedades patriarcais sobrepujando as dimensões do essencialismo e universalização dos papéis sociais dos sexos (SCHRAIBER, 2013). A construção da ideia de gênero permite notar a multiplicidade de conexões que permeiam a história de homens e mulheres e suas assimetrias, pondo a mulher em posição de menor poder como sujeito social e sujeito de direitos e que devem ser pensadas como situações que repercutem intimamente ao sentido de vulnerabilidade à saúde.

No presente trabalho, ao identificarmos quem são as mulheres acometidas pelo HIV/AIDS nota-se claramente que o binômio homem-mulher carrega em suas raízes arranjos que por si só já delimitam suas disposições numa sociedade essencialmente patriarcal que condiciona as mulheres aos descomedimentos masculinos, dispondo-as sobremaneira a situação de maior susceptibilidade aos agravos. Segundo López (2011), essa referência é feita em sentido amplo, abrangendo as disputas decorrentes das relações de poder que fazem parte das práticas de diversos atores sociais envolvidos na discussão e intervenção em torno

do enfrentamento do HIV/AIDS, particularmente nas ações que correlacionam raça e gênero, para entender a vulnerabilidade social ante essa doença.

O conceito de vulnerabilidade vem norteando a trajetória da epidemia da AIDS, bem como a sua dinâmica, devido às desigualdades sociais, iniquidades em saúde, acesso a serviços e a práticas de prevenção, e a situações de violação de direitos ou ausência de apoios de políticas, ampliando e problematizando as dimensões a serem consideradas na epidemia. Os aportes conceituais de gênero e vulnerabilidade são fundamentais para a abordagem da infecção pelo HIV/AIDS, sobretudo no que se refere à feminização. O entrecruzamento dessas duas abordagens é capaz de responder quem são essas mulheres, muitas vezes invisibilizadas pela própria condição de vulnerabilidade a qual se encontram (AYRES et al., 2002).

Pode-se dizer, então, que a feminização da AIDS concentra-se em mulheres que vivem em situação de subordinação ao sexo inseguro, de relações sexuais forçadas e/ou cedidas, que não conseguem negociar o uso de preservativo com suas parcerias, que naturalizam, aceitam e/ou não reconhecem a violência no contexto familiar, centradas na vida doméstica, voltadas para a preservação do casamento, e maternidade. Mulheres que não encontram apoio contra-cultural e tão pouco a valorização de seus direitos, incluindo o direito a seus próprios corpos. São mulheres no auge de suas vidas reprodutivas, negras, pardas, pobres, com baixos níveis de instrução e pouca qualificação profissional.

Nesse sentido, a análise da caracterização da epidemia em Santo Antônio de Jesus, permitiu a demonstração de que no Recôncavo, assim como no restante do país, as mulheres que mais sofrem com o risco ao HIV são aquelas que menos dispõem de recursos, seja no âmbito individual ou social, para o enfrentamento da infecção.

Acompanhando as transformações do perfil da epidemia, em Santo Antônio de Jesus, 38,2% dos indivíduos relataram serem casados, não configura a maioria, esta formada por solteiros (54,2%), mas denota o aumento significativo entre homens e mulheres em situação conjugal nas quais as relações de gênero são marcadas pela dupla moral sexual e por assimetrias de posições entre as quais o poder circula. De acordo com Madureira e Trentini, (2008) as discordâncias entre gênero e a sexualidade do homem e da mulher, dificultam as negociações entre o casal que se manifestam também nas práticas baseadas no sexo seguro o que

implica o uso do preservativo, cuja iniciativa fica muitas vezes a cargo do desejo do homem.

Em relacionamentos estáveis muitas crenças e valores morais são atribuídos ao casamento, na concepção ocidental estes representam atributos como o amor, a confiança, e fidelidade e ao assumir esses pressupostos homens e mulheres se sentem protegidos do risco de se infectarem. Ademais, falar de práticas sexuais seguras e uso de preservativo implica em ameaças de confiança entre o casal quando se expõe a possibilidade de relações extraconjugais (MAIA et al., 2008; TAQUETTE, 2010).

Ao contrário do que traz os perfis mais conservadores do ponto de vista da “moral sexual”, a epidemia não é resultante apenas da ação patogênica do agente infeccioso, muito menos estrito a comportamentos “desviantes”. Suas vítimas vivem em contextos sociais que vários fatores potencializam suas vulnerabilidades. Para além das questões de gênero e determinantes individuais de vulnerabilidade, a pobreza, a baixa escolaridade, e desigualdades raciais são elementos que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento.

Das notificações realizadas em Santo Antônio de Jesus, 61,1% da população do estudo era composta por pretos e pardos. Tanto para homens quanto para mulheres configurou-se a maioria ultrapassando 80% dos casos para ambos os sexos. Essa afirmativa poderia ser considerada (e reduzida) apenas por questões demográficas onde os municípios do Recôncavo Baiano são compostos hegemonicamente por pretos e pardos, assim como se explicaria a maioria branca encontrada nos estudos de Konopka et al., 2010; Schuelter-Trevisol et al., 2013; Librelotto et al., 2012 realizados em municípios da Região Sul chegando a quase 90% das notificações em alguns casos

Esgueirar-se das significações implicadas ao construto social dessa variável, onde a caracterização a nível nacional da taxa de detecção segundo raça/cor preto/parda chega a 54,8% das notificações (MS, 2014), seria lançar mão de um reducionismo de valores injustificado pelo caráter polissêmico da variável raça o qual deve-se levar ao entendimento para além do fator genético, mas incluir a carga social que a raça pode expressar.

A raça/cor tem sido abordada para explicitar como a maneira com a qual a sociedade trata os seus segmentos leva às desigualdades econômicas e sociais,

que determinam posição de menor valor para os grupos discriminados. (ARAÚJO, et al., 2009)

Considerando as fortes desigualdades que marcam a estrutura social brasileira e que ganham contornos mais rígidos quando se inclui o recorte racial, as diferenças raciais moldam o modo como a sociedade e o Estado se organizam para lidar com a população negra. Na saúde, essas diferenças operam não reconhecendo as necessidades particulares dos que mais necessitam nas ações de promoção, prevenção e assistência a doenças e reabilitação, confirmando a vulnerabilidade programática e solidificando o tratamento iníquo segundo raça/cor. López (2011) faz críticas a esse sistema seletista que emprega maior proteção, sobretudo no que corresponde à infecção da AIDS que reproduz as iniquidades das condições de vida menos favoráveis e excludentes:

A expansão da Aids afetando cada vez mais a população negra no Brasil deve assim ser equacionada em um sistema de correlações de força não projetado em sua integralidade, mas que funciona sob o pressuposto racista da seleção e da proteção do segmento branco em comparação aos demais segmentos da população, a partir da existência de desigualdades ligadas ao modo de operação de mecanismos sociais tais como a educação escolar, a seletividade do mercado de trabalho, a pobreza e a organização familiar. (LÓPEZ, p. 01, 2011)

Particularizando-se a questão das diferenças raciais no Brasil, constata-se que os indicadores sociais, marcadores da condição de vida dos segmentos sociais, têm demonstrado que a população negra apresenta pior nível de renda, habitação, maior adoecimento, maior mortalidade, reside em áreas desprovidas de infraestrutura básica e tem pior acesso aos serviços de saúde e educação (ARAÚJO et al., 2009).

Outra variável que apresenta grandes repercussões socioeconômicas tanto a nível coletivo como individual é a faixa etária. No presente estudo predomina aqueles com idade entre 21-30 e 31-40 anos (56,8%), faixa da população economicamente ativa, em pleno poder reprodutivo. Com referência a idade desde o início da epidemia o grupo etário mais atingido entre ambos os sexos tem sido o de

20-39, como observado em Brito et al., (2001), Laurenti et al., (2005), Schuelter-Trevisol et al., (2015). No entanto, algumas tendências têm sido observadas com o passar dos anos.

A faixa etária adolescente (13-19 anos) apresenta peculiaridades com relação a história natural da doença que merecem atenção. Apesar da redução da transmissão da infecção ter diminuído entre homens que fazem sexo com homens (HSH) isso não é observado entre os jovens com a mesma prática. Outro dado importante é a razão entre os sexos, mesmo que hoje a infecção entre homens e mulheres seja praticamente igual, mas ainda assim relativamente maior entre os homens, nessa faixa etária o quadro se inverte, tendo mais moças infectadas do que rapazes numa razão de 10:6, destacando que o processo de feminização nessa faixa etária é mais intensa (TAQUETTI et al., 2011).

Entre os indivíduos estudados em Santo Antônio de Jesus, 3,4% correspondem a essa faixa etária. Foi percebido o crescimento das notificações ao longo dos anos. Nos três primeiros anos de notificação (2007, 2008, 2009) houve uma estabilização de notificações (uma a cada ano), representando cerca de 7%. Nos anos subsequentes, o número de adolescentes notificados aumentou (três notificações por ano). Levando-se em conta que o período de incubação do Vírus dura em média seis anos, e mesmo com as estratégias de diagnóstico precoce, a maioria das notificações ocorrem na fase de manifestações clínicas, é possível inferir que muitos dos indivíduos da faixa etária subsequente, possa ter se infectado quando adolescente.

Essa é uma problemática relevante, quando observamos que a maioria das mulheres notificadas em Santo Antônio de Jesus tinha idade entre 21 e 30 anos, com a possibilidade de terem se infectado com o HIV ainda na adolescência.

A população adolescente apresenta características que potencializam suas vulnerabilidades. Geralmente é nessa faixa etária em que se iniciam as experiências sexuais e muitas vezes práticas de sexo inseguro e com multiparcerias. Embora haja uma difusão e aumento do uso do preservativo por parte dessa população ele ainda não é utilizado por todos e nem em todas as relações sexuais. Saldanha et al. (2008) trazem os grandes obstáculos para a tomada de atitudes preventivas por essa população:

a) o sentimento de invulnerabilidade e a confiança estabelecida nos relacionamentos afetivos, b) o difícil acesso dos adolescentes ao preservativo, a crença de diminuição do prazer e a imprevisibilidade do ato sexual; c) o enfoque moralista do discurso dos profissionais de saúde quando se referem à sexualidade adolescente; c) o fatalismo ou a negação da doença; e) a colocação da aids como apenas mais um risco dentre tantos outros mais emergentes, como a miséria, violência, desemprego, discriminação; f) as normas de gênero (SALDANHA, p 01, 2008)

Para as adolescentes as vulnerabilidades são ainda maiores pois são biologicamente mais propensas à infecção devido seu epitélio vaginal e uterino ser mais exposto; são vítimas mais frequentes de abusos sexuais; geralmente iniciam sua vida sexual com parceiros mais velhos tendo assim pouco controle sobre a prática do sexo bem como de prevenção (TAQUETTI et al., 2011, SALDANHA et al., 2008)

Paralelo ao aumento da infecção na população adolescente encontram-se os idosos. O aumento da AIDS nessa faixa etária vem sendo bastante discutido devido ao impacto nessa população e na saúde coletiva. O envelhecimento da população brasileira, como demonstra a inversão da pirâmide demográfica, está associado a avanços da medicina e tecnológicos que possibilitam que as pessoas envelheçam de forma mais saudável aumentando sua expectativa de vida, inclusive prolongando sua vida sexual (ANDRADE et al., 2010).

O aumento dos casos de AIDS em idosos, para além do aumento da expectativa de vida da população pode ser atribuído a dois aspectos: idosos que possuem, entre outros fatores, mais recursos financeiros que lhes possibilitam acesso a prazeres e serviços disponíveis que permitem uma vida sexual mais ativa; e a existência de tabus sobre a sexualidade na terceira idade.

Quanto a repercussão da doença nessa faixa etária, esta se torna ainda mais preocupante, pois fisiologicamente o idoso possui alterações em seu imunológico o que facilita a instalação de agentes infecciosos em seus organismos, bem como dificulta a resposta destes ao agente agressor. Como consequência a manifestação da Síndrome acaba sendo mais agressiva nessa população.

Um fato a ser considerado é a feminização nesse estrato da população. As mulheres idosas são mais vulneráveis a infecção devido a mudanças naturais causadas pelo próprio processo do envelhecimento, como diminuição da elasticidade vaginal e lubrificação, estreitamento e desgaste das paredes vaginais que favorecem o risco de infecção durante as relações sexuais, além do fato de encontrarem-se em período pós-reprodutivo, fato que leva a dispensação do uso de preservativos.

Outro fator que agrava as vulnerabilidades dos idosos à infecção e ao adoecimento pelo HIV, assim como em outras faixas etárias, quanto menor o grau de instrução, menor o conhecimento referente às formas de transmissão do HIV remetendo à condição de pior cobertura dos sistemas de vigilância e de assistência entre os menos favorecidos.

O grau de escolaridade é bastante utilizado como indicador sócio econômico devido o impacto que exerce sobre a saúde, mostrando-se estável ao longo da vida dos indivíduos e sofrendo poucas mudanças mesmo sob interferências conjunturais ou do próprio processo do adoecimento (Fonseca et al., 2012).

O início da epidemia no Brasil se deu nos estratos sociais de maior nível socioeconômico, expresso pelo grau de escolaridade, e expandindo-se para indivíduos com menor nível sócio econômico. A ocorrência do aumento dos casos de AIDS com menor escolaridade desde a década de 90 vem sendo relatado por alguns autores. Fonseca et al. 2000, descrevem o fenômeno da inversão da incidência da AIDS por grau de escolaridade já entre 1986 e 1996, demonstrando o aumento progressivo da infecção entre aqueles que possuíam menos anos de estudo.

O presente estudo também evidencia essa tendência observada ao longo dos anos no município de Santo Antônio de Jesus. A redução do nível de escolaridade acompanha todas as variáveis consideradas para análise. Segundo os resultados obtidos, homens e mulheres acometidos pelo HIV/AIDS possuíam um nível de escolaridade mais baixo, além disso, nessa categoria, as mulheres apresentaram-se com mais expressividade, algo que pode ser explicado devido às desigualdades de gênero fortemente arraigadas em termos políticos, culturais e socioeconômicos, que repercutem diretamente no acesso à educação.

Fazendo-se uma análise comparativa entre os níveis de escolaridade segundo as variáveis raça/cor e sexo, destacam-se discrepâncias importantes no

tocante das minorias menos favorecidas. 64,5% dos pretos/pardos tinham escolaridade baixa, em brancos esse percentual cai para 54,8%. Embora haja essa dicotomia racial, quando comparado aos sexos, a diferença entre homens pretos/pardos para brancos não se mostra significativa, sendo 58,2% e 60% respectivamente. No entanto, há uma disparidade no que diz respeito as mulheres. 74% das mulheres pretas/pardas possuíam níveis baixos de escolaridade enquanto esse percentual cai para 45,5% em mulheres brancas. Mesmo o Censo Demográfico de 2010 revelar que mulheres são mais instruídas que os homens (IBGE, 2020), percebe-se que quando se trata de riscos a saúde, o grau de instrução reflete nas maiores chances ao adoecimento.

A redução do nível de escolaridade relativa a categoria “exposição” acompanha o processo de heterossexualização da epidemia. Ao passo que a AIDS avançou entre as relações heterossexuais, pôde-se perceber que homens e mulheres que relataram a exposição sexual com parcerias do sexo oposto apresentaram possuir nível de escolaridade mais baixo. Entre indivíduos que informaram manter relações sexuais com parcerias do mesmo do mesmo sexo, a redução do nível de escolaridade não se mostrou pronunciada, contrariando a hipótese de tendência de pauperização entre homens e mulheres que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo.

A evolução da epidemia entre a população menos favorecida do ponto de vista socioeconômico tem implicações importantes nas ações de prevenção, assistência e tratamento desses indivíduos. O acesso restrito à educação dificulta a apreensão de mensagens educativas, além disso, alguns autores associam o maior grau de escolaridade a maiores escores de qualidade de vida e longevidade mais favoráveis (FONSECA, 2012).

Estudos ecológicos como os de Ferreira et al., (2011), Piere e Laurenti, (2012) realizados acerca da dinâmica da epidemia apontam para a transformação referente às condições socioeconômicas dos indivíduos que vivem com HIV/AIDS, com uma disseminação mais progressiva em classes menos favorecidas.

No início da epidemia predominavam indivíduos com níveis de instrução “técnico-científica”, no entanto, à medida que a infecção partiu para outras estratificações da sociedade, este perfil mudou, voltando-se progressivamente para indivíduos de menor qualificação profissional. A prevalência de trabalhadores

informais entre os indivíduos acometidos pela AIDS não é exclusividade deste estudo, Bastiane et al. 2012 também aponta esta tendência.

As ocupações exercidas que mais apareceram entre os indivíduos notificados em Santo Antônio de Jesus foram: do lar/dona de casa, pedreiro ou ajudante de pedreiro, vendedor, lavrador/a, doméstica/diarista, autônomo, aposentado/pensionista e desempregado, pescador, marisqueira, gari, serviços gerais, estudante, professor, funcionário público. Dos trabalhadores formais, mais de 70% eram homens, situação equivalente para os trabalhadores informais, também com 70% para homens. Na contramão, evidencia-se que 72% dos desempregados eram mulheres.

Poucos são os estudos que abordam as eventuais mudanças da condição socioeconômica dos indivíduos portadores de HIV/AIDS, após o diagnóstico. Os avanços no diagnóstico e no tratamento vêm tornando a infecção pelo HIV cada vez mais semelhante às doenças definidas como crônicas; assim, o caráter de cronicidade da AIDS mostra a importância de seguir os pacientes a longo prazo, já que esses avanços geram um impacto considerável na vida dos portadores (CARAVALHO et al., 2007)

Outro aspecto que ratifica a vulnerabilidade feminina, é a proporção de mulheres em trabalhos domésticos e ocupações não remuneradas mais significativa do que entre os homens. As mulheres também são maioria nos trabalhos em tempo parcial ou sazonais. Essa questão do trabalho faz emergir não somente problemas financeiros, mas também remete a falta de subsídios para o próprio tratamento (FERREIRA et al., 2011). A Organização Internacional pelo Trabalho ressalta que o trabalho desempenhado pelas mulheres seja ele remunerado ou não, é mais passivo de ser interrompido tornando-as ainda mais vulneráveis pela condição de dependência financeira. (OIT, 2010)

A progressiva pauperização é consequência da expansão da doença para áreas mais distantes dos grandes centros urbanos e cosmopolitas, passando a ocupar municípios de menor porte e mais pobres. Inicialmente restrita às metrópoles nacionais como São Paulo e Rio de Janeiro, pesquisadores vêm demonstrando que não só um maior número de municípios é atingido, como esse crescimento vem se destacando em municípios de menor porte que podem dispor de menos recursos políticos e sociais para o enfrentamento do agravo (BRITO et al., 2001; PRADO et

al., 2009; MALISKA et al., 2009; REIS et al., 2008). Na presente década, 87,5% dos municípios brasileiros registram pelo menos um caso da doença (MS, 2009).

A partir dessa ótica, o menor nível de renda dos indivíduos afetados contribui para novas tendências como a ruralização. Acresce-se a isso a migração sazonal em busca de melhores condições e vida em regiões metropolitanas como importante fator de disseminação da epidemia para o Interior. O padrão de distribuição espacial da AIDS demonstra o importante papel das conexões estabelecidas entre cidades, por mais que distantes, num processo de difusão hierárquica.

Contíguo ao processo de espalhamento entre as cidades do interior, o processo de ruralização vem tomando forma. Neste estudo pôde ser constatado que 20,3% dos indivíduos que vivem com HIV/AIDS residiam nas áreas rurais de suas respectivas cidades.

Corroborando com o processo de ruralização da epidemia, as cidades de menor porte, circunvizinhas, correspondem a 70% dos casos notificados contra 30% de Santo Antônio de Jesus, cidade referência no Recôncavo Baiano. Dos pacientes residentes nos municípios circunvizinhos 25% informaram residir na zona rural, contra 10% dos indivíduos residentes em Santo Antônio de Jesus. Dentre as cidades da região que mais notificaram indivíduos com HIV/AIDS, vale destacar Valença (n=37), Nazaré das Farinhas (n= 24), Cruz das Almas (n=23), Amargosa (n=21) e Muritiba (n=13).

Essa tendência de acometimento tem importantes implicações no que diz respeito a ações de prevenção e assistência a esses indivíduos, já que esses serviços podem nem chegar a determinados lugares, e o acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento se torna mais difícil. O grande desafio para a universalização dos avanços terapêuticos alcançados é justamente o acesso dos doentes residentes em regiões mais distantes. Segundo Reis (2008), nesse sentido, viver em um município menor e mais distante dos lugares que concentram recursos assistenciais é um aspecto que acrescenta maior vulnerabilidade ao doente de AIDS.

5.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A transmissão sexual é a principal via de contaminação da AIDS desde o início da epidemia, hoje disseminada tanto para homens quanto para mulheres, indicando a heterossexualização da infecção (REIS, 2010). No Brasil a distribuição percentual segundo o acumulado das notificações nessa categoria foi de 94,9% para homens e 97,4% para mulheres (MS, 2014). Em Santo Antônio de Jesus, no período estudado, o percentual registrado foi 95,3% dos homens e 98,6% das mulheres relataram como provável meio de transmissão a relação sexual.

No tocante às práticas sexuais dos indivíduos estudados, a maioria dos homens, 60,4% relataram praticar sexo com mulheres seguido de 25,5% de homens que fazem sexo com homens (HSH) e 11,5% de homens que fazem sexo com homens e mulheres. Quanto as mulheres, apenas 3,6% são mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), a maioria relatou manter práticas sexuais apenas com homens. Assim como em diversos trabalhos como os de Toledo et al. (2010); Grangeiro et al. (2010), Schuelter-Trevisol et al. (2013) , o presente estudo demonstra a redução da infecção em sujeitos que mantinham relações com pessoas no mesmo sexo, categorizados nos estudos como homossexuais e/ou bissexuais

São vários os fatores que influenciam a probabilidade da infecção pelo HIV, segundo a transmissão por via sexual, que podem ser divididos em fatores que modificam a infectividade do indivíduo transmissor, fatores que modificam a susceptibilidade dos indivíduos expostos, fatores relacionados ao agente infeccioso e fatores “ambientais”

Vergara e Barroso (2010) trazem como exemplo a presença de úlceras genitais que podem agir tanto como fatores de aumento para a susceptibilidade do indivíduo transmissor quanto para o indivíduo exposto; o uso de preservativo que tanto reduz o risco de transmissão quanto de contaminação, este incluído também na categoria de fator ambiental, pois seu uso também envolve questões como acessibilidade ao insumo, aceitabilidade cultural entre outros; o nível de carga viral do indivíduo transmissor; e mutações genéticas de um determinado gen que codifica o receptor CCR5 que está associada a uma possível menor susceptibilidade.

Independente do fator, seja ele biológico ou social, que favoreça a infecção pelo vírus, a transmissão sexual como principal via de infecção é algo amplamente demonstrado nos estudos e boletins epidemiológicos. Destarte, essa categoria abre brecha para outras discussões, a exemplo, a categorização das identidades sexuais dos indivíduos. Nas fichas de notificação a informação colhida trata-se do sexo da

pessoa com quem o paciente entrevistado mantém relações sexuais, é um caráter prático de reconhecimento de parcerias, mas que omite os desmembramentos da informação que muito embora favoreça a identificação das práticas sexuais prejudica a identidade de gênero desses indivíduos.

As definições taxativas como “Heterossexuais”, “Homossexuais”, “Bisexuais” não contemplam as variações de identidade, experiências e preferências sexuais do indivíduo ao longo da vida, bem como a dicotomia existente entre o sujeito público e sujeito privado que contemporiza as variações de identidades sexuais. Ao mesmo tempo, os termos HSH e MSM, apresentam limitações ao não considerarem a identidade de gênero na definição das práticas sexuais comprometendo as dimensões socioculturais da vulnerabilidade ao HIV sofridas por alguns grupos sociais (MONTEIRO et al., 2014).

Com o maior número de mulheres com AIDS, sobretudo mulheres jovens de 21-30 anos, em pleno potencial reprodutivo, identificou-se o aumento de casos de crianças infectadas por meio da transmissão vertical do HIV. (ARAUJO et al., 2014). No período de 1983 a 1992, a transmissão vertical era responsável por 64% dos casos de infecção por HIV em menores de 13 anos, e aumentou para 83,6% dos casos, no período de 1993 até junho de 2004 (CAVALCANTE et al., 2008). No presente estudo foram identificados cinco indivíduos, 1,5% das notificações, percentual maior do que o registrado a nível nacional com 0,41%, de acordo com os dados do último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, de 2014.

Segundo informações colhidas no Programa DST/AIDS do município, Santo Antônio de Jesus não registra casos de transmissão vertical ocorridas após a implantação do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA e Serviço de Assistência Especializada- SAE, em 2007. Este fato é condizente às estratégias de redução da transmissão vertical adotadas pelo município.

Em Santo Antonio de Jesus, todas as gestantes acompanhadas pelo programa Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde e Programa Saúde da Família deveriam ser submetidas a exames laboratoriais para rastreamento de DST. Em 2014 para 2015 foi implantada em todas as Unidades a realização de testes-rápidos anti-HIV, anti-HCV, anti-HBs e Sífilis mediante aconselhamento pré e pós- teste para todas as gestantes e comunidade em geral independente de apresentar ou não situação de risco para a infecção pelo HIV.

Uma vez detectada a soropositividade, essa gestante deveria passar a ser acompanhada pelo CTA-SAE realizando exames laboratoriais para detecção de carga viral, contagem de linfócitos T CD4 e implementação do tratamento antirretroviral. No entanto, a realidade local não condiz com o esperado. No município são percebidas muitas falhas quanto o acompanhamento pré-natal e testagem das gestantes. Muito embora não haja ocorrência de notificações de transmissão vertical do HIV, há a ocorrência da transmissão de outras DST, como a Sífilis, o que denota as lacunas existentes quanto ao diagnóstico e tratamento adequado dessas gestantes.

Estima-se que no Brasil haja 12,5 mil recém-nascidos expostos ao vírus HIV por ano. No entanto, por meio de medidas preventivas e tratamento adequado as chances de Transmissão Vertical e soroconversão após o parto caem para 1% (FONSECA, 2015). A prevalência em algumas regiões, chegando a 6,6%, ainda é alta. A persistência da transmissão vertical deve-se a falhas na cobertura pré-natal, com dificuldades no acesso ao diagnóstico tanto nas UBS quanto maternidades, na baixa captação precoce e rastreamento das gestantes, na adesão à profilaxia com antirretrovirais durante a gestação; e a prática da amamentação por mães soropositivas (RODRIGUES et al., 2013).

Quanto ao uso de drogas injetáveis (UDI), este quase não foi citado como provável meio de transmissão entre os indivíduos, com apenas dois casos relatados por homens. Pensando que o início da epidemia centrou-se nos chamados “grupos de risco”, entre eles justamente os usuários de drogas injetáveis, é válido pensar no motivo que justifique essa redução tão brusca. Houve redução no consumo de drogas injetáveis? As estratégias de redução de danos entre os usuários tem surtido efeito? Ou o preconceito inerente ao consumo de drogas injetáveis leva a negação da prática por partes dos destes indivíduos?

A partir de 1987, a contaminação por uso de drogas endovenosas começou a se tornar uma importante via de transmissão aqui no Brasil, não parando de crescer até 1992 se tornando a principal via de contaminação quando comparado ao crescimento proporcional das demais vias, chegando a ser responsável por 23% das transmissões (FERNADEZ, 1993). Esse número reduziu consideravelmente ao longo dos anos. Assim como nas notificações realizadas em Santo Antônio de Jesus onde essa categoria representa apenas 0,6% da população estudada, outros estudos também reforçam esse decréscimo acentuado, Barbosa Junior (2009) traz

as transformações das tendências da epidemia demonstrando que a incidência do uso de drogas injetáveis atingiu seu ápice em 1995, apresentando declínio desde então.

Apesar dos UDI terem risco adicional à contaminação quando comparado aos outros grupos populacionais, esse grupo foi o que mostrou decréscimo mais acelerado. Fonseca (2007) traz três fatores que possam estar relacionados a essa diminuição: a adoção de políticas de redução de danos pelo Brasil com aumento de práticas de uso seguro de drogas tais como: acesso a seringas novas e estéreis, desestímulo do compartilhamento das mesmas, distribuição de preservativos, aconselhamento, vacinação para Hepatite B, e encaminhamento dos usuários para serviços de tratamento; a mudança no perfil do uso de drogas no país, com a migração do uso de drogas sintéticas e injetáveis, para outras drogas e outras formas de consumo; e a saturação desse segmento populacional, cujo contingente de susceptíveis é relativamente restrito.

Não obstante o declínio do uso de drogas injetáveis como importante meio de transmissão seja justificado como anteriormente explicitado, outro fator chama a atenção. O UDI como potencial meio de transmissão emprega uma multifatorialidade, pois se relaciona com outras categorias tais como sexo, e a própria relação sexual. Organizar o quadro em torno de uma causalidade acaba superestimando essas categorias em detrimento de outros fatores como o uso de drogas.

Outro ponto que pode ser inferido é a situação no momento da entrevista no tocante a relação entre entrevistado e entrevistador e o preparo deste. Muitos estudos, tais como Fonseca (2007) e Silva (2014), que visam a caracterização da epidemia da AIDS, tendo dados secundários como fonte de pesquisa demonstram insatisfação quanto ao preenchimento das informações. Seja em prontuários ou fichas de notificação, muitos dados (dados importantes) são omitidos, incompletos, e não há uma padronização quanto a categorização das respostas.

Em Santo Antônio de Jesus de modo geral, esta dificuldade não chegou a desservir o estudo, pois o número de dados ignorados entre as categorias não contou com percentuais tão altos a ponto de trazer mudanças discrepantes de resultados, salvo a categoria escolaridade a qual obteve maior número de dados ignorados, este sim, podendo interferir no resultado final.

De todo modo, este estudo possibilitou o desenho do perfil epidemiológico de Santo Antônio de Jesus e demais cidades do Recôncavo da Bahia. Pode-se afirmar então que entre homens, os mais afetados são: pretos/pardos, adultos de 31-40 anos, solteiros, com baixo nível de instrução, exercendo trabalho informal, residentes da área urbana de suas respectivas cidades, cujo provável meio de transmissão foi por relações sexuais, praticadas com mulheres. Quanto às mulheres, estas são representadas por: pretas/pardas, solteiras, adultas jovens de 21-30 anos, com baixo nível de instrução, em sua maioria desempregadas, morando na área urbana de suas cidades, que contraíram a infecção por via sexual estabelecida com parceria do sexo oposto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na população estudada configuram-se diferenças e semelhanças nas representações sociais sobre a vulnerabilidade à AIDS que ratificam a dinâmica do perfil do adoecimento. Contudo, as especificidades de cada estrato social deve ser levado em conta de modo a se evitar generalismos, uma vez que o objeto de estudo em questão não revela o real diagnóstico situacional da infecção pelo HIV na região do Recôncavo da Bahia.

De todo modo, os resultados apresentados apontam informações esclarecedoras quanto ao perfil da população acometida pelo HIV/AIDS e seus contextos socioculturais os quais influenciam na procedência das vulnerabilidades à infecção.

Ainda que a epidemia da AIDS apresente algumas especificidades em determinadas regiões, algumas tendências são observadas de forma homogênea, tal qual a questão da heterossexualização, feminização, e pauperização da doença. Não diferente em Santo Antônio de Jesus, como pode ser percebida através do estudo, a população mais acometida pelo HIV é aquela que não detém dos melhores recursos nem os melhores acessos aos serviços de saúde, o que contribui para que este cenário seja ainda mais agravante.

Nesse contexto, a situação em que vivem as mulheres acometidas pelo HIV/AIDS notificadas, revelam a relevância das questões relativas ao gênero e posição social que contribuem de forma desfavorável para o enfrentamento da infecção. Se as mulheres, pela sua condição biológica já são mais susceptíveis ao adoecimento, quando as desigualdades gênero somadas aos desfavorecimentos socioeconômicos, como demonstram os resultados onde há a prevalência de mulheres pretas e pardas, com baixo nível de escolaridade e desempregadas, a infecção pelo HIV e conseqüente adoecimento pelo AIDS acaba se tornando algo ainda mais difícil de ser enfrentado.

Desse modo, reconhecimento dos sujeitos e suas vulnerabilidades, a partir deste estudo, vêm a contribuir para a proposição de estratégias de enfrentamento voltadas para as populações mais urgentes, sobretudo, as mulheres.

Algumas foram as limitações para a construção desse estudo. Como foi colocado ao longo da discussão, o despreparo dos profissionais responsáveis pelas notificações é notado a partir do alto número de variáveis com informação ignorada. A falta de percepção da importância e relevância desses dados comprometem o alcance com exatidão do objetivo esperado. Muito embora a proporção de fichas com informação ignorada tenha reduzido gradativamente ao longo do período, ainda assim manteve-se elevada.

Certamente a redução ocorrida pode ser atribuída à maior conscientização dos profissionais sobre a importância da coleta adequada. A sinalização dada a partir das atividades realizadas pelo grupo de pesquisa do PET-VS, contribuiu para que fosse conferida uma melhor atenção ao preenchimento das fichas, entretanto, para fins dos resultados do estudo, essa variação, sobretudo no que corresponde a variável escolaridade, pode ter levado a resultados incorretos dos dados.

Outro entrave para a construção do trabalho trata-se da abordagem da temática voltada especificamente para o Recôncavo da Bahia onde produção científica para o HIV/AIDS é bastante escassa, o que não possibilitou a discussão dos achados com outros estudos realizados sob a mesma perspectiva. De todo modo, a contribuição que a participação no PET-VS trouxe para a construção desse trabalho é essencial. As discussões acerca da temática, a aproximação com o serviço, o reconhecimento dos seus desafios e limitações deram suporte para a tradução e concretização dos objetivos com maior maturidade.

Como contribuição, este trabalho vem proporcionar o reconhecimento dos sujeitos e suas vulnerabilidades possibilitando a proposição de estratégias de enfrentamento voltadas para as populações mais urgentes.

Salienta-se, contudo, que a problematização das coerções sociais, econômicas políticas e culturais aos quais esses indivíduos estão inseridos, não devem ser restringidos apenas ao (não) adoecimento. As discussões precisam estar voltadas e valorizadas em outros segmentos que envolvem a pluralidade dos sujeitos a fim de que se estabeleça mudanças efetivas no incremento de propostas e implementações de ações mais eficazes no combate e prevenção do HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

1. ABRAMO, Laís. **Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro**. Cienc. Cult., São Paulo, v. 58, n. 4, Dec. 2006 . Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252006000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de abril de 2015.
2. AGUIAR, Breno Souza de. **Análise espacial e espaçotemporal da Aids no município de São Paulo entre 2001 e 2010**. 2013. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-11112013-135905/>>. Acesso em: 20 de abril de 2015.
3. ALEXANDRE, Solange Gurgel et al. **Representações sociais sobre sexualidade das mulheres no contexto da AIDS**. Rev Rene. 2014 nov-dez; 15(6):942-8. Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/39> Acesso em: 20 de abril de 2015.
4. ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. **Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 468-478, Junho, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de abril de 2015.
5. ANDRADE, Helena Augustas dos Santos; SILVA, Susan Kelly; SANTOS, Maria Izabel Penha de Oliveira. **AIDS em idosos: vivências dos doentes**. Esc Anna Nery (impr.)2010 out-dez; 14 (4):712-719. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a09.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2015.
6. ANDRÉ, Ana Paula Alves. **Avaliação da não adesão a Terapia Antirretroviral de alta eficácia utilizando os registros de dispensação da farmácia de um centro de Referência microrregional de DST/HIV/Aids**. Dissertação. Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. 2013. Disponível em: http://repositorio.sisbin.ufop.br/bitstream/123456789/3435/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Avalia%C3%A7%C3%A3oAdes%C3%A3oTerapia.pdf. Acesso em 19 de abril de 2015.
7. ARAUJO, Edna Maria de et al . **A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites**. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, n. 31, p. 383-394, Dec. 2009 . Disponível em:

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400012&lng=en&nrm=iso Acesso em: 20 de abril de 2015
8. ARAÚJO, Carla Luiza França et al. **Oferta do teste rápido para HIV em maternidades: a visão das mulheres.** Rev Enf Profissional. Rev. Enf. Profissional. Coren. 2014;1(1):20-36. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/viewFile/3510/pdf_1199. Acesso em: 20 de abril de 2015
 9. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. et al. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids.** In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. G. (Orgs.) Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder. São Paulo: Editora 34, 1999. p.49-72.
 10. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges.** Interface _ Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.11-24, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/01.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2015.
 11. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. (2006). **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.** In CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, MINAYO, Maria Cecília de Souza, AKERMAN, Marco. DRUMOND JR, Marcos. CARVALHO, Yara Maria. *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 375-417). São Paulo, SP: Hucitec. http://sesi.webensino.com.br/sistema/webensino/aulas/12442_1777/risco_vul.pdf Acesso em: 14 de outubro de 2014
 12. BARBOSA JUNIOR, Aristides et al . **Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 727-737. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 de abril de 2015.
 13. BARRE-SINOUSI, Françoise et al. 1983. **Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS).** *Science* 220(4599): 868-871. Disponível em: <https://www.msu.edu/~luckie/paris/290B/Montagnier.pdf> . Acesso em: 14 de outubro de 2014
 14. BASTA, Paulo Cesar. **As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 456-458, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de abril de 2015.
 15. BASTIANI, Janelice de Azevedo Neves et al. **Pessoas que vivem com HIV/AIDS em Florianópolis/SC, Brasil: ocupação e status socioeconômico ocupacional (1986-2006).** Revista Eletrônica de

- Enfermagem, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 579-87, set. 2012. ISSN 1518-1944.
Disponível em:
<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15465/13425>>. Acesso em: 19 de abril de 2015
16. BASTOS, Francisco Inácio; SZWARCOWALD, Célia Landmann. **AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):65-76, 2000. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2213.pdf>>. Acesso em: 18 de abril de 2015
17. BASTOS, Dera Carina et al. **Representações sociais da vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/AIDS**. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 21, set. 2013. Disponível em:
<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/7515/5438>>. Acesso em 20 de abril de 2015
18. BERTOLOZZI, Maria Rita; MUÑOZ SÁNCHEZ, Alba Idaly. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):319-324, 2007, Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf> Acesso em: 20 de outubro de 2014
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 104 de 25 de janeiro de 2011**. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
Acesso em : 15 de outubro de 2014
20. _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1271 de 06 de junho de 2014**. Disponível em:
http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3633:ci-n-156-publicada-a-prt-gm-n-1271-que-define-a-lista-nacional-de-notificacao-compulsoria-de-doencas-agrivos-e-eventos-de-saude-publica-nos-servicos-de-saude-publicos-e-privados-em-todo-o-territorio-nacional-nos-termos-do-anexo&catid=6:conass-informa&Itemid=14 Acesso em 15 de outubro de 2014.
21. _____. Ministério da Saúde. **Portaria, nº 34 de 28 de julho de 2005**. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0034_28_07_2005.html
. Acesso em: 14 de outubro de 2014.
22. _____. **Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm . Acesso em: 20 de outubro de 2014.
23. BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de, SZWARCOWALD Célia Landmann. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. São Paulo, 2001; 34(2):207-217.

- Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf> Acesso em: 18 de abril de 2015
24. BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006 Acesso em: 18 de abril de 2015
 25. CARVALHO, Fernanda Torres, PICCININI, Cezar Augusto. **Aspectos históricos do feminino ao maternal e a infecção pelo HIV em mulheres**. Ciência & Saúde Coletiva, 13(6):1889-1898, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a24v13n6.pdf>
 26. CAVALCANTE, Maria do Socorro et al. **Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 8, n. 4, p. 473-479, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 de abril de 2015.
 27. COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. **Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, Brasil, v. 40, n. 4, p. 576-581, dez. 2006. ISSN 1980-220X. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41582>. Acesso em: 15 de outubro de 2015.
 28. COHEN, Myron Scott; GAY, Cinthia L. **Treatment to prevent transmission of HIV-1**. Clin Infect Dis 2010; 50:Suppl 3:S85-S95 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147719/> Acesso em: 15 de outubro de 2014
 29. DANIEL, Hebert. Vida antes da morte. 2.ed. Rio de Janeiro: ABIA, 1994. Disponível em: <http://www.geocities.ws/Athens/Acropolis/7051/leia.html> Acesso em 18 de outubro de 2014
 30. FDA. Food and drug administration. **Antiretroviral drugs used in the treatment of HIV infection**. Disponível em: <http://www.fda.gov/ForConsumers/ByAudience/ForPatientAdvocates/HIVandAIDSactivities/ucm118915.htm> Acesso em: 14 de outubro de 2015
 31. FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobo. **A Epidemia Clandestina: Aids e Uso de Drogas Endovenosas em São Paulo**. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1993. Disponível em: <http://www.pagu.unicamp.br/pf-pagu/public->

- files/arquivo/48_fernandez_osvaldo_francisco_r._lobos_termo.pdf Acesso em: 20 de abril de 2015.
32. FERREIRA, Rosana carvalho Múmic; FIGUEIREDO, Marco Antônio de castro; SOUZA, Lícia Barcelos. **Trabalho, Hiv/Aids: Enfrentamento e Dificuldades Relatadas por Mulheres.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 2, p. 259-267, abr./jun. 2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n2/a09v16n2.pdf> Acesso em 18 de abril de 2015.
33. FONSECA, Elise Massard da. **Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9):2134-2144, set, 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/14.pdf> Acesso em: 19 de abril de 2015.
34. FONSECA, Franciele Fagundes et al. **A Transmissão Materno-Infantil do Hiv: Uma Revisão de Literatura na Perspectiva da Enfermagem.** *Gestão e Saúde*, Brasília 6, jan. 2015. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/816>. Acesso em: 20 de abril de 2015
35. FONSECA, Maria Goretti Pereira; SZWARCOWALD, Célia Landmann; BASTOS, Francisco Inácio. **Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1986-1997.** *Rev Saúde Pública* 2002;36(6):678-85. São Paulo , v. 36, n. 6, p. 678-685, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n6/13521.pdf> Acesso em: 18 de abril de 2015
36. FREITAS, Julyana Gomes de et al . **Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho.** *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 720-726, 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 de abril de 2015.
37. GALLO, Robert C. et al,. **Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS.** *Science* 1984, 224: 500-503. Disponível em: <http://davidcrowe.ca/SciHealthEnv/papers/262-DetectionIsolationHTLVIIIFromAIDS.pdf> Acesso em: 20 de outubro de 2014.
38. GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. **Vulnerabilidades ao HIV/Aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração.** *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, supl.2, p.9-20, 2010 Disponível : www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29687/31561 Acesso em: 18 de abril de 2015.

39. GOMES, Sabrina Ferreira; SILVA, Claudio Mossa da. **Perfil Dos Idosos Infectados Pelo Hiv/Aids: Uma Revisão**. VITTALLE, Rio Grande, 20(1): 107-122, 2008. Disponível em: <http://www.seer.furg.br/vittalle/article/view/954/398> Acesso em: 20 de abril de 2015.
40. GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres. **Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 430-441, June 2010 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000300006&script=sci_arttext Acesso em: 20 de abril de 2015.
41. HALLAL, Ronaldo. **O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil**. Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva.2010. Disponível em: www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/791/778. Acesso em: 12 de março de 2015.
42. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Estatística de Gênero**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> Acesso em: 20 de abril de 2015.
43. KONOPKA, Cristine Kolling, et al. **Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(4):184-90 São Paulo, 2010, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a06> Acesso em: 20 de abril de 2015
44. LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):35-46, Rio de Janeiro 2005 Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf> Acesso em: 21 de abril de 2015.
45. LAGUARDIA, Josué. **O Uso da Variável “Raça” na Pesquisa em Saúde**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(2):197-234, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a03.pdf> Acesso em 20 de abril de 2014.
46. LEMOS, Mikael Araújo Guimarães. **Caracterização dos genes vif e vpr em dois diferentes estágios de infecção pelo HIV**. Dissertação. Universidade de Brasília. Brasília 2011 *apud* . Bartlett JG and Moore R 1999. **A comprehensive plan for managed care of patients infected with human immunodeficiency virus**. *Clin. Infect. Dis.* 29(1):50-55. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCMQFjAB&url=http%3A%2F%2Frepositorio.unb.br%2Fbitstream%2F10482%2F9464%2F1%2F2011_MikaelAraujoGuimaraesLemos.pdf&ei=wBNGVZvjF67nsAT8ulH4Cg&usq=AFQjCNFXFxqlEASStxNOn63SfovQijGCQw . Acesso em 20 de outubro de 2014.

47. LIBRELOTTO, Carina Sperotto, et al. **Perfil epidemiológico dos portadores de HIV/AIDS do SAE de Cruz Alta**, RS. Rev. Bras. Análises Clínicas. São Paulo. 2012;44(2):101-6 Disponível em: <http://sbac.org.br/rbac/027/408.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2015.
48. LIMA, Marcia de. **Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e Aids: repercussões para a saúde Cuidados de saúde**. (Tese)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo; s.n; 2012. [216] p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=664733&indexSearch=ID> Acesso em: 18 de abril de 2015.
49. LÓPEZ, Laura Cecilia. **Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero** . Saúde e Sociedade, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 590-603 , jan. 2011. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29744/31622>>. Acesso em: 20 de abril de 2015.
50. MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello; TRENTINI, Mercedes. **Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 61, n. 5, p. 637-642. 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500017&lng=en&nrm=iso Acesso em: 18 de abril de 2015
51. MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel. **Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável**. Rev Saúde Pública 2008;42(2):242-8 Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n2/6357> Acesso em: 20 de abril de 2015
52. MALISKA , Isabel Cristina Alves; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; VIEIRA, Mariana; BASTIANI, Janelice. **Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS**. Rev. gaúcha enferm. 2009; 30(1):85-91 . Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5966> Acessado em 18 de abril de 2015.
53. MEIS, Carla de. **Cultura e empowerment: promoção á saúde e prevenção de Aids**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1437-1444,, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16s1/a79v16s1.pdf>. Acesso em: 14 de outubro de 2014
54. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**, 2013. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf Acesso em: 14 de outubro de 2014

55. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde- Departamento de DST HIV AIDS. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, 2014. Ano III - nº 1 – 27^a a 52^a semana julho a dezembro de 2013 e até semana epidemiológica 26^a – janeiro a junho de 2014 Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf Acesso em 18 de abril de 2015
56. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Aids e outras DST**, 1^a edição (2007a). Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf
Acesso em: 15 de outubro de 2015
57. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo Clínico e Diretrizes **Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**, (2013a). Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf Acesso em: 14 de outubro de 2014
58. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. **Manual Técnico para Diagnóstico da infecção pelo HIV**. (2013b). Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/52934/_p_vers_atilde_o_preliminar_do_protocolo_cl_iacute_26118.pdf . Acesso em: 15 de outubro de 2014
59. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Ano II, nº 3. Novembro (2007b). Disponível em:
<http://200.214.130.94/rebrats/publicacoes/Brats03.pdf>. Acesso em: 15 de outubro e 2014.
60. MONTEIRO, Simone Souza et al . **Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Diálogos possíveis entre profissionais e usuários**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, Jan. 2014 . Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100137&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 de abril de 2015.
61. MOREIRA, Mauricio Ronal Chagas. **Epidemiologia molecular do vírus da Imunodeficiência Humana 1 (HIV1) no município de Macapá (Amapá), Brasil**. Dissertação. Universidade Federal do Pará. Belém, 2007. Disponível em:
http://www.baip.ufpa.br/arquivos_baip/teses_dissertacoes/marcio_ronaldo_chaves_moreira.pdf . Acesso em: 22 de outubro de 2014.
62. PARKER, Richard.; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. **Pobreza e HIV/aids: aspectos antropológicos e sociológicos**. Cadernos de Saúde

- Pública, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 89-102, 2000 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700008&lng=en Acesso em: 18 de abril de 2015
63. PARKER, Richard. **A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700008&lng=en Acesso em: 15 de outubro de 2014.
64. PIERI, Flavia Meneguetti; LAURENTI, Ruy. **HIV/AIDS: perfil epidemiológico de adultos internados em hospital universitário**. Cienc Cuid Saude 2012; 11(suplem.):144-152, São paulo, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17069/pdf> Acesso em: 19 de abril de 2015
65. PINTO, Agnes Caroline S. et al. **Compreensão da Pandemia da AIDS nos últimos 25 anos**. DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(1): 45-50 – ISSN: 0103-4065 Disponível em : <http://www.dst.uff.br//revista19-1-2007/7.pdf>Acesso em 10 de abril de 2015.
66. PINHO, Maria Dirce et al. **Juventudes, raça e vulnerabilidades**. Revista Brasileira de Estudos de População v.19, n.2, jul./dez., Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://rebeo.org.br/index.php/revista/article/view/325/pdf_305 Acesso em 20 de abril de 2015
67. PRADO, Rogério Ruscitto do; CASTILHO, Euclides Ayres de. **A epidemia de AIDS no Estado de São Paulo: uma aplicação do modelo espaço-temporal bayesiano completo**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2009; 42(5):537-542 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n5/11.pdf> Acesso em: 18 de abril de 2015
68. REIS, Claudia Tarataglia; CZERESNIA, Dina; BARCELLOS Christovan, TASSINARI, Wagner Souza. **A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial**. Cad. saúde pública. 2008; 24(6):1219-1228 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/03.pdf> Acesso em: 18 de abril de 2015
69. REIS, Renata Karina et al. **Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Texto & Contexto Enferm. Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 565-75 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/19.pdf> Acesso em: 20 de abril de 2015.
70. **Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/Aids e o mundo do trabalho** / Organização Internacional do Trabalho, [Programa da

- OIT sobre HIV/AIDS e o Mundo do Trabalho].—3ª ed. - Brasília: OIT, 2010
Disponível em:
http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/hiv_aids/pub/repertorio_hivaid_2010_278.pdf Acesso em: 19 de abril de 2015
71. RIBEIRO, Karla Karolina s.; SILVA, Josevânia da; SALDANHA, Ana Alayde w. **Querer é Poder? A Ausência do Uso de Preservativo nos Relatos de Mulheres Jovens**. DST - J bras Doenças Sex Transm. Rio de Janeiro, 2011 – Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista23-2-2011/7-Querer%20e%20Poder.pdf> Acesso em: 18 de abril de 2015.
72. RIGHETTO, Rosângela Casas et al. **Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/Aids**. Rev Rene. 2014 nov-dez; 15(6):942-8. Fortaleza, 2014. Disponível em:
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1761/pdf>
Acesso em: 18 de abril de 2015.
73. RODRIGUES, Joilson Alberto et al. **HIV: Fatores que acentuam a Vulnerabilidade na População Jovem Feminina**. Revista Brasileira de Ciência da Saúde. Volume 17 Número 1 Páginas 3-10 2013 ISSN 1415-2177. João Pessoa, 2013 Disponível em:
<http://www.biblionline.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/11776/9399>
Acesso em: 29 de abril de 2015
74. RODRIGUES, Sueli Teresinha Cruz; VAZ, Maria José Rodrigues; BARROS, Sonia Maria Oliveira. **Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência**. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 26, n. 2, p. 158-164, 2013 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 de abril de 2015.
75. SALDANHA, Ana Alayde W. et al. **Comportamento Sexual e Vulnerabilidade à Aids: Um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção**. DST – J bras Doenças Sex Transm 2008; 20(1): 36-44 Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista20-1-2008/6.pdf>. Acesso em: 17 de abril de 2015.
76. SANTOS, José Alcides Figueiredo. **Classe Social e Desigualdade de Gênero no Brasil**. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 51, no 2, 2008, pp. 353 a 402. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/dados/v51n2/05.pdf>. Acesso em: 19 de abril de 2015
77. SANTOS, Naila J.S., et al. **Contextos de vulnerabilidade para o HIV em mulheres brasileiras**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S321-S333, 2009 Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/14.pdf> Acesso em: 10 de outubro de 2015.
78. SCHRAIBER, Lilia Blima; LIMA, Márcia de. **Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids**. Temas

- psicol., Ribeirão Preto , v. 21, n. 3, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 de abril de 2015.
79. SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana et al . **Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 22, n. 1, mar. 2013 . Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 de abril de 2015.
80. SCHUSTER, Aline Daniele; LISE, Michelle Larissa Zini; HOERLLE, Jairo Luiz. **Avaliação sorológica por técnicas de ELISA de quarta geração**. Rev. de Epidemiologia e Controle de Infecção. 013;3(4):122-127 Santa Cruz, 2013. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3895/3249> Acesso em: 19 de abril de 2015.
81. SILVA, Ilisdayne Thallyta Soares da et al. **Perfil dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em um estado do nordeste do Brasil**. Rev Enferm UFSM 2014 Out/Dez;4(4):727-738. Santa Maria, 2014. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15207/pdf> Acesso em 20 de abril de 2015.
82. SILVA, Karolayne Germana; SANTIAGO, Idalina Freitas. **Um Estudo Sobre as Relações de Gênero e Sexualidade no Processo de Feminização e Envelhecimento da Epidemia do Hiv/Aids**. Qualit@s Revista Eletrônica ISSN 1677 4280 Vol.16. João Pessoa, 2014. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2221/1267> Acesso em 18 de abril de 2015.
83. SILVA, Sílvia Fernandes Ribeiro et al. **Aids no Brasil: uma epidemia em transformação**. Rev. Bras. De Análises Clínicas. vol. 42(3): 209-212, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://sbac.org.br/rbac/020/302.pdf> Acesso em: 19 de abril de 2015.
84. SILVA, Taciana Maria. **Relações de poder e a feminização da epidemia de HIV/AIDS**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X . Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386786128_ARQUIVO_TacianaMariadaSilva.pdf. Acesso em: 18 de abril de 2015.
85. SOUZA, Cristiane Chaves et al. **Interiorização do Hiv/Aids no Brasil: Um estudo epidemiológico**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano 11, nº 35, jan/mar 2013 São Caetano do Sul, 2013. Disponível em: seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1798/1380 Acesso em: 19 de abril de 2015.

86. SOUZA, Ironice Faria de; FERNANDES, Livia Maria; BORGES, Anna Paula de Sá. **Terapia antirretroviral, infecções oportunistas e comorbidades em pacientes que vivem com HIV/AIDS**. III semana Interdisciplinar, X Seminário de Iniciação Científica, IV Semana da família. (Anais) Goiás. 2014. Disponível em:
<http://www.anais.ueg.br/index.php/semanainterdisciplinar/article/view/4303/2475> . Acesso em: 13 de março de 2015.
87. SZWARCOWALD, Celia Landmann. et al. **A disseminação da epidemia da aids no Brasil, no período de 1987-1996**: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-19, jan.-mar. 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=MEDLINE&exprSearch=10904386&indexSearch=UI&lang=i>
88. SZWARCOWALD, Célia Landmann et al . **Dinâmica da epidemia de AIDS no Município do Rio de Janeiro, no período de 1988-1996: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1123-1140, 2001 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000500014&script=sci_arttext Acesso em: 18 de abril de 2015-05-01
89. SZWARCOWALD, Celia Landmann; BASTOS, Francisco Inacio; CASTILHO, Euclides Ayres, 1998. **The dynamics of the AIDS epidemic in Brazil: A space-time analysis in the period 1987-1995**. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 2: 175-186. Disponível em:
http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/702/Bastos_Szwarcwald_Euclides_The%20dynamics%20of%20the%20epidemic_1998.pdf?sequence=3. Acesso em: 18 de abril de 2015.
90. TAQUETTI, Stella Regina. **Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids** . *Saúde e Sociedade*, [S.l.], v. 19, n. supl.2, p. 51-62 , dez. 2010. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29690/31564>>. Acesso em: 20 de abril 2015.
91. TAQUETTI, Stella Regina. **A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal**. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 44(4):467-470, jul-ago, 2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n4/13.pdf> Acesso em 17 de abril de 2015
92. TOLEDO, Lidiane da Silveira Gouvea et al . **Características e tendência da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba , v. 43, n. 3, p. 264-267, 2010 Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de abril de 2015.

93. VERGARA, Tânia Regina Constant; BARROSO, Paulo Feijó. **Transmissão Sexual do HIV**. Departamento de Dst hiv aids. Tendências em HIV • AIDS (Volume 1 - Número 4 - 17-24). Brasil. 2015. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Transmissao_Sexual_do_HIV_-_Tendencias_em_HIV-_Tania_Vergara.pdf Acesso em: 20 de abril de 2015

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)				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2- Individual	2 Data de Notificação	
	3 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	5 Agravos	AIDS	Código (CID10) B24	
Dados do Caso	6 Data do Diagnóstico		8 Data de Nascimento	
	7 Nome do Paciente			
	9 (ou) Idade	D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - masculino F - feminino I - ignorado	11 Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos)	1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 9 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
	16 Número			
	17 Complemento (apto, casa, ...)	18 Ponto de Referência	19 UF	
	20 Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro	Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)	Código
	Dados Complementares do Caso			
Anamnese Epidemiológica	26 Nº do Prontuário	27 Ocupação		
	28 Relações sexuais 1 - Só com Homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado	29 Relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV(+)/Aids 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	30 Nº aproximado de parceiros com quem teve relações sexuais nos últimos 10 anos			
	31 Informação sobre o parceiro(s) sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	32 Uso de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Parceiro(s) que mantém relações bissexuais	<input type="checkbox"/> Parceiro(s) usuário(s) de drogas injetáveis	<input type="checkbox"/> Parceiro(s) que recebeu transfusão de sangue/derivados/hemofilia	33 Hemofilia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	História de transfusão de sangue/derivados:			
	34 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão foi considerada causa de infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não			
	35 Data de transfusão	36 UF	37 Município onde foi realizada a transfusão	
	38 Instituição onde foi realizada a transfusão			
	39 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado	40 Acidente com material biológico com soroc conversão após 6 meses 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Aids em pacientes com 13 anos ou mais OBS: Esta ficha deve ser utilizada para casos notificados a partir de 01/01/2004 SVS 13/02/04

Dados Clínicos	41 Critério Rio de Janeiro/Cearas 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Candidíase oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 80 anos (5) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* *Excluída a tuberculose como etiologia			
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Candidíase (esôfago, traquéia, brônquio, pulmão) <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e Hanseníase. <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. carinii</i> <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ou em brônquios, pulmões ou trato gastro-intestinal. <input type="checkbox"/> Salmonelose (septicemia recorrente) <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Isoporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva			
Dados do Laboratório	43 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Teste de triagem (1º Teste) <input type="checkbox"/> Teste confirmatório <input type="checkbox"/> Teste de triagem (2º Teste)	44 Data de evidência laboratorial do HIV	45 Contagem de Linfócitos CD4+	
	46 UF 47 Município onde se realiza o tratamento	48 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento		
Evolução	49 Situação atual 1 - Vivo 2 - Morto 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	50 Data do Óbito		
	51 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada a imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>			
Investigação	52 Nome		53 Função	
	54 Assinatura			
Instruções para Preenchimento da Ficha	As Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação usar categoria Ignorado. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.			
	6- Data de Diagnóstico: Registrar o dia, mês e ano do diagnóstico de aids (data em que o caso foi confirmado segundo os critérios preconizados). Preenchimento obrigatório. No caso de notificação de soropositivo usar data de evidência laboratorial do HIV. 8- Data de Nascimento: Deverá ser anotada em termos numéricos, os valores referentes ao dia, mês e ano. 9- Idade: Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar a sua idade, anotar, obrigatoriamente, a idade aparente. 12- Escolaridade: Preencher com o código correspondente ao número de anos concluídos com aprovação. 28-30- Nota: que se trata de categoria de exposição e não prática sexual. Quando o contato sexual não for considerado categoria de exposição marcar "não se aplica". O caso classificado na categoria de exposição sexual, obrigatoriamente, deverá ter parcela classificada no item 31. Na ausência de informação preencher com Ignorado. No campo 39 para preenchimento da categoria "não se aplica" observar intervalo de tempo entre o registro do 1º caso em mulheres e data de diagnóstico. 41-42 e 51 - Somente para casos que preenchem os critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais: a) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e 10 pontos no critério Rio de Janeiro/Cearas (campo 41), e/ou b) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e presença de pelo menos uma doença indicativa de imunodeficiência do critério CDC adaptado (campo 42) e/ou contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350 (campo 45), ou c) Declaração de Óbito com menção de Aids/SIDA ou infecção pelo HIV, e que após investigação epidemiológica não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios de definição de caso de aids. (*)evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas laboratoriais compatíveis com imunodeficiência (campo 43): Resposta em 2 testes de triagem ou em 1 teste confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV. Os testes mais comuns são: Triagem: ELISA, EIA, MEIA e quimioluminescência; Confirmatórios: Western Blot, imunofluorescência indireta, imunoblot e testes de amplificação de ácidos nucleicos (PCR e NASBA).			

ANEXO B-

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus, Bahia

Pesquisador: Lilian Conceição Guimarães de Almeida
Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02796512.0.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

191.710 **Data da**

Relatoria: 18/02/2013

Apresentação do Projeto:

"Este estudo tem o objetivo de Traçar estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus. A pesquisa terá uma abordagem de cunho qualitativo, tendo como sujeitos mulheres atendidas em unidades de saúde do município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, as técnicas de coleta dos dados serão a observação, que será registrada em um diário de campo, a análise documental e a entrevista semi-estruturada gravada eletronicamente e transcrita na íntegra. A relevância deste estudo deve-se ao fato de ser fundamental a implementação de ações que venham a contribuir com a redução da feminização da infecção pelo HIV/Aids, este projeto tem um caráter intervencionista, assim buscaremos ao final do estudo, com base nos resultados encontrados estabelecer parcerias com setores governamentais e não governamentais para discutir e propor ações estratégicas de prevenção ao HIV/Aids na população estudada.. A dinâmica em que ocorre a infecção pelo HIV em mulheres é complexa e multicausal, pois envolve discussões que extrapolam o universo do comportamento individual, assim devemos ampliar as

considerações para aspectos como a vulnerabilidade, seja ela individual, social ou programática, além disso os contextos em que podem estar inseridas também podem favorecer a infecção".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- "Traçar estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus".

Objetivo Secundário:

- "Identificar os contextos de vulnerabilidade a infecção pelo HIV/Aids em mulheres de Santo Antônio de Jesus; -Avaliar a distribuição de insumos de prevenção da infecção por HIV/Aids às mulheres em Santo Antônio de Jesus; -Traçar o fluxo de atendimento às mulheres com DST; -Conhecer as estratégias de sensibilização para realização de testes sorológico para diagnóstico de HIV/Aids em mulheres de Santo Antônio de Jesus";

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"As informações obtidas serão utilizadas apenas com fins acadêmicos evitando dano ou constrangimento a todos os envolvidos na pesquisa. Ressalta-se o compromisso com a transcrição literal do discurso e das observações, sendo fidedigna e opondo-se a qualquer distorção do conteúdo das mesmas.. Durante a realização da entrevista diante de qualquer desconforto ou constrangimento o processo de coleta será interrompido".

Benefícios:

"Os resultados deste estudo podem fornecer maiores subsídios para que sejam traçadas estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/Aids, contribuindo para reduzir o numero de casos de morbidade e mortalidade em mulheres, favorecendo para o reconhecimento das situações de vulnerabilidade das mulheres a infecção pelo HIV/Aids. O estudo poderá fornecer dados que subsidiem o atendimento da enfermagem voltado à prevenção do HIV em mulheres, dando ênfase a implementação de tecnologias de relação na área da saúde, discutindo o acolhimento, a escuta ativa, questões de gênero, violência, e a universalização da testagem sorológica com fins de descoberta precoce do diagnóstico, com o aconselhamento pré e pós teste sorológico antecedendo a conduta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e social, por buscar traçar "estratégia de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus-Bahia", sendo "estabelecidos planos de ação para discussão e divulgação dos resultados com setores interessados pelo tema como movimentos sociais, áreas do governo municipal, Programa Municipal de DST/HIV/Aids".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Documentos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Sugestões para o TCLE:

- Trocar o endereço residencial e telefone pessoal das pesquisadoras por endereço e telefone profissional; - Informar que o projeto foi cadastrado e aprovado pelo CEP-UFRB e não que esse comitê é responsável por esclarecer "as dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após nova avaliação do projeto de pesquisa, baseado na Resolução 196/96, concluímos que as pendências foram resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer atende as normativas da Resolução 196/96. Lembramos as pesquisadoras que aguardamos relatório final da pesquisa.

CRUZ DAS ALMAS, 31 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Deisy Vital dos Santos
(Coordenador)