

ELIANA SOARES DE SOUZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES NOTIFICADOS COM
AIDS NO MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS, MINAS GERAIS, BRASIL.**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Zaia

**FRANCA
2007**

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca

S714p

Souza, Eliana Soares

Perfil epidemiológico dos pacientes notificados com aids no município de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil / Eliana Soares Souza ; orientador: José Eduardo Zaia. – 2007

78 f. : 30 cm.

Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca

Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde

1. Promoção de saúde – Perfil epidemiológico. 2. Perfil epidemiológico – Aids. 3. Perfil epidemiológico – HIV. I. Universidade de Franca. II. Título.

CDU – 614:616-036.22:616.9

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

ELIANA SOARES DE SOUZA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES NOTIFICADOS COM AIDS NO
MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS, MINAS GERAIS, BRASIL.

Presidente: _____

Nome:

Instituição:

Titular 1 : _____

Nome:

Instituição:

Titular 2 : _____

Nome:

Instituição:

Franca, ___/___/___

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

DEDICO este trabalho a minha família: Marcos, Gerson e principalmente minha mãe, Anita, por entender a minha ausência e me estimular na busca da felicidade!

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

AGRADECIMENTOS

Ao Santíssimo Sacramento, presente na Eucaristia, força viva do Espírito Santo por sua presença em todos os momentos de minha vida,

à Nossa Senhora, mãe protetora de Jesus, por ter me protegido em todas as viagens e caminhos que precisei percorrer,

à minha madrinha Dalva, por ser este modelo de pessoa para toda nossa família, pelo carinho, desprendimento, bondade e carisma em servir!

ao meu padrinho Dete, tia Eleusa, Jane e Lourdinha,

à Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas,

à Eliane de Melo Costa Badaró (Gerência Regional de Saúde de Sete Lagoas), como não poderia deixar de ser; pela sua dignidade e competência,

à Gerência Regional de Saúde pela colaboração e presteza no fornecimento do banco de dados para realização deste estudo. Agradeço especialmente nas pessoas da Diretora Vitória Lúcia da Silva Figueiredo, Coordenadora da Epidemiologia Alda Laporte, Coordenadora Regional do Programa DST/aids Rosinês Silva França,

ao meu orientador professor Dr. José Eduardo Zaia que se tornou amigo da nossa turma, pela humildade, polidez, presteza e por ter acreditado em meu trabalho desde o início.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

*A aids faz as pessoas falarem em sussurros como se estivessem
diante do terrível vergonhoso.*

*A doença arromba a porta e transforma a intimidade numa sala de
museu, aberta à visitaçãõ pública.*

*A doença tem, assim, duas dores: a dor da enfermidade e a dor dos
olhos dos outros.*

(Rubem Alves, O retorno e o terno).

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

RESUMO

SOUZA, Eliana Soares. *Perfil epidemiológico dos pacientes notificados com aids no município de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil*. 2007. 78f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) - Universidade de Franca. Franca-SP.

Com o objetivo de conhecer as características epidemiológicas das notificações de aids do município de Sete Lagoas, Minas Gerais, foram analisados os dados de 138 pacientes residentes e notificados de 1986 a 2004. Para tal, foram utilizados dados provenientes da ficha de Notificação/Investigação (pacientes com 13 anos ou mais) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As variáveis avaliadas neste estudo foram: sexo, idade, escolaridade, relações sexuais, relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV/aids, informação sobre parceiro(a) sexual, data de diagnóstico, data de notificação, situação atual e data do óbito. Desta forma, as frequências das variáveis estudadas foram distribuídas com a utilização do programa Epiinfo 6.0. Encontrou-se que a concentração de casos estava na faixa etária de 33 a 37 anos, ou seja, adultos jovens. Já em relação a variável sexo, o que se observou foi uma tendência a feminização. Em relação ao grau de instrução, o que se constatou foi uma concentração de 30,4% de indivíduos com 4 a 7 anos de estudo, o que caracteriza baixa escolaridade. Em relação a categoria de transmissão sexual, registrou-se 32% de homens que fazem sexo com homens, 29% com mulheres e 15,2% com ambos. Do total de 29 casos que responderam sim para relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV/aids, 58,6 % eram mulheres. Sobre parceiro(a) sexual, quatro pacientes confirmaram parceiro(a) bissexual e 14 relataram parceiro(a) usuário(a) de drogas ilícitas endovenosas. Entre as doenças oportunistas destacaram-se a pneumonia por *Pneumocystis jirovesi*, caquexia, astenia, candidose, criptococose extrapulmonar e citomegalovirose. A média de sobrevida foi de 13 meses, com concentração de casos (63%) com média de até 6 meses de sobrevida. Conclui-se que os casos de aids notificados em Sete Lagoas-MG são de indivíduos adultos jovens, com baixa escolaridade, a maioria do gênero feminino, parceiros de indivíduos portadores de HIV/aids e com sobrevida média de 13 meses.

Palavras-chave: perfil epidemiológico; aids; HIV.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

ABSTRACT

SOUZA, Eliana Soares. *Epidemiologic profile of the patients notified with aids of Sete Lagoas, Minas Gerais municipality, Brazil*. 2007. 78 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) - Universidade de Franca. Franca-SP.

With the objective of knowing the epidemiologic characteristics of the aids notifications of Sete Lagoas, Minas Gerais municipality, data of 138 patients resident and notified from 1986 to 2004 were analyzed. For this, data from Investigation/ Notification record were used (patients with 13 years old or more) from the System of Information of Worse Notification (SIWN). The considered variables in this study were: sex, age, education, sexual relations, sexual relations with HIV/aids individuals, information about sexual partner, diagnosis date, notification date, actual situation and death date. In this way, the frequencies of the studied variables were divided with Epiinfo 6.0 utilization. It was found concentration of cases in the age group of 33 to 37, so young adults. In relation to the sex variable, can be observed a tendency to feminization. In relation to the education degree, what appeared is a concentration of 30,4% of individuals with 4 to 7 years of study, what demonstrate low education. In relation to the sexual transmission category, registered 32% of the men with men, 29% with women and 15,2% with both. From the total of 29 cases that answered yes for sexual relations with HIV/aids individuals, whom 58,6% are women. About sexual partner, four patients confirmed bisexual partner and 14 related drugs addict partner. Between the opportunist illnesses, pointed the pneumonia by *Pneumocystis jirovesi*, caquexia, asthenia, candidiasis, Cryptococcus extrapulmonary and cytomegalovirus. The survival average was of 13 months, in spite of the cases concentration (63%) with six months of survival. It was concluded that the cases of aids notified in Sete Lagoas-MG, are from adults young individuals, with low education, the most of women, partners of HIV/aids individuals and with survival average of 13 months.

Key-words: epidemiologic profile; aids; HIV.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado no Brasil, no período de 1980 a 1996.	27
Figura 2 -	Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado no Brasil, no período de 1987 a 1993.	27
Figura 3 -	Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado no Brasil, no período de 1984 a 1996.	28
Figura 4 -	Distribuição dos casos de aids por ano de notificação no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	36
Figura 5 -	Distribuição dos casos de aids por faixa etária no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	37
Figura 6 -	Distribuição dos casos de aids segundo sexo no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	39
Figura 7 -	Distribuição dos casos de aids segundo sexo e ano de diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	40
Figura 8 -	Distribuição dos casos de aids segundo escolaridade no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	41
Figura 9 -	Distribuição dos casos de aids segundo relações sexuais e ano de diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	43
Figura 10 -	Distribuição dos casos de aids segundo relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV/aids e ano de diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	44
Figura 11 -	Distribuição dos casos de aids segundo informação sobre parceiro(a) sexual no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	45

Figura 12 -	Distribuição das doenças oportunistas (Critério Rio de Janeiro/Caracas) segundo diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	46
Figura 13 -	Distribuição das doenças oportunistas (Critério CDC Adaptado) segundo diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	47
Figura 14 -	Distribuição dos casos de aids segundo situação atual do paciente no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	48
Figura 15 -	Distribuição dos casos de aids segundo tempo de vida (meses) após o diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.	49

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

aids - síndrome da imunodeficiência adquirida

ARV - anti-retroviral

AZT - zidovudina

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz

GRS - Gerência Regional de Saúde

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH - homens que fazem sexo com homens

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Km - quilômetro

MG - Minas Gerais

MS - Ministério da Saúde

PNDST/aids - Programa Nacional de doenças sexualmente transmissíveis e aids

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SES - MG - Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SMS-SL - Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas

SUS - Sistema Único de Saúde

UDE - usuário de drogas ilícitas endovenosas

WHO - *World Health Organization*

UNAIDS - *Joint United Nations Programs on HIV/AIDS*

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

% - porcentagem

\leq - menor ou igual

\geq - maior ou igual

< - menor

> - maior

°C - graus Celsius

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
OBJETIVOS	18
1 REVISÃO DA LITERATURA	19
1.1 CONTEXTO ATUAL DA PANDEMIA	19
1.1.1 O HIV/aids na América Latina	21
1.2 O SURGIMENTO DO HIV NO BRASIL E SUAS TENDÊNCIAS	22
1.2.1 Feminização e Heterossexualização	24
1.2.2 Pauperização	25
1.2.3 Interiorização	26
1.3 A TERAPIA ANTI-RETROVIRAL NO BRASIL.....	29
2 POPULAÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS	31
2.1 CARACTERÍSTICAS DA ÁREA	31
2.2 MODELO DE ESTUDO	32
2.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	32
2.4 FONTE DE DADOS	32
2.4.1 O Sistema de Informação de Agravos de Notificação	32
2.4.2 Registros da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Gerência Regional de Saúde do Estado de Minas Gerais (Sete Lagoas-MG).....	33
2.5 CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE AIDS	34
2.6 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	34
2.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO	35
2.8 ASPECTOS ÉTICOS	35
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	63

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

INTRODUÇÃO

Gottlieb et al. (1981) e Mann, Tarantola e Netter (1993) descobriram os primeiros casos de aids ocorridos nos Estados Unidos da América em 1978.

Gottlieb et al. (1981) descrevem o surgimento da aids quase que exclusivamente entre homens que fazem sexo com homens (HSH), logo após em hemofílicos e usuários de drogas ilícitas endovenosas (UDE). Surge assim o conceito de grupo de risco. Ainda, segundo Gottlieb et al. (1981), estes pacientes relatavam manifestações como pneumonia por *Pneumocystis jirovesi*, alterações cutâneas como Sarcoma de Kaposi, somados a outras formas neoplásicas e infecções incomuns.

Já em 1983, Montagnier relatou a identificação, feita por ele mesmo, do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que é um retrovírus da família *Retroviridae*, subfamília *Lentivirinae*, gênero *Lentivirus*, especificados em dois tipos: HIV-1 e HIV-2 que são distintos dos pontos de vista geográfico e fenogenotípico (MONTAGNIER, 1995).

Ainda sobre a história natural do HIV, Lehner e Chiasson (1998) esclarecem que a doença parece ter surgido antes no continente africano (Zaire) do que no Haiti e Estados Unidos da América. Os autores entendem que a aids passou da África ao Haiti e deste aos Estados Unidos da América e disseminou entre os HSH e UDE. Enfim, a conclusão destes autores é que o HIV parece ter chegado à Europa tanto procedente dos Estados Unidos da América como da África.

Carvalho (1991) relata que a mobilidade populacional acelerada, iniciada a partir de 1970 aumentou o risco de introdução de diversas doenças transmissíveis a partir de hospedeiros ou mercadorias contaminadas. Assim, a aids rapidamente se revelou como um grande desafio para a saúde pública em todo o mundo. É necessário entender a disseminação do HIV dentro do contexto social ocorrido a partir de 1970. Sabrosa e Leal (1992) destacam como fato importante o próprio entrelaçamento da economia mundial e o conseqüente surgimento de alterações na dinâmica populacional.

Para Mann (1992), um dos primeiros estudiosos da pandemia, a década de 1990 foi caracterizada por um período de intensas modificações epidemiológicas, desde a abordagem clínica até a terapêutica. Isto trouxe significativas repercussões nas formas de expressão do HIV, além de alterar o padrão de morbi-mortalidade mundial. Enquanto o HIV-1

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

foi encontrado em vários países nas Américas, Europa, África Subsaariana e na maioria dos outros países, o HIV-2 foi encontrado primeiramente na África Ocidental.

Entre as modificações epidemiológicas surgidas a partir de 1990 está a tipologia que melhor traduz a pandemia no contexto atual, segundo Brito, Castilho e Szwarcwald (2000):

- a) epidemia nascente (ou baixo nível): corresponde a países onde a prevalência da infecção pelo HIV mostra-se menor do que 5% em todas as subpopulações com comportamento de alto risco à exposição ao vírus;
- b) epidemia concentrada: referente a países onde a prevalência da infecção pelo HIV é superior a 5% em uma ou mais subpopulações com comportamento de alto risco, mas a prevalência entre gestantes atendidas em clínicas de pré-natal revela-se menor do que 5%;
- c) epidemia generalizada: ocorre nos países onde a infecção pelo HIV deixou de ser restrita às subpopulações de comportamento de risco, que apresentam elevadas taxas de prevalência da infecção. A prevalência entre gestantes atendidas em clínicas de pré-natal mostrou-se igual ou superior a 5%.

O Brasil juntamente com alguns países da América do Sul, Sudão, Tailândia e Etiópia apresentam epidemias do tipo concentradas.

Desde o começo da epidemia do HIV estima-se que 65 milhões de pessoas em todo o mundo tenham sido infectadas pelo HIV e 25 milhões tenham morrido. Cerca de 40 milhões de pessoas estão atualmente com esta infecção. Do total de pessoas infectadas no mundo, 95% estão em países em desenvolvimento, inclusive 70% na África (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMS ON HIV/AIDS (UNAIDS), 2002). A maioria das novas infecções está ocorrendo na Ásia e na África Subsaariana (UNAIDS, 2002). No mundo todo, mais de 40% de novas infecções atingem os jovens na faixa etária de 15 a 24 anos.

A África Subsaariana é o maior foco de infecção pelo HIV segundo dados de organismos internacionais como UNAIDS (2002) e World Health Organization (WHO, 2006). Em alguns de seus países cerca de 25% dos adultos estão infectados e a epidemia ainda está em expansão. Na Ásia o HIV disseminou-se rapidamente no Sul e no Sudeste. Na Índia estima-se que haja 3 a 5 milhões de pessoas infectadas. Conforme UNAIDS (2002) nos Estados Unidos da América, estimativa é que 1 milhão de pessoas estejam infectadas pelo HIV. Na América Latina há cerca de 1,8 milhões de pessoas infectadas (UNAIDS, 2002).

De acordo com UNAIDS (2002), no mundo industrializado, inclusive na Europa Ocidental, Austrália e Estados Unidos da América, houve um decréscimo no número

marcante na incidência entre homens que fazem sexo com homens (HSH). As taxas de transmissão somente não diminuíram entre os homens heterossexuais, UDE e mulheres.

Nos Estados Unidos, ao se comparar a primeira década da epidemia com o momento atual, a doença está atualmente menos concentrada nas costas leste e oeste e mais concentrada em áreas rurais ao sul. UNAIDS (2002) afirma que na Europa Ocidental as taxas estão em declínio, mas o HIV está em rápida expansão na Europa Oriental, especialmente entre os UDE na Rússia, Ucrânia e Moldávia.

No período de 1980 a 2005, foram registradas 371.827 notificações de aids no Brasil. A grande maioria destas notificações se concentrou na região Sudeste com 234.736 e região Sul com 67.006 casos. A taxa de incidência masculina (por 100.000 habitantes) em 2004 foi maior na faixa etária de 35 a 39 anos, com índices de 56,4. Em menores de cinco anos, a taxa de incidência ficou em 4,1 e em pessoas com 60 anos ou mais atingiu 8,2. No sexo feminino a taxa de incidência no mesmo ano esteve mais bem distribuída e atingiu maior índice na faixa etária de 30 a 34 com índice de 31,7 (PROGRAMA NACIONAL DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS (PNDST/AIDS), 2006).

Em relação à categoria de exposição sexual os dados do PNDST/aids (2006), referente ao ano de 2005, mostram que o sexo masculino registrou 15,8% de casos em HSH, 44,9% em heterossexual e 9,2% em bissexual. Na categoria de transmissão por via sanguínea as taxas ficaram em 10% de UDE, 0,2% de transfusão sanguínea, 0,1% de transmissão vertical e perinatal e nenhum caso notificado em hemofílico, porém 19,9% do total destes dados foram ignorados.

Já para o sexo feminino no mesmo ano, 94,7% dos casos de transmissão por via sexual apresentaram perfil heterossexual. A porcentagem de UDE entre as mulheres foi menor do que entre os homens, com índice de 4,3%; 0,6% de transfusão sanguínea, 0,1% de transmissão vertical ou perinatal e 0,3% ignorado.

As regiões Sudeste e Sul do Brasil se destacaram com os maiores números de óbitos no período entre 1980 e 2004. Na região Sudeste foram 120.041 óbitos neste período, enquanto na região Sul ocorreram 25.305 óbitos. A proporção de homens para mulheres, em relação aos óbitos foi de 24,8 em 1985, em 1992 alcançou 4,8 e em 2004 chegou a 2,1.

O estudo de Rodrigues Júnior e Castilho (2004) ratifica o diagnóstico de que a aids no país apresenta características como heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização.

Em relação ao estado de Minas Gerais (MG) tem-se registro de um total de

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Em relação aos óbitos, os dados do PNDST/aids (2006) colocam Minas Gerais com um total de 1.677 registros, somente de 1980 a 1993. De 1980 a 2004 foram 10.983 óbitos. Entre 1994 e 2004 houve variações e o maior número de notificações ocorreu em 1996 com 1.069 óbitos. O menor número de óbitos por ano ocorreu em 1994, com 751 casos. Do total de óbitos no estado, 70% são do sexo masculino e 30% do sexo feminino.

Na capital do estado, Belo Horizonte, estão 28% dos casos, enquanto 72% estão no interior o que confirma a interiorização do HIV no estado. No estado já foram notificados casos da doença em 602 municípios, segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES-MG), 2006).

A heterossexualização também se confirma em Minas Gerais. Em 1980 a maioria dos pacientes eram HSH, entretanto de 2000 a 2005 a categoria heterossexual atingiu 70% dos casos (BRASIL, 2005). Entre o sexo feminino houve um aumento significativo de casos e a feminização é outra tendência também confirmada no estado. A maior concentração de casos por faixa etária em Minas Gerais está entre 20 e 49 anos. Entre os homens, a taxa é de 40,2% e entre as mulheres 38,4%, em ambos a faixa etária mais atingida foi a de 30 a 39 anos (SES-MG, 2006).

Do acima exposto, despreende-se que a questão da aids se apresenta como um dos mais relevantes problemas de saúde pública. Trevisol e Silva (2005) confirmam que a aids é um grave problema de saúde pública devido ao grande número de notificação com expansão da pandemia e grande impacto socioeconômico para os países atingidos.

Este é o motivo pelo qual estudos epidemiológicos precisam ser iniciados e conduzidos com regularidade, para que se conheça os aspectos da aids na população. Desta forma, é possível monitorar sua evolução. Quando se conhece as características epidemiológicas da doença, toda a rede de prevenção, inclusive os programas de controle terão melhor condição de combater a doença de forma mais efetiva, conseqüentemente os resultados em termos de prevenção serão maximizados.

A proposição deste estudo surge então da necessidade de um trabalho que apresente o perfil do portador da aids, em consideração às limitações e custos extremamente elevados da terapia anti-retroviral (ARV). Os avanços conseguidos na produção e dispensação destes medicamentos ratificam a prevenção como a maior arma contra a doença.

O município de Sete Lagoas é pólo atrativo para toda região, no quesito prestação de serviços de saúde, principalmente na atenção secundária e terciária. Sete Lagoas também é sede da Gerência Regional de Saúde (GRS) que é composta por um total de 35

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Estadual de Saúde nas regiões do estado, assegurando a qualidade de vida da população (SES-MG, 2006).

Desta forma, Sete Lagoas foi escolhida para este estudo pelo fato de ainda nenhuma investigação de HIV ter sido executada de forma mais sistematizada neste município, além de sediar o serviço de referência para HIV/aids.

OBJETIVOS

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Objetivo Geral

Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de aids do município de Sete Lagoas-MG, durante o período compreendido entre 1986 e 2004, com vistas a levantar subsídios que permitam orientar as atividades de controle.

Objetivo Específico

Levantar as variáveis que compõem a Ficha de Notificação/Investigação de aids (pacientes com 13 anos ou mais) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como: data de notificação, data de diagnóstico, idade, sexo, relações sexuais, relações sexuais com indivíduos sabidamente portador de HIV ou aids, informação sobre parceiro sexual, situação atual do paciente notificado com aids e data do óbito.

Pretende-se colaborar com o município de Sete Lagoas-MG levantando informações para planejamento e ações de combate ao HIV/aids.

1 REVISÃO DA LITERATURA

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

1.1 O CONTEXTO ATUAL DA PANDEMIA

Dentro do contexto mundial, UNAIDS (2006a) registrou que o fato mais preocupante é o contingente de pessoas infectadas da África Subsaariana de 25,8 milhões, ou seja, 60% da população mundial infectada. Entre jovens de 15 a 24 anos, a estimativa é de 4,6% (4,2% a 5,5%) de mulheres e 1,7% (1,3% a 2,2%) de homens que viviam com o HIV em 2005. Só em 2005, a estimativa é de 3,2 milhões de pessoas infectadas na região, enquanto 2,4 milhões de pessoas morreram com aids.

A África Meridional permanece como epicentro da pandemia e infelizmente o contexto social e econômico das mulheres é muito precário principalmente pela dependência e falta de informação. No entanto, observa-se um possível declínio na prevalência nacional do HIV entre adultos em três países da África Saariana: Kênia, Uganda e Zimbábue (UNAIDS, 2006a).

Ainda na África Meridional os níveis de prevalência do HIV permanecem excepcionalmente altos, exceto em Angola. Embora a estimativa nacional sobre a prevalência do HIV na África Ocidental e Central seja considerada mais baixa do que a região Sul e Leste não há sinais de mudança nos níveis de infecção, exceto um declínio em partes urbanas de Burkina (UNAIDS, 2006a).

Cerca de 85% (900.000) sul-africanos necessitavam de terapia ARV em pleno ano 2005. Segundo estatísticas de UNAIDS (2006a) a falta dos medicamentos chega a 90% dos pacientes infectados, em países como Etiópia, Lesoto, Moçambique, Nigéria, República Unida da Tanzânia e Zimbábue.

No Oriente Médio e África do Norte o avanço do HIV continua. As últimas estimativas da UNAIDS (2006g) revelam 67.000 casos somente em 2005, num total de 510.000 pessoas infectadas e 58.000 mortes relacionadas à aids. Nestas regiões a supervisão do HIV permanece fraca. UNAIDS (2006g) esclarece que nestas regiões é preciso informar melhor as populações sobre as formas de transmissão do vírus. Nesta região os serviços e programas de prevenção do HIV não têm atuação constante ou eficaz, consequentemente, a informação e as práticas preventivas são escassas, até mesmo entre populações vulneráveis.

Em relação ao tratamento, UNAIDS (2006b) registra que a América do Norte junto com a Europa Ocidental constituem as principais regiões onde a maioria das pessoas

qualidade de vida e reduz a taxa de mortalidade entre os infectados. Nos Estados Unidos, o número estimado de pessoas com HIV excedeu um milhão, no final de 2003. No Canadá menos de 58.000 diagnósticos de HIV foram relatados até o final de 2004.

Em contraste, na Europa Oriental, em que a cobertura do tratamento ARV tem limitações, o número de mortes triplicou desde 2000. O que se observa é que, dentro do mesmo continente há diferenças muito expressivas, até mesmo no fornecimento do tratamento adequado (UNAIDS, 2006e). A infecção pelo HIV tem se expandido em toda antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, com exceção de Turquemenistão, em que pouca informação está disponível sobre a epidemia.

O segundo maior epicentro desta pandemia no mundo segundo UNAIDS (2006d) concentra-se na Comunidade Caribenha. Esta região inclui Antigua e Barbudas, Bahamas, Barbadas, Belize, Dominica, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, Montserrat, Santa Lúcia, Saint Kitts e Nevis, Saint Vincent e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago.

Para UNAIDS (2006d), a epidemia no Caribe comporta diversidades na extensão e intensidade e se configura como a segunda região mais afetada no mundo. Na comunidade caribenha a epidemia atingiu em torno de 24.000 pessoas somente em 2005 e consolidou a aids como a principal causa de morte entre adultos jovens com idade entre 15 e 44 anos.

Já a baixa prevalência do HIV na Ásia, segundo relatório de WHO (2006) significa que mesmo com níveis de infecção baixos haverá um contingente imenso de pessoas infectadas, o que é fato preocupante.

WHO (2006) revela que a população asiática infectada já chegou a 8,3 milhões de pessoas. Destas, 2 milhões são mulheres adultas, inclusive 1,1 milhões que se infectaram em 2005. WHO (2006) esclarece que assim como na África, também na Ásia o uso de drogas ilícitas injetáveis, somados ao sexo desprotegido, configura a interação propícia para a disseminação do vírus.

Já na Oceania, a estimativa de UNAIDS (2006f) evidencia que 74.000 pessoas na Oceania estão infectadas com HIV. Acredita-se que menos de 4.000 pessoas tenham morrido de aids em 2005 e cerca de 8.200 pessoas devem ter se infectado recentemente com HIV.

WHO (2006) analisou mais de 11.200 infecções pelo HIV relatadas através de 21 países e territórios das Ilhas do Pacífico ao final de 2004, dos quais foram registradas 90% em Papua Nova Guiné onde uma epidemia de aids está agora em plena atividade.

1.1.1 O HIV/aids na América Latina

Para UNAIDS (2006c), a estimativa de acometimento pela aids na América Latina é de 0,4% de mulheres e 0,6% de homens, todos entre 15 e 24 anos. O número total de pessoas que vivem com HIV nessa região chega a 1,8 milhões. Somente em 2005 aproximadamente 66.000 pessoas morreram de aids e 200.000 pessoas foram infectadas. Países como Argentina, Colômbia e Brasil abrigam grandes populações e conseqüentemente grandes epidemias.

Enfim, estes dados revelam que em quase todos os países da América Latina os mais altos níveis de infecção estão associados aos HSH. A segunda maior taxa de incidência é encontrada entre profissionais do sexo feminino. E ainda entre HSH a prevalência do HIV varia entre 2% e 28% em áreas distintas, enquanto entre as profissionais do sexo a variação ficou entre 0 e 6,3% (WHO, 2006). De todos os casos de aids registrados em países como Argentina, Bolívia, Brasil, Guatemala e Peru, 25% a 35% estão relacionados com o sexo entre homens.

A América Latina tem conseguido se destacar em relação à política de acesso à terapia ARV, principalmente o Brasil. O Programa Nacional DST/aids (PNDST/aids) do Brasil distribuiu medicamentos constitutivos da terapia ARV a cerca de cento e cinquenta mil pessoas infectadas pelo HIV, em 2005. A Agência de Notícias da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ, 2006) publicou que as negociações realizadas em Buenos Aires em 2005 entre governos da América Latina e 20 companhias farmacêuticas tiveram como resultado a redução de preços (de 15% a 55%) dos ARV. O acordo beneficiou Argentina, Bolívia, Chile, Equador, México, Paraguai, Uruguai e Venezuela graças à redução do custo de uma das terapias mais usadas de US\$ 2489,00 para US\$1123,00 paciente/ano (DST e aids na Mídia, 2006).

Organismos internacionais como WHO (2006) e UNAIDS (2006c) são unânimes em reconhecer a América Latina no cenário internacional como a região que mais fornece terapia ARV a pessoas que dela necessitam.

Chagas (2006) relata que o Brasil conta com mais de 800 serviços especializados em oferecer assistência a pessoas que vivem com aids. O acesso aos medicamentos ARV está disponível para todos os pacientes que precisam de tratamento no

eram fornecidos exclusivamente pelo Ministério da Saúde (MS). Não existe demanda reprimida ou fila de espera, como é comum acontecer em outros países.

Mesmo mundialmente conhecido por sua abrangência o PNDST/aids do Brasil enfrenta dificuldades como a adesão ao tratamento. A disponibilidade do tratamento infelizmente não garante a adesão total do paciente à terapia. A cobertura do tratamento é alta também nos países vizinhos como Argentina, Chile, Cuba, México, Uruguai e Venezuela. No Brasil as condições em que os medicamentos são fornecidos são mais favoráveis. Costa Rica e Panamá têm conseguido avanços no acesso aos medicamentos e já registram redução da mortalidade associada a este fato (FIOCRUZ, 2006).

WHO (2006) coloca ainda que em países mais pobres da América Central e região andina da América do Sul, a situação do acesso aos ARV ainda não é satisfatória. No Equador, menos de 1.000 pacientes conseguiram receber tratamento em 2004, enquanto países como El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai continuam em situação semelhante.

1.2 O SURGIMENTO DO HIV NO BRASIL E SUAS TENDÊNCIAS

O primeiro caso de aids no Brasil foi notificado, retrospectivamente, no estado de São Paulo como ocorrido em 1980 conforme Castilho e Chequer (1997). Para estes autores a epidemia de aids no Brasil demonstrou características parecidas com os casos iniciais surgidos nos Estados Unidos da América. A seguir, outros casos apareceram de forma concentrada, principalmente no eixo Rio de Janeiro - São Paulo e restrito a alguns grupos populacionais como os HSH, receptores de sangue e hemoderivados.

No Brasil, a segunda fase da epidemia ocorreu de 1980 a início de 1990 quando houve um aumento do número e proporção dos casos entre UDE e também começou a crescer o número de casos de transmissão heterossexual conforme consta nos registros de PNDST/aids (2006). Em consequência deste fato também aumenta, nesta fase, o número de parceiras de UDE do sexo masculino, infectadas. Mesmo atingindo basicamente as regiões metropolitanas e de tamanho médio (200 a 500 mil habitantes) a epidemia expandiu para todos os estados brasileiros e as notificações aumentaram rapidamente. Esta fase foi caracterizada pela maior velocidade de crescimento no país.

Conforme BRASIL (2004), após 1993, a epidemia da aids no país se configurou pelo crescimento da categoria de transmissão por via sexual heterossexual. Desta forma, a epidemia cresceu rapidamente entre as mulheres, apresentou expansão geográfica que atingiu os municípios de menor porte. Assim ocorreu a interiorização e as regiões Norte e Nordeste foram atingidas com maior intensidade pelo HIV.

Dentro da evolução histórica da epidemia no país, merece destaque o ano de 1996, em que foi aprovado no Brasil o Decreto de Lei que regulamentou a distribuição dos medicamentos necessários ao tratamento do HIV ou aids de forma equânime, gratuita e universal por meio do Sistema Único de Saúde (DOURADO et al. 2006). Conforme Dourado et al. (2006), a distribuição de ARV foi um marco importante na história da epidemia de aids no Brasil e contribuiu não só para melhoria da qualidade de vida, mas aumentou a sobrevida e reduziu de forma expressiva as hospitalizações.

Estudo de Rodrigues Júnior e Castilho (2004) mostra o contexto da aids no Brasil atualmente e esclarece que estudos descritivos sobre a epidemia podem ter abordagem geográfica, temporal e populacional. Essas abordagens podem caracterizar aspectos importantes: mobilidade, tendência e vulnerabilidade de acordo com a observação de transmissão epidemiológica. Esse trabalho abrangeu 197.924 notificações de casos de aids feitas de 1991 a 2000 e considerou como referência a divisão política administrativa do país de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Rodrigues Júnior e Castilho (2004) também constataram um perfil epidemiológico em transição: heterossexualidade, feminização, pauperização, juvenização e interiorização da epidemia. Atualmente, entende-se a aids como uma pandemia multifacetada que é composta de várias subepidemias. Szwarcwald e Castilho (2000), Parker e Camargo Júnior (2000) e Rodrigues Júnior e Castilho (2004) também concordam que o país não possui um perfil único, mais um conjunto de subepidemias regionais motivadas pela desigualdade de toda sorte.

1.2.1 Feminização e Heterossexualização

A heterossexualização se iniciou na década de 1990. A pandemia se desenvolveu na América do Norte, Europa Ocidental e Austrália, inicialmente entre HSH e

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

UDE, mas já na década de 1990, Naud et al. (1995) constataram que a heterossexualização já havia se consolidado.

A epidemia no Brasil, na década de 1980 registrou 60% de casos notificados com associação com alguma forma de contato sexual. Destes 42% decorriam de relações sexuais desprotegidas entre HSH e a partir de 1990 ocorreu a heterossexualização com acometimento principalmente das mulheres (DOURADO et al., 2006).

Segundo Rodrigues Júnior e Castilho (2004), este perfil de subepidemias que se acentuou ao longo do tempo mostrou que no Brasil, a razão de sexo que era de 25 homens para cada mulher em 1991, passou para dois homens para uma mulher no ano de 2000. Para estes autores a vulnerabilidade feminina é traduzida pela menor capacidade ou mesmo pela dificuldade propriamente dita de negociar sexo seguro e a menor possibilidade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva. Deste fato decorre o aumento do número de mulheres infectadas por transmissão heterossexual.

Santos et al. (2002) afirmam que o processo de feminização é fato consumado. O decréscimo da razão de homem/mulher, o número de óbitos e o fato da aids figurar entre as principais causas de mortalidade de mulheres jovens demonstram a magnitude da feminização. Souto (2002) confirma a vulnerabilidade destas quando lança um olhar sobre o aspecto epidemiológico anterior da aids entre as mulheres. O autor evidencia a discrepância entre gêneros. A mulher possui maior dificuldade de acesso ao recurso terapêutico e pouca valorização da possibilidade do HIV quando se compara aos HSH no início da epidemia.

A preocupação com a importância da possibilidade da presença do HIV na mulher só começou a ser percebida anos depois. Até mesmo a relação entre determinadas afecções ou patologias ginecológicas e presença/efeito do HIV na gravidez só foram reconhecidas no início da década de 1990, conforme relata Souto (2002).

1.2.2 Pauperização

A idéia de analisar a aids numa perspectiva social de maneira a ultrapassar as

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

impulso com os trabalhos de Mann (1992). Outros autores como Szwarcwald et al. (2000), Parker e Camargo Júnior (2000) e Rodrigues Júnior e Castilho (2004) têm analisado de forma sistemática as correlações entre o aumento do HIV/aids e aspectos como pauperização, ruptura dos laços de interação social e políticas públicas (saúde, educação, habitação).

No caso específico da variável escolaridade, autores como Pappas et al. (1993), Luepper et al. (1993), Mackenbach et al. (1997) e Gulliford e Mahabir (1998) já consideravam esta variável como importante determinante da situação de saúde do indivíduo.

Em estudo feito por Fonseca et al. (2000), com diagnósticos feitos entre 1986 e 1996 (em indivíduos entre 20 e 69 anos), 79,7% eram do sexo masculino. Este estudo agrupou os casos em dois grupos: “grau 1” (casos com até oito anos de estudo) e “grau 2” (com mais de oito anos de estudo). Entre os homens, as taxas de incidência de aids para aqueles com menor escolaridade ultrapassam ou se aproximam das taxas dos homens com maior escolaridade. Fonseca et al. (2000) também mostraram que para as mulheres o ritmo de crescimento foi maior em todas as regiões e na região Sudeste as taxas entre as mulheres com menor escolaridade ultrapassam as taxas daquelas com maior grau de instrução em anos.

Em seu estudo, feito sobre a escolaridade no Brasil, Parker e Camargo Júnior (2000) incluíram indivíduos com idade maior ou igual a 19 anos e apenas dois períodos (1985 e de 1998/1999). Em 1985 constataram 0,6% de analfabetos, 13,3% com primeiro grau, 10,2% com segundo grau e 20,1% com curso superior, além de 57,4% de preenchimento ignorado. De 1998 a 1999 registraram 4,8% de analfabetos, 55,6% com primeiro grau, 14,8% com segundo grau, 6,6% com ensino superior e 18,2% de ignorado. Assim houve no Brasil um aumento do acometimento de analfabetos e indivíduos com primeiro grau.

1.2.3 Interiorização

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

As conjecturas de estudos sobre a pauperização, na verdade decorrem de componentes que construíram o histórico da epidemia. No caso do Brasil, estudiosos como Fonseca et al. (2000, 2002) e Rodrigues Júnior e Castilho (2004) concordam que o comportamento da epidemia pode estar evidenciando a desigualdade social. Assim o aumento de casos no segmento com menor nível de escolaridade e pior condição socioeconômica, além da heterossexualização (com acometimento principalmente de mulheres) pode estar relacionado à desigualdade social.

Estes últimos autores citados também registraram a difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte do interior, além do aumento de casos entre UDE. A mudança na tendência da epidemia se consolidou pela interiorização que atingiu 59% dos 5507 municípios do país.

As figuras 1, 2 e 3 ilustram a expansão progressiva da epidemia em que o aumento dos casos partiu do litoral sudeste para regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Apesar de antes com maiores taxas de incidência, atualmente a região Sudeste apresenta menor velocidade de crescimento (BRITO, CASTILHO E SZWARCOWALD, 2000).

As mesmas figuras mostram a distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado para os períodos 1980 a 1986 (figura 1), 1987 a 1993 (figura 2) e de 1994 a 2000 (figura 3). De um total de 190.949 casos (1980 a junho de 2000) notificados ao MS, 6.750 eram crianças e 139.502 adultos masculinos e 44.697 adultos femininos. Apesar do registro de casos em praticamente todo o território nacional, a distribuição da aids não se mostrou homogênea quanto as regiões de residência, sexo, idade, grau de escolaridade e categorias de transmissão.



Figura 1 - Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado no Brasil, no período de 1980 a 1996.

Fonte: BRASIL, 2000.



Figura 2 - Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado no Brasil, no período de 1987 a 1993.

Fonte: BRASIL, 2000

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!



Figura 3 - Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de aids registrado no Brasil, no período de 1984 a 1996.

Fonte: BRASIL, 2000.

A tabela abaixo confirma o aumento relativo entre os grandes centros, visto que a epidemia alcançou um crescimento surpreendente entre municípios menores, ou seja, a interiorização da epidemia da aids (BRITO, CASTILHO E SZWARC WALD, 2000).

Tabela 1 - Taxas médias de incidência de aids (100000 habitantes) por categoria populacional (município segundo número de habitantes) e período de tempo, Brasil, 1987-1996.

Categoria populacional (nº de hab.)	Período de tempo		
	1987-1989	1990-1992	1993-1996
0-50.000	0,56	1,87	4,03
50.001-200.000	2,31	7,73	13,92
200.001-500.000	6,45	17,17	27,30
500.001 e mais	10,93	24,70	32,40
Total	4,68	11,74	17,56

Fonte: BRASIL, 2000.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

1.3 A TERAPIA ANTI-RETROVIRAL NO BRASIL

Em decorrência do avanço que o SUS trouxe para todos os cidadãos brasileiros, o país é atualmente um dos poucos países em desenvolvimento que oferece acesso universal à terapia ARV (BRASIL, 2004).

O MS iniciou a distribuição de drogas profiláticas e terapêuticas para o tratamento das doenças oportunistas em meados de 1980 (BRASIL, 2004). Em 1991, a primeira droga ARV, a zidovudina (AZT) foi distribuída para um número significativo de pessoas com aids. Não se conhece a proporção exata de pessoas beneficiadas com o tratamento gratuito nesta época, mas segundo os números do BRASIL (2004) a cobertura não foi muito abrangente.

De 1991 a 1996 houve uma luta conjunta de Organizações Não Governamentais, organizações diversas, associações dos direitos humanos e autoridades da saúde que reivindicaram a distribuição gratuita de ARV mais potentes e modernos no Brasil. Desta forma a promulgação da lei em 1996 legitimou a todos os pacientes com HIV/aids o direito de receber todas as drogas necessárias ao seu tratamento pelo SUS (BRASIL, 2004).

A terapia ARV disponível no Brasil a partir de 1996 modificou o curso da epidemia de aids, alterou sua evolução e tendências segundo Dourado et al. (2006). Estes autores utilizaram dados de 1997 a 2003 e concluíram que o percentual de internações não se alterou no tempo, mas ocorreu diminuição de hospitalizações entre os usuários de terapia ARV (DOURADO et al., 2006).

Dourado et al. (2006) ratificam que houve um incremento de 2,7 vezes no número de indivíduos em uso de ARV e que a incidência e a mortalidade apresentaram crescimentos uniformes até 1995, em todas as regiões. A partir de 1996 verificou-se uma redução progressiva da mortalidade, embora a incidência continue a crescer. Em todas as regiões, exceto a região Norte, as incidências esperadas foram maiores do que as observadas nos últimos anos, embora as diferenças somente tenham atingido níveis de significância estatística nas regiões Sudeste e Centro Oeste.

Em países desenvolvidos a tendência de diminuição da morbi-mortalidade relacionada à aids havia sido observada mesmo antes do surgimento da terapia ARV, tendo sido atribuída à profilaxia e ao melhor manejo clínico das infecções oportunistas. Porém, com

o advento dos inibidores de protease, este fenômeno se acentuou (GRUPO PELA VIDA, 2006).

No entanto, Dourado et al. (2006) admitem que a própria política de assistência aos indivíduos portadores do HIV ou da aids inclui também modalidades assistenciais que visam à redução das internações hospitalares tais como assistência ambulatorial especializada, hospital dia e assistência domiciliar terapêutica.

Apesar do indiscutível impacto da terapia ARV na qualidade de vida dos pacientes, esta terapia é complexa e apresenta problemas de adesão ao tratamento. O MS enfrenta problemas na distribuição universal dos ARV como a falha ou interrupção na entrega dos medicamentos devido erro no planejamento da compra ou produção dos ARV, seja por subestimação do número de casos ou pouca capacidade produção.

Estes problemas interferem diretamente na continuidade e na aderência ao tratamento, podendo ocasionar resistência aos ARV (BRASIL, 2004). Além dos fatores citados na dispensação dos ARV outros aspectos como as características da doença, esquema de tratamento, condição psicossocial do paciente além da relação paciente-serviço de saúde, também têm interferência. (BRASIL, 2004).

2 POPULAÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS

2.1 CARACTERÍSTICAS DA ÁREA

O estudo foi realizado no município de Sete Lagoas, localizado na região central do estado de Minas Gerais a 68 km capital do estado, Belo Horizonte. O município abarca uma superfície territorial de 537,472 km com clima tropical de altitude. O assentamento urbano se dá com predominância para o uso residencial, de alta densidade na área central, média e baixa densidade conforme se afasta do centro. Segundo dados do IBGE (2006) Sete Lagoas possui 205.883 habitantes (dados referentes a 2004).

Os serviços públicos de limpeza urbana, abastecimento de água, rede de esgoto e energia elétrica são oferecidos nas seguintes porcentagens: 99%, 100%, 96% e 100%.

Sete Lagoas se destaca por ser um importante centro econômico e comercial com influência em mais de 38 municípios, que chega a um total de 500.000 pessoas, conforme dados do IBGE (2006). A cidade é sede da Associação dos Municípios do Alto Rio das Velhas que reúne 17 municípios com objetivo de desenvolver o parque industrial da região.

O município está localizado em uma região atrativa para o turismo. Possui o Centro de Apoio ao Turista e pontos turísticos como o Casarão, Museu Municipal, Centro Cultural Nhô Quim Drumonnd, construção do século XVIII onde residiu no passado o alferes Tiradentes.

Os dados sobre o Sistema de Saúde de Sete Lagoas (últimas atualizações ocorreram em 2004) registrados pelo IBGE (2006) são:

Estabelecimentos de Saúde públicos: 27

Estabelecimentos de Saúde privados: 49

Estabelecimento de Saúde com internação público: 1

Estabelecimentos de Saúde com internação privados: 4

Estabelecimentos de Saúde sem internação públicos: 24

Estabelecimentos de Saúde sem internação privados: 20

Estabelecimentos de Saúde com atendimento particular: 41

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Estabelecimentos de Saúde que prestam serviços ao SUS: 44

Leitos totais: 390

Leitos/SUS: 317

Óbitos hospitalares masculinos: 283

Óbitos hospitalares femininos: 207

Óbitos hospitalares relativos a doenças infecciosas e parasitárias: 61

Óbitos hospitalares relativos a causas externas: 0

2.2 MODELO DE ESTUDO

Foi realizado estudo longitudinal, retrospectivo dos pacientes com aids no município de Sete Lagoas-MG, com notificação preenchida no serviço de saúde entre os anos de 1986 a 2004.

2.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Todos os pacientes com diagnóstico de aids realizado no período compreendido entre primeiro de janeiro de 1986 a 31 de dezembro de 2004.

Estes pacientes residiam no município de Sete Lagoas-MG e possuíam fichas epidemiológicas específicas preenchidas.

2.4 FONTE DE DADOS

2.4.1 O Sistema de Informação de Agravos de Notificação

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde (2006) o SINAN é alimentado principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de Doenças de Notificação Compulsória.

A ficha epidemiológica ou ficha individual de notificação é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problemas de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este documento é enviado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que repassa à Secretaria Estadual de Saúde (SES) que repassa por sua vez à Secretaria de Vigilância da Saúde do Ministério da Saúde.

Além da ficha individual, o SINAN possui um formulário de notificação negativa que indica que o Sistema de Vigilância está alerta para a ocorrência negativa de casos, ou seja, para diferenciar a ausência de casos de subnotificação.

A utilização efetiva do SINAN permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população o que pode fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória. Este Sistema também pode vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas o que contribui para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

A Secretaria de Vigilância em Saúde (2006) acredita que o uso sistemático e de forma descentralizada do SINAN promove a democratização da informação o que propicia o acesso dos profissionais da saúde à informação e torna disponível à comunidade. Assim, com a avaliação da base de dados do SINAN é possível o cálculo de indicadores pelas equipes estaduais, regionais e municipais, o que é imprescindível para que os dados possam subsidiar análises epidemiológicas e a tomada de decisão.

2.4.2 Registros da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Gerência Regional de Saúde do Estado de Minas Gerais (Sete Lagoas-MG).

A principal fonte dos dados foi representada pelas fichas epidemiológicas dos pacientes com diagnóstico de aids que residiam em Sete Lagoas-MG. Tais fichas são preenchidas pelos médicos, responsáveis pelas atividades de Vigilância Epidemiológica, nas unidades notificantes da rede de serviços de saúde da cidade e encaminhadas à divisão de

responsável pelo Programa de DST/aids da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Sete Lagoas, que examina o preenchimento das mesmas, solicita informações adicionais eventualmente necessárias e de posse de todos os dados referentes ao caso, define o mesmo como sendo ou não um paciente com aids.

Após a revisão e confirmação do caso as informações são codificadas e digitadas por um funcionário, sob supervisão da coordenadora do Programa de DST/aids da Gerência Regional de Saúde. Os dados são armazenados em um banco de dados que utiliza o programa Epinfo 6.0. Para efeito de análise, foi gerada uma cópia do referido banco, na qual foram apagadas informações que pudessem conduzir à identificação dos pacientes (nome, endereço, nome da mãe).

2.5 CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE AIDS

Os critérios de definição de aids adotados neste trabalho estão de acordo com BRASIL (2003) conforme Anexo A.

2.6 VARIÁVEIS ESTUDADAS

Como os fatores de risco para a infecção pelo HIV se relacionam a variáveis biológicas, sociais, comportamentais e de assistência à saúde, este estudo procurou identificar estas variáveis no banco de dados investigado. As variáveis foram originadas da Ficha de Notificação/Investigação da aids (pacientes com 13 anos ou mais) segundo Anexo B.

Este trabalho determinou como indicador social, o grau de informação. Quanto a assistência à saúde as variáveis estudadas foram: data de notificação, data de diagnóstico, situação atual do paciente notificado com aids e data do óbito.

Entre as variáveis comportamentais foram relacionadas: relações sexuais, relações sexuais com indivíduos sabidamente portador de HIV ou aids e informação sobre parceiro sexual. As variáveis biológicas contemplam sexo e idade.

As variáveis não citadas foram excluídas seja por falta de preenchimento, por

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

e transmissão vertical. A variável acidente com material biológico com soroconversão após seis meses reporta a um perfil de trabalhador/profissional de saúde e não de paciente, o que a exclui automaticamente.

2.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para descrever as características dos pacientes com aids notificados no Município de Sete Lagoas-MG e assim cumprir com os objetivos propostos para este estudo, foi realizada análise descritiva. Assim, as frequências das variáveis estudadas foram distribuídas com a utilização do programa Epiinfo 6.0. Desta forma os dados foram apresentados de forma descritiva em tabelas e gráficos de distribuição de frequência.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Franca-UNIFRAN (Protocolo nº 06106) e autorizada pela Gerência Regional de Saúde de Sete Lagoas que gentilmente cedeu o banco de dados. Os participantes não foram identificados (os dados foram solicitados com exclusão absoluta de dados pessoais como nome, nome da mãe e endereço), conforme Anexos C e D.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com este estudo estão descritos em forma de gráficos de distribuição de freqüências. A figura 4 mostra a distribuição dos pacientes com aids de Sete Lagoas segundo ano de notificação. De 1986 a 2004 foram notificados 138 casos de pacientes com aids. De 1986 a 1989 registrou-se oito casos (5,8%); de 1990 a 1994, 11 casos (8%), de 1995 a 1999, 21 casos (15,2%) e de 2000 a 2004, 98 casos (71,0%).

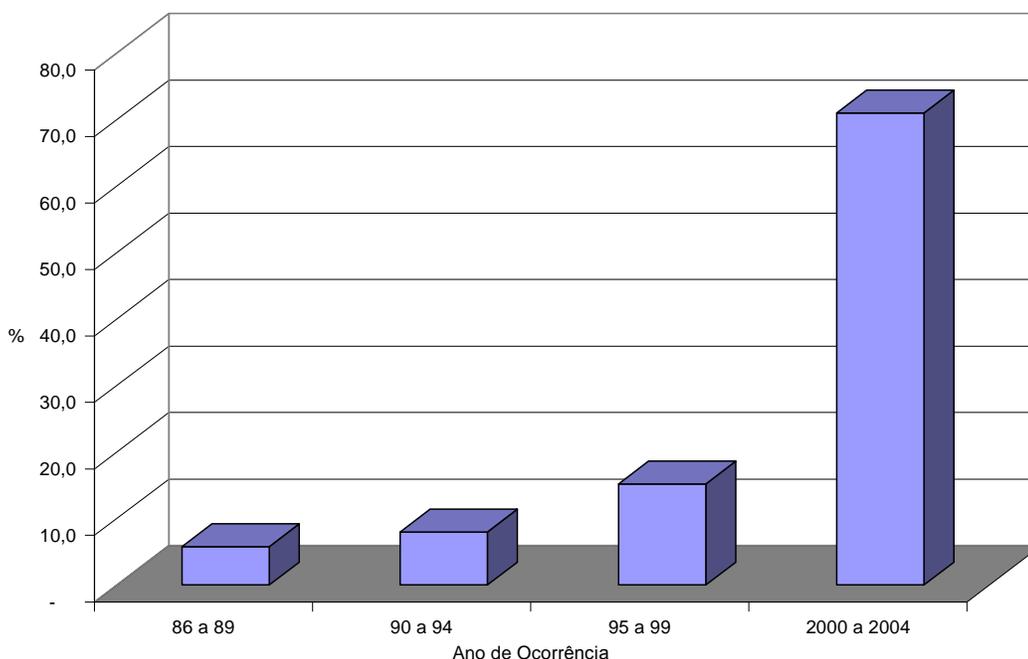


Figura 4 - Distribuição dos casos de aids por ano de notificação no Município de Sete Lagoas- MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

Segundo dados do MS (BRASIL, 2005) o total de casos notificados de 1980 a

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

na região Centro-Oeste 21.099, na região Nordeste 38.837 e na região Sudeste 234.736 casos. A incidência acumulada (por 100.000 habitantes) em ordem decrescente foi: estado de São Paulo com 74,8; Santa Catarina 64,5; Rio Grande do Sul com 39,5; no Paraná 18,8; Rio de Janeiro 12,0 e finalmente Minas com 11,7.

Em Sete Lagoas, a incidência acumulada no período de 1986 a 2004 foi de 67, o que evidencia uma aproximação deste município aos estados de São Paulo e Santa Catarina. Sete Lagoas apresenta uma incidência acumulada 6 vezes maior do que a do estado de Minas Gerais.

Quanto à distribuição por faixa etária em Sete Lagoas, pode-se observar na figura 5 que a maior ocorrência foi de 33 a 37 anos perfazendo 20,3% da população estudada. De forma geral, a faixa de 23 a 47 anos correspondeu a 85,5% do total de casos.

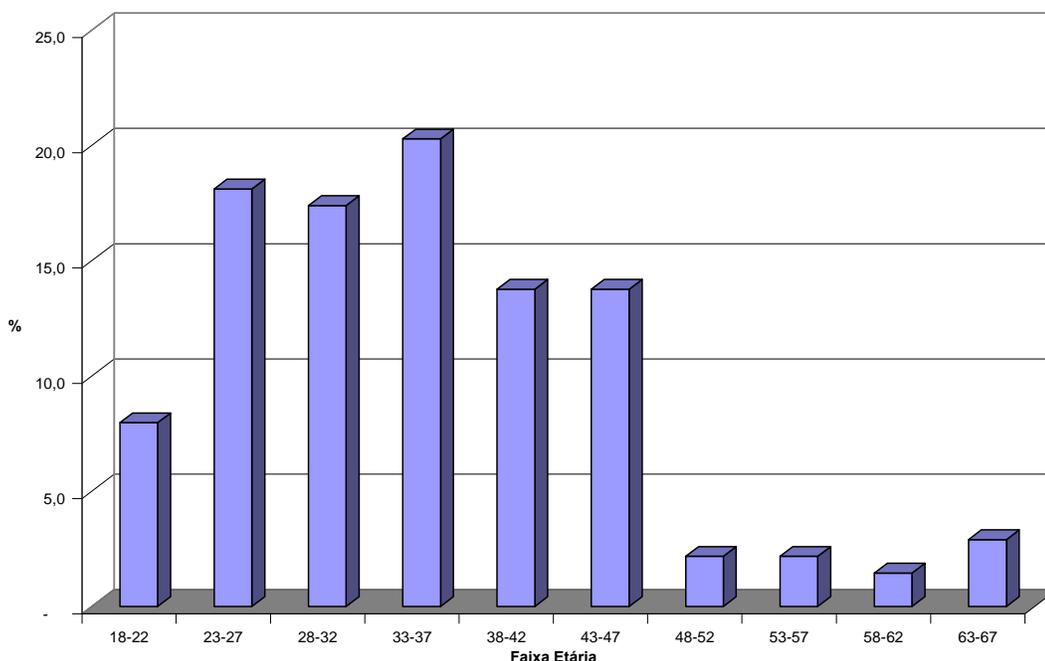


Figura 5 - Distribuição dos casos de aids por faixa etária no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

Em relação à faixa etária, desde o início da epidemia o grupo etário mais

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Os dados mundiais mais recentes sobre a aids publicados no relatório da UNAIDS (2006c) e em DST e aids na mídia (2006) destacam o forte crescimento do número de novas infecções entre jovens. Pessoas entre 15 e 24 anos respondem por 40 % dos 4,3 milhões de novas infecções em 2006, ou seja, 1 milhão e 720 mil. Na Rússia, situada numa região com um dos mais altos índices de expansão da doença, 80 % das pessoas que estão com HIV tem menos de 30 anos.

Segundo dados do MS (Brasil, 2005), a maior proporção dos casos ocorreu na faixa etária entre 25 e 49 anos para ambos os sexos. No Brasil, em ambos os sexos também a faixa etária específica de 30 a 34 anos apareceu com maior relevância, sendo que no sexo masculino ela representou 22,1% dos casos e no sexo feminino esta proporção ficou em 19,7%.

Ao contrário da tendência mundial, a epidemia de aids no Brasil está envelhecendo, apesar de ainda se concentrar na população jovem.

Os dados do PNDST/aids (2006) confirmam o aumento de novos casos entre a população mais velha, sobretudo a masculina. Em 1996, a cada 100.000 homens entre 50 e 59 anos, 18,2 tinham diagnóstico de infecção pelo HIV. Em 2005, este índice alcançou 29,8. Entre 1995 e 2005 houve um aumento de 134%, ou seja, de 824 para 1.930 casos. O PNDST/aids (2006) esclarece que além da resistência ao uso do preservativo por pessoas desta faixa etária, o aumento também se daria pela manutenção ou retomada da vida sexual com a chegada no mercado de medicamentos para impotência.

Em Minas Gerais a faixa etária mais atingida está entre 20 e 49 anos e a faixa etária específica mais atingida foi de 30 a 39 anos em ambos os sexos, embora a porcentagem entre homens seja de 40,2% e entre as mulheres de 34,4% (SES- MG, 2006).

Em Sete Lagoas podemos observar, através da figura 5, que a aids apresentou uma distribuição bastante variada quanto à faixa etária. A concentração de notificações entre 23 e 47 anos atinge 83,4% do total de casos e segue a mesma tendência confirmada pelos dados do MS (Brasil, 2005) nesta mesma faixa etária. No entanto o Brasil já apresenta um crescimento dos casos entre homens de 50 a 59 anos em 2006 (PNDST/aids, 2006).

Como a maior concentração de casos está na faixa etária específica de 33 a 37 anos que representa 20% do total de casos, o que fica caracterizado em Sete Lagoas é o maior acometimento da população adulta, embora 5% tenham mais de 55 anos.

A figura 6 mostra a distribuição dos casos de aids segundo sexo e evidencia que a grande concentração dos casos ocorreu no sexo masculino, com 99 casos (72%).

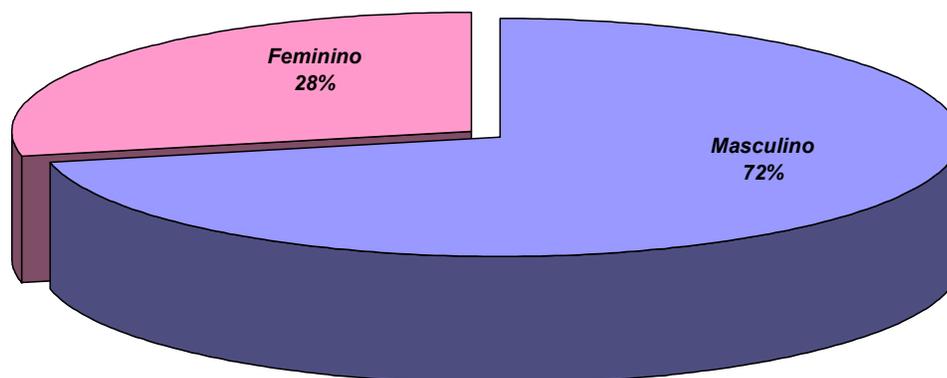


Figura 6 - Distribuição de casos de aids por sexo no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

Conforme Szwarcwald et al. (2000), a mobilização social e a mudança de comportamento, no sentido de práticas mais seguras, causaram a queda da infecção de aids entre HSH e crescimento das infecções entre heterossexuais, no caso entre mulheres.

A WHO (2006) ratifica que o número de mulheres infectadas pelo HIV cresceu em todas as regiões do mundo em 2003 e 2004, sem nenhuma exceção. As mulheres atualmente representam metade dos 37,2 milhões de adultos (15 e 49 anos) que vivem com aids no mundo.

A UNAIDS (2006a) relata ainda que na África Subsaariana enquanto entre os jovens (15 a 24 anos) do sexo masculino a taxa de incidência é de 1,7% entre o sexo feminino chegou a 4,6%. Em regiões do Caribe como Trinidad e Tobago o índice de infecção entre mulheres é seis vezes maior do que em homens da mesma idade.

Também na República Dominicana mulheres com menos de 24 anos apresentam risco duas vezes maior de infectar-se do que homens com perfil semelhante. Ainda no Caribe, especificamente na Jamaica, as adolescentes são duas vezes e meia mais vulneráveis (UNAIDS, 2006d).

Segundo os dados do MS (Brasil, 2005), o número de mulheres infectadas pelo HIV tem crescido no Brasil desde 1990 e atingiu 111.314 notificações de aids no país. (BRASIL, 2005). Em 2003 foram 12.698 notificações em mulheres contra 10.566 em 1998, ou seja, 16% a mais. Dos 151.000 brasileiros em tratamento no Brasil, um terço são mulheres.

De acordo com o PNDST/aids (2006) dentre os fatores que tornam as mulheres mais vulneráveis à infecção pelo HIV estão a dificuldade de acesso à educação, ao emprego e à informação. Outros fatores como a pobreza e a dificuldade na negociação do sexo seguro também colaboram com este quadro.

Conforme conta os números do MS (Brasil, 2005), só nos primeiros seis meses de 2004 foram registrados 5.538 casos de aids em mulheres. O crescimento de infecção pelo HIV nas mulheres é nove vezes maior que em homens. Entre as adolescentes, o número de meninas infectadas é seis vezes superior ao de meninos.

Na figura 7 pode-se observar o aumento da incidência entre o sexo feminino a partir de 1990. De 1990 a 1994 a relação masculino/feminino alcançou sua menor razão que foi 1,75. De 1995 a 1999, a razão de sexo atingiu 3,62 e de 2000 a 2004 esta razão caiu para 2,03.

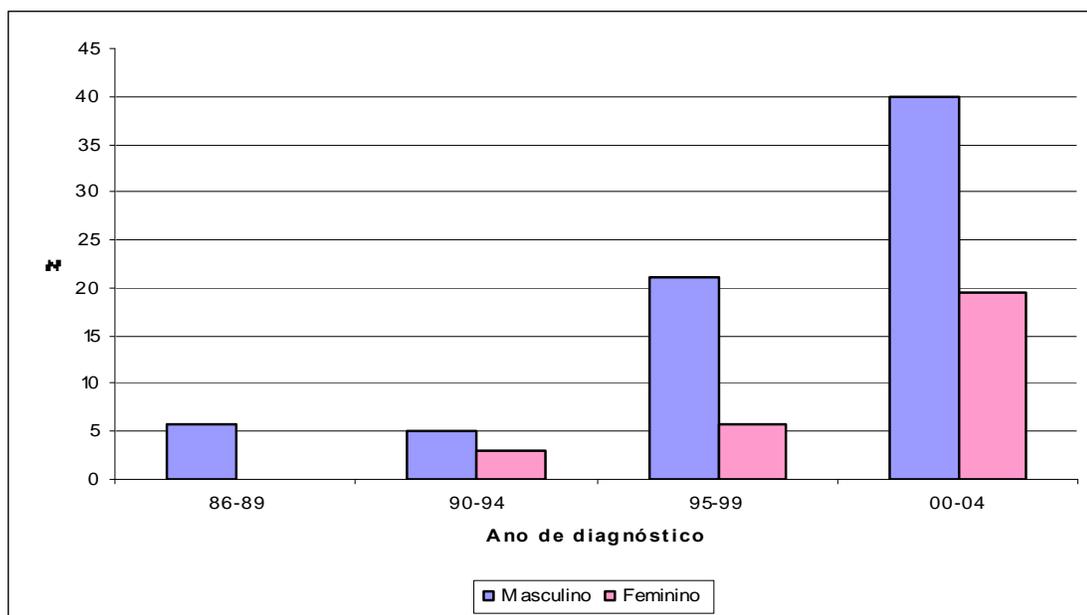


Figura 7 - Distribuição dos casos de aids segundo sexo e ano de diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

Em todo território nacional, o aumento relativo de casos em mulheres é observado. Um exemplo é a desaceleração do crescimento de casos entre homens da região

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Sudeste (grandes cidades) que alcançou taxa de variação de 4% ao ano (a menor do Brasil), enquanto entre as mulheres as taxas de incidência em municípios (com mais de 500 habitantes) apresentaram crescimento da ordem de 20% ao ano (BRITO, CASTILHO E SZWARCOWALD, 2000).

Desta forma o que se pode observar é que a tendência de feminização em Sete Lagoas está em acordo com o encontrado no âmbito nacional (BRASIL, 2005) e internacional (WHO, 2006).

A figura 8 apresenta a distribuição dos casos de aids em relação à escolaridade dos indivíduos e ano de diagnóstico, mostrando que 3,7% (três) relataram 12 ou mais anos concluídos, 8,7% (12) concluíram de oito a 11 anos, 26% (36) concluíram de quatro a sete anos, 4,5% (seis) referiram de um a três anos de estudos concluídos e 5% (sete) referiram não ter nenhuma escolaridade. Do total geral de 138 pacientes notificados, apenas 64 (46%) estavam com preenchimento adequado.

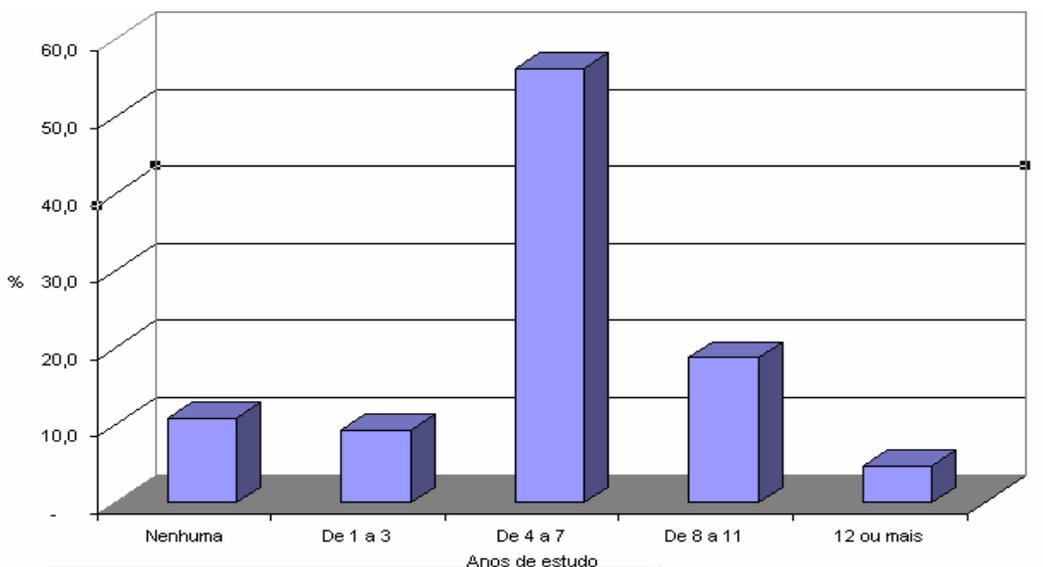


Figura 8 - Distribuição dos casos de aids segundo escolaridade e ano de diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

De forma geral, os dados sobre escolaridade no Brasil apresentam duas limitações: a primeira é a grande quantidade de casos com preenchimento ignorado e a

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

é a falta da especificação da série efetivamente completada do ensino fundamental e a flutuação dos critérios de classificação. Estas dificuldades podem ser constatadas em quase todos os estudos sobre escolaridade no Brasil que utilizaram como fonte os dados do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2005).

Consideradas as devidas restrições quanto ao uso da escolaridade como variável socioeconômica que caracteriza o fenômeno da pauperização, o fato é que está ocorrendo aumento da proporção de casos de aids em indivíduos com baixa escolaridade.

Entre as pesquisas que confirmam a tendência atual de baixa escolaridade dos casos notificados no Brasil, em anos mais recentes da epidemia estão Szwarcwald et al. (2000); Parker e Camargo Júnior (2000); Brito, Castilho e Szwarcwald (2000), Fonseca et al. (2000), Fonseca, Szwarcwald e Bastos (2002) e Rodrigues Júnior e Castilho (2004).

Embora conjecturas sobre a pauperização da epidemia têm sido sugeridas por todos os autores acima, não se pode afirmar com base única e exclusiva na variável escolaridade que esteja ocorrendo o fenômeno de pauperização da aids em Sete Lagoas.

É importante pensar que a escolaridade eventualmente pode não refletir com exatidão a situação socioeconômica do indivíduo ou até mesmo considerar, conforme já relatado, que a coleta do grau de instrução apresentou problemas ao longo do tempo. Outro fator que dificulta a correta interpretação dos dados é o alto índice de pessoas com escolaridade desconhecida.

Na figura 9 observa-se a distribuição dos casos de aids segundo relações sexuais e ano de diagnóstico. Do total de pacientes, 32% relataram relações sexuais só com homens: cinco (3,6%) de 1990 a 1995, oito (5,8%) de 1995 a 1999 e 31 (22,5%). Um total de 29% de pacientes relataram relações sexuais somente com mulheres: dois (1,5%) de 1990 a 1994, 11 (8%) de 1995 a 1999 e 27 (20%) de 2000 a 2004. Um total de 15,2% relataram relações sexuais com homens e mulheres: quatro (3%) de 1986 a 1989, dois (1,5%) de 1995 a 1999 e 15 (11%) de 2000 a 2004.

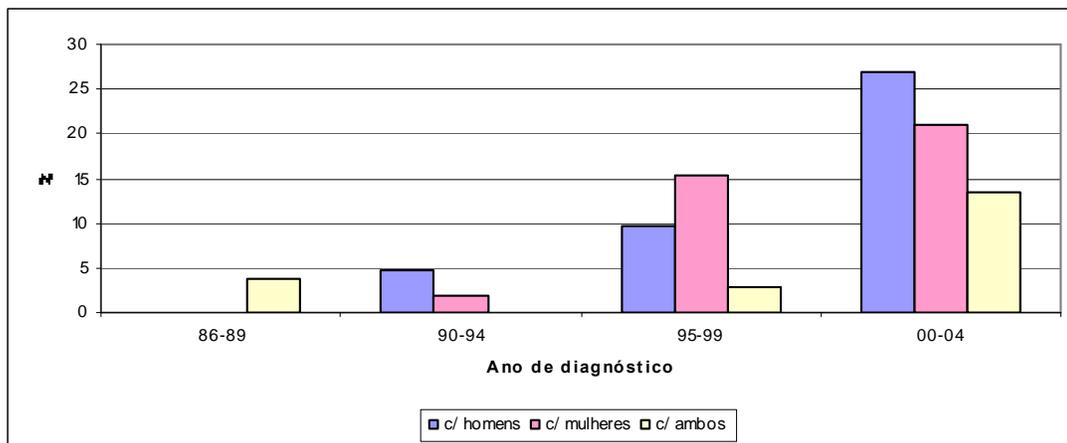


Figura 9 - Distribuição dos casos de aids segundo relações sexuais e ano de diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

Segundo dados da UNAIDS (2006e) a Europa Oriental tem constatado mudança no perfil de transmissão em que o aparecimento do contato heterossexual como causa dominante de novas infecções tenha acometido diversos países desta região. Na América do Norte e Europa Ocidental, desde 1981 até metade dos anos 1990, a atividade homossexual e bissexual foi a maior responsável pela transmissão do HIV.

Entretanto, a partir de 2000 na maioria das áreas do mundo em desenvolvimento, a disseminação heterossexual passou a ser a maior via de transmissão deste vírus. A transmissão heterossexual predomina na África desde o início da epidemia, ao contrário de outros países em que a epidemia inicialmente se concentrou na categoria de transmissão entre HSH (KOZINETZ, CRANE E REVERS, 1990; RYDER et al.,1989).

Em acordo com estes dados, Rodrigues Júnior e Castilho (2004) revelam em seu trabalho que o aumento das mulheres na categoria de transmissão heterossexual a partir de 1992, no Brasil, deve traduzir a maior vulnerabilidade feminina. Esta mesma vulnerabilidade está relacionada à menor capacidade de negociar sexo seguro e menor possibilidade de acesso ao serviço de saúde reprodutiva, segundo estes autores.

Brito, Castilho e Szwarcwald (2000) também concordam que dentro do quadro no qual se enquadra a epidemia de aids brasileira, o aumento da transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento substancial de casos em mulheres, um dos mais importantes fenômenos para o atual momento da epidemia. Portanto, a feminização no Brasil é

característica consonante entre autores como Castilho e Chequer (1997); Brito, Castilho e Szwarcwald (2000); Dhalia, Barreira e Castilho (2000) e Fonseca, Szwarcwald e Bastos (2002).

A figura 10 se refere à distribuição dos pacientes com aids segundo relação com indivíduos sabidamente HIV/aids e ano de diagnóstico.

Dos 29 pacientes que responderam sim para relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV/aids o maior índice ocorreu de 2000 a 2004 com 76% (22). Do total de pacientes com aids que relataram relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV /aids, 58,6% são mulheres.

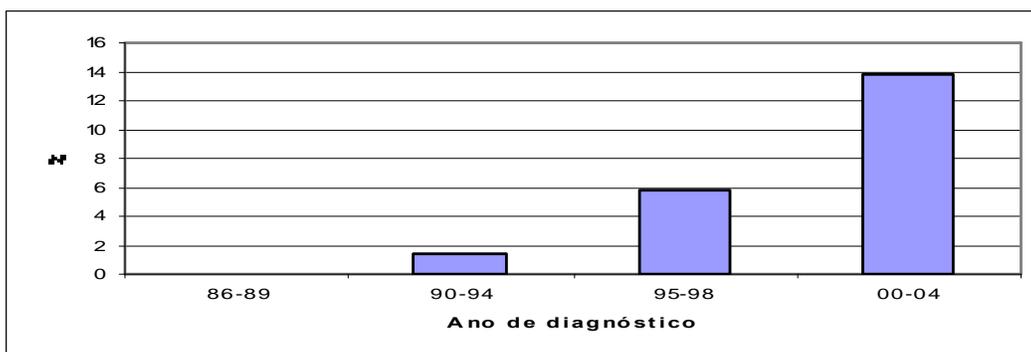


Figura 10 - Distribuição dos casos de aids segundo relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV/aids e ano de diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

A organização não governamental Grupo pela Vidua (2006) afirma que no Brasil as mulheres têm se infectado principalmente pela relação sexual com parceiros infectados. Cerca de 40% das mulheres com aids afirmam ter vários parceiros sexuais. A maioria (60%) relatou que seus parceiros têm múltiplos(as) parceiros(as) sexuais, são UDE ou tem HIV.

Como já foi falado sobre a vulnerabilidade social da mulher, neste momento é importante acrescentar a vulnerabilidade biológica. A WHO (2006) destaca que as mulheres são fisicamente mais suscetíveis à infecção pelo HIV do que o homem. A transmissão do homem para a mulher durante o sexo é cerca de duas vezes mais provável de ocorrer do que o

que cobre o pênis. Além disto, a superfície de contato da mulher é muito maior na relação sexual e a mulher tem um contato estendido com os fluidos seminais, o que leva a maior probabilidade de infecção.

Em Sete Lagoas, o que pode se observar é uma maior concentração de mulheres que confirmaram relações sexuais com pessoas sabidamente HIV/aids.

A figura 11 mostra a distribuição dos casos de aids segundo informações sobre parceiro(a) sexual. Sobre parceiro(a) que mantém relações bissexuais, quatro responderam sim. Sobre parceiro(a) UDE, 14 responderam sim. A porcentagem de ignorados entre parceiros bissexuais foi de 49,3% e de parceiros UDE de 48,5%.

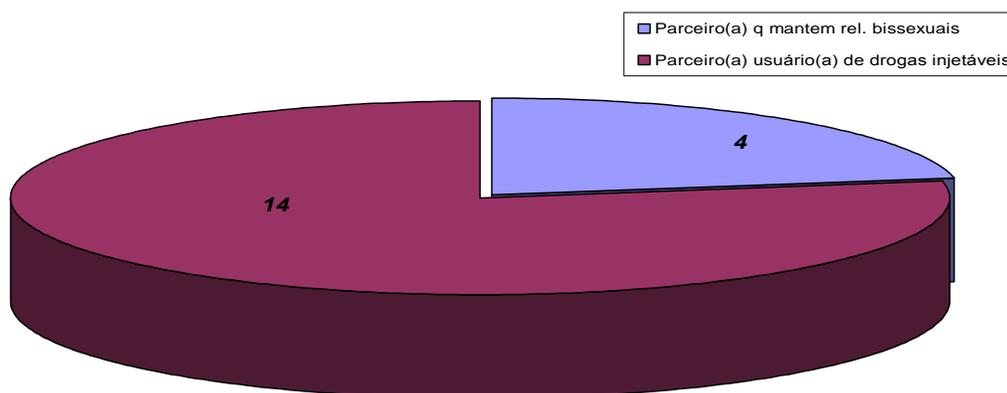


Figura 11 - Distribuição dos casos de aids segundo informações sobre parceiro(a) sexual no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

A distribuição das doenças oportunistas durante o diagnóstico de aids (segundo o critério Rio de Janeiro/Caracas) é mostrada na figura 12.

Durante o diagnóstico houve 16,1% (65) de caquexia (ou perda de peso maior que 10%), condição que esteve com maior frequência entre os pacientes com aids. A seguir, astenia (maior ou igual a um mês) com 15,1% (61). Com valores acima de 10% vieram candidose oral com 12,6% (51), febre maior ou igual a 38°C, por tempo maior ou igual a um

mês com 11,6% (47) e diarreia maior ou igual a um mês com 10,1%. Ainda, observa-se linfadenopatia com 4,5% (18) e tosse persistente ou qualquer pneumonia com 4,2%.

Já após o diagnóstico, 50% (quatro) dos pacientes apresentaram candidose oral e 12,5% dos pacientes foram acometidos por tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada, disfunção do sistema nervoso central, febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a um mês e tosse persistente ou qualquer pneumonia.

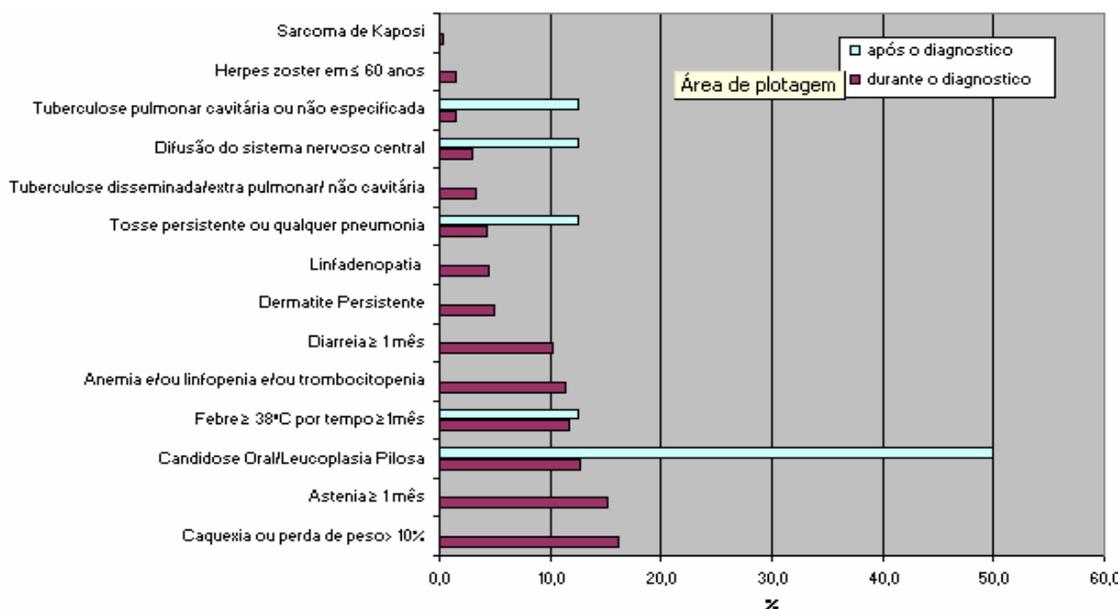


Figura 12 - Distribuição das doenças oportunistas (Critério Rio de Janeiro/Caracas) segundo diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

A figura 13 mostra a distribuição das doenças oportunistas durante o diagnóstico, segundo o critério CDC Adaptado. Durante o diagnóstico surgiram 48,4% de candidose, 21,1% de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* e 9,5% de toxoplasmose cerebral.

Após o diagnóstico, surgiram 50% de citomegalovirose e criptococose extrapulmonar.

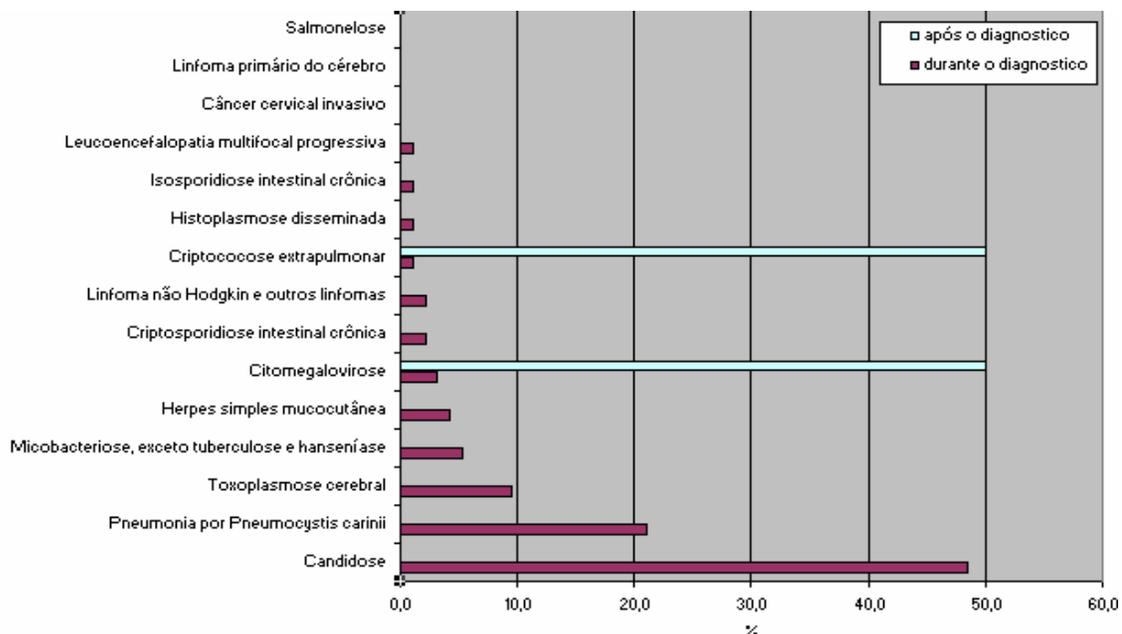


Figura 13 - Distribuição das doenças oportunistas (CDC Adaptado) segundo diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

A ficha de Notificação/Investigação da aids foi alterada em janeiro de 2004. Na ficha antiga não havia separação das doenças oportunistas segundo a data de diagnóstico, então o paciente informava se havia a doença ou não, sem referência a relação nenhuma com a data do diagnóstico. Como a mudança é recente na ficha, também são escassos os estudos que considerem exatamente se a doença oportunista ocorreu durante ou depois do diagnóstico.

Entre as inúmeras doenças oportunistas que podem se fazer presentes em pacientes com aids pela sua frequência, a criptococose extrapulmonar e a citomegalovirose se destacaram após o diagnóstico de aids, no município. Durante o diagnóstico, a astenia a caquexia e a candidose foram as doenças oportunistas de maior destaque. A candidose também é a doença oportunista mais comumente detectada em muitos estudos (MENESIA, 1999).

De acordo com Menesia (1999) em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, 40% dos pacientes tiveram candidose e em estudo de Laguardia (1996) no Rio de Janeiro a porcentagem foi de 58,4%. Também no estudo de Machado et al. (1997) feito no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, a candidose foi observada em 80% dos pacientes. Menesia (1999) faz um esclarecimento sobre

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

as discrepâncias encontradas em alguns estudos. A autora relata que o preenchimento da ficha epidemiológica reflete na verdade o que é achado naquele momento do preenchimento.

Este fato poderia explicar o motivo pelo qual muitos casos provavelmente deixam de ser detectados, o que reduz o percentual de diagnóstico da infecção. Ela explica ainda que a internação hospitalar pode facilitar a observação contínua do paciente o que consequentemente melhora os percentuais de diagnóstico.

Já conforme Guimarães (2000), em estudo com dados do Brasil de 1980 a 1999, a maior porcentagem foi candidose com 59,2%, seguida por tuberculose com 25,5%, pneumonia por *Pneumocystis jirovesi* com 23%, neurotoxoplasmose com 15,3%, herpes com 12,5%, sarcoma de Kaposi com 4,6%, criptococose com 4,5% e protozoários com 4,3%.

Guimarães (2000) também evidenciou que os homens apresentaram maior incidência de todas as doenças oportunistas em relação às mulheres e os pacientes mais jovens (13-29 anos) também apresentaram maior incidência para todas as doenças oportunistas, exceto para sarcoma de Kaposi. O autor confirmou diferenças estatísticas quando relacionou doenças oportunistas e categorias de exposição. A categoria HSH mostrou maior incidência de pneumonia por *Pneumocystis jirovesi* (26,4%), herpes zooster (15,7%) e sarcoma de Kaposi (9,7%), enquanto candidíase (65,8%), protozoários (5,9%) e criptococose (5,1%) apresentaram maiores incidências entre a categoria de transmissão sanguínea. As maiores incidências de tuberculose (32,9%) e neurotoxoplasmose (17,4%) foram associadas aos UDE.

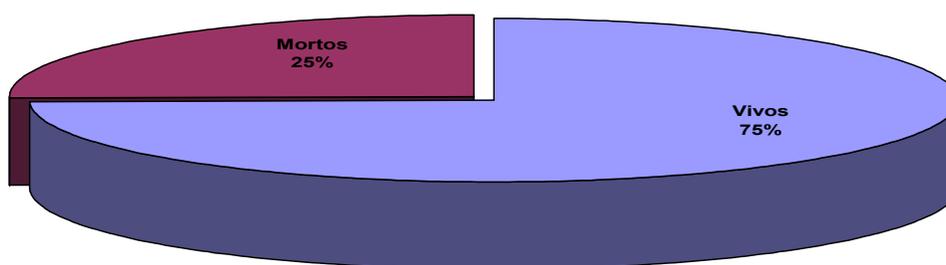


Figura 14 - Distribuição dos casos de aids segundo a variável situação atual do paciente no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

A distribuição dos casos de aids segundo ano de diagnóstico e situação atual do paciente pode ser observada na figura 14. Do total, 73,9 % (102) pacientes estão vivos. Com diagnóstico entre 1986 e 1989 37,5% (três) pacientes estão vivos, de 1990 a 1994 62,5% (cinco) estão vivos, de 1995 a 1999, 78,4% (29) pacientes vivos e de 2000 a 2004 79,3% (65) pacientes vivem.

Sobre a ocorrência de óbitos observa-se que 13,8% (cinco) ocorreram de 1986 a 1989, 16,6% (seis) de 1990 a 1994, 22,3% (oito) de 1995 a 1999 e 44,4% (16) de 2000 a 2004. Um paciente possui a variável situação atual ignorada (2,7%).

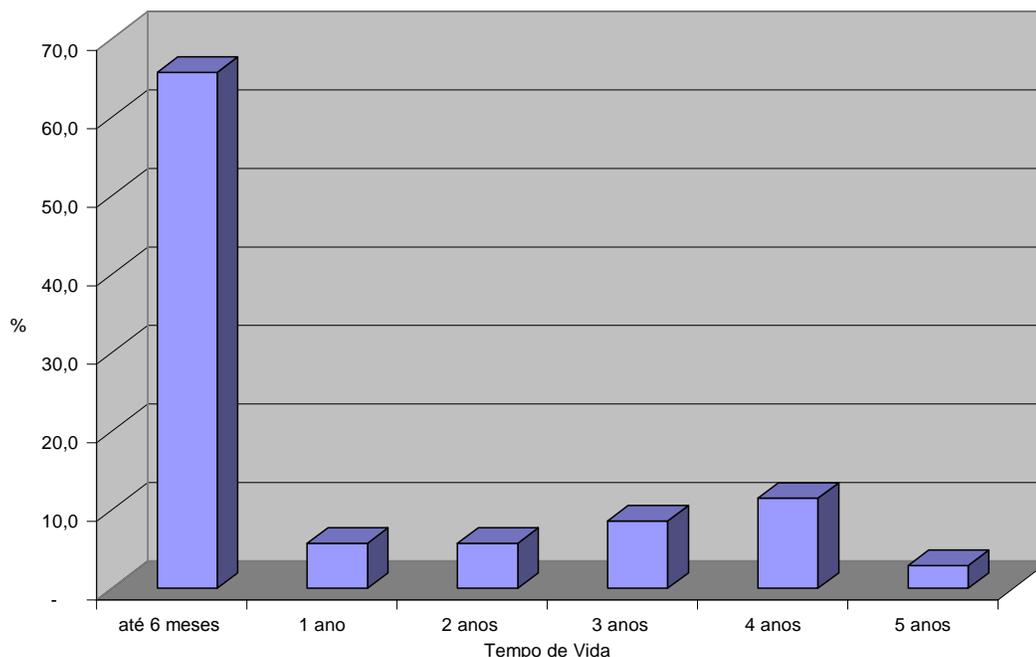


Figura 15 - Distribuição dos casos de aids segundo tempo de vida (meses) após o diagnóstico no Município de Sete Lagoas-MG, no período de 1986 a 2004.

Fonte: Fichas Epidemiológicas de aids (SMS-SL)

O Brasil acumulou até meados de 2006, mais de 185 mil óbitos devido à aids. As taxas de mortalidade que apontavam crescimento até meados da década de 1990 foram se estabilizando após a introdução da combinação de ARV. Mas a evolução do registro de óbitos

ainda atinge em números absolutos patamares muito elevados e desde 1998 mantém-se em cerca de 11 mil por ano (GRUPO PELA VIDDA, 2006).

A taxa de mortalidade se estabilizou em cerca de 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, dado mais evidente em São Paulo e no Distrito Federal. A primeira cidade (município de residência) em número de mortes é São Paulo, a segunda é o Rio de Janeiro, a terceira é Porto Alegre, a quarta Salvador e a quinta Belo Horizonte (GRUPO PELA VIDDA, 2006).

Chequer et al. (1992) relatam que entre 1982 e 1989, a sobrevida mediana no Brasil era estimada em 5,1 meses para casos adultos de aids. Já segundo o MS (Brasil, 2004) para casos adultos de aids diagnosticados em 1995 a sobrevida mediana foi estimada em 18 meses e para casos adultos diagnosticados em 1996, em 58 meses, sendo que a terapia ARV mostrou-se o fator mais significativamente associado ao aumento na sobrevida. A taxa de hospitalização por aids por paciente em terapia ARV teve diminuição de 0,63 em 1998 para 0,3 em 2003.

Para efeitos de comparação, outros estudos levados a efeito no Brasil têm mostrado números bastante diferentes entre si. Em estudo com registros médicos de pacientes soropositivos admitidos em Belo Horizonte entre 1989 e 1992, Acúrcio et al. (1999), encontraram sobrevida mediana de 14,3 meses. No estudo de Matos (1998) no Rio de Janeiro este valor chegou a 45,5 meses.

Já em estudo realizado pela Fundação Osvaldo Cruz, que envolveu pacientes de diversas populações, com diferentes hábitos tais como mendigos, travestis, menores de rua, ex-presidiários, toxicômanos, a média de sobrevivência foi de 18 meses (SOARES, 1997). Em outro estudo no Rio de Janeiro feito por Gadelha (1997) o valor obtido foi de 4,9 meses.

A explicação mais provável para estes valores tão conflitantes reside na opção metodológica, é o que afirma Menesia (1999) em seu trabalho que também encontrou valores muito discordantes ao do Brasil. Esta explicação fica ainda mais evidente quando se observa valores de sobrevida em países desenvolvidos como Inglaterra com sobrevivência mediana de 24 meses segundo SABIN et al. (1995) e na Irlanda com 19,2 meses, conforme Dunne, Ruskin e Mulcahy (1997). O fato é que a demora na notificação provoca viés nos resultados das pesquisas sobre o tempo de sobrevivência. As notificações muitas vezes ocorrem muito próximo ou até mesmo após o óbito, conforme constatou Menesia (1999).

Enfim, além do amplo acesso a terapia ARV que pode explicar as mudanças no perfil de morbi-mortalidade da aids no Brasil, outros fatores devem ser considerados como

idade da epidemia, medidas de prevenção, conhecimentos sobre HIV/aids e anos de escolaridade.

No município de Sete Lagoas a média de sobrevida foi de 13 meses, com a maioria dos pacientes (63%) com uma sobrevida de até seis meses.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que os objetivos levantados inicialmente foram atingidos ao longo deste trabalho. As variáveis que constituíram este estudo foram originadas da ficha de Notificação/Investigação da aids, de modo que estas variáveis estão associadas aos fatores de risco para a infecção pelo HIV. A maioria dos pacientes com aids de Sete Lagoas (71%) foram notificados entre 2000 e 2004, o que confirma a expansão da epidemia neste município.

As idades mais atingidas foram aquelas compreendidas principalmente entre 23 e 47 anos, com maior porcentual (20%) na faixa etária específica de 33 a 37 anos, o que confirma o maior acometimento da população adulta. Desta forma o que se pressupõe é também o comprometimento tanto reprodutivo quanto econômico destas faixas etárias, visto que é uma população de adultos jovens.

Em relação ao sexo, o que se observa é que em Sete Lagoas prevalece a tendência a feminização, com aumento importante de casos do sexo feminino a partir de 1990.

No quesito escolaridade, do total de casos com esta variável preenchida, 30,4% relatou de quatro a sete anos de estudo, o que caracterizou baixa escolaridade entre os pacientes com aids de Sete Lagoas.

Em relação à categoria de transmissão sexual, o que se observa ainda neste município é a predominância de registros de HSH (32% de um total de 76,2% de dados com preenchimento adequado). No entanto o índice de relações sexuais com mulheres (29%) e com ambos os sexos (15,2%) também tiveram um índice considerável. A variável relações sexuais apresentou dificuldade de preenchimento, visto que, as pessoas não verbalizam ou não informam ou negam sua preferência sexual.

A variável relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV/aids também não é confiável, a semelhança do que é encontrado em outros estudos. No Brasil há poucos estudos sobre esta variável. O que se percebe em Sete Lagoas é que de um total de 29 pacientes que responderam sim, 58,6% são mulheres e que 76% destas pessoas se concentraram entre 2000 e 2004, mesmo período em que ocorreu 71% das notificações.

Em relação ao parceiro sexual, dos 138 casos, somente quatro responderam sim para parceiro(a) que mantém relações bissexuais e 14 responderam sim para parceiro(a) UDE.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

preenchimento inadequado entre parceiros bissexuais foi de 49,3% e de parceiros UDE 48,5%.

Neste estudo as doenças oportunistas foram classificadas em dois Critérios (Rio de Janeiro/Caracas e CDC Adaptado) conforme a ficha de Notificação e Investigação da aids. Esta ficha divide a ocorrência das doenças de forma temporal em “durante o diagnóstico” e “após o diagnóstico”. Entre as inúmeras doenças oportunistas que podem se fazer presentes em pacientes com aids pela sua frequência, a pneumonia por *Pneumocystis jirovesi*, a caquexia, a astenia e a candidose se destacaram durante o diagnóstico da aids no município. Após o diagnóstico, a criptococose extrapulmonar, a citomegalovirose e a candidose foram as doenças oportunistas de maior destaque.

Neste município, a média de sobrevida foi 13 meses, embora houvesse uma concentração de pacientes com até 6 meses de sobrevida (63%). Este fato, talvez é devido ao período de estudo em que ARV potentes não eram ainda disponíveis.

Os resultados obtidos serão apresentados posteriormente ao município com o objetivo de levantar informações para melhor acolhimento, assistência, tratamento e planejamento das ações de combate ao DST/aids, assim como para subsidiar estudos posteriores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, F. A.; CESAR, C. C.; GUIMARÃES, M.C.D. *Health care utilization and survival among patients with AIDS in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 34, p. 811-820, out./dec., 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - AIDS XIII (1): 15-56, SE 48/98 a 22/00, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids. Boletim Epidemiológico, mar., 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Center for Diseases Control and Prevention. *Monitoraids: Sistema de Monitoramento de indicadores do Programa Nacional de DST e aids (versão 1.0)* /Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e aids. Centers for Diseases Control and Prevention - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 100 p. il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. *Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças*. Brasília. Ministério da Saúde, 2003.

BRITO, A. M.; CASTILHO E. A.; SZWARCOWALD, C. L. *Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, [s.l.], v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

CARVALHEIRO, J. R. Processo migratório e disseminação de doenças. In: CARVALHEIRO, J. R. *Texto de apoio: Ciências Sociais*. 2. ed. Rio de Janeiro, PEC/ESP/ABRASCO, p. 29-55, 1991.

CASTILHO, E. A.; CHEQUER, P. *A epidemia de aids no Brasil*. In: A epidemia da aids no Brasil: situação e tendências. Coordenação Nacional de DST/aids, Brasília, Ministério da Saúde, p. 9-12, 1997.

CHAGAS, C. Estudo avalia a adesão dos soropositivos à terapia anti-retroviral. *Agência FIOCRUZ de Notícias*, Rio de Janeiro, set. 2005. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acesso em: 06 mar. 2006.

CHEQUER, P. et al. Determinants of survival in adult brazilian aids patients, 1982-1989. The Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators. *AIDS*. v. 6, n. 5, p. 483-487, 1992.

DOURADO I. et al. *Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas*, Rio de Janeiro, v. 16, 2006. Suplemento.

DST e aids na mídia. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Apresenta notícias sobre a aids no Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 06 out. 2006.

DUNNE, M. T.; RUSKIN, H. J.; MULCAHY, F.M. Survival with AIDS in Ireland. *AIDS*, v. 11, n. 10, p. 1281-1290, 1997.

FONSECA, M. G. P. et al. *Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986*

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

FONSECA, M. G. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. *Análise sociodemográfica da epidemia de aids no Brasil, 1989 - 1997*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 678-685, 2002.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). Países da América Latina conseguem reduzir preço de anti-retrovirais em até 55%. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acesso em: 06 mar. 2006.

GADELHA, A. M. J. *Casos notificados de aids no município do Rio de Janeiro, 1983-1993: análise de sobrevida*. 1997. 153 f. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

GOTTLIEB, M. S. et al. A. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously health homosexual men evidence of new acquired cellular immunodeficiency. *N. Engl. J. Med.*, v. 305, n. 24 p. 1425-1431, 1981.

GRUPO pela Vidda. *Porque 11.000 pessoas morrem de aids por ano no Brasil?* São Paulo, ano 16, p. 9-10, jun. 2006.

GUIMARÃES, M. D. C. *Estudo temporal das doenças associadas à aids no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 16, 2000. Suplemento.

GULLIFORD, M. C; MAHABIR, D. Social inequalities in morbidity from diabetes mellitus in public primary care clinics in Trinidad and Tobago. *Social Science and Medicine*, n. 46, p. 137-144, 1998.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Dados estatísticos do Brasil. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 06 mar. 2006.

JOINT United Nations Programs on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). AIDS Epidemic Update December, 2001. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br>>. Acesso em: 02 dez. 2002.

JOINT United Nations Programs on HIV/AIDS (UNAIDS), Desenvolvido pela World Health Organization (WHO). Apresenta informações sobre a aids na região da África Subsaariana. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/RegionsCountries/Regions/SubSaharanAfrica.asp>>. Acesso em: 01 maio 2006a.

JOINT United Nations Programs on HIV/AIDS (UNAIDS), Desenvolvido pela World Health Organization (WHO). Apresenta informações sobre a aids na região da América do Norte, Europa Central e Oriental. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/RegionsCountries/Regions/NthAmer West Cent Europe.asp>>. Acesso em: 01 maio 2006b.

JOINT United Nations Programs on HIV/AIDS (UNAIDS), Desenvolvido pela World Health Organization (WHO). Apresenta informações sobre a aids na região da América Latina. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/Regions Countries/Regions/LatinAmerica.asp>>. Acesso em: 01 maio 2006c.

JOINT United Nations Programs on HIV/AIDS (UNAIDS), Desenvolvido pela World Health Organization (WHO). Apresenta informações sobre a aids na região do Caribe. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/Regions Countries/Regions/Caribbean.asp>>. Acesso em: 01 maio 2006d.

JOINT United Nations Programs on HIV/AIDS (UNAIDS), Desenvolvido pela World Health Organization (WHO). Apresenta informações sobre a aids na região da Europa Oriental e Ásia Central. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/Regions/Countries/Regions/EasternEuropeAndCentralAsia.asp>>. Acesso em: 01 maio 2006e.

JOINT United Nations Programs on HIV/AIDS (UNAIDS), Desenvolvido pela World Health Organization (WHO). Apresenta informações sobre a aids na Oceania. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/RegionsCountries/Regions/Oceania.asp>>. Acesso em: 01 maio 2006f.

JOINT United Nations Programs on HIV/AIDS (UNAIDS), Desenvolvido pela World Health Organization (WHO). Apresenta informações sobre a aids na região do Oriente Médio e África do Norte. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/Regions/Countries/Regions/MiddleEastAndNorthAfrica.asp>>. Acesso em: 01 maio 2006g.

KOZINETZ, C. A; CRANE, M.F.; REVERS, R. R. Pediatric HIV infection and AIDS: epidemiology. *Semin. of Pediatric Infect. Dis.*, v. 1, p. 6-16, 1990.

LAGUARDIA, J. *Um estudo caso-controle utilizando notificações de aids de indivíduos residentes no estado do Rio de Janeiro, de 1982 a 1993, para identificação de fatores associados à ocorrência de infecção oportunista por tuberculose*. 1996. 101p. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LEHNER, T.; CHIASSON, M. A. Seroprevalence of human immunodeficiency vírus type 1 and sexual behaviors in bisexual african-american and hispanic men visiting a sexually transmitted disease clinic in New York city. *Am. J. Epidemiol.*, v. 147, n. 3, p. 269-272, 1998.

LISKIN, L.; BLACKBURN, R.; MAIER, J.H. Aids: Um crise de Saúde Pública. *Population Reports*, série L, n. 6, abr., 1987.

LUEPPER, R. V. et al. Socioeconomic status and coronary heart disease risk factor trends. The Minnesota Heart Survey. *Circulation*, v. 88, p. 2172-2179, 1993.

MACHADO, A. A. et al. Perfil clínico epidemiológico de pacientes de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, com aids e infecções oportunistas. *Medicina*, v. 30, p. 106-112, 1997.

MACKENBACH, J. P. et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, v. 349, p. 1655-1659, 1997.

MANN, J. M. AIDS - The second decade: a global perspective. *J.Infect.Dis*, Boston, v. 165, n. 2, p. 245-250, feb. 1992.

MANN, J; TARANTOLA, D. J. M; NETTER, T. W. *A aids no mundo*. ABIA da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1993.

MATOS, H. *Sobrevida em aids*: hospital analisa 927 casos. *Radis-Fiocruz*, n. 16, p. 14, out., 1998.

MENESIA, E. O. *Estudo epidemiológico sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (aids) no município de Ribeirão Preto, SP, Brasil*. 1999. 103f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MONTAGNIER, L. *Vírus e homens. Aids: Seus mecanismos e tratamentos*. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges. Revisão de Darcy Fontoura de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

NAUD, P. et al. *Doenças sexualmente transmissíveis*. 4 ed. São Paulo, Cultura Médica, 1995.

PAPPAS, G. et al. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *New England Journal of Medicine*, n. 329, p. 103-109, 1993.

PARKER, R.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. *Pobreza e HIV/aids: aspectos antropológicos e sociológicos*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 16, 2000. Suplemento.

PROGRAMA Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids. Apresenta dados sobre a aids no Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 22 nov. 2006.

RYDER, R. W. et al. Prenatal transmission of the human immunodeficiency virus type I to infants of seropositive mothers in Zaire. *N. Engl. J. Med.*, v. 320, p. 1637-1642, 1989.

RODRIGUES JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. *A epidemia de aids no Brasil, 1991- 2000: descrição espaço-temporal*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, São Paulo, v. 4, n. 37, p. 312-331, 2004.

SABIN, C. A. et al. The use of CD4 counts as prognostic markers in HIV infection. *AIDS*, v. 9, n. 10, p. 1205-1206, 1995.

SABROSA, P. C.; LEAL, M.C. Saúde, ambiente e desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais. In: LEAL, M. D. C. et al. *Saúde, ambiente e desenvolvimento: uma análise interdisciplinar*. São Paulo, Hucitec, v. 2, p. 45-93, 1992.

SANTOS, N. J. S. et al. *A aids no estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica*. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 286-310, 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Dados/Estatística*. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/viewController.jsp?page=1050>>. Acesso em: 17 out. 2006.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb>>. Acesso em: 17 out. 2006.

SOARES, R. Programa da FIOCRUZ permite aumentar sobrevida de pacientes com aids. *O Estado de São Paulo*. São Paulo, 22 set. 1997.

SOUTO, B. G. A. *HIV/aids em um Centro de Referência de Conselheiro Lafaiete, MG. Um estudo epidemiológico*. 2002. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SZWARCWALD, C. L. 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, n. 16, p. 7-19, 2000. Suplemento.

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. *Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 1998*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 16, p. 135-141, 2000. Suplemento.

TREVISOL, F. S.; SILVA, M. V. *HIV frequency among female sex workers in Imbituba, Santa Catarina, Brazil*. Braz. J. Infect. Dis., Salvador, v. 9, n. 6, p. 500-505, 2005.

UNIVERSIDADE DE FRANCA. Coordenadoria de Iniciação Científica. *Normas para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos, aplicadas aos cursos de graduação e pós-graduação na Universidade de Franca*. Franca, 2006. 143 p.

WORLD Health Organization (WHO). Apresenta informações específicas sobre a aids em cada país. Disponível em: <<http://www.who.int/3by5>>. Acesso em: 15 jun. 2006.

ANEXOS

Anexo A

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Critérios de definição de caso de aids em adultos (treze anos de idade ou mais)

No quadro-resumo abaixo, são apresentados os critérios adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil para definição de caso de aids em indivíduos com treze (13) anos de idade ou mais para fins de vigilância epidemiológica:

QUADRO 1

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

CRITÉRIO CDC ADAPTADO

Existência de dois (2) testes de triagem reagentes ou um (1) confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV

+

Evidência de imunodeficiência:

Diagnóstico de pelo menos uma (1) doença indicativa de aids e/ou

Contagem de linfócitos T CD4+ <350 células/mm³

E/OU

CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS

Existência de dois (2) testes de triagem reagentes ou um (1) confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV

+

Somatório de pelo menos dez (10) pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças

OU

CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO

Menção a aids/sida (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito (DO)

+

Investigação epidemiológica inconclusiva

OU

Menção a infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV

+

Investigação epidemiológica inconclusiva

Notas Explicativas

- São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoadsorção ligada à enzima (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*, ELISA), ensaio imunoenzimático (*Enzyme Immuno Assay*, EIA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (*Microparticle Enzyme Immuno Assay*, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência.
- São testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, imunoblot, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos como, por exemplo, a reação em cadeia da polimerase (*Polimerase Chain Reaction*, PCR) e a amplificação seqüencial de ácidos nucleicos (*Nucleic Acid Sequence Based Amplification*, NASBA).
- Define-se como investigação epidemiológica inconclusiva aquela em que, após a busca em prontuários, o caso não puder ser descartado ou enquadrado num dos critérios principais, pelo não registro de dados clínicos/laboratoriais.
- A data do diagnóstico na ficha de notificação/investigação é aquela em que o indivíduo se enquadra em um dos critérios de definição de caso de aids, ou seja, tenha evidência clínica e laboratorial, exceto quando se trata do critério óbito. Nesse caso, a data do diagnóstico é igual à data do óbito.

Critério CDC adaptado em indivíduos com treze ou mais anos de idade

Será considerado como caso de aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV (dois testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente) no qual seja diagnosticada imunodeficiência (pelo menos uma doença indicativa de aids e/ou contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³), independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência.

Como evidência da infecção pelo HIV para fins de vigilância epidemiológica, são considerados testes de triagem para detecção de anticorpos: ELISA, EIA, MEIA e ensaio imunoenzimático por quimioluminiscência. São considerados testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, imunoblot, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos (carga viral), NASBA e PCR.

Como evidência de imunodeficiência, faz-se necessária uma contagem de linfócitos T CD4+ menor do que 350 células/mm³ e/ou o diagnóstico de pelo menos uma das doenças indicativas de aids (listadas abaixo em ordem alfabética):

1. Câncer cervical invasivo;
2. Candidose de esôfago;
3. Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões;
4. Citomegalovirose em qualquer outro local que não sejam fígado, baço e linfonodos; como a retinite por citomegalovírus;
5. Criptococose extrapulmonar;
6. Criptosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);
7. Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a 1 mês;
8. Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares);
9. Isosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);
10. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomavírus);
11. Linfoma não-Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido) e outros linfomas dos seguintes tipos histológicos: Linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt) e Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico);

12. Linfoma primário do cérebro;
13. Pneumonia por *Pneumocystis carinii*;
14. Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase);
15. Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite);
16. Sepses recorrente por bactérias do gênero *Salmonella* (não tifóide);
17. Toxoplasmose cerebral.

Segundo esse critério, para algumas doenças indicativas de aids, faz-se necessário o **diagnóstico definitivo**, enquanto para outras aceita-se o **diagnóstico presuntivo**, conforme descrito no Quadro 2 a seguir.

QUADRO 2

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS EM
INDIVÍDUOS COM TREZE (13) ANOS OU MAIS DE IDADE
PELO CRITÉRIO CDC ADAPTADO

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Câncer cervical invasivo	Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	
Candidose de esôfago	Inspeção macroscópica por endoscopia ou necropsia; ou microscópica por histologia ou citologia de material obtido diretamente do tecido afetado.	Histórico de dor retroesternal à deglutição e candidose oral, de início recente, diagnosticada pela inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa ou pela inspeção microscópica direta de material obtido da mucosa oral com achados característicos.
Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões	Inspeção macroscópica por endoscopia ou necropsia; ou microscópica por histologia ou citologia de material obtido diretamente do tecido afetado.	
Citomegalovirose em qualquer outro local que não seja fígado, baço e linfonodos	Inspeção microscópica por histologia ou citologia; cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Retinite por citomegalovírus - Aparência característica em exames oftalmológicos seriados (exemplo: discretas placas na retina com bordas distintas, progredindo de modo centrífugo, acompanhando os vasos sanguíneos, e freqüentemente associadas à vasculite retiniana, hemorragia e necrose). A resolução da doença ativa deixa cicatriz e atrofia com mosqueamento (<i>mottling</i>) do pigmento epitelial retiniano.
Criptococose extrapulmonar	Inspeção microscópica por histologia ou citologia; pesquisa direta ou cultura em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido; ou detecção de antígeno específico (sangue ou urina).	
Criptosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês)	Inspeção microscópica direta em fezes.	

(cont.) QUADRO 2
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS
EM INDIVÍDUOS COM TREZE (13) ANOS OU MAIS DE IDADE PELO CRITÉRIO CDC ADAPTADO

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a 1 mês	Inspeção microscópica por histologia ou citologia; cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente da lesão mucocutânea.	Aparência característica de lesões úlcero-croscostas persistentes, por um período superior a um (1) mês, por vezes muito extensas, nas regiões perianal e genital. Prova terapêutica deverá ser considerada nos casos duvidosos.
Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares)	Inspeção microscópica por histologia ou citologia; pesquisa direta ou cultura em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido; ou detecção de antígeno específico (sangue ou líquido).	
Isosporídiase intestinal crônica (período superior a um mês)	Inspeção microscópica direta em fezes.	
Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomavírus)	Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Tomografia computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética com múltiplas lesões hipodensas não captantes de contraste na substância branca subcortical do sistema nervoso central sem efeito de massa (edema).
Linfoma não-Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido) e outros linfomas dos seguintes tipos histológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt) • Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico) 	Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	
Linfoma primário do cérebro	Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	
Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>	Inspeção microscópica direta em escarro (induzido ou não), em lavado broncoalveolar ou em outros fluidos do trato respiratório; ou por histologia ou citologia em material obtido diretamente do pulmão.	Histórico de dispnéia de esforço ou de tosse não produtiva com início nos últimos três (3) meses associado à radiografia de tórax com evidência de infiltrado intersticial difuso bilateral e de hipoxemia ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$), na ausência de evidência de pneumonia bacteriana (prova terapêutica é suficiente).

(cont.) QUADRO 2
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS
EM INDIVÍDUOS COM TREZE (13) ANOS OU MAIS DE IDADE PELO CRITÉRIO CDC ADAPTADO

DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase)	Cultura de material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Inspeção microscópica direta (pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente - BAAR) em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos estéreis desse tecido (de órgãos outros que não sejam pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares).
Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)	Infecção pelo <i>Trypanosoma cruzi</i> documentada com reativação da doença de Chagas manifesta por diagnóstico parasitológico em fluidos corporais (pesquisa direta, xenodiagnóstico artificial ou hemocultura), associado à: - Meningoencefalite: imagem de lesão cerebral com efeito de massa (ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada com ou sem injeção de meio de contraste - captação anelar) e/ou - Miocardite aguda: arritmias e/ou insuficiência cardíaca diagnosticadas eletrocardiográfica e ecocardiograficamente.	
Sepse recorrente por bactérias do gênero <i>Salmonella</i> (não tifoide)	Hemocultura ou cultura de material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	
Toxoplasmose cerebral	Inspeção microscópica por histologia ou citologia em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	Histórico de início recente de síndrome clínica neurológica focal compatível com lesão intracraniana ou redução do nível de consciência associada à imagem de lesão cerebral com efeito de massa (ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada com ou sem injeção de meio de contraste - captação anelar) e/ou sorologia (IG) falso negativa em 5 a 10% ou prova terapêutica positiva.

Notas Explicativas

- Não estão incluídos os linfomas de células T (fenótipo imunológico), de tipo histológico “não descrito” ou descrito como “linfocítico”, “linfoblástico”, “células pequenas não clivadas” ou “linfoplasmocítico”.
- No ANEXO I, poderão ser observados os termos equivalentes e os códigos numéricos usados na Classificação Internacional de Doenças para Oncologia CID-O, 3ª edição.
- A reativação da doença de Chagas foi incluída na revisão de 2003, pelos motivos apresentados na introdução.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

Critério Rio de Janeiro/Caracas

Será considerado como caso de aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com treze (13) anos de idade ou mais que apresentar **evidência laboratorial da infecção pelo HIV** (dois testes de triagem de detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente) e, além disso, um somatório de **pelo menos dez (10) pontos numa escala de sinais, sintomas ou doenças**, independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência.

Para o diagnóstico de infecção pelo HIV, são considerados testes de triagem para detecção de anticorpos: ELISA, EIA, MEIA e ensaio imunoenzimático por quimioluminescência. São considerados testes confirmatórios: imunofluorescência, imunoblot, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos, PCR e NASBA.

Apresenta-se no Quadro 3, a seguir, a **escala com a pontuação** para cada sinal, sintoma ou doença.

QUADRO 3

ESCALA DE SINAIS, SINTOMAS OU DOENÇAS

SINAIS / SINTOMAS / DOENÇAS	DESCRIÇÃO	PONTOS
Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia	Anemia: hematócrito inferior a 30% em homens e 25% em mulheres; ou hemoglobina inferior a 6,80 mmol/L (menos de 11,0 g/dL) em homens e inferior a 6,20 mmol/L (menos de 10,0 g/dL) em mulheres. Linfopenia: contagem absoluta de linfócitos inferior a $1 \times 10^9/L$ (menos de 1.000 células/mm ³). Trombocitopenia: contagem de plaquetas inferior a $100 \times 10^9/L$ (menos de 100.000 células/mm ³).	2
Astenia	Por um período igual ou superior a um (1) mês, excluída a tuberculose como causa básica.	2
Caquexia	Perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente com ou sem emaciação, excluída a tuberculose como causa básica.	2
Dermatite persistente	Lesões eczematosas localizadas ou generalizadas de evolução crônica, lesões papulovesiculosas disseminadas sem etiologia definida ou micoses superficiais de evolução crônica resistentes ao tratamento habitual.	2
Diarréia	Constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um (1) mês.	2
Febre	Igual ou superior a 38°C, de forma constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um (1) mês, excluída a tuberculose como causa básica.	2
Linfadenopatia	Maior ou igual a um (1) centímetro acometendo dois (2) ou mais sítios extra-inguinais, por um período igual ou superior a um (1) mês.	2

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

(cont.) QUADRO 3
ESCALA DE SINAIS, SINTOMAS OU DOENÇAS

SINAIS / SINTOMAS / DOENÇAS	DESCRIÇÃO	PONTOS
Tosse	Tosse persistente associada ou não a qualquer pneumonia (exceto tuberculose) ou pneumonite, determinadas radiologicamente ou por qualquer outro método diagnóstico.	2
Candidose oral ou leucoplasia pilosa	Candidose oral: inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa ou pela inspeção microscópica de material obtido da mucosa oral com achados característicos. Leucoplasia pilosa: placas brancas não removíveis na língua.	5
Disfunção do sistema nervoso central	Confusão mental, demência, diminuição do nível de consciência, convulsões, encefalite, meningites de qualquer etiologia conhecida (exceto a por <i>Cryptococcus neoformans</i>) ou desconhecida, mielites e/ou testes cerebelares anormais, excluídas as disfunções originadas por causas externas.	5
Herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade	Lesões dermatológicas em diferentes fases de evolução, precedidas e/ou acompanhadas por dor, acometendo um ou mais dermatomos.	5
Tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região	Tuberculose de linfonodos com localização única, pleural, pulmonar não-especificada ou cavitária diagnosticada por padrão radiológico específico, inspeção microscópica (histologia ou citologia), cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	5
Outras formas de tuberculose	Tuberculose de linfonodos localizados em mais de uma cadeia, disseminada, atípica ou extra-pulmonar diagnosticada por padrão radiológico específico (miliar, infiltrado intersticial, não cavitário) e/ou inspeção microscópica (histologia ou citologia), pesquisa direta, cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	10
Sarcoma de Kaposi	Diagnóstico definitivo (inspeção microscópica: histologia ou citologia) ou presuntivo (reconhecimento macroscópico de nódulos, tumorações e/ou placas eritematosas/violáceas características na pele e/ou mucosas).	10

Critério excepcional óbito em indivíduos com treze (13) anos ou mais de idade

Será considerado como caso de aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com treze (13) anos de idade ou mais em cuja Declaração de Óbito (DO):

- Haja menção a aids/sida ou termos equivalentes (por exemplo, síndrome da imunodeficiência adquirida, imunodeficiência adquirida) em algum dos campos de preenchimento, e que, após investigação epidemiológica, não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios principais de definição de caso de aids vigentes (investigação epidemiológica inconclusiva);

OU

- Haja menção à infecção pelo HIV ou termos equivalentes em algum dos campos de preenchimento, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV, e que, após investigação epidemiológica, não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios principais de definição de caso de aids vigentes (investigação epidemiológica inconclusiva).

Notas Explicativas

1. Quando houver a definição de caso pelo critério excepcional óbito, a data do diagnóstico corresponderá à data de ocorrência do óbito.
2. Deve-se **sempre** tentar, por meio de investigação epidemiológica, obter os dados clínicos e laboratoriais necessários à classificação do caso em algum dos critérios principais (CDC Adaptado e/ou Rio de Janeiro/Caracas). Caso haja a reclassificação do caso para algum outro critério principal, a data do diagnóstico poderá ser retificada.
3. No processo de investigação, a partir das DO, pode haver a exclusão da aids como sendo a causa básica do óbito, quando forem identificadas outras causas de imunodeficiência e não houver evidência da infecção pelo HIV.
4. Quando em algum dos campos de preenchimento da DO houver menção a alguma doença indicativa de imunodeficiência mas não houver registro da infecção pelo HIV ou da aids, deve-se realizar **também** investigação epidemiológica com a finalidade de se obterem dados clínicos e/ou laboratoriais adicionais necessários para a classificação do caso como aids. Deverão ser excluídas outras causas de imunodeficiência.
5. Outras causas de imunodeficiência: a) tratamento prolongado com corticosteróides ou doses elevadas de corticosteróides (esquemas imunodepressores) três (3) meses antes do início da doença indicativa de aids; b) outros tratamentos imunodepressores (quimioterapia antineoplásica, radioterapia, etc.); c) presença de pelo menos uma (1) dessas doenças: doença de Hodgkin, leucemia linfocítica, mieloma múltiplo e qualquer outro câncer do tecido histiocítico ou linforreticular, ou linfadenopatia angioimunoblástica; d) síndrome de imunodeficiência genética (congenita) ou um estado de imunodeficiência atípico da infecção pelo HIV, tal como aquelas envolvendo hipogamaglobulinemia.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Anexo B

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº _____ FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO SINAN AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual	2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		
Dados do Caso	5 Agravado AIDS	Código (CID10) B 2 4	6 Data do Diagnóstico	
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino 9 - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 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 6- Não se aplica 9-Ignorado
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe		
	15 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código	16 Número	
Dados de Residência	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			
	Antecedentes Epidemiológicos	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(a) sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		32 Uso de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
<input type="checkbox"/> Parceiro(a) que mantém relações bissexuais		33 Hemofilia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
<input type="checkbox"/> Parceiro(a) usuário(a) de drogas injetáveis				
<input type="checkbox"/> Parceiro(a) que recebeu transfusão de sangue/derivados/hemofilia				
História de transfusão de sangue/derivados:				
34 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não				
35 Data da 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

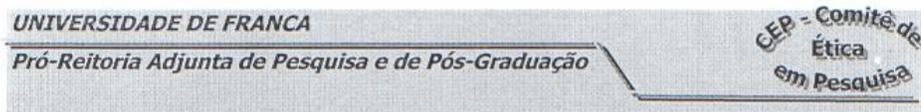
Dados Clínicos	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada, extra-pulmonar/mão cavitária (10) <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Diarrea 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)* <i>*Excluída a tuberculose como etiologia</i>
	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"/> Candidose (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"/> Histoplasmoze disseminada <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Isosporidiose 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tra L.	45 Contagem de Linfócitos CD4+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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"/>
Investigador	52 Nome 53 Função
	54 Assinatura
Instruções para Preenchimento da Ficha	<p>As Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação usar categoria ignorada. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.</p> <p>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.</p> <p>8- Data de Nascimento: Deverá ser anotada em termos numéricos, os valores referentes ao dia, mês e ano.</p> <p>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.</p> <p>12- Escolaridade: Preencher com o código correspondente ao número de anos concluídos com aprovação.</p> <p>28-30- Notar 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 parceria 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.</p> <p>41-42 e 51 - Somente para casos que preencham os critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais:</p> <p>a) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e 10 pontos no critério Rio de Janeiro/Caracas (campo 41), e/ou</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>(*)evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas laboratoriais compatíveis com imunodeficiência (campo 43): Reatividade 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, Immunoblot e testes de amplificação de ácidos nucleicos (PCR e NASBA).</p>

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

Anexo C



OF.CEP/061/06/28.04.06

Prezado (a) Professor(a),

Ref.: Processo n. 061/06

De ordem do Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade, informo que o referido Comitê, em sessão realizada em 28 de abril de 2006, deliberou APROVAR o Projeto de Pesquisa envolvendo seres humanos intitulado: "**Características epidemiológicas dos pacientes com AIDS no Município de Sete Lagoas, Minas Gerais**" ser desenvolvido por Vossa Senhoria, na Universidade de Franca.

O ATESTADO DE APROVAÇÃO para publicação final será expedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, após a entrega e aprovação do Relatório Final.

Na oportunidade, lembramos da necessidade de entregar na Secretaria do Comitê, o RELATÓRIO FINAL preenchido em formulário próprio disponível no site da Unifran, impreterivelmente, até o dia 25 de agosto de 2006.

Atenciosamente,

Adriana P. Montesanti
Secretária "ad hoc" do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) Eliana Soares de Souza

Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201 – CEP: 14404-600 – Franca - São Paulo – Fone: (16) 3711.8829 – Fax: (16) 3711.8886

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Anexo D

Sete Lagoas, 03 de agosto de 2005.

Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de Sete Lagoas
Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Minas Gerais

Sra. Vitória Lúcia da Silva Figueiredo
Diretora DADS- Sete Lagoas

Venho através desta, solicitar a sua autorização para utilização dos dados do Sinam relativo ao município de Sete Lagoas, no período compreendido entre o ano de 1986 à 2004. Estes dados serão utilizados para a elaboração de um perfil epidemiológico, visto que esse município não o possui de forma sistematizada. Gostaríamos de excluir de nossa solicitação dados pessoais ou de identificação de paciente, visto que a pesquisa é de cunho epidemiológico e estes dados (nomes, endereço, nome mãe) não nos interessa.

Esta pesquisa terá como orientador o professor Dr. Eduardo Zaia e será apresentada obrigatoriamente ao Comitê de Ética da Universidade de Franca – SP, previamente à publicação.

Como este estudo é uma exigência para conclusão do mestrado em Promoção de Saúde, nos colocamos à disposição para apresentar esse trabalho à DADS-SL e a SMS-SL. O objetivo deste trabalho é melhorar a assistência ao paciente HIV, dar subsídios a outros estudos e contribuir para o planejamento e execução de ações de prevenção da AIDS.

Elvira Soares de Souza
ENFERMEIRA
CREMESP 111104

de Souza

Recebi 19.09.05
Terezinha de Souza Freitas
Téc. Saúde II
MASP 917.491-3
DRS/SL/Compras/Material

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)