

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

ADRIANA PEIXOTO NASCIMENTO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE
JOÃO PESSOA - PB

JOÃO PESSOA

2022

ADRIANA PEIXOTO NASCIMENTO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE JOÃO
PESSOA - PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança –
FACENE, como exigência para obtenção do
título de bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof.^a Dra. Vivianne Marcelino de Medeiros Candeia

JOÃO PESSOA

2022

N195p

Nascimento, Adriana Peixoto do

Perfil epidemiológico dos casos de HIV/AIDS no município de João Pessoa-PB / Adriana Peixoto do Nascimento. – João Pessoa, 2022.

45f.

Orientadora: Prof.^a D.^a Viviane Marcelino de M. Candeia
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

1. Levantamento Epidemiológico. 2. Vírus da Imunodeficiência Humana. I. Título.

CDU: 616.97

ADRIANA PEIXOTO NASCIMENTO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE
JOÃO PESSOA - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Adriana Peixoto Nascimento, do Curso de Bacharelado em Farmácia, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado(a) em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Vivianne Marcelino de Medeiros Candeia – Orientadora
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança)

Prof. Dra. Élide Batista Vieira Sousa– Examinador Interno
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança)

Prof. Dr. Luiz Henrique Agra Cavalcante Silva - Examinador Interno
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança)

AGRADECIMENTOS

A Deus por me proporcionar perseverança durante toda a minha vida.

A minha mãe Giovana pelo apoio e incentivo que serviram de alicerce para as minhas realizações.

Ao meu irmão José Carlos pela amizade e atenção dedicadas quando sempre precisei.

Ao meu querido esposo Gessé Lucas pelo seu amor incondicional e por compreender minha dedicação ao projeto de pesquisa.

A minha orientadora Vivianne Marcelino pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo.

A todos os meus amigos do curso de graduação que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

Também quero agradecer à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança e o seu corpo docente que demonstrou estar comprometido com a qualidade e excelência do ensino.

RESUMO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é o agente etiológico causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A AIDS é um importante problema de saúde pública e está relacionada a múltiplos fatores epidemiológicos e clínicos. No Brasil, sua monitorização é feita através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desde 22 de dezembro de 1986, quando foi incorporada na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, por meio da Portaria nº 542 do Ministério da Saúde. Mediante o atual cenário brasileiro no enfrentamento de uma pandemia mundial de covid-19, se faz necessário continuar analisando os dados epidemiológicos de outras enfermidades. Sendo assim, o presente estudo propôs investigar o perfil epidemiológico dos casos de HIV/AIDS no município de João Pessoa – PB, no período de 2017 a 2021. Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório feito por meio de uma investigação, retrospectiva e quantitativa dos casos de HIV/AIDS na cidade de João Pessoa - PB no período de 2017 a 2021 através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no mês de março de 2022. No período estudado, foram registrados 1.355 casos de HIV/AIDS no município de João Pessoa, sendo 2019 o ano com o maior número de registro e 2021, o com menores notificações de casos. Foram encontrados nos resultados, a prevalência do gênero masculino, na faixa etária de 30 a 39 anos, raça parda, com ensino médio completo e com categoria de exposição heterossexual. Pode-se concluir que houve a diminuição da incidência de casos com o passar dos anos, e que ações de educação em saúde que visem a orientação acerca da prevenção, tratamento e testagem são necessários, além de que a presença de profissionais capacitados para realizar a notificação de agravo também é importante para a inferência do quadro epidemiológico e a consequente adoção de medidas que melhorem a assistência aos cuidados de saúde dessa população.

Palavras-chave: Levantamento epidemiológico. Vírus da imunodeficiência humana. Sistema de informação de agravos de notificação.

ABSTRACT

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) is the etiologic agent that causes the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). AIDS is an important public health problem and is related to multiple epidemiological and clinical factors. In Brazil, its monitoring has been carried out through the Notifiable Diseases Information System (SINAN) since December 22, 1986, when it was incorporated into the list of compulsory notification diseases, through Ordinance n° 542 of the Ministry of Health. Given the current Brazilian scenario in the face of a global pandemic of covid-19, necessary to continue analyzing the epidemiological data of other diseases. Therefore, the present study proposes to investigate the epidemiological profile of HIV/AIDS cases in the city of João Pessoa - PB, from 2017 to 2021. It was a descriptive and exploratory study carried out through an investigation, retrospective and quantitative analysis of HIV/AIDS cases in the city of João Pessoa - PB in the period from 2017 to 2021 through the Notifiable Diseases Information System (SINAN), available at the Informatics Department of the Unified Health System (DATASUS). In the period studied, 1,355 cases of HIV/AIDS were registered in the city of João Pessoa, with 2019 being the year with the highest number of registrations and 2021, the year with the lowest number of cases reported. The results showed the prevalence of males, aged between 30 and 39 years, mixed race, with complete high school and with heterosexual exposure category. It can be concluded that there has been a decrease in the incidence of cases over the years, and that health education actions aimed at guidance on prevention, treatment and testing are necessary, in addition to the presence of trained professionals to carry out the Disease notification is also important for the inference of the epidemiological picture and the consequent adoption of measures that improve the assistance to the health care of this population.

Keywords: Epidemiological survey. Human immunodeficiency virus. Notifiable diseases information system.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARC	Complexo relacionado à AIDS
ARV	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DBS	<i>Driedblood spots</i>
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GRID	<i>Gay-RelatedImmuneDeficiency</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus T-Linfotrópico Humano
IB	Imunoblot
IBR	Imunoblot rápido
IE	Imunoensaios
IFI	Imunofluorescênciaindireta
Ig	Imunoglobulina
INI	Inibidores da integrase
IP	Inibidores da protease
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
ITRN	Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos
ITRNN	Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos
LAV	Vírus Associado à Linfadenopatia
LIA	<i>Lineimmunoassay</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PB	Paraíba
PEP	Profilaxia Pós-Exposição de Risco
RNA	Ácido ribonucleico
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TM	Testes moleculares
TR	Testes rápidos
UDI	Usuários de drogas injetáveis
WB	Western blot

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa, durante período de 2017 a 2021.....	31
Gráfico 2. Distribuição do número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa no período de 2017 a 2021 de acordo com o gênero do paciente.....	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Critérios de definição de casos de AIDS em indivíduos com 13anos de idade ou mais de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil.....	23
Quadro 2. Critérios de definição de casos de AIDS em indivíduos menores de 13 anos de idade de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil.....	24
Quadro 3. Medicamentos utilizados no tratamento do HIV/AIDS.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição do número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa de acordo com a faixa etária, no período de 2017 a 2021.....	33
Tabela 2. Distribuição do número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa de acordo com a variável raça, no período de 2017 a 2021.....	34
Tabela 3. Distribuição do número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa de acordo com a variável escolaridade, no período de 2017 a 2021.....	35
Tabela 4. Distribuição do número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa de acordo com a variável categoria de exposição, no período de 2017 a 2021.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 HISTÓRIA DA INFECÇÃO.....	14
3.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO HIV/AIDS.....	16
3.3 ASPECTOS CLÍNICOS DO HIV/AIDS.....	17
3.4 FATORES DE RISCO PARA O HIV/AIDS.....	19
3.5 DIAGNÓSTICO E CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DA AIDS.....	20
3.6 TRATAMENTO.....	24
3.7 MEDIDAS PREVENTIVAS.....	26
3.8 PAPEL DO FARMACEUTICO NO CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.....	28
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	29
4.2 OBTENÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	29
4.3 CAMPOS E VARIÁVEIS ANALISADAS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERENCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é o agente etiológico causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Esta doença apresenta um longo período de latência em constante progresso. Afeta o sistema imunológico através da destruição das células de defesa, especialmente os linfócitos T CD4⁺ do indivíduo infectado pelo HIV. O resultado da agressão imunológica é a progressiva instalação de imunodeficiência que torna a pessoa vulnerável às chamadas doenças oportunistas, que caracterizam o quadro de AIDS. Existem dois tipos de HIV, o HIV-1 que está amplamente distribuído no mundo e o HIV-2 que é mais abrangente na África Ocidental (VIANNA, 2019).

A evolução da infecção pelo vírus do HIV no país, resultando na AIDS, é um fenômeno que precisa ser avaliado regionalmente, uma vez que a ocorrência da síndrome possui um histórico diferenciado que depende do local e do período histórico. Os primeiros casos de AIDS ocorreram na região Sudeste no início dos anos 80, principalmente na relação HSH (homens que fazem sexo com homens), e em pessoas que receberam transfusão sanguínea (MACEDO JÚNIOR; GOMES, 2020).

As principais formas de transmissão do HIV são: sexual; sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis, ou UDI) e vertical (da mãe para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento). Além dessas formas mais frequentes, também pode ocorrer a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfurocortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV. As principais estratégias de prevenção empregadas pelos programas de controle envolvem: a promoção do uso de preservativos, a promoção do uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis, o controle do sangue e derivados, a adoção de cuidados na exposição ocupacional a material biológico e o manejo adequado das outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Os testes para detecção da infecção pelo HIV podem ser divididos basicamente em quatro grupos: detecção de anticorpos; detecção de antígenos; cultura viral e amplificação do genoma do vírus (BRASIL, 2021).

Quando ocorre a infecção pelo vírus causador da AIDS, o sistema imunológico começa a ser atacado. Nessa primeira fase, chamada de infecção aguda, ocorre a incubação do HIV (tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença). Esse período varia de três a seis semanas e o organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma

gripe, como febre e mal-estar, por isso a maioria dos casos passa despercebida (BRASIL 2021b).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) estima que existam cerca de 900 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS, entre as quais, cerca de 12 mil vão a óbito anualmente, o que faz desse agravo, um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade (PIRES& MEYER, 2019).

As infecções pelo vírus do HIV acontecem em todo o Brasil. No entanto, por ser um país com grandes dimensões continentais e com diferenças significativas no modo de vida, hábitos e as mais diversas etnias culturais, entre as suas diferentes regiões, o combate à AIDS só se mostra eficiente, quando levamos em consideração as características da distribuição dos casos pelo território nacional, ou seja, suas características epidemiológicas, o grau de acometimento da doença, a prevenção, o combate e a erradicação (VILLELA, 2018).

Ao analisar os números divulgados pela Secretaria de Estado da Saúde, no Estado da Paraíba no ano de 2020 até o mês de outubro foram diagnosticados 318 novos casos de HIV e notificados 147 novos casos de AIDS (SES-PB, 2020).

A AIDS é um importante problema de saúde pública e está relacionada a múltiplos fatores epidemiológicos e clínicos. No Brasil, sua monitorização é feita através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desde 22 de dezembro de 1986, quando foi incorporada na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, por meio da Portaria nº 542 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

A notificação dos casos de AIDS possui estimado valor no direcionamento da resposta nacional à epidemia, particularmente para os profissionais de saúde. A alimentação desse sistema possibilita o planejamento dos quadros de morbimortalidade, bem como auxilia na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com HIV/AIDS, além de permitir o acompanhamento ao longo dos anos da evolução dessa doença no país (GONÇALVES *et al.*, 2008).

Mediante o atual cenário brasileiro no enfrentamento de uma pandemia mundial de covid-19, se faz necessário o desenvolvimento de estratégias focadas no combate de outras enfermidades relevantes, como o HIV/AIDS. Sendo assim, o presente estudo propõe investigar o perfil epidemiológico dos casos de HIV/AIDS no município de João Pessoa – PB, com o intuito de promover um levantamento do panorama dessa enfermidade na cidade, de modo que se possa adotar medidas que melhorem a assistência aos cuidados de saúde dessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os dados epidemiológicos das pessoas com HIV/AIDS na cidade de João Pessoa entre os anos de 2017 a 2021.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a incidência da HIV/AIDS no município de João Pessoa - PB, segundo variáveis sociodemográficas;
- Identificar o conjunto de ações e serviços no controle do HIV/AIDS;
- Apontar as características clínicas-epidemiológicas dos pacientes acometidos;
- Associar a eficácia das medidas adotadas para prevenção e controle da doença.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTÓRIA DA INFECÇÃO

Entre as décadas de 1960 e 1980, começaram a surgir casos de doenças que os médicos não conseguiam explicar, tendo sido os primeiros casos detectados na África e nos Estados Unidos, o que mais tarde foi identificado como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ocasionada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Os pesquisadores acreditam que a primeira transmissão do HIV ocorreu dos macacos para os seres humanos e que esta possa ter ocorrido na década de 1930. Contudo a primeira morte comprovada pela AIDS foi de um homem no Congo, em 1957, mas a comprovação só veio décadas depois, com a realização de exames em sangue preservado (BIBLIOMED, 2021).

A AIDS foi observada clinicamente pela primeira vez em 1981, nos Estados Unidos. Os casos iniciais ocorreram na região de Los Angeles, em um grupo de usuários de drogas injetáveis e de homens homossexuais que se encontravam com a imunidade comprometida sem motivo aparente. Eles apresentavam sintomas de pneumonia pelo fungo *Pneumocystis carinii* (PCP), uma infecção oportunista rara até então, conhecida por ocorrer em pessoas com o sistema imunológico muito debilitado. Os investigadores logo correlacionaram o surgimento dessa doença com uma incidência incomum de uma forma rara de câncer de pele e vasos sanguíneos, chamada de sarcoma de Kaposi, gerando um alerta do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), que enviou uma força-tarefa para acompanhar o surto (MORAES *et al.*, 2018).

Em 1982 os pesquisadores da CDC começaram a colher informações de pessoas que haviam mantido relações sexuais entre si, com o intuito de mapear a doença. A maioria das pessoas entrevistadas relataram conhecer um mesmo homem chamado Gaetan Dugas. Este passou a ser conhecido posteriormente como o paciente zero, a partir de quem a doença teria cruzado o atlântico. No Brasil, os primeiros sete casos confirmados foram em pacientes de prática homo/bissexual e ocorreram em São Paulo, no hospital Emílio Ribas. Nessa época os pesquisadores ainda não haviam chegado a um consenso sobre o nome para esta doença, que era tratada pela imprensa como ‘Peste Gay’ ou GRID - *Gay-Related Immune Deficiency*. No entanto, naquele mesmo ano (julho de 1982) depois de determinar que a AIDS não estava restrita à comunidade homossexual, o termo GRID deixou de ser utilizado e passou-se a usar a sigla AIDS, de *acquired Immuno deficiency syndrome* (em português: síndrome da imunodeficiência adquirida, SIDA) (BIBLIOMED, 2021).

No ano posterior, 1983, o HIV-1 foi então isolado de pacientes com AIDS pelos pesquisadores Luc Montaigner (Instituto Pasteur de Paris) e Robert Gallo (EUA), recebendo os nomes de LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus* ou Vírus Associado à Linfadenopatia) e HTLV-III (*Human T-Lymphotropic Virus* ou Vírus T-Linfotrófico Humano tipo III) respectivamente nos dois países. Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2. Nesse mesmo ano, um comitê internacional recomendou o termo HIV (*Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana) para denominá-lo, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos (MORAES *et al.*, 2018).

Após os primeiros casos oficialmente reconhecidos no Brasil, em 1982, por volta do ano de 1985 foi instituído o sistema formal de vigilância epidemiológica em relação à AIDS em âmbito nacional. Apenas 5 meses depois do início do seu funcionamento, foram registrados 1.012 casos em 20 estados, demonstrando a realidade do rápido crescimento da epidemia no Brasil. A partir daí, neste mesmo ano, o Ministério da Saúde reconheceu a gravidade do problema para a saúde pública do Brasil e por meio da portaria 236 criou o Programa Nacional da AIDS e estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país, assumindo assim a AIDS como um problema emergente de saúde pública (MARQUES, 2002; CAMPANA 2019).

No final da década de 80 observou-se grandes avanços na luta contra a AIDS no mundo inteiro a partir do surgimento do primeiro teste sorológico para detecção do vírus e do primeiro medicamento antirretroviral para o tratamento do HIV. De modo que no início da década de 90, no ano de 1993, no Brasil, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, introduziu o HIV no Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN). E em 1996 por meio da lei 9313/96, passou a garantir no Brasil a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais aos portadores de HIV e doentes de AIDS, o que assegura um tratamento igualitário a toda sociedade. Em 2007, o licenciamento compulsório das patentes de medicamentos antirretrovirais, fazendo com que o Brasil liderasse o mundo na construção de um nova abordagem na relação entre interesses comerciais e políticas públicas de saúde; e as ações de prevenção desempenhadas ao longo das últimas décadas, com destaque para a massificação da testagem na rede de saúde do SUS e para a intensa articulação institucional entre Estado e sociedade civil, em ações de promoção de direitos humanos e, mais recentemente, testagem em populações-chave, garantindo uma melhora significativa na qualidade de vida de portadores de HIV (CEZAR; DRAGANOV, 2014; BRASIL, 2021).

3.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO HIV/AIDS

O HIV continua sendo um grande problema de saúde pública mundial, no entanto, com o aumento do acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados eficazes, inclusive para infecções oportunistas, a infecção pelo HIV tornou-se uma condição de saúde crônica gerenciável, permitindo que as pessoas que vivem com vírus tenham uma vida longa e saudável. Atualmente a pandemia de HIV/AIDS apresenta-se em tendência de estabilização no mundo, conforme dados da UNAIDS em 2020. As mortes em decorrência da AIDS diminuíram, e o número de pessoas contaminadas caíram, contudo o número de pessoas infectadas com o vírus HIV ainda é alto (UNAIDS, 2021).

Os países desenvolvidos apresentam números decrescentes da doença, mas o mesmo não é observado na maioria dos países subdesenvolvidos, como na África Subsaariana, onde residem dois terços (67%) das pessoas que vivem com HIV (DA SILVA, 2017).

Na América Latina, estima-se que o número de novos casos de HIV tenha aumentado 21% desde 2010, com aproximadamente 120 mil novas pessoas infectadas em 2019, enquanto que no Caribe observou-se uma redução de 29% de 2010 a 2019, de cerca de 18 mil novos casos em 2010 para 13 mil por ano. O número de óbitos relacionados à AIDS diminuiu de 41 mil em 2010 para 37 mil em 2019 na América Latina, enquanto que no Caribe essa redução foi de 11 mil para 6,9 mil no mesmo período (OPAS, 2021).

No Brasil os dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS mostram que foram notificados 41.919 casos de pessoas infectadas em 2019, sendo 4.948 (11,8%) casos na região Norte, 10.752 (25,6%) no Nordeste, 14.778 (35,3%) no Sudeste, 7.639 (18,2%) no Sul e 3.802 (9,1%) no Centro-Oeste. Em relação a AIDS, foram registrados 37.308 casos no ano de 2019. Nos últimos cinco anos (2015 a 2019), a região Norte apresentou uma média de 4,5 mil casos ao ano; o Nordeste, 9,0 mil; o Sudeste, 15,0 mil; o Sul, 7,5 mil; e o Centro-Oeste, 2,9 mil. Já a distribuição proporcional dos casos de AIDS, identificados de 1980 até junho de 2020, mostra uma concentração maior nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 51,0% e 19,9% do total de casos; as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem a 16,2%, 6,7% e 6,2% do total dos casos, respectivamente. No entanto, quando se fala de taxa de detecção de AIDS, observa-se uma diminuição nos últimos anos. Em 2019, chegou a 17,8 casos por 100 mil habitantes, sendo as regiões Sudeste e Sul as que apresentaram tendência de queda nos últimos dez anos enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram tendência de crescimento na detecção, juntamente com a região Centro-Oeste, que apesar de ter apresentado menores

variações nas taxas anuais, também exibiu aumento de 2,7% na taxa de detecção de AIDS nos últimos dez anos (BRASIL, 2020).

No Estado da Paraíba, os números divulgados pela Secretaria de Estado da Saúde, demonstra que entre os anos de 2018 e 2019 foram diagnosticados precocemente 1.320 novos casos de HIV. No ano de 2020 até o mês de outubro foram diagnosticados 318 novos casos de HIV, valor esse que quando comparado ao mesmo período do ano de 2019 (598 novos casos) representa uma redução de 47% no diagnóstico de novos casos precoce de HIV. Em relação aos casos de AIDS notificados do ano de 2018 para 2019, tivemos uma pequena diminuição de 439 casos notificados para 430 casos, respectivamente. No ano de 2020 até o mês de outubro foram notificados 147 novos casos de AIDS, valor esse comparado ao mesmo período do ano de 2019 (369 casos) apresenta um declínio acentuado de 60,2% dos casos de AIDS notificados. Já quando se avalia a taxa de detecção de AIDS de 2018 (11,0 casos por 100 mil habitantes) e a de 2019 (10,7 casos por 100 mil habitantes) não se observa variação significativa, porém no mesmo período avaliado em 2019 e 2020 percebe-se uma diminuição significativa na taxa de detecção que passou de 10,7 em 2019 para 3,7 casos por 100 mil habitantes em 2020, sugerindo uma situação de subnotificação em consequência da pandemia de Covid-19 (SES-PB, 2020).

3.3 ASPECTOS CLÍNICOS DO HIV/AIDS

O HIV é um retrovírus com genoma RNA, da Família *Retroviridae* (retrovírus) e subfamília *Lentivirinae*. Infecta primariamente os componentes do sistema imunológico humano, tais como as células T CD4⁺, macrófagos e células dendríticas. Ele direta e indiretamente destrói as células T CD4⁺, sendo a causa da doença conhecida como AIDS. Dois tipos de HIV foram caracterizados: HIV-1 e HIV-2. O HIV-1 é o vírus que foi originalmente descoberto, sendo o mais virulento, infeccioso, e a causa da maior parte das infecções de HIV no mundo. O HIV-2 é menos infeccioso em comparação ao HIV-1, o que indica que menos pessoas serão infectadas por exposição ao HIV-2 (FURTADO, 2010; DA SILVA, 2017).

A infecção pelo HIV é uma infecção dita crônica uma vez que o hospedeiro infectado é incapaz de eliminar o agente infeccioso. Após a exposição ao HIV, e no caso de ocorrer infecção, o percurso patogênico desta infecção passa por três etapas principais e sequenciais: fase inicial ou primária, fase assintomática ou de latência clínica e fase sintomática (LORETO; AZEVEDO-PEREIRA, 2012).

A infecção aguda, também chamada de síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária, ocorre em cerca de 50% a 90% dos pacientes. O tempo entre a exposição e

os sintomas é de cinco a 30 dias. Caracteriza-se tanto por viremia elevada, como por resposta imune intensa. Durante o pico de viremia, ocorre redução rápida dos linfócitos T CD4⁺, que posteriormente elevam, mas geralmente não retornam aos níveis prévios à infecção. Observa-se, também, aumento do número absoluto de linfócitos T CD8⁺ circulantes, com a inversão da relação CD4⁺/CD8⁺, que se torna menor que um. A elevação de T CD8⁺, provavelmente, reflete uma resposta T citotóxica potente, que é detectada antes do aparecimento de anticorpos neutralizantes (ADRIANO, 2012; SILVA, 2018).

Os sintomas aparecem durante o pico da viremia e da atividade imunológica. O quadro clínico varia desde síndrome gripal até mononucleose-símile, com febre, astenia, faringite, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retrorbicular e linfadenopatia. Adenomegalias podem ser evidentes na segunda semana, envolvendo gânglios axilares, occipitais e cervicais. Pode ocorrer exantema, predominantemente maculopapular no tronco e nos membros, e, menos frequentemente, podem surgir alterações gastrointestinais. Podem ocorrer manifestações clínicas de comprometimento do sistema nervoso central, como cefaleia, fotofobia, meningite, neuropatia periférica e mesmo síndrome de Guillain-Barré. Os sintomas podem persistir por uma a quatro semanas. Embora déficits neurológicos permanentes tenham sido descritos, em geral o quadro neurológico é reversível (RACHID; SCHECHTER, 2017).

Os achados laboratoriais inespecíficos são transitórios, e incluem: linfopenia seguida de linfocitose, presença de linfócitos atípicos, plaquetopenia e elevação sérica das enzimas hepáticas. Os sintomas duram, em média, 14 dias, sendo o quadro clínico autolimitado. A sorologia anti-HIV nesse momento costuma ser negativa, sendo importante a pesquisar por RNA viral circulante. Ocorre aumento na contagem de células TCD4⁺ e resposta imune celular e humoral contra o HIV (LOPES *et al*, 2019).

A fase assintomática, também chamada de fase de latência clínica ou ainda infecção precoce pelo HIV caracteriza-se por um estado clínico mínimo ou inexistente. Alguns dos sinais e sintomas que o paciente pode apresentar nesta fase são: linfadenopatia generalizada persistente, flutuante e indolor. A clínica nestes casos está condicionada à anamnese clínica, familiar e social do paciente buscando situações que possam agravar o caso. No que se refere à avaliação laboratorial, uma ampla variedade de alterações pode estar presente, como por exemplo, anemia, leucopenia, linfopenia e plaquetopenia. Os exames sorológicos para o HIV são reagentes e o sistema imunológico permanece competente frente à defesa contra o HIV, entretanto evidencia-se uma progressiva redução no número das células TCD4⁺. Esta fase pode durar cerca de 10 anos (RACHID; SCHECHTER, 2017; MONTEIRO, 2021).

A fase sintomática pode ser dividida em precoce e tardia. A fase precoce caracteriza-se pela ocorrência de manifestações que são mais comuns naqueles com imunodeficiência inicial, mas que também podem ocorrer em indivíduos imunocompetentes. A fase tardia, por sua vez, caracteriza-se pela ocorrência de infecções e/ou neoplasias que raramente afetam indivíduos imunocompetentes (RACHID; SCHECHTER, 2017).

Na fase sintomática inicial, o portador da infecção pelo HIV pode apresentar sinais e sintomas inespecíficos de intensidade variável, principalmente na pele e mucosas, entre outros. Alguns dos principais são: sudorese noturna, fadiga, emagrecimento, trombocitopenia, candidíase oral e vaginal, leucoplasia pilosa oral, gengivite, úlceras aftosas, diarreia, sinusopatias, herpes simples recorrente e herpes zoster, além de processos oportunistas de menor gravidade, conhecidos como ARC - complexo relacionado à AIDS. São indicativos de ARC: candidíase oral; testes de hipersensibilidade tardia negativos; e a presença de mais de um dos seguintes sinais e sintomas, com duração superior a 1 mês, sem causa identificada: linfadenopatia generalizada, diarreia, febre, astenia sudorese noturna e perda de peso superior a 10%. Há uma elevação da carga viral e a contagem de linfócitos T CD4+ já pode se encontrar abaixo de 500 cel/mm³ (BRASIL, 2010).

A fase sintomática tardia do HIV é a AIDS, e está se caracteriza pela ocorrência de doenças oportunistas ou infecções oportunistas. O fato é que os agentes causadores destas infecções não atingem pacientes imunocompetentes, apenas paciente com imunidade prejudicada ou deficitária, como é o caso daqueles infectados pelo HIV. Algumas das infecções oportunistas associadas à AIDS são: citomegalovírus, herpes simples, leucoencefalopatia multifocal progressiva, micobacterioses, pneumonias, salmonelose, pneumocitose, candidíase, criptococose, histoplasmose, toxoplasmose, criptosporidiose, isosporíase ou as Neoplasias. Todas as infecções oportunistas que acometem o paciente com AIDS podem ser de extrema gravidade, inclusive, dependendo do agente causal, pode ser fatal. Esta fase ocorre quando as células TCD4+ atingem níveis abaixo de 200 células/mm³ de sangue, sendo que a normalidade desta contagem é de 800 a 1200 células/mm³ de sangue (SILVA, 2018; MONTEIRO, 2021).

3.4 FATORES DE RISCO PARA HIV/AIDS

Entende-se por riscos a consequência da exposição a situações em que se busca a realização de um desejo, onde se inclui a possibilidade de perda ou de algum sofrimento físico, material e psicológico. Informações insuficientes sobre prevenção, uso de drogas e baixas condições socioeconômicas são os fatores de riscos que mais se destacam. O uso dessas

substâncias antes das relações sexuais é considerado como um forte fator de risco para o sexo desprotegido e a infecção por DST/HIV/AIDS devido ao estado de êxtase, raciocínio diminuído, número aumentado de parceiros e sensação de invulnerabilidade a qualquer situação de risco, principalmente no público adolescente (MESQUITA *et al.*, 2017).

Mesmo diante de inúmeros estudos que comprovam a eficácia do uso do preservativo no combate à transmissão do HIV/AIDS, grande parte da população persiste em não aderir ao seu uso, visto que a preocupação de aumento do prazer físico e emocional se sobressai a de adquirir a doença. A relação estabelecida entre fatores socioeconômicos e o aumento da prevalência da infecção pelo HIV/AIDS também foi abordada em outros estudos nacionais e internacionais, os quais tiveram como população alvo as mulheres usuárias de drogas, visto que os usuários de drogas injetáveis são fortemente acometidos pela epidemia e muitas vezes apresentam baixa autopercepção de risco com relação ao HIV/AIDS. As usuárias de drogas na maioria das vezes trocam sexo por dinheiro ou até mesmo por drogas para suprir a necessidade do seu vício (SOARES *et al.*, 2017).

Existe ainda a necessidade de as famílias conversarem abertamente com seus jovens sobre sexo e sexualidade, pois, por diversos motivos, sejam eles culturais ou religiosos, esse diálogo não ocorre e, por muitas vezes, são considerados assuntos proibidos. Em casa, tais temas de interesse dos jovens não são permitidos nem discutidos e desse modo, as universidades passam a ser vislumbradas pelos estudantes como um lugar de liberdade e de possibilidade de fala, pois eles se sentem livres para conversarem e se manifestarem. Nesse ambiente mais acolhedor, fala-se sobre relacionamentos, relação sexual, afinidades, grupos sociais, doenças e métodos contraceptivos, de modo natural e diversificado. Além dessa falta de diálogo, o machismo também tem sido uma das influências do não uso de preservativos nas relações sexuais. Na falta do uso das camisinhas, masculina e feminina, as mulheres ficam em situação de vulnerabilidade. Tal situação ocorre também pelo fato de as pessoas confiarem (WOHLGEMUTH; POLEJACK; SEIDL, 2020).

3.5 DIAGNÓSTICO E CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DA AIDS

Diagnosticar precocemente a infecção pelo HIV, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), aparece como prioridade para o controle da epidemia no mundo inteiro (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

O teste de HIV teve início no Brasil em 1985, no mesmo ano em que se realizou o registro dos primeiros kits de diagnóstico. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibilizou os testes para diagnóstico de infecção pelo HIV, nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), por meio de exames laboratoriais e dos testes rápidos, ambos feitos a partir da coleta de sangue que detectam os anticorpos contra o HIV em até 30 minutos. Esses centros foram criados como forma de expandir a oferta de diagnóstico para as populações e regiões com maior incidência do vírus, com o intuito de promover a acessibilidade, gratuidade, voluntariedade, confidencialidade, anonimato e agilidade no fornecimento de testes de HIV (ADRIANO, 2012).

Os testes para detecção da infecção pelo HIV são principalmente empregados em três situações: para triagem sorológica do sangue doado e garantia da segurança transfusional, dos hemoderivados e dos órgãos para transplante; para os estudos de vigilância epidemiológica; e para realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV (BUTTÒ *et al.*, 2010). A seguir, estão descritos os testes mais comumente utilizados no diagnóstico da infecção pelo HIV.

Logo após a descoberta do HIV, foram desenvolvidos imunoenaios (IE) para o diagnóstico da infecção. Nas últimas décadas, sucederam-se quatro gerações de IE. Essas gerações foram definidas de acordo com a evolução das metodologias empregadas, a partir do primeiro ensaio disponível comercialmente, no ano de 1985 (BRASIL, 2018a).

O ensaio de primeira geração é do tipo indireto, ou seja, a presença de anticorpos específicos é detectada por um conjugado constituído por um anticorpo anti-IgG humano. É um ensaio pouco específico e menos sensível do que os ensaios de gerações seguintes e não é utilizado na rotina diagnóstica dos laboratórios. O de segunda geração também é do tipo indireto, contudo utiliza antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados de proteínas do HIV. Transcorre da existência de regiões antigênicas em determinadas proteínas do HIV (epítomos imunodominantes) que são alvos preferenciais da resposta imune humoral. É diretamente proporcional, quanto maior a quantidade de epítomos imunodominantes no ensaio mais sensível esse ensaio se torna. O imunoensoio de terceira geração tem o formato "sanduíche" ou imunométrico. Esse ensaio caracteriza-se por utilizar antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos na fase sólida e na forma de conjugado. Esse formato permite a detecção simultânea de anticorpos anti-HIV IgM e IgG. É um teste de maior especificidade, pois os antígenos ligam-se apenas à valência livre do anticorpo que está no complexo imune (antígenos na fase sólida do ensaio e anticorpos da amostra). E a quarta geração dos imunoenaios detecta concomitantemente o antígeno p24 e anticorpos específicos anti-HIV. O componente de detecção do anticorpo tem a forma de "sanduíche" e identifica todas as classes de

imunoglobulinas contra proteínas recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados das glicoproteínas gp41 e gp120/160. Em média, a janela diagnóstica dos ensaios de quarta geração é de aproximadamente 15 dias, dependendo do ensaio utilizado (LOPES *et al.*, 2019).

Os testes rápidos (TR) são imunoensaios (IE) simples, com resultados em até 30 minutos, realizados preferencialmente de forma presencial (teste realizado na presença do indivíduo ou presencial) em ambiente não laboratorial com amostra de sangue total obtida por punção digital ou amostra de fluido oral (BRASIL, 2018a).

Os testes complementares utilizam diferentes formatos e princípios. Estão incluídos nessa categoria: western blot (WB), imunoblot (IB) ou imunoensaios em linha (LIA, do inglês *line Immuno assay*), incluindo o imunoblot rápido (IBR) e imunofluorescência indireta (IFI). Mais recentemente, os testes moleculares (TM) também foram incluídos como testes complementares, uma vez que auxiliam no esclarecimento dos resultados da infecção aguda pelo HIV, como nos casos de reatividade no teste de 4ª geração por detecção do antígeno (p24) e ausência de anticorpos circulantes (BRASIL, 2018a).

A maioria desses ensaios detectam apenas IgG e por isso não são recomendados para confirmar a presença de anticorpos IgM HIV específicos (ensaios de terceira ou quarta geração) ou a presença do antígeno p24 (ensaios de quarta geração). Nesse caso, recomenda-se utilizar um TM para complementar o diagnóstico do HIV (BRANSON *et al.*, 2014; BUTTÒ *et al.*, 2010; GUARNER, 2017).

A infecção pelo HIV ainda pode ser diagnosticada por meio da detecção direta de componentes do vírus, como o antígeno p24, ou com testes moleculares (TM) que detectam RNA ou DNA pró-viral. A detecção do antígeno p24 do HIV-1, de RNA ou DNA, desempenha um papel importante quando a detecção de anticorpos não é possível. Esses testes são especialmente úteis para o diagnóstico em crianças com idade inferior a 18 meses e na infecção aguda em adultos (BRASIL, 2010; BRANSON *et al.*, 2014; BUTTÒ *et al.*, 2010; GUARNER, 2017; BOTTONE; BARTLETT, 2017).

As amostras de sangue seco em papel-filtro (DBS; do inglês *dried blood spots*) oferecem mais uma alternativa para a obtenção e transporte de amostras para o diagnóstico da infecção pelo HIV em locais em que a coleta por punção digital ou venosa ou a cadeia de frio para conservação e transporte de amostras não estão disponíveis (GUARNER, 2017; SMIT *et al.*, 2014).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, o diagnóstico da AIDS está baseado em evidências laboratoriais e na presença de sinais de doenças indicativas. No caso de indivíduos a partir de dois anos de idade utilizam-se mais os testes de sorologia e para as crianças abaixo dessa idade,

recomenda-se a quantificação do RNA viral plasmático. Outros exames laboratoriais, a partir da confirmação da infecção, complementam a avaliação diagnóstica, como contagem de linfócitos CD4, CD8 e carga viral. Essa classificação própria combina uma avaliação do quadro clínico, presença ou não de doenças definidoras da doença e condições imunológicas (ADRIANO, 2012).

A ficha de notificação dos casos de AIDS do SINAN, para indivíduos estabelecidos como adultos (13 anos de idade ou mais), compreende três critérios: o CDC adaptado, o Rio de Janeiro/Caracas e o critério excepcional Óbito, enquanto para crianças (menores de 13 anos de idade), compreende 2 critérios: o CDC adaptado e o critério excepcional Óbito. O Ministério da Saúde do Brasil utiliza esses critérios para definir os casos de AIDS em indivíduos com idade menor e/ou maior ou igual a 13 anos, com finalidade de vigilância epidemiológica (Quadro 1, pág. 23; Quadro 2, pág. 24) (ADRINO, 2012).

Quadro 1. Critérios de definição de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil.

Critério CDC adaptado
Existência de 2 testes ^a de triagem reagentes ou 1 confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + Evidência de imunodeficiência: diagnóstico de pelo menos 1 doença indicativa de Aids (doenças de diagnósticos definitivo e/ou presuntivo) e/ou Contagem de linfócitos T CD4+ <350 células/mm ³ e/ou
Critério Rio de Janeiro/Caracas
Existência de 2 testes de triagem reagentes ou 1 confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + Somatório de, pelo menos, 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças ou
Critério excepcional óbito
Menção de Aids/sida (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito + Investigação epidemiológica inconclusiva ou Menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito, além de doença associada à infecção pelo HIV + Investigação epidemiológica inconclusiva

Fonte: Ministério da Saúde / Programa Nacional de DST e AIDS (2010)

Quadro 2. Critérios de definição de casos de AIDS em indivíduos menores de 13 anos de idade de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil.

Critério CDC adaptado
Evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças, para fins de vigilância epidemiológica + Evidência de imunodeficiência: Diagnóstico de pelo menos 2 doenças indicativas de Aids de caráter leve e/ou Diagnóstico de pelo menos 1 doença indicativa de Aids de caráter moderado ou grave e/ou Contagem de linfócitos T CD4+ menor do que o esperado para a idade atual ou
Critério excepcional óbito
Menção de Aids/Sida (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito + Investigação epidemiológica inconclusiva ou Menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito, além de doença associada à infecção pelo HIV + Investigação epidemiológica inconclusiva

Fonte: Ministério da Saúde / Programa Nacional de DST e AIDS (2010)

3.6 TRATAMENTO

Os medicamentos antirretrovirais (ARV) surgiram na década de 1980 para impedir a multiplicação do HIV no organismo. Esses medicamentos ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. Por isso, o uso regular dos ARV é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e reduzir o número de internações e infecções por doenças oportunistas (BRASIL, 2003).

O primeiro agente antirretroviral efetivo, a zidovudina (AZT), foi sintetizado por Horwitz, em 1964, como um análogo do nucleosídeo timidina, com atividade antineoplásica decepcionante. Em 1972, Osterag verificou que o fármaco inibia a replicação *in vitro* de um retrovírus murinho tipo D. Mitsuya e Broder, trabalhando em Bethesda em 1985, publicaram que esse fármaco exercia uma poderosa atividade anti-HIV *in vitro* ao inibir a transcriptase reversa do HIV. Desse modo, o AZT foi a primeira droga antirretroviral a ser liberada para uso clínico, menos de cinco anos após identificação do HIV (SILVA, 2018).

Logo depois do AZT dois outros medicamentos com o mesmo mecanismo de ação, zalcitabina e didanosina, foram aprovados para uso clínico. Posteriormente, como o passar dos anos, outros inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e outras

classes de antirretrovirais foram sendo incorporados ao arsenal terapêutico, incluindo nesse conjunto os inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN), que atuam fora do sítio ativo da enzima, inibidores da protease (IP), inibidores de fusão, inibidores da integrase (INI) e os antagonistas do correceptor CCR5 (RACHID; SCHECHTER, 2017).

O Brasil passou a distribuir gratuitamente os ARV a todas as pessoas que vivem com HIV e que necessitam de tratamento, a partir de 1996. Atualmente, existem 22 medicamentos, em 38 apresentações farmacêuticas (Quadro 3, pág. 26). É bom lembrar que uma pessoa com boa adesão ao tratamento atinge níveis de carga viral tão baixos que é praticamente nula a chance de transmitir o vírus. Além disso, quem toma o medicamento corretamente não adoece e garante a sua qualidade de vida. Todos esses métodos podem ser utilizados pela pessoa isoladamente ou combinados (BRASIL, 2021).

Quadro 3. Medicamentos utilizados no tratamento do HIV/AIDS

Medicamento	Apresentação
Abacavir (ABC) 300mg	Comprimido revestido
Abacavir (ABC) solução oral	Frasco
Atazanavir (ATV) 200mg	Cápsula gelatinosa dura
Atazanavir (ATV) 300mg	Cápsula gelatinosa dura
Darunavir (DRV) 75mg	Comprimido revestido
Darunavir (DRV) 150mg	Comprimido revestido
Darunavir (DRV) 600mg	Comprimido revestido
Dolutegravir (DTG) 50mg	Comprimido revestido
Efavirenz (EFZ) 200mg	Cápsula gelatinosa dura
Efavirenz (EFZ) 600mg	Comprimido revestido
Efavirenz (EFZ) solução oral	Frasco
Enfuvirtida (T20)	Frasco-ampola
Entricitabina 200mg + tenofovir 300mg	Comprimido revestido
Estavudina (d4T) pó para solução oral	Frasco
Etravirina (ETR) 100mg	Comprimido revestido
Etravirina (ETR) 200mg	Comprimido revestido
Fosamprenavir (FPV) 50mg/mL	Frasco
Lamivudina (3TC) 150mg	Comprimido revestido
Lamivudina 150mg + zidovudina 300mg (AZT + 3TC)	Comprimido revestido
Lamivudina (3TC) solução oral	Frasco
Lopinavir 100mg + ritonavir 25mg (LPV/r)	Comprimido revestido
Lopinavir 80mg/mL + ritonavir 20mg/mL (LPV/r solução oral)	Frasco
Lopinavir/ritonavir (LPV/r) 200mg + 50mg	Comprimido revestido
Maraviroque (MVC) 150mg	Comprimido revestido
Nevirapina (NVP) 200mg	Comprimido simples
Nevirapina (NVP) suspensão oral	Frasco
Raltegravir (RAL) 100mg	Comprimido mastigável
Raltegravir (RAL) 400mg	Comprimido revestido
Ritonavir (RTV) 100mg	Comprimido revestido

Ritonavir (RTV) 80mg/mL	Frasco
Tenofovir (TDF) 300mg	Comprimido revestido
Tenofovir 300mg + lamivudina 300mg	Comprimido revestido
Tenofovir 300mg + lamivudina 300mg + efavirenz 600mg	Comprimido revestido
Tipranavir (TPV) 100mg/mL	Frasco
Tipranavir (TPV) 250mg	Cápsula gelatinosa mole
Zidovudina (AZT) 100mg	Cápsula gelatinosa dura
Zidovudina (AZT) solução injetável	Frasco-ampola
Zidovudina (AZT) xarope	Frasco

Fonte: Ministério da Saúde / Programa Nacional de DST e AIDS (2010)

3.7 MEDIDAS PREVENTIVAS

O preservativo, ou camisinha, é o método mais conhecido, acessível e eficaz para prevenir a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), como a sífilis, a gonorreia e também alguns tipos de hepatites. Além disso, ele evita uma gravidez não planejada; existem dois tipos de camisinha: a masculina, que é feita de látex e deve ser colocada no pênis ereto antes da penetração; e a feminina, que é feita de látex ou borracha nitrílica e é usada internamente na vagina, podendo ser colocada algumas horas antes da relação sexual, não sendo necessário aguardar a ereção do pênis (BRASIL,2021).

O reconhecimento do preservativo como principal recurso de prevenção foi um dos aspectos mais expressivos do coletivo de pensamento formado por profissionais e ativistas nas três primeiras décadas da epidemia. Entretanto, na literatura analisada da última década, há menos referência ao preservativo, sugerindo a perda de sua importância nas ações de prevenção associadas à testagem. Nos artigos analisados encontram-se questionamentos sobre a efetividade do preservativo, ao mesmo tempo em que o teste passa a se apresentar como um recurso alternativo para a prevenção do HIV. Há argumentos de que o teste rápido antes das interações sexuais pode ter um efeito mais benéfico na diminuição das taxas de transmissão do HIV do que o preservativo (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Além disso também existe hoje a Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP), que é uma medida de prevenção de urgência à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio. Sendo assim, a PEP é uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da prevenção combinada, cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para atender às necessidades e possibilidades de cada pessoa e evitar novas infecções pelo HIV, hepatites virais e outras (BRASIL, 2021).

A melhor técnica de evitar a AIDS / HIV é a prevenção combinada, que consiste no uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção, aplicadas em diversos níveis para responder as necessidades específicas de determinados segmentos populacionais e de determinadas formas de transmissão do HIV.

Em situações de risco, como ter feito sexo desprotegido ou compartilhado seringas, o teste de HIV é necessário. Caso a exposição sexual de risco tenha acontecido há menos de 72 horas, o sujeito deve ser informado sobre a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP). O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito a partir da coleta de sangue ou por fluido oral. No Brasil, há os exames laboratoriais e os testes rápidos, que detectam os anticorpos contra o HIV em cerca de 30 minutos. Esses testes são realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) (BRASIL, 2022).

Quando recomendada a PEP, independentemente do tipo de exposição ou do material biológico envolvido, o esquema antirretroviral preferencial indicado para homens e mulheres deve ser 1 comprimido de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50mg ao dia. A duração da PEP é de 28 dias, sendo dois inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN) associados a outra classe (inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo – ITRNN, inibidores da protease com ritonavir – IP + RTV ou inibidores da integrase – INI) (WHO, 2016).

Já a PrEP – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV – é o uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao vírus do HIV, reduzindo a probabilidade da pessoa se infectar com vírus. A PrEP, deve ser utilizada se você acha que pode ter alto risco para adquirir o HIV. A PrEP não é para todos e não é uma profilaxia de emergência, como é a PEP. Os públicos prioritários para PrEP são as populações-chave, que concentram o maior número de casos de HIV no país: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; trabalhadores/as do sexo e parcerias soro diferentes (quando uma pessoa está infectada pelo HIV e a outra não) (BRASIL, 2021).

A PrEP é a combinação de dois medicamentos (tenofovir + entricitabina) que bloqueiam alguns “caminhos” que o HIV usa para infectar o organismo. Se você tomar PrEP diariamente, a medicação pode impedir que o HIV se estabeleça e se espalhe em seu corpo. Mas ATENÇÃO: a PrEP só tem efeito se você tomar o medicamento todos os dias. Caso contrário, pode não haver concentração suficiente das substâncias ativas em sua corrente sanguínea para bloquear o vírus (BRASIL, 2021).

Fora todas as medidas preventivas anteriormente citadas, recomenda-se também a utilização de seringas e agulhas descartáveis e o uso de luvas para manipular feridas e líquidos corporais, bem como testar previamente sangue e hemoderivados para transfusão. Além disso, as mães infectadas pelo vírus (HIV-positivas) devem usar antirretrovirais durante a gestação para prevenir a transmissão vertical e evitar amamentar seus filhos (BRASIL, 2018b).

3.8 PAPEL DO FARMACEUTICO NO CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

A atenção farmacêutica é fundamental no manejo clínico de pacientes com HIV/AIDS que fazem uso de esquema terapêutico, considerando-se a importância da adesão e vários tipos de esquema de drogas que podem ser administradas. A aceitação ao tratamento com terapia antirretroviral é um dos fatores primordiais para o controle da infecção pelo HIV. Sendo assim, a atenção farmacêutica é a área responsável pela interação do farmacêutico com o paciente, focando na correlação das necessidades do mesmo com os medicamentos. Tem como objetivos auxiliar os pacientes em relação aos seus medicamentos, melhorar a comunicação entre a equipe de saúde e organizar os serviços. No contexto dos pacientes com infecção pelo HIV, a atenção farmacêutica é uma ferramenta importante para aumentar a adesão aos antirretrovirais e proporcionar benefícios clínicos, além de possibilitar um aumento do vínculo do usuário com o serviço (RIBEIRO DO VALE; PAGLIARI, 2017).

Desse modo, o cuidado farmacêutico ao paciente vivendo com a imunodeficiência visa realizar serviços em favor do paciente visando identificar, resolver e prevenir problemas relacionados aos medicamentos. Para isso, o farmacêutico clínico realiza consultas farmacêuticas individuais para acompanhar a evolução da doença, sendo estas preferencialmente em consonância com as consultas médicas; avalia o conhecimento do paciente sobre tratamento, como por exemplo, questiona-o sobre a dose, escala de tomada/frequência e interações medicamentosas do esquema terapêutico que usa; verifica se o paciente segue arisca a terapia antirretroviral (TARV) quando se sente bem ou mal; presta informações sobre o mecanismo da doença, diferença entre o portador HIV x AIDS e realização de exames CD4 e carga viral (PRIMO, 2015).

4 METODOLOGIA

A Paraíba é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localiza-se no leste da Região Nordeste, com uma área de 56.467,242km². Apresenta uma população de 4,059 milhões de habitantes, sendo o 15º estado mais populoso do Brasil. A capital e município mais populoso do estado é João Pessoa, com população estimada em 2021 em 825,796 habitantes. É a oitava cidade mais populosa da Região Nordeste e a 23ª do Brasil (IBGE, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde, o estado teve no ano de 2020 uma incidência de 3,7 casos de AIDS por 100 mil habitantes, sendo João Pessoa o município com a maior incidência (SES-PB, 2020).

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório por meio de uma investigação, retrospectiva e quantitativa de dados epidemiológicos que serão obtidos dos casos de HIV/AIDS no município de João Pessoa - PB no período de 2017 a 2021 por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O SINAN é um sistema de informação do Ministério da Saúde implantado em todo território nacional para o registro dos agravos de notificação compulsória.

O levantamento dos dados publicados no SINAN foram de 2017 a 2021, a fim de atualizar e tornar disponível uma análise epidemiológica mais precisa dos casos confirmados de HIV/AIDS no município de João Pessoa - PB.

4.2 OBTENÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados em março de 2022. Após a obtenção dos dados reportados na plataforma do SINAN, de 2017 a 2021, foi executada uma análise criteriosa dos casos de HIV/AIDS no município de João Pessoa - PB, confirmados na plataforma do Ministério da Saúde. A AIDS é um agravo de notificação compulsória, conforme estabelecido na Portaria MS nº 542, de 22 de dezembro de 1986, do Ministério da Saúde do Brasil.

A população do estudo foi constituída por todos os casos HIV/AIDS notificados no SINAN no município de João Pessoa - PB relativo ao período de 2017 a 2021. Os dados coletados foram organizados e processados em planilhas do Microsoft Excel 2010 e

confrontados com literatura pertinente. A interpretação dos dados foi feita de acordo com as estatísticas apresentadas por cada um dos aspectos relevantes, procurando relacioná-los a características qualitativas de cada critério, como também as possíveis hipóteses para os achados.

4.3 CAMPOS E VARIÁVEIS ANALISADAS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Para a realização da pesquisa foi coletada as variáveis referentes à: ano de notificação, sexo (masculino e feminino); idade (classificada em treze faixas); raça/cor, escolaridade, e categoria de exposição hierárquica. Todas as variáveis disponíveis no DATASUS do SINAN.

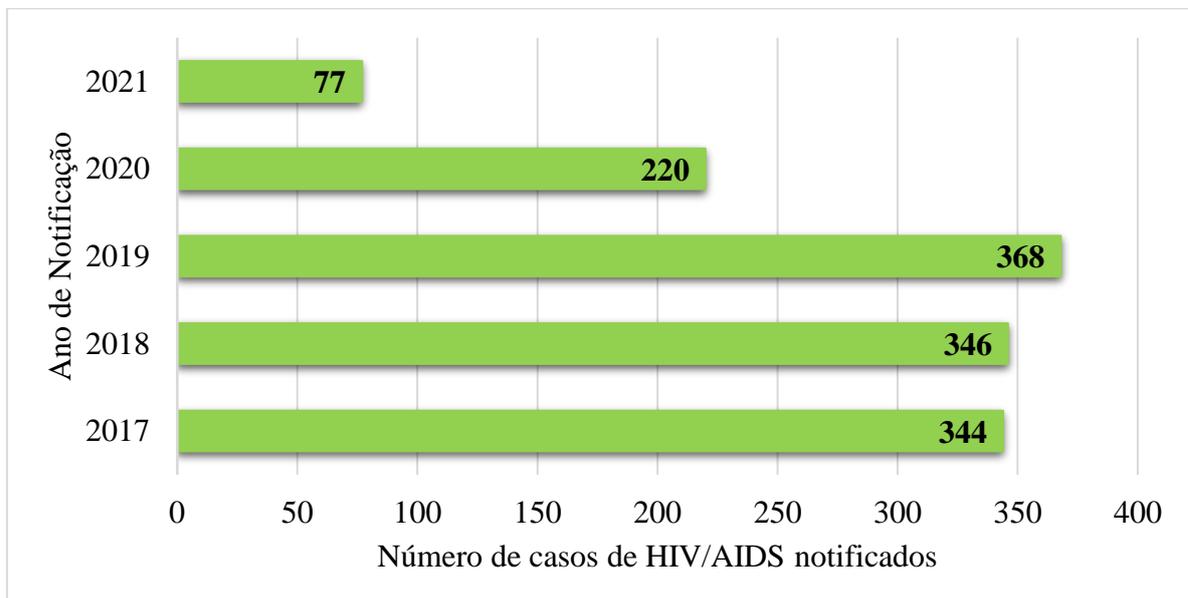
Essa pesquisa utilizou um banco de dados secundários com o comprometimento de garantia do anonimato e sigilo de todas as informações obtidas. Por se tratar de dados de domínio público registrados no SINAN, visto que, os mesmos são disponibilizados a toda a população, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações da presente pesquisa foram coletadas no banco de dados do Sistema de informação e Agravos de Notificação (SINAN). Após a coleta e análise dos dados, estes foram estruturados em tabelas e gráficos de acordo com as seguintes variáveis: ano de notificação, sexo; idade; raça/cor, escolaridade e categoria de exposição. Ademais, conforme citado anteriormente, todos os casos foram notificados apenas na cidade de João Pessoa no período de 2017 a 2021.

De acordo com os dados levantados, no período entre 2017 e 2021, foram registrados no SINAN, 1.355 casos de HIV/AIDS no município de João Pessoa. Sendo o ano de 2019 o período com o maior número de registro de casos e o ano de 2021 o período com menores notificações de casos, conforme evidenciado no Gráfico 1 (pág. 31). Todos os dados tiveram origem da Plataforma do SINAN.

Gráfico 1. Número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa, durante o período de 2017 a 2021.



Fonte: NASCIMENTO (2022).

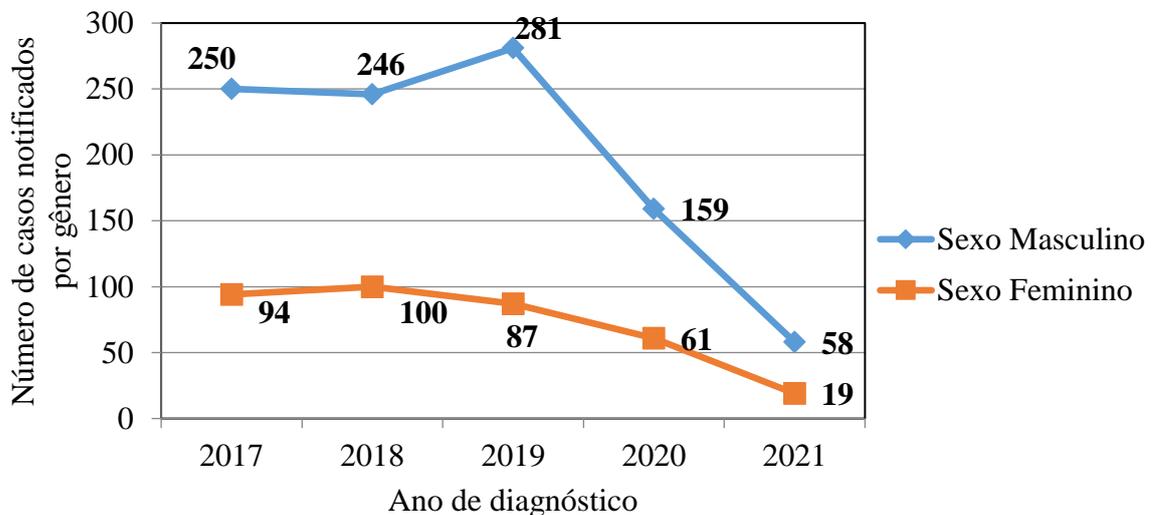
A partir do ano de 2020, foi observado a queda no número de diagnósticos, o que pode estar relacionado à subnotificação de casos, haja vista a mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de COVID-19. Outros estudos realizados em outros estados constataram a mesma situação de queda no número de casos. Freitas, Marinho e Sales (2021)

verificaram que a partir de 2019, houve uma queda no número de diagnósticos de HIV/AIDS no estado do Tocantins, corroborando com os dados apresentados acima.

Ademais, a disponibilização de antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde tem colaborado para determinadas mudanças da doença: estabilização da incidência, queda da mortalidade, diminuição da transmissão vertical e novo perfil de morbidades e internação entre os portadores do HIV (PEREIRA *et al.*, 2019).

Em relação ao gênero (Gráfico 2, pág. 32) dos portadores de HIV/AIDS, foi observado que em todos os anos, houve a prevalência entre homens, mas com um importante número de mulheres infectadas, o que corrobora com os dados epidemiológicos nacionais e de outros estados. Santos *et al.* (2020) ao avaliarem o quadro epidemiológico de HIV no Brasil entre 2010 e 2019, verificou o predomínio do gênero masculino nos diagnósticos e internações pela doença. Gomes e Mota (2021) em um estudo realizado em Montes Claros-MG, observaram prevalência dos homens com um percentual de 58%.

Gráfico 2. Distribuição do número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa no período de 2017 a 2021 de acordo com o gênero do paciente.



Fonte: NASCIMENTO (2022).

As idades dos pacientes foram categorizadas em 13 faixas etárias para uma melhor visualização dos dados (Tabela 1, pág. 33). Neste estudo foi encontrada prevalência de casos entre jovens adultos, nas faixas etárias de 30 a 39 anos seguido por 20 a 29 anos e 40 a 49 anos, o que se assemelhou ao estudo realizado por Dias *et al.* (2020) que constataram prevalência de HIV entre os indivíduos de 20 a 49 anos, em Parnaíba-PI.

Tabela 1. Distribuição do número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa de acordo com a faixa etária, no período de 2017 a 2021.

Faixa etária	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Total
0 – 1 ano	0	0	0	0	0	0
1 – 4 anos	0	0	2	0	0	2
5 a 9 anos	0	0	0	0	0	0
10 a 14 anos	1	1	1	10	0	13
15 a 19 anos	13	12	12	5	2	44
20 a 29 anos	109	92	101	60	25	387
30 a 39 anos	87	96	118	76	17	394
40 a 49 anos	86	87	78	46	13	310
50 a 59 anos	33	42	38	23	17	153
60 a 69 anos	14	11	14	9	2	50
70 a 79 anos	2	3	3	1	1	10
80 ou mais	0	2	1	0	0	3

Fonte: NASCIMENTO (2022).

A AIDS é considerada a 5ª principal causa de morte entre os adultos no Brasil, o que faz com que a doença seja um grave problema de saúde pública nacional. Os casos de HIV/AIDS entre os jovens adultos estão principalmente relacionados ao início das práticas sexuais e consequente desuso de preservativo nas relações sexuais. De acordo com Menezes *et al.* (2018) a principal preocupação externada entre os jovens é a de uma gravidez indesejada, o que faz com que o uso de pílulas anticoncepcionais seja a principal forma de prevenção, porém esta não está relacionada a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Alvarenga *et al.* (2019) destacam que os adultos jovens são um grupo com altas taxas de atividades sexuais consideradas de risco para a infecção pelo HIV, como a promiscuidade no cuidado do ato sexual, as relações perigosas, além do não uso do preservativo.

Também foi verificado o aumento no número de casos entre adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, o que pode estar relacionado ao início precoce de atividades sexuais, e a falta de informação acerca da prevenção da doença.

A maioria dos portadores de HIV/AIDS eram da raça parda seguida por branco (Tabela 2, pág. 34), o que corrobora ao perfil étnico do estado da Paraíba, haja vista que no último censo realizado no estado, foi constatado que o maior percentual era da etnia parda na população

(BRASIL, 2012). Costa Junior *et al.* (2022) também obtiveram predominância da cor parda naqueles indivíduos que positivaram para a doença em Picos-PI.

Tabela 2. Distribuição do número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa de acordo com a variável raça, no período de 2017 a 2021.

Raça	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Total
Branco	63	62	55	20	4	204
Preta	14	13	10	4	1	42
Amarela	0	1	0	0	0	1
Parda	261	261	293	192	72	1079
Indígena	0	0	2	0	0	2
Ignorado/ Branco	6	9	8	4	0	27

Fonte: NASCIMENTO (2022).

Apesar do baixo número da doença entre os indígenas, esta população é considerada um dos grupos vulneráveis à infecção pelo HIV e outras ISTs, uma vez que estes vivenciam uma cultura específica, no qual há a iniciação precoce da atividade sexual, práticas poligâmicas em alguns grupos, a falta de acesso aos serviços de saúde, baixa adesão de preservativos e esporadicidade das ações de prevenção da infecção pelo HIV nas aldeias (GOMES; ESPERIDIÃO, 2017).

Quanto a escolaridade (Tabela 3, pág. 35) dos portadores de HIV, a maior parte destes possuíam ensino médio completo seguido da 5 a 8ª série incompleta, o que condiz com um nível de escolaridade baixo, o que corrobora às estatísticas nacionais. Silva *et al.* (2017), afirmam que um nível educacional inferior a 8 anos, pode contribuir para a elevação do HIV/AIDS, pela falta de acesso às informações.

Tabela 3. Distribuição do número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa de acordo com a variável escolaridade, no período de 2017 a 2021.

Escolaridade	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Total
Analfabeto	29	15	24	11	3	82
1 a 4ª série incompleta	12	26	19	15	13	85
4ª série incompleta	17	17	14	4	5	57
5 a 8ª série incompleta	52	51	49	20	13	185
Fundamental completo	52	49	53	12	2	168
Médio incompleto	20	25	30	34	3	112
Médio completo	74	60	79	53	16	222
Superior incompleto	26	17	14	17	2	76
Superior completo	28	45	41	27	5	146
Ignorado/branco	0	0	2	0	0	2

Fonte: NASCIMENTO (2022).

Tais resultados corroboram aos de Freitas, Marinho e Sales (2021), que ao realizar um estudo epidemiológico na população HIV+ no Tocantins, obteve prevalência no ensino médio completo e 5º à 8º serie incompleto.

Sales *et al.* (2017) ainda destacam que há uma estreita correlação entre os baixos indicadores socioeconômicos e o aumento da incidência da doença: aqueles indivíduos com reduzida escolaridade, baixa renda e que moram em áreas de baixo índice de desenvolvimento humano têm sido os mais acometidos pelo HIV/AIDS.

Além do mais, a baixa escolaridade aliada a não aceitação da doença, reduzido nível socioeconômico, preconceito e ser do sexo masculino são questões fortemente associadas ao abandono do tratamento, e por conseguinte do decréscimo da qualidade de vida e óbito dos indivíduos (MIRANDA *et al.*, 2017).

O modo de transmissão mais frequente (Tabela 4, pág. 36) foi por via sexual com o predomínio das relações heterossexuais seguido por homossexuais, o que foi semelhante ao encontrado pelos autores Costa Junior *et al.* (2022) em um estudo realizado em Picos-PI.

Tabela 4. Distribuição do número de casos de HIV/AIDS notificados no município de João Pessoa de acordo com a variável categoria de exposição, no período de 2017 a 2021.

Categoria de exposição	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Total
Homossexual	79	88	66	40	14	287
Bissexual	14	14	6	4	5	43
Heterossexual	183	170	170	72	27	622
Usuário de droga injetável	7	10	5	1	1	24
Hemofílico	0	0	0	0	0	0
Transfusão	0	0	0	0	0	0
Acidente com material biológico	0	0	0	0	0	0
Transmissão vertical	3	1	3	5	1	13
Ignorado/branco	58	63	118	98	29	366

Fonte: NASCIMENTO (2022).

De acordo com Dantas *et al.* (2019), nos últimos anos tem sido observado que a transmissão heterossexual se tornou a principal via de contaminação, quebrando o paradigma passado de que o HIV/AIDS seria uma doença restrita ao grupo dos homossexuais e profissionais do sexo. Ainda se observa um expressivo percentual de contaminação entre as mulheres e por conseguinte há a transmissão vertical.

Moura e Faria (2017) enfatizaram em seu estudo que o uso de drogas e álcool, além do desuso de preservativos e a falta de informação que esse público possa ter, foram os principais motivos relacionados para que a principal categoria de exposição fosse a heterossexual.

Ademais, foi verificado um alto número de informações caracterizadas como ignoradas, o que reflete no preenchimento inadequado das fichas de notificação, o que dificulta uma melhor avaliação deste dado no presente estudo. As subnotificações apresentam relevantes

implicações para a resposta ao HIV/AIDS, uma vez que impossibilita a identificação de comportamentos e vulnerabilidades, o que compromete a racionalização dos sistemas de saúde, substancialmente no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos e as ações prioritárias as populações mais vulneráveis (SILVA *et al.*, 2017).

As ações de controle do HIV/AIDS no Brasil são realizadas pelos serviços de saúde públicos, e compreendem: a promoção de informações para a população acerca da infecção pelo HIV/AIDS; capacitação de recursos humanos que atuam na prevenção e controle da doença; garantir o encaminhamento dos indivíduos com sinais e sintomas sugestivos HIV/AIDS para diagnóstico e tratamento adequados; prover o diagnóstico e o tratamento corretos nos casos de infecção pela doença e aos seus parceiros; fomentar o aconselhamento e acompanhamento das gestantes HIV+ e de seus parceiros, bem como incentivar a realização dos testes anti-HIV em todas as gestantes (BRASIL, 2003).

De acordo com o Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, as medidas adotadas para a prevenção do HIV/AIDS podem apresentar três abordagens diferentes: biomédica, comportamental e socio estrutural, sendo necessária a utilização dessas em conjunto. Tais medidas são aplicadas em múltiplos níveis da sociedade, no intuito de abranger as necessidades de grupos populacionais específicos, bem como de determinadas formas de transmissão da doença (BRASIL, 2022c).

As intervenções biomédicas são aquelas que contribuem para a redução do risco de exposição ao HIV, compreendendo os métodos de barreira física ao vírus, assim como o uso dos antirretrovirais (Profilaxia Pós-Exposição – PEP e a Profilaxia Pré-Exposição – PrEP). As intervenções comportamentais colaboram para o aumento da informação e da percepção do risco à exposição ao HIV por meio de incentivos a mudanças de comportamentos dos indivíduos. Esta intervenção inclui incentivo a testagem; vinculação e retenção nos serviços de saúde; redução de danos para usuários de drogas e álcool; estímulo ao uso de preservativos e aconselhamento nos casos positivos para adesão ao tratamento. Por fim, as intervenções estruturais consistem em ações relacionadas aos fatores e condições socioculturais que impactam na vulnerabilidade de indivíduos ao HIV com questões envolvendo preconceitos, discriminação e estigmas, a exemplo das ações de enfrentamento ao sexismo e homofobia (BRASIL, 2022c).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir com a realização da presente pesquisa que o perfil de adoecimento pelo HIV/AIDS vem mudando ao longo do período estudado (2017 a 2021), sendo verificada a diminuição das notificações de casos com o passar dos anos. Além disso, este estudo apresentou resultados que corroboram a outras pesquisas realizadas em outros estados do Brasil.

Em relação aos dados levantados, observamos que a infecção por HIV/AIDS acometeu mais o gênero masculino, no entanto, o número de mulheres infectadas também foi elevado, o que condiz com o fenômeno da “feminização” da doença relatado na literatura. Foi verificado também que esta é uma doença que exerce grande impacto na saúde pública, tendo em vista que acomete, em sua maioria, os jovens adultos, que estão inseridos no mercado de trabalho, o que pode ser um fator restritivo para esta população, pois o HIV/AIDS é uma enfermidade limitante e que ainda é passível de estigmatização pela sociedade.

Quanto a forma de exposição, ficou claro a necessidade da realização de ações em educação em saúde para a população que abordem as formas de prevenção, além dos serviços de saúde disponíveis para testagem e tratamento da doença. Por fim, também foi verificado a importância dos profissionais de saúde capacitados e habilitados para realizar de forma correta e adequada as notificações de agravo, e assim permitir uma inferência otimizada dos dados epidemiológicos da doença.

REFERÊNCIAS

- ADRIANO, M. S. P. F. **Notificação de AIDS no estado da Paraíba: prevalência e fatores associados às manifestações orais**. 2012. 96f. (Dissertação de Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB, 2012.
- ALVARENGA, A. P. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes soropositivos no Município de Óbidos/PA, entre os anos de 2012 a 2017. **Revista Saúde Integrada**, v. 12, n. 24, p. 3-15, 2019.
- BIBLIOMED. Linha do Tempo da AIDS: Do Primeiro Caso aos Dias Atuais. **Boa Saúde**, 2021. Disponível em: <<https://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3837/-1/linha-do-tempo-da-aids-do-primeiro-caso-aos-dias-atuais.html>>. Acesso em: 24 de novembro de 2021.
- BOTTONE, P. D.; BARTLETT, A. H. Diagnosing Acute HIV Infection. **Pediatric Annals**, v. 46, n. 2, p. e47 - e50, 2017.
- BRANSON, B. M. *et al.* Laboratory testing for the diagnosis of HIV infection: updated recommendations. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**, p. 1 – 68, 2014.
- BRASIL. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **HIV: Prevenção**. 2022. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hiv/prevencao>>. Acesso em: 28 de abril de 2022.
- _____. Ministério da Saúde. **Qual é a diferença entre a PrEP e PEP**. 2022. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/qual-e-diferenca-entre-prep-e-pep>>. Acesso em: 28 de abril de 2022.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Prevenção Combinada em HIV/Aids**. 2022. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/diretrizes-nacionais-de-prevencao-combinada-em-hiv-aids#:~:text=Como%20exemplos%2C%20podem%20ser%20citados,nos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde%3B%20redu%C3%A7%C3%A3o>> Acesso em: 12 mai. 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manejo do HIV na Atenção Básica**. 2021. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/manejo-do-hiv-na-atencao-basica>>. Acesso em: 22 de setembro de 2021.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV/Aids 2020. **Boletim Epidemiológico** [Internet], nº especial, p. 1-68, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>>. Acesso em: 25 de novembro de 2021.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e

das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: **Ministério da Saúde**, 4. ed., p. 1 - 148, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres/Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids- Brasília: **Ministério da Saúde**, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos). **HIV: sintomas, transmissão e prevenção**. 2018b. Disponível em: < <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/sintomas-transmissao-e-prevencao-hiv-dpp>>. Acesso em: 26 de novembro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso. Brasília: **Série B. Textos Básicos de Saúde**, 8. ed. rev., p. 1 - 444, 2010.

_____. 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: **Série Manuais**, 2. ed. rev. amp., n. 60, p. 1 – 54, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento**. 2003. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf>. Acesso em: 22 de setembro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Controle de infecção e a prática odontológica em tempos de AIDS. Brasília: **Manual de condutas**, 118p, 2000.

BUTTÒ, S. *et al.* Laboratory diagnostics for HIV infection. **Annali dell Istituto Superiore di Sanita**, v. 46, n. 1, p. 24 - 33, 2010.

CAMPANA, P. Aids no Brasil: do primeiro caso à estruturação das políticas de saúde, 2019. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/blogs/saudelgbt/aids-no-brasil-do-primeiro-caso-a-estruturacao-das-politicas-de-saude/>>. Acesso em: 24 de novembro de 2021.

CEZAR, V. M.; DRAGANOV, P. B. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014.

COSTA JÚNIOR, I. G. *et al.* Perfil epidemiológico HIV/AIDS no estado do Piauí em 2019. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 1, p. e25682-e25682, 2022.

DA SILVA, E. A. A. **Avaliação do perfil Clínico e Epidemiológico dos Pacientes Portadores do HIV, atendidos em Unidade de Emergência de Alta Complexidade**. 2017. 72f. (Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2017.

- DANTAS, R. S. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes idosos com HIV em um centro de referência de Aracajú-SE. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 10, n. 2, 2020.
- FARIA, M. P. R. *et al.* Perfis epidemiológicos de pacientes com hiv/aids, no período de 1996 até 2016 no município de Vilhena-RO. **Revista InterSaúde**, v. 1, n. 1, p. 2-21, 2019.
- FREITAS, L.M.; MARINHO, L. S.; SALES, O. P. Análise da situação epidemiológica de mulheres vivendo com HIV no Tocantins entre os anos de 2017 a 2020. **Multidebates**, v. 5, n. 2, p. 190-198, 2021.
- FURTADO, L. R. C. C. **Epidemiologia do vírus da imunodeficiência humana - relação do vírus da imunodeficiência humana com outras doenças sexualmente transmissíveis**. 2010. 36f. (Especialista em Análises Clínicas e Toxicológicas) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG, 2010.
- GOMES, S. C.; ESPERIDIÃO, M. A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.
- GONÇALVES, V. F. *et al.* Estimativa de subnotificação de casos em uma capital do nordeste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.3, p. 356 – 364, 2008.
- GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. A. A epidemia de AIDS no Brasil e desigualdades regionais de oferta de serviço. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.12, p. 2355 – 2367, 2010.
- GUARNER, J. Human immunodeficiency virus: Diagnostic approach. **Seminars in Diagnostic Pathology**, v. 34, n. 4, p. 318 - 324, 2017.
- LOPES, A. O. L. *et al.* Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes infectados por HIV. **Revista Brasileira de Análises Clínicas (RBAC)**, v. 51, n. 4, p. 296 – 299, 2019.
- MACEDO JÚNIOR, A. M.; GOMES, J. T. Estudo epidemiológico da AIDS no Brasil, no período de 2015-2019, a sua história e políticas públicas criadas até os dias atuais. **Temas em Saúde**, v. 20, n. 4, p. 256 – 283, 2020.
- MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9 (suplemento), p. 41-65, 2002.
- MENEZES, A. M. F. *et al.* Perfil epidemiológico das pessoas soropositivas para HIV/AIDS. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 5, p. 1225-1232, 2018.
- MESQUITA, S. J. *et al.* Fatores de risco e de proteção entre adolescentes em relação as DST/HIV/AIDS. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 3, p. 1227-1233, 2017.
- MIRANDA, L. O. *et al.* Aspectos epidemiológicos da coinfeção Tuberculose/HIV no Brasil: revisão integrativa. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 3, 2017.

MONTEIRO, E. T. **Qualidade de vida de jovens que vivem com HIV/AIDS: Revisão integrativa de literatura**. 2021 49f. (Monografia de Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ, 2021.

MONTEIRO, S. S. *et al.* Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1793 - 1807, 2019.

MORAES, D. C. A. *et al.* O conhecimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS sobre a Terapia Antirretroviral. **Enfermería Global**, v. 17, n. 1, p. 96-141, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. HIV/aids [Internet]. Brasília – DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/hivaida>>. Acesso em: 24 de novembro de 2021.

PIRES, P. V. & MEYER, D. E. E. Noções de enfrentamento da feminização da aids em políticas públicas. **Revista Polis e Psique**, v. 9, n. 3, p. 95-113, 2019.

PRIMO, L. P. **Gestão do cuidado em HIV/AIDS: impacto da atuação do farmacêutico clínico na adesão à terapia antirretroviral (TARV)**. 2015. 70f. (Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde) - Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2015.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/Aids. Editora: **Thieme Revinter**, 10. ed., p. 1 – 276, 2017.

RIBEIRO DO VALE, F. V. V.; PAGLIARI, C. Atenção farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos antirretrovirais. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)**, v.20, n.1, p. 31 – 37, 2017.

SALES, W. B. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes com HIV/AIDS do Estado do Paraná: estudo ecológico. **Revista de Enfermagem e atenção à saúde**, v. 6, n. 1, 2017.

SANTOS, A. C. F. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes internados por HIV no Brasil. **Revista eletrônica acervo saúde**, n. 48, p. e3243-e3243, 2020.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE – SES/PB. Gerência Executiva de Vigilância em Saúde. HIV/Aids – Cenário atual do Estado da Paraíba, 2020. **Boletim Epidemiológico** [Internet], nº 3, p. 1-9, 2020. Disponível em: <<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/boletim-hiv-2020-2-final-1.pdf>>. Acesso em: 24 de novembro de 2021.

SILVA, C. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV em um centro de referência no Sul do Brasil: característica de dez anos. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 7, n. 4, p. 227-233, 2017.

SILVA, S. G.; MELO, L. M. Epidemiologia dos pacientes com hiv/aids atendidos em um centro de referência em doenças infecciosas. **Revista Unimontes Científica**, v. 23, n. 2, p. 01-14, 2021.

SILVA, T. M. **Incidência de novos casos de HIV e perfil à adesão ao tratamento com antirretrovirais em um Hospital Universitário de João Pessoa** – PB. 2018. 53f. (Monografia de Graduação em Farmácia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, 2018.

SMIT, P. W. *et al.* Systematic review of the use of dried blood spots for monitoring HIV viral load and for early infant diagnosis. **PLoS One**, v. 9, n. 3, p. e86461, 2014.

SOARES, J. P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para o HIV/AIDS em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. **Arquivos Catarinense de Medicina**, v. 46, n. 4, p. 182 - 194, 2017.

SÓNIA, L.; AZEVEDO-PEREIRA, J. M. A infecção por HIV – importância das fases iniciais e do diagnóstico precoce. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 2, n. 1, p. 5-17, 2012.

UNAIDS. Estatísticas mundiais sobre o HIV. **Folha de dados**, 2021. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2021/06/2020_11_19_UNAIDS_FactSheet_PORT_Revisada-Final.pdf>. Acesso em: 25 de novembro de 2021.

VIANNA, E. S. História da Aids na Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) - anos 1990. **Artes de curar: doenças em perspectivas**, p. 369 – 383, 2019.

VILLELA, W. V. Laurindo-Teodorescu, L; Teixeira, PR. Histórias da aids no Brasil, 1983-2003. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. Resenha. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1697-1698, 2018.

WHOLGEMUTH, L. C. M. G.; POLEJACK, L.; SEIDL, E. Jovens universitários e fatores de risco para infecção do HIV: uma revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade – RELACult**, v. 06, nº 01, p. 1 - 16, 2020.