

CURSO DE ENFERMAGEM

Tiane Lopes Reis

**PERFIL DE PACIENTES ASSISTIDOS NO CENTRO DE ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO EM DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Santa Cruz do Sul

2016

Tiane Lopes Reis

**PERFIL DE PACIENTES ASSISTIDOS NO CENTRO DE ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO EM DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

Santa Cruz do Sul

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

Santa Cruz do Sul, julho de 2016.

**PERFIL DE PACIENTES ASSISTIDOS NO CENTRO DE ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO EM DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

TIANE LOPES REIS

Esta monografia foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Anelise Borges

Prof. Maristela Soares Rezende

Prof. Suzane Beatriz Frantz Krug

Aos meus pais, com todo amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Sonia e Jorge pelo amor, dedicação, ensinamentos, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida e por terem feito eu acreditar que tudo é possível, basta perseguir nossos sonhos. Aos meus familiares, muito obrigada pelo apoio e torcida, mesmo que de longe. Aos meus amigos agradeço pelo apoio, incentivo e ajuda nos momentos que precisei. Amo vocês!

À minha orientadora Suzane Beatriz Frantz Krug, pessoa fundamental para a realização deste trabalho, obrigada por além de orientar este estudo, me compreender no meio de tantos momentos novos, por ser essa pessoa inteligente, motivadora e incentivadora. Obrigada por me entender e, muitas vezes, ser um ombro amigo para meus desabafos, angústias e alegrias e por partilhar de seu grande conhecimento. És um exemplo de pessoa e profissional. Admiro-te muito, obrigada! Foi uma honra.

À todos os colegas, Estratégia de Saúde da Família (ESF) Glória e do ambulatório do Hospital Santa Cruz (HSC), muito obrigada pelo apoio e amizade. Agradeço a equipe do Centro Municipal de Atendimento à Sorologia (CEMAS) onde trabalho, além de colegas, vocês são minha segunda família, onde passo a maior parte do meu tempo. Muito obrigada por estarem sempre presentes, me ajudando nas angustias, nos meus medos e nas alegrias. Obrigada pela compreensão nos momentos difíceis.

Agradeço a todos que souberam entender a minha ausência, que compreenderam que minha falta era temporária e que fizeram parte desta caminhada e que de algum modo contribuíram para que eu chegasse a este momento tão especial, fica aqui o meu carinho e amor. Obrigada por tudo!

*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar
uma alma humana, seja apenas outra alma humana.*

(JUNG, Carl).

RESUMO

O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico dos clientes portadores de HIV/AIDS do Centro Municipal de Atendimento a Sorologia (CEMAS), no Município de Santa Cruz do Sul/RS no período de 2013 a 2015. O método de estudo é de abordagem documental, retrospectiva, descritiva. Foram encontrados 171 prontuários de pacientes que se encaixam nos termos desta pesquisa, estes tiveram seus diagnósticos no período acima citado e todos residem no Município de Santa Cruz do Sul/RS. Os dados foram coletados através de um formulário elaborado pela autora para este estudo e analisados em frequências absolutas e relativas. A partir dos resultados observou-se que: 58% são do sexo masculino, 29% na faixa etária dos entre 26 – 35 anos, 45% possuem Ensino Fundamental incompleto ou completo, 65% são brancos, 37% casados, 31% possuem entre um e dois filhos, 34% trabalham no setor de serviços, 47% nasceram no município de Santa Cruz do Sul, 70% levaram até trinta dias para realizar coleta de CD4, 58% tiveram o primeiro CD4 inferior a 350 células/mm³, 85% não apresentaram outra doença sexualmente transmissível (DST) associada, 98% referem não utilizar regularmente o preservativo, 82% são heterossexuais, 95% referem contágio por relação sexual, 94% fazem uso de TARV, 67% utilizam a Terapia Tripla como tratamento. Com base nos dados apresentados observa-se o predomínio de homens, adultos jovens, com baixo nível de escolaridade, brancos, casados, com um ou dois filhos, trabalhadores do setor de serviços, nascidos em outros municípios, que levaram em torno de trinta dias para realizar exames complementares CD4, a maioria com CD4 inferior a 350 células/mm³, não apresentaram DSTs associadas ao vírus do HIV, não utilizam regularmente o preservativo, heterossexuais, tiveram a via sexual como principal forma de infecção pelo HIV, utilizam TARV, e a terapia tripla como tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: *Sorodiagnóstico da AIDS. Perfil. Epidemiologia.*

ABSTRACT

The aim of this study was to characterize the epidemiological profile of patients with HIV/AIDS from the Municipal Service Center Serology (CEMAS), in the municipality of Santa Cruz do Sul/RS from 2013 to 2015. The study method used was documentary, retrospective, descriptive. During this research were found 171 records of patients that fit this study, they had their diagnoses in the above mentioned period and all reside in the city of Santa Cruz do Sul/RS. The information were collected through a form developed by the author for this study and analyzed in absolute and relative frequencies. From the results it was observed that 58% are male, 29% in the age group between 26-35 years old, 45% have incomplete or complete primary education, 65% are white, 37% married, 31% have between one and two children, 34% work in the service sector, 47% were born in the city of Santa Cruz, 70% took up to thirty days to perform collection CD4, 58% had the first CD4 lower than 350 cells/mm³, 85 % did not have another sexually transmitted disease (STD) associated, 98% reported not regularly use condoms, 82% are heterosexual, 95% reported contagion by sex, 94% make use of HAART, 67% use the Triple therapy as treatment. Based on the informations presented it was observed the predominance of men, young adults, with low education levels, white, married, with one or two children, working in the service sector, borned in other municipalities, which took around thirty days to perform CD4 laboratory tests, most with CD4 below than 350 cells / mm³, did not presented STDs associated with the HIV virus, do not regularly use condoms, heterosexual, had the sexual contact as the main form of HIV infection, using HAART and triple therapy as treatment.

KEYWORD: *AIDS Serodiagnosis. Profile. Epidemiology.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sócio demográficos (n=171)	33
Tabela 2 – Dados clínicos (n= 171)	37

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Relação sexo/faixa etária	35
Figura 2 – Relação sexo/escolaridade	36
Figura 3 – Relação sexo/parceria sexual	39
Figura 4 – Relação sexo/adesão ao TARV	40

LISTA DE ABREVIATURAS

3TC	Lamivudina
ABC	Abacavir
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMP	Amprenavir
AZT	Zidovudina
CDC	Centro e Controle e Prevenção de Doenças
CEMAS	Centro Municipal de Atendimento à Sorologia
d4T	Estavudina
ddC	Zalcitabina
ddl	Didanozina
DLV	Delavirdina
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EFZ	Efavirenz
ELISA	Enzyme Linked Immunosorbent Assay
EUA	Estados Unidos da América
FDA	Food and Drug Administration
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV-3	Vírus T-linfotrópico Humano tipo 3
IAS	International Antiviral Society
IDV	Indinavir
IP	Inibidor de Protease
ITRN	Inibidores Nucleosídicos da Transcriptase Reversa
ITRNN	Inibidores Não Nucleosídicos da Transcriptase Reversa
LAV	Lymphadenopathy Associated Vírus
MRCI	Medication Regimen Complexity Index
NLF	Nelfinavir
NVP	Nevirapina
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCR	Polymerase Chain Reaction
RNA	Ácido Ribonucléico
RS	Rio Grande do Sul
RTV	Ritonavir
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIV	Vírus da Imunodeficiência Símia
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SQV	Saquinavir
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCD4+	Célula linfocitária T auxiliar, com marcador de superfície CD4
TCLE	Termo do Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	Tenofovir
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNICEF	United Nations Children's Fund

ZDV

Zidovudina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)	16
3.1	Conceito	16
3.2	Transmissão	16
3.3	Epidemiologia	17
3.4	Fisiopatologia	20
3.5	Sinais e sintomas	21
3.6	Diagnóstico	22
3.7	Tratamento	25
3.8	Prevenção	27
3.9	Assistência de Enfermagem	27
4	METODOLOGIA	29
4.1	Tipo de pesquisa	29
4.2	Local do estudo	29
4.3	Fonte de dados	31
4.4	Instrumento de coleta de dados	31
4.5	Procedimentos éticos e operacionais	32
4.6	Análise de dados	32
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	43
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	48
	APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados	49

1 INTRODUÇÃO

O Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MS) estima que aproximadamente 734 mil pessoas estariam vivendo com HIV/AIDS no Brasil no ano de 2014. Nos últimos 5 anos, o Brasil tem registrado uma média de 39,7 mil novos casos de AIDS a cada ano e a região Sul uma média 8,6 mil casos novos (BRASIL, 2014). Em 2013, as taxas de detecção de AIDS das unidades da federação indicaram que os estados do Rio Grande do Sul (RS) e Amazonas (AM) apresentam as maiores taxas, com valores de 41,3 e 37,4 casos para cada 100 mil habitantes. Porto Alegre é a capital com maior taxa registrada em 2013, mais que o dobro da taxa do Estado do RS e quase cinco vezes a taxa do Brasil (96,2 casos para cada 100 mil habitantes) (BRASIL, 2014).

Foram registrados, desde o ano de 1980 até julho de 2014, 65% casos de AIDS em homens e 35% em mulheres, com maior concentração em indivíduos com idade entre 25 a 39 anos em ambos os sexos. Foram identificados 278.306 óbitos, tendo como causa básica a AIDS, sendo que o Estado do Rio Grande do Sul apresenta o maior coeficiente de mortalidade de 2013 entre as unidades da federação (11,2 óbitos para cada 100 mil habitantes). Este índice é aproximadamente o dobro do coeficiente observado para o Brasil no mesmo ano. Do total de óbitos por AIDS no Brasil, 71,3% ocorreram entre homens e 28,6% entre as mulheres (BRASIL, 2014).

A AIDS trouxe consigo a exigência de novos paradigmas de cuidado que o profissional de saúde, de um modo geral, e os enfermeiros, em particular, ainda procuram desenvolver, apesar de já terem decorrido trinta anos do início da epidemia e dos muitos avanços científicos alcançados. Os enfermeiros ampliaram consideravelmente a abrangência de suas ações na assistência ao paciente acometido pelo vírus ou pela doença, não só restringindo-as ao âmbito da assistência hospitalar, mas também a outras áreas de atuação e, em especial, à prevenção da doença, podendo contribuir de maneira considerável com o desenvolvimento de novas descobertas científicas e tecnológicas.

Considerando-se que na enfermagem o objetivo de trabalho é o cuidado, e que para tal se faz necessário estudos que possibilitem progressivamente melhora na assistência, a pesquisa em Enfermagem pode contribuir para o fortalecimento da profissão, e para a elaboração de um corpo de conhecimento especializado, específico e atualizado, buscando torna-lo de relevância social.

Diante destas considerações, a pesquisadora, que atua como Técnica em Enfermagem no Centro Especializado de DST/AIDS - Centro Municipal de Atendimento à Sorologia

(CEMAS) - no município de Santa Cruz do Sul, sentiu-se instigada a buscar conhecimento e investigar acerca da doença, dos pacientes atendidos nesse serviço e da assistência prestada. Cabe ressaltar que o município de Santa Cruz do Sul ocupa o 41º lugar entre os municípios brasileiros com maior incidência de AIDS (SANTA CRUZ DO SUL, 2014) e que o serviço de saúde não possui os dados tabulados e compilados dos perfis dos pacientes atendidos. Assim, a pesquisa a ser desenvolvida atende essa demanda e solicitação específica do serviço, facilitando o acesso às informações e possibilitando traçar novas estratégias de controle e assistência dos pacientes acometidos. Desta forma, o estudo do perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS pode constituir-se em importante ferramenta para a situação da doença no município.

Nesse sentido, o presente estudo apresenta o seguinte problema de pesquisa: Qual o perfil dos pacientes assistidos no Centro de atendimento especializado em DST/AIDS do município de Santa Cruz do Sul?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

Caracterizar o perfil dos pacientes HIV/AIDS assistidos no Centro de Atendimento Especializado em DST/AIDS do Município de Santa Cruz do Sul/RS

2.2 Específicos:

- Identificar dados sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos desses pacientes;
- Contribuir com o serviço especializado, de forma a facilitar o acesso aos dados do perfil dos pacientes acometidos, possibilitando traçar novas estratégias de controle e assistência.

3 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

3.1 Conceito

Descrita em 1981, a síndrome da imunodeficiência adquirida em humanos (SIDA ou AIDS), corresponde a uma entidade clínica secundária à infecção pelo vírus da imunodeficiência Humana (HIV). Descrito entre 1983 e 1984, o HIV é um retrovírus originário a partir do vírus da imunodeficiência em símios, que tem nos chimpanzés seu hospedeiro natural. Há uma família de retrovírus relacionada com o HIV que está presente em seres humanos e macacos na África subsaariana, a qual apresenta a mesma estrutura genômica e infecta linfócitos T que possuem receptores CD4 (DUNCAN, 2013).

O HIV – 1 e o HIV – 2 têm sido mais estudados, e a história natural da infecção pelo primeiro está mais bem esclarecida. O HIV – 1 é mais virulento do que o HIV – 2, ainda que ambos estejam associados à AIDS. O HIV – 2 é encontrado mais comumente na África. Apresenta menor transmissibilidade que o HIV – 1 e está associado à viremia plasmática menor e deterioração clínica mais lenta. O primeiro caso conhecido de infecção pelo HIV – 1, documentado a partir de detecção de anticorpos, ocorreu em 1959. A síndrome compreende manifestações relacionadas com a deficiência imunológica e ocorrência de doenças oportunistas, entre as quais se destacam infecções fúngicas sistêmicas, tuberculose e pneumocistose, entre outras (DUNCAN, 2013).

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA) é definida como a forma mais grave de um *continuum* de doenças associadas à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Se não for tratada, provoca degeneração lenta do sistema imune, com desenvolvimento de infecções oportunistas, deterioração orgânica e neoplasias malignas. A doença pelo HIV implica toda a evolução da infecção pelo HIV, desde a infecção assintomática e sintomas iniciais até a AIDS totalmente instalada. Desde 1996, a doença pelo HIV tem sido considerada como uma afecção crônica – controlável com medicamentos e adesão estrita do paciente às recomendações de tratamento (NETTINA, 2011).

3.2 Transmissão

A forma mais comum de transmissão do HIV envolve a deposição do vírus nas superfícies mucosas, principalmente genital ou anal. A inoculação direta no sangue a partir de transfusões de sangue e hemocomponentes, a transmissão vertical (mãe-bebê) e o uso

compartilhado de seringas contaminadas também são formas comuns de transmissão do HIV, embora menos frequentes e em franca redução em escala internacional. A partir da transmissão viral, uma série de fatores determina o curso subsequente da infecção, incluindo o subtipo viral, o inóculo e as condições do indivíduo exposto (DUNCAN, 2013).

Os líquidos corporais que, comprovadamente, transmitem o HIV são o sangue, as secreções vaginais, o sêmen e o leite materno. O HIV é transmitido pela injeção de sangue ou hemoderivados, por contato sexual (relação sexual vaginal ou anal, sexo oral) e no perinatal, a partir da mãe infectada para o filho (NETTINA, 2011).

3.3 Epidemiologia

No decorrer dos últimos 30 anos, a epidemia de AIDS trouxe consequências muito devastadoras para famílias, comunidades e países, sendo um dos maiores desafios para a saúde pública (MARTINS et al., 2014). Mais de 7.000 pessoas são infectadas com o vírus diariamente, e uma pessoa morre a cada 20 segundos de uma doença relacionada à AIDS. A doença é atualmente a 5ª causa de morte entre adultos e a principal causa entre as mulheres com idades entre 15 e 49 anos (UNAIDS, 2013).

A região da África subsaariana continua sendo a mais atingida com 60% das pessoas vivendo com HIV no mundo, onde mulheres representam 58% deste total. O Caribe, o Leste europeu e a Ásia central, com uma prevalência de 1% na população em geral são também áreas fortemente afetadas pela epidemia. A maioria das pessoas que vivem com HIV tem direito ao tratamento antirretroviral, porém esta situação é quase sempre desigual, particularmente com maiores dificuldades para populações-chave em situação de risco.

A epidemiologia na América Latina e Caribe tem destacado o aspecto de epidemia concentrada na região. Entre a população em geral, a prevalência de HIV na América Latina está em níveis estáveis (0,2-0,7%), no entanto o Caribe ainda tem uma das mais altas taxas de prevalências no (<0,1-3%). Todavia estão nas populações chaves de alto risco, homens que fazem sexo com homens e transexuais a maioria dos casos incidentes. As trabalhadoras do sexo têm doze vezes mais chance de serem positivas para o HIV quando comparadas com outras mulheres (MARTINS et al., 2014).

A epidemia de HIV no mundo continua a ter efeitos profundos em mulheres, homens e transgêneros. Globalmente, mulheres trabalhadoras sexuais são 13,5 vezes mais prováveis de viver com HIV que outras mulheres. Em países no oeste da África, uma substancial proporção de novas infecções (10–32%) vem ocorrendo, como resultado do trabalho sexual. Em Uganda,

Swaziland e Zâmbia, 7% a 11% de novas infecções são atribuídas ao trabalho sexual com clientes e parceiros regulares. A prevalência média de HIV entre trabalhadores sexuais ao redor do mundo varia de 22% no leste e sul da África (oito países) a 17% no Oeste e África Central (17 países), para menos de 5% em todas as outras regiões. Em outras regiões do mundo as taxas de prevalência de HIV entre as profissionais do sexo variam de taxas menores que 1% a taxas maiores que 5% (MARTINS et al., 2014).

Em um estudo realizado com profissionais do sexo de 8 cidades brasileiras mostrou mais altas taxas de prevalência no Rio Grande do Sul (17,9%- 19,5%) e menores taxas (1,2%-2,4%) em Sergipe. A prevalência do HIV para as Profissionais do Sexo (PS) no Brasil foi de 6,7% em Imbituba-Santa Catarina de 1% em Campo Grande (FERNANDES, 2014).

A epidemia de AIDS se expande entre os municípios brasileiros com 87 por cento destes registrando pelo menos 01 caso de AIDS em 2008. Apesar de a interiorização ser uma tendência atual da epidemia, os casos de AIDS continuam concentrados em municípios mais populosos. Cidades brasileiras com menor contingente populacional (< de 50 mil habitantes) notificam apenas 11% de todos os casos do país, enquanto 1% dos municípios brasileiros, que tem mais de 500 mil habitantes notificam 51,5% de todos os casos de AIDS (MARTINS et al., 2014).

A epidemia no Brasil é do tipo concentrada, considerando os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, que nomeia, nesta situação países cuja prevalência da infecção por HIV é de menos de 1% entre parturientes de 15 a 49 anos, e mais de 5% em subgrupos da população sob maior risco, sendo este o caso do Brasil, cuja prevalência da infecção pelo HIV na população em geral está em torno de 0,6%, e em 5,9% entre usuários de drogas ilícitas, 14,2% entre os homens que fazem sexo com homens e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (MARTINS et al., 2014).

As estimativas são de que aproximadamente 718 mil indivíduos vivam com o HIV/AIDS no Brasil, porém apenas 80% conhecem seu diagnóstico. Nos últimos 10 anos, a taxa de detecção de AIDS no Brasil sofreu uma elevação de cerca de 2%, com diminuição nas Regiões Sudeste e Sul e elevação nas demais regiões. O crescimento do número de casos entre heterossexuais teve um reflexo direto sobre a razão masculino/feminino, onde se observa declínio nesta razão (M/F) que passou de 15:1, em 1986 para 1,4: 1 em 2005. Entre os jovens (de 15- 24 anos) houve inversão da razão M/F (0,9: 1) entre os anos de 2000 a 2005. A Região Nordeste está entre as que têm os piores indicadores de AIDS no país, com aumento de 62,6% na taxa de detecção de AIDS e elevação de 33,3% no coeficiente de mortalidade nos últimos 10 anos (BRASIL, 2013).

Além disso, aumentaram as taxas de detecção (3,7%) em < 5 anos de idade, e em 72,3% entre os jovens de 15 a 24 anos, comparando os anos de 2003 e 2012. No contexto da região Nordeste, o estado do Ceará concentra 16% dos casos diagnosticados, e ocupou o 19º lugar no ranking nacional, e 3º no Nordeste no ano de 2012 (MARTINS et al., 2014).

Embora os homens ainda registrem a maioria dos casos, observa-se um crescimento entre as mulheres, passando a razão M/F a ser de 2, 5:1. Entre os anos de 2003 a 2005, observou-se uma inversão da razão M/F confirmando a forte presença da mulher na epidemia. A maior proporção dos casos de AIDS foi notificada em indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos de idade (MARTINS et al., 2014).

A cidade de Fortaleza ocupou a 6ª posição na detecção de casos entre as capitais da Região Nordeste. Registra mais da metade do total de casos do estado, e vem apresentando crescimento (14,9 casos/100.000 habitantes em 2001 para 26,4 casos/100.000 habitantes em 2012) nas taxas de detecção de casos. A taxa de mortalidade por AIDS apesar de pequenas variações vem se mantendo constante e elevada (5,78 /100.000 habitantes em 2008 e 5,75/100.000 habitantes em 2012) (SZWARCOWALD et al., 2011; MARTINS et al., 2014).

Atualmente o Rio Grande do Sul é o estado com as maiores taxas de detecção de Aids no país, ocupando o primeiro lugar entre as Unidades da Federação desde 2006, com taxa atual de 40,2 por 100mil habitantes. A taxa geral do Brasil é de 20,2. O Rio Grande do Sul identificou (de 1983 a junho de 2012) 65.852 casos de Aids, representando 50,3% dos casos acumulados no Região Sul e 10,0% dos casos identificados no Brasil. Em 2011, a população do estado representava cerca de 5,6% da população do Brasil e seu número de casos para o mesmo ano representava 11,1% do total de casos do país (BRASIL, 2013).

De 2002 a 2011, o RS apresentou as maiores taxas de detecção de Aids do país, quando comparadas as taxas observadas nas demais Unidades da Federação e às taxas do Brasil e da Região Sul. De 2009 a 2011, as taxas de detecção do Rio Grande do Sul foram duas vezes maiores do que as taxas do país (BRASIL 2013).

No Município de Santa Cruz do Sul/ RS entre os anos de 2010 e 2013, observou-se que no total de 919 pessoas atendidas pelo serviço especializado com HIV, 35% dos casos novos do total foram registrados neste período, sendo 61% do próprio município. Notou-se um aumento de casos, em relação a outros períodos, em maiores de 50 anos (SANTA CRUZ DO SUL, 2014).

3.4 Fisiopatologia

A Aids é causada pelo vírus HIV que insere seu material genético no DNA de células-alvo hospedeiras, principalmente de linfócitos CD4, células de defesa do sistema imunológico humano. Destruindo-as após ampla replicação em seu interior. Esta replicação do vírus provoca a morte das células-alvo, causando imunodeficiência e predispondo os indivíduos com HIV/AIDS a inúmeras infecções oportunistas (BISSON; CAVALLINI, 2002).

O sistema imunológico abalado provoca o comprometimento das suas principais vias imunológicas, que respondem adaptativamente os elementos exógenos e endógenos. Sendo, desta forma, destinado a manter a integridade orgânica através de um mecanismo de reconhecimento do que a "próprio", bem como a identificação de células ou substâncias estranhas (antígenos) que entram em contato com o sistema imunológico, de forma a eliminá-la especificamente, utilizando para isto diversos mecanismos celulares (BISSON; CAVALLINI, 2002).

Os mecanismos de defesa podem ser divididos em dois níveis principais: específicos - que incluem o sistema de células B dos anticorpos e o sistema de célula T mediadoras do processo imune, os quais são reações específicas induzidas por prévia exposição ao microorganismo ou seus antígenos específicos e são muito efetivos em detectar e erradicar a propagação de infecção no organismo (BISSON; CAVALLINI, 2002).

O outro nível são os não-específicos que refere-se aos processos inatos naturalmente presentes e não são influenciados por um contato prévio com o agente infeccioso, incluem a pele, membrana mucosa, células fagocitárias, células ciliares produtoras de muco, lisosima, interferon e outros fatores tumorais. Atuando como primeira linha de proteção, retardando o estabelecimento da infecção (BISSON; CAVALLINI, 2002).

A ineficiência das respostas imunes na defesa do hospedeiro pode ser atribuída em partes a interações de cooperação com defesas naturais mais simples e menos adaptáveis. O que facilita o aparecimento de infecções, ocasionando um aumento da morbimortalidade em pacientes com o sistema imune comprometido, incluindo então os doentes de AIDS. Desta forma, as predisposições dos indivíduos soropositivos / doentes de AIDS, é caracterizada por inúmeras infecções oportunistas que são causadas por diferentes tipos de patógenos (vírus, fungos, bactérias e protozoários) que afetam diversos sistemas orgânicos. Dentre eles os que afetam os sistemas: pulmonar, hepático, sistema nervoso central, trato gastrointestinal, afecções de pele e mucosas, visão, sistema cardíaco, dentre outros (BISSON; CAVALLINI, 2002).

3.5 Sinais e Sintomas

O HIV causa infecção crônica que leva a profunda imunossupressão, porém o curso da doença varia e, alguns indivíduos, desenvolvem a imunodeficiência em um curto período de tempo após o contágio, sendo que outros permanecem assintomáticos por dez a quinze anos. Um padrão clínico comum é bem reconhecido, sendo dividido em três fases após a transmissão viral: fase aguda, fase crônica e fase da crise (POWDERLY, 1999).

A fase aguda representa a resposta inicial do sistema imunológico à infecção, na qual ocorre a incubação do vírus até o surgimento dos primeiros sinais, podendo variar de três a seis semanas. Todavia, o organismo humano leva de oito a doze semanas para produzir anticorpos anti-HIV (BRASIL, 2011). É caracterizada por sintomas não específicos semelhantes aos da gripe, podendo passar despercebida. Também há ocorrência de viremia e colonização disseminada nos tecidos linfoides periféricos, com redução da célula TCD4+ seguida do desenvolvimento de resposta imunológica específica, evidenciada pela conversão sorológica. Através da redução da viremia, o número de células TCD4+ volta à normalidade, o que não sinaliza o término da replicação viral, que continua dentro desta e dos macrófagos (KUMAR et al., 2008).

A sorologia torna-se positiva de seis a doze semanas após a transmissão, entretanto, o período médio corresponde a sessenta e três dias. A resposta a esta soroconversão, pelos linfócitos T citotóxicos, está associada à brusca redução quantitativa da carga viral no sangue, recuperação da síndrome retroviral aguda e retorno da contagem mais alta de células TCD4+, frequentemente com padrões considerados normais laboratorialmente (BARTLETT, 1996).

A fase crônica, também chamada de período de latência clínica, pode durar vários anos e durante esse tempo o vírus permanece armazenado nos tecidos linfoides (onde continua sua replicação) e ocorre a correção da perda de células TCD4+. Os pacientes estão assintomáticos ou desenvolvem pequenas infecções. De dois a seis meses após a infecção a concentração viral plasmática e a contagem de TCD4+ se estabilizam em determinado nível. Estes marcadores indicam a progressão da doença, que torna o indivíduo suscetível a doenças oportunistas, as quais podem estimular a produção do HIV e desencadear uma resposta do sistema imune, acelerando a destruição dos tecidos linfoides. Assim, enquanto o sistema de defesa corporal tenta erradicar outros microrganismos, causa sua própria destruição pelo HIV (ABBAS; LICHTMAN; ANDREW, 2008).

Com frequentes ataques, as células de defesa começam a ser ineficientes até serem destruídas, causando uma ruptura catastrófica nas defesas do hospedeiro, com consequente

acentuado aumento da viremia e da doença clínica. Em consequência, o organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns e o paciente começa a apresentar febre persistente por mais de um mês, fadiga, perda de peso e diarreia. A contagem de linfócitos TCD4+ cai para menos de 500 células/ul (KUMAR et al., 2010).

A baixa da imunidade permite o desenvolvimento de infecções oportunistas graves, neoplasias secundárias e manifestações neurológicas, o que caracteriza o estágio mais avançado da doença, que só então é denominado Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (BRASIL, 2011). Quando a contagem de CD4+ está abaixo de 350 células/mm³, o paciente é diagnosticado portador de AIDS, porém cerca de 10% podem receber este diagnóstico com contagem acima da supracitada (BRASIL, 2010).

Achados clínicos de fácil diagnóstico são bons preditores de progressão para a AIDS, como a candidíase oral, que é um marcador clínico precoce de imunodepressão, bem como a presença de diarreia crônica e febre de origem indeterminada. Através da evolução da infecção começam a ser observadas apresentações atípicas das infecções, resposta tardia à terapia com antibiótico e/ou reativação de antigas infecções, como tuberculose (BRASIL, 2008).

A maior parte dos indivíduos passa a apresentar sorologia positiva para o HIV entre 4 e 10 semanas após a exposição, condição que passou a ser denominada simplesmente como soroconversão, que ocorre em até seis meses para 95% dos indivíduos (BRUCE et al., 2013).

Aproximadamente 80% das mortes em pacientes com AIDS são causadas por infecções oportunistas, sendo definidoras da síndrome nos pacientes com infecção pelo HIV. Dentre elas, está a pneumonia, causada pelo fungo oportunista *Pneumocystis jirovecii*, a manifestação inicial em vários casos, apesar de a incidência ter diminuído devido aos profiláticos. Outras doenças oportunistas mais comuns são: candidíase, herpes simples ulcerativo grave oral e perianal, enterite, toxoplasmose, criptococose, micobacteriose, infecção disseminada pelo citomegalovírus, pelo vírus varicela-zoster, leucoencefalopatia multifocal progressiva. Estes pacientes também apresentam alta incidência de determinados tumores, sobretudo o sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin e câncer de colo de útero (KUMAR et al.; 2008).

3.6 Diagnóstico

A sorologia para HIV está indicada nos casos de pessoas com doenças sexualmente transmissíveis (DST), categoria de alto risco (usuários de drogas injetáveis, homo ou bissexuais, hemofílicos e seus parceiros sexuais, bem como o de portadores do HIV), grávidas, pacientes com tuberculose ativa, pessoas expostas a risco ocupacionais, pacientes de 15 a 54 anos

internados em hospitais, profissionais da saúde em risco de exposição, doadores de sangue, sêmen e órgãos, achados clínicos ou laboratoriais em avaliação médica e pessoas que se consideram em risco e desejam fazer o teste (POWDERLY, 1999).

É importante salientar que, antes e depois da realização da testagem é necessário realizar o aconselhamento pré e pós-teste, diálogo confidencial entre médicos e paciente, fornecendo informações sobre aspectos como as formas de transmissão, significados dos resultados dos exames, o que é o período da janela imunológica, tendo como objetivo capacitá-la a lidar com as situações estressantes e tomar decisões pessoais frente à doença (BRASIL, 1998; BRASIL, 2008). Faz-se necessário citar que, conforme preconizado pelo Centro de Testagem e Aconselhamento, não só o médico, sendo estes psicólogos, farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais e nutricionistas (AFONSO, 2015).

Após o HIV entrar no organismo humano, inicia seu processo de replicação e começa a ser reconhecido pelo hospedeiro, nas semanas seguintes, durante a presença de antígenos virais circulantes, e, com seu aumento, anticorpos anti-HIV (NETO et al., 1996). O intervalo de tempo entre a infecção viral e a produção de anticorpos no sangue é chamado de janela imunológica, período onde a ausência ou baixa quantidade dos anticorpos pode gerar resultado falso-negativo. Na maioria dos casos, a sorologia positiva é constatada de 30 a 60 dias após a exposição ao vírus, por isso é recomendado esperar determinado tempo para submeter-se ao teste (BRASIL, 2011).

O termo AIDS, utilizado para designar as fases avançadas de doença, caracterizadas pelo surgimento sucessivo de infecções oportunistas, no início da epidemia, vem sendo definido e utilizado, principalmente, com a finalidade de vigilância epidemiológica (BRUCE et al., 2013).

No Brasil, considera-se AIDS, em indivíduos com infecção pelo HIV confirmada, a presença do diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de AIDS (Critério CDC modificado) e/ou uma contagem de linfócitos T CD4 < 350 células/mm³ e/ou somatório de pelo menos 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas e doenças (critério Caracas). Também é considerado AIDS (critério excepcional óbito) quando, na ausência de notificação de doença houver menção à AIDS/SIDA, infecção pelo HIV ou termos equivalentes em algum dos campos da declaração de óbito e investigação epidemiológica inconclusiva (BRUCE et al., 2013).

Os testes padrão para determinar se um paciente está infectado com o HIV são baseados na detecção de anticorpos anti-HIV no sangue, e não a do próprio vírus. O primeiro teste é chamado de teste de triagem e caso este resultar negativo, a pessoa é considerada HIV negativa,

não sendo necessário testes de confirmação. Caso contrário, ou seja, se este for repetidamente positivo, devem ser feitos testes confirmatórios. Embora possa ser feita com a mesma amostra de sangue da triagem, é preferível fazer a confirmação de uma segunda amostra de sangue a fim de evitar erros (UNAIDS, 2000).

A Portaria nº 59, de 28 de janeiro de 2003, que normatiza a sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e AIDS, dividiu em três etapas os procedimentos sequenciados que devem ser seguidos para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV. Na etapa I, deve-se realizar a triagem sorológica, na II, é feita a confirmação sorológica a partir de um segundo imunoenensaio em paralelo ao teste de imunofluorescência indireta para o HIV-1 ou ao teste de imunoblot; e, para finalizar, na etapa III, a confirmação sorológica se dá por meio da realização do teste de western blot para HIV-1. Ademais, todos os conjuntos de diagnóstico utilizados deverão estar obrigatoriamente registrados no Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008).

Como escolha na triagem, devido à sensibilidade e especificidade tem-se o teste imunoenzimático ELISA, o qual detecta a presença de antígenos ou anticorpos pelo desenvolvimento de um produto final colorido, medido espectrofotometricamente (CONSTANTINE, 2006). Outros testes de triagem que podem ser citados são o ensaio de quimioluminescência, os imunocromatográficos, onde a reação é evidenciada em trinta minutos, e o ensaio de aglutinação (RIBEIRO, 2006 apud ALDOVINE; WALQUER, 1990).

No que diz respeito aos testes confirmatórios o western-blot é considerado o “padrão ouro”, por ter alta especificidade e sensibilidade, apesar de um custo elevado (BRASIL 2008). Porém, existe também o teste de imunofluorescência indireta para o HIV-1, que é considerado confirmatório, permitindo detectar os anticorpos anti-HIV através de leitura em microscópio de imunofluorescência (BRASIL, 2011).

Recentemente estão sendo desenvolvidos testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV, com o objetivo de diminuir o tempo até a definição do diagnóstico. Nos últimos anos, o desempenho destes vem sendo aprimorado, para aumentar sua sensibilidade e especificidade. São de fácil execução e não requerem equipamentos e mão de obra especializada, podendo ser executados em poucos minutos (BRASIL, 2009).

A avaliação destes permitiu a elaboração de um algoritmo para o diagnóstico, utilizando somente o teste rápido. A partir da realização em paralelo, para qualquer amostra coletada, de dois testes rápidos, denominados Teste 1 e Teste 2, se ambos apresentarem resultados positivos, a amostra é considerada positiva. Da mesma forma, no caso de resultados negativos, a amostra será considerada negativa. Quando ocorrerem resultados discordantes, um terceiro teste,

denominado Teste 3, será utilizado, definindo o resultado da amostra. Cabe salientar que uma vez aplicado o algoritmo não há necessidade da realização de testes confirmatórios, pois os testes rápidos distribuídos pelo MS apresentam igual desempenho quando comparados ao algoritmo laboratorial (BRASIL, 2009).

3.7 Tratamento

Segundo recomendações do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, após receber o diagnóstico de infecção pelo HIV, o paciente deve marcar uma consulta com um médico especialista em AIDS, no Serviço de Assistência Especializado (SAE). Nesta primeira consulta, o paciente deve informar seu histórico clínico, o tempo de diagnóstico, bem como condições e hábitos de vida, sendo provável que o médico solicite exames, como: hemograma, urina, fezes, glicose, colesterol, triglicerídeos, teste de contagem de linfócitos e de carga viral (BRASIL, 2011).

Uma das decisões mais importantes a ser tomada é o melhor momento para se iniciar o tratamento. Ao prescrever a terapia antirretroviral na fisiopatogenia da doença e em suas consequências, deve-se levar em conta a facilidade do uso de medicamentos, o tempo total do tratamento e, principalmente a motivação e vontade da pessoa (SPRINZ; FINKELSZTEJN, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que sejam tratados todos os pacientes com contagem de linfócitos TCD4+ menores ou iguais a 350 células/mm³, independente do estágio clínico, no caso de adultos e adolescentes. Para crianças, logo após a confirmação do diagnóstico de soropositividade o tratamento antirretroviral deve ser iniciado, independentemente da fase clínica, imunológica ou de carga viral. No caso de indisponibilidade dos testes para diagnóstico, as crianças menores de doze meses de idade com análise clínica presuntiva de infecção grave pelo HIV, deverão iniciar a terapia medicamentosa o mais breve possível, tentando obter a confirmação laboratorial o quanto antes. Estudos mostram que se não tratadas, à metade delas iria a óbito até os dois anos de idade (WHO, 2010).

O Ministério da Saúde, em 2010, atualizou os critérios para o início da terapia antirretroviral (TARV) baseando-se em estudos que demonstram que quanto mais cedo a TARV inicia, melhores são os resultados observados. Assim, ficou recomendado que, para portadores assintomáticos com contagem de CD4 menores que 350 células/mm³ e sintomáticos, o tratamento deve iniciar de imediato. Para as gestantes, o início deve ser o mais breve possível, pois o tratamento, além de beneficiá-la serve para prevenir transmissão vertical. Também

devem ser tratados pacientes que apresentarem condições como coinfeção para o vírus das hepatites B ou C, idade maior que 55 anos, doenças cardiovasculares, nefropatia do HIV, neoplasia (incluindo as não definidoras de AIDS) e/ou alta carga viral (superior a cem mil cópias) (BRASIL, 2010).

Os medicamentos antirretrovirais surgiram na década de 1980, para impedir a multiplicação do vírus no organismo. Eles não matam o HIV, mas ajudam a evitar o enfraquecimento do imunológico. Por isso, seu uso é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida de quem tem Aids (BRASIL, 2015a).

Desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente o coquetel ARV para todos que necessitam do tratamento. Segundo dados de dezembro de 2012, 313 mil pessoas recebem regularmente os remédios para tratar a doença. Atualmente, existem 21 medicamentos divididos em cinco classes, são elas: (BRASIL, 2015a).

Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa - atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria. Tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza. São eles: Abacavir, Didanosina, Estavudina, Lamivudina, Tenofovir, Zidovudina e a combinação Lamivudina/Zidovudina.

Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa - bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus. São eles: Efavirenz, Nevirapina e Etravirina.

Inibidores de Protease – atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV. São eles: Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Indinavir, Lopinavir/r, Nelfinavir, Ritonavir, Saquinavir e Tipranavir.

Inibidores de fusão - impedem a entrada do vírus na célula e, por isso, ele não pode se reproduzir. É a Enfuvirtida.

Inibidores da Integrase – bloqueiam a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano (código genético da célula). Assim, inibe a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células. É o Raltegravir.

Para combater o HIV é necessário utilizar pelo menos três antirretrovirais combinados, sendo dois medicamentos de classes diferentes, que poderão ser combinados em um só comprimido. O tratamento é complexo, necessita de acompanhamento médico para avaliar as adaptações do organismo ao tratamento, seus efeitos colaterais e as possíveis dificuldades em seguir corretamente as recomendações médicas, ou seja, tratamento. Por isso, é fundamental manter o diálogo com os profissionais de saúde, compreender todo o esquema de tratamento e nunca ficar com dúvidas (BRASIL, 2015b).

3.8 Prevenção

A estratégia básica para o controle da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do HIV é a prevenção, que ocorre por meio da constante informação e atividades educativas para a população, priorizando a percepção de risco, mudanças no comportamento sexual e a promoção e adoção de medidas preventivas. Estas abordagens devem abranger a promoção de preservativo, tratamento de outras DST, o tratamento de abuso de drogas injetáveis, o fornecimento de agulhas e seringas para usuários de drogas e uso de antirretrovirais. Também é necessário estimular a adesão ao tratamento, explicitando a existência de casos assintomáticos ou pouco sintomáticos, mas que também são suscetíveis às complicações graves (FAUCI, 1999; BRASIL 2005).

3.9 Assistência de Enfermagem

O enfermeiro deve obter um histórico da data do diagnóstico de HIV, contagem de células de CD4+ por ocasião do diagnóstico, fatores de risco, sinais e sintomas constitucionais, infecções recentes, exames de sangue positivo para anticorpos anti-HIV (confirmar se cópia do original não estiver disponível), contagem mais recente de CD4+ e carga viral de RNA do HIV (LIPPINCOTT, 2011).

- Rever as queixas atuais do paciente, como febre, tosse, falta de ar, diarreia.
- Questionar o que o paciente sabe sobre HIV/AIDS, etiologia, sinais e sintomas, modo de transmissão, método para limitar a exposição, evolução da doença, a importância de monitoramento das contagens de CD4+ e carga viral de RNA do HIV.
- Avaliar a adesão do paciente às medicações, revendo todos os medicamentos prescritos, dose e frequência com que o paciente está tomando a medicação. Perguntar ao paciente quantas vezes no dia anterior ou na última semana ele pode ter omitido uma dose.
- Avaliar o estado nutricional e o estado de saúde geral através da determinação do peso, índice de massa corporal, anemia ou complicações dos efeitos tóxicos dos medicamentos, incluindo hiperlipidemia, hiperglicemia, lipodistrofia.
- Avaliar a frequência respiratória, bem como a profundidade, e auscultar os pulmões para os sons respiratórios; verificar coloração e temperatura da pele; os linfonodos palpáveis e evidências de febre, sudorese noturna.

- Inspeccionar a boca a procura de lesões, especialmente por cândida, na porção posterior da faringe, examinar a pele à procura de exantema, ulcerações e lesões por MRSA. Registrar o número e o tamanho.
- Perguntar ao paciente sobre os padrões intestinais, alterações nos hábitos, constipação intestinal, cólica abdominal, número de evacuações e o volume das fezes e presença de dor e ulceração perianal.
- O paciente está orientado quanto ao tempo espaço e pessoa? Algum problema com a memória e a concentração, cefaleias convulsões, problemas visuais e último exame oftalmológico.
- Investigar o máximo possível sobre o estilo de vida do paciente antes da doença (avaliar o comportamento de risco contínuo), experiências e habilidades, sistema de apoio social (LIPPINCOTT, 2011).

Nunca pressupor que a família ou os entes queridos sabem que o paciente é HIV-positivo. Sempre perguntar ao paciente quem sabe sua condição de HIV. A confidencialidade em relação a infecção pelo HIV deve ser mantida. Entretanto, incentivar o paciente a compartilhar o diagnóstico para diminuir o isolamento. Oferecer-se para estar com o paciente quando o diagnóstico for compartilhado com a família; pode ser útil simular uma representação antes de se reunir com a família ou entes queridos (LIPPINCOTT, 2011).

Ao tratar de pacientes com doença pelo HIV e AIDS, certificar-se de que você está:

- Utilizando precauções universais
- Protegendo a confidencialidade
- Educando o paciente sobre métodos para a prevenção da transmissão do HIV
- Efetuando uma avaliação psicossocial
- Desenvolvendo estratégias de adesão para pacientes em uso de terapia antiviral
- Proporcionando orientações e intervenções para o tratamento dos sintomas do HIV.

Estas orientações devem servir apenas como orientação geral. Cada situação apresenta um conjunto único de fatores clínicos e exige julgamento de enfermagem para orientar os cuidados, que podem incluir medidas adicionais ou medidas e abordagens alternativas (LIPPINCOTT, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo é de abordagem documental, retrospectiva, descritiva. O método documental é o que se aplica as pesquisas realizadas com base em documentos mantidos por órgãos públicos e privados de qualquer natureza ou por pessoas: registros, atas, anais, regulamentos, etc (FERREIRA, 2011). Pesquisa retrospectiva, é quando o pesquisador deve retroagir no tempo em busca de informações de seu interesse. Estudo descritivo tem como propósito caracterizar a população por meio, basicamente, da descrição das variáveis em estudo, sem se preocupar em estabelecer relações entre estes (FERREIRA, 2011).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro Especializado de Atendimento a Sorologia (CEMAS), no município de Santa Cruz do Sul.

Atualmente, a equipe é composta por uma enfermeira coordenadora, dois enfermeiros assistencial, dois psicólogos, uma médica infectologista, um médico clínico geral, um médico ginecologista, dois dentista, uma ACD (auxiliar de saúde bucal), uma farmacêutica, uma assistente social, uma monitora social, cinco técnicas em enfermagem, duas atendentes |(CIEE), uma auxiliar de higienização e alguns estagiários em diversas áreas.

Foi instituído em 1995, com o intuito de atender a população do Município em questões relativas a Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS e, também como Centro de Referência para acompanhamento de pacientes HIV/AIDS aos municípios da 13ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). O Setor também tem a parceria com o Estado e o Ministério da Saúde através da Coordenação Estadual de DST/AIDS que fornece os medicamentos Antirretrovirais (ARV) e aqueles pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), preservativos e treinamento de pessoal, bem como apoio técnico necessário.

O serviço conta com uma estrutura composta de 02 setores com áreas físicas definidas: SAE (serviço de assistência especializado) e CTA (centro de testagem e aconselhamento).

O primeiro piso é composto de: uma recepção, uma farmácia, uma sala de coleta de anti-HIV, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) e marcadores de Hepatites, uma sala de espera, uma sala interdisciplinar, uma cozinha, um consultório dentário, uma sala de psicologia, uma sala de coordenação, dois consultórios médicos, três banheiros. No andar inferior: uma

sala de grupos e serviço social, um almoxarifado, uma sala de vacinas, uma sala de coleta de exames, uma sala do setor de Hepatites, uma sala de espera e ou palestras, garagem para 2 carros e dois banheiros.

No ano de 2008, foi implantado o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), com o intuito de informatizar os dados coletados dos usuários que procuram o setor para a testagem e gerar um instrumento estatístico utilizado como norteador nas ações de prevenção. É atendida toda a demanda espontânea para testagem de HIV/VDRL e Hepatites, que é orientada sobre situação de risco e autocuidado. É feita, também, a distribuição de preservativos às unidades de Atenção Básica, ESFs e EACS.

O SAE oferece atendimento interdisciplinar (assistência social, tratamento médico, odontológico, de enfermagem, psicológico e nutricionista) aos mais de 1000 pacientes portadores do vírus HIV e pacientes portadores de alguma outra DST, atingindo uma produtividade média de 3000 atendimentos mensais. É centralizado no setor ainda as atividades nas escolas (Programa Adolescente Saudável), palestras e atividades preventivas em empresas do Município e campanhas de prevenção (Carnaval, Dia da Mulher, Dia dos Namorados, Oktoberfest e Dia Nacional de Combate a AIDS), a gestão municipal do Programa Saúde e Programa de Saúde na Escola (PSE). Também é desenvolvido o Projeto Flores da Noite envolvendo a prevenção, através de visitas a campo, nos bares, boates e zonas de prostituição, onde são realizadas oficinas com insumos de prevenção e agendamento de exames e consultas de DSTs.

Os casos novos de diagnóstico de HIV têm sido encaminhados, principalmente dos hospitais da região e são pacientes já apresentando doenças oportunistas, o que representa aumento de notificação de AIDS. Este dado nos remete a evidência de diagnóstico tardio devido à resistência ou à falta de informação da população em realizar a testagem para então, intensificar as ações de prevenção e conscientização da população e dos serviços de saúde em relação a necessidade de testagem nas situações de vulnerabilidade para contaminação. Junto a esses dados se observou um aumento nos casos de Sífilis, principalmente congênita, no Município e, conseqüentemente, um aumento de atendimento à doenças sexualmente transmissíveis no setor, o que nos revela a dificuldade desses casos serem absorvidos, notificados e atendidos pela Atenção Básica. Espera-se que a implantação do protocolo de sífilis e a implantação dos testes rápidos para HIV e Sífilis na Atenção Básica minimize esta realidade atual.

O município de Santa Cruz do Sul localiza-se na região conhecida como Vale do Rio Pardo, na encosta inferior do nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, a 150 km de Porto

Alegre. Os principais acessos são pela RSC 287 e BR 471. No último censo em estima-se uma população de 127,516 habitantes, numa área de 733,4 Km². (IBGE, 2014). Conta com uma rede pública de saúde com atendimento preventivo, atendimentos de média e alta complexidade, assim distribuídos: Atenção básica, conta com 12 Unidades básicas de saúde (UBS), 11 Estratégias da Saúde da Família (ESF), 12 consultórios de saúde bucal. Atendimento de urgência e emergência, composto por: Centro Materno Infantil (CEMAI), Casa de Saúde Ignez Morais (CSIIM), Serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o município ainda contrata os serviços de urgência e emergência do Hospital Santa Cruz para atendimento de pacientes a cima dos 12 anos. Serviço de assistência ao Trabalhador, composto por: Unidade de Saúde do Trabalhador (UMRST), Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), Centro de Referência em saúde do Trabalhador (CEREST). Além dos serviços especializados, uma rede de Saúde mental composta por três CAPS: CAPS AD, CAPSIA e CAPS II, Rede de Atenção as DST/AIDS, Centro Municipal de atendimento a Sorologia (CEMAS), serviço de atendimento especializado (SAE), centro de testagem e aconselhamento (CTA), ambulatório de Hepatites.

O município também conta com o atendimento de várias instituições privadas, que auxiliam no tratamento dos munícipes, laboratórios, clínicas, um hospital referência em oncologia, um hospital referência em alta complexidade cardiológica e traumatológica, que complementam o atendimento de saúde do Município.

4.3 . Fonte de dados

Foram dados secundários oriundos dos prontuários dos pacientes. Atualmente, o serviço possui 998 pacientes (dado de 30/10/2015) oriundos de diversos municípios da região. Serão analisados os prontuários dos pacientes residentes em Santa Cruz do Sul, atendidos no CEMAS nos anos de 2013 a 2015.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um formulário de coleta de dados, elaborado para este estudo (APÊNDICE A).

4.5 Procedimentos éticos e operacionais

Primeiramente, solicitou-se a autorização da coordenação do CEMAS para o desenvolvimento da pesquisa. Após, o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, atendendo a resolução 466/12 do Ministério da saúde, Conselho Nacional de Saúde, e aprovado sob o parecer: 1454192 (ANEXO A).

Os resultados da pesquisa foram divulgados em banca pública no trabalho de conclusão de curso da acadêmica, seguindo os padrões éticos, preservando deste modo a identidade dos participantes através do sigilo. Os dados da pesquisa serão utilizados para confecção de artigos que serão submetidos a publicações em periódicos científicos e apresentação em eventos científicos.

Assim que a pesquisa for aprovada pelo comitê de Ética, concluída e aprovada pela banca do curso de Enfermagem, os resultados serão entregues ao Centro especializado de Atendimento a Sorologia (CEMAS). A autora deste estudo pretende reescrevê-lo anualmente, com novos dados, mantendo-o atualizado durante o período que integrar o serviço.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados e tabulados com a utilização do software EXCEL versão 2013, programa de computador do tipo científico que armazena dados e os transforma em informações analíticas importantes. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos, utilizando frequências absolutas e relativas, articulando-as com a referenciais bibliográficos.

5 ANALISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise de dados realizada nos prontuários dos pacientes do CEMAS, com diagnósticos estabelecidos no período de 2013 a 2015, apontou um total de 171 prontuários. A seguir serão apresentados gráficos e tabelas sobre o perfil destes pacientes.

Tabela 1 – Dados sócio demográficos (n=171)

	2013	2014	2015	Total	%
Sexo					
Feminino	21	17	34	72	42%
Masculino	21	34	44	99	58%
Faixa Etária					
16 F 25	5	6	9	20	12%
26 F 35	15	16	18	49	29%
36 F 45	9	7	27	43	25%
46 F 55	7	11	10	28	16%
56 F ≥ 60	6	10	17	33	19%
Escolaridade					
Analfabeto		1		1	1%
Ens.Fund.incom. /comp.	20	18	39	77	45%
Ens.Med.Incom. /comp.	8	21	19	48	28%
Ens.Sup.Incom. /comp.	2	8	4	14	8%
Ignorado	11	8	16	35	20%
Raça/cor					
Branco	21	40	50	111	65%
Negro	8	6	10	24	14%
Outros/ignorado	13	5	17	35	20%
Estado Civil					
Casado	18	25	21	64	37%
Solteiro	13	16	23	52	30%
Outros/ignorado	11	10	34	55	32%
Número de Filhos					
1 F 2	13	15	25	53	31%
3 ≤ 4	6	10	14	30	18%
Ignorado	23	26	39	88	51%
Profissões					
Comércio	6	16	13	35	20%
Industria	5	8	14	27	16%
Serviços	20	15	23	58	34%
Autônomo	1	1	3	5	3%
Outros/ignorado	13	14	20	47	27%
Cidade de Nascimento					
Santa Cruz do Sul	18	21	42	81	47%
Outros/ignorado	24	32	34	90	53%

Conforme os dados acima, no ano de 2013 tivemos o mesmo número de pacientes do sexo masculino e do sexo feminino; em 2014, o número de homens foi o dobro do número de mulheres; e, em 2015, o número de homens também foi maior que o número de mulheres. Dos 171 prontuários analisados, nestes três anos, 58% são do sexo masculino e 42% são do sexo feminino. O percentual de homens diagnosticados soropositivos é maior que o percentual de mulheres, estando em conformidade com os dados da presente pesquisa (BRASIL, 2015b).

Quanto à faixa etária, a pesquisa nos mostra que a faixa com maior frequência de casos de AIDS, encontra-se entre 26 – 35 anos, com um percentual de 26% em ambos os sexos. Em outro estudo realizado na Bahia, dos 592,914 casos acumulados entre 1998 e junho de 2010, a faixa etária com maior frequência em ambos os sexos foi de 30 – 49 anos (CASTRO et al., 2013). Os casos de AIDS entre os homens permanece maior que os em mulheres, no entanto esta diferença vem diminuindo ao longo dos anos (SILVA, 2013).

Quanto à escolaridade, verifica-se nos dados acima que a maioria dos pacientes da amostra tem ensino fundamental. incompleto/completo. A escolaridade pode ser utilizada como marcador da situação socioeconômica, e o aumento na proporção de casos de AIDS naqueles indivíduos com menor escolaridade pode ser denominado pauperização da epidemia (SANTOS et al., 2002).

Neste estudo do perfil dos pacientes de Santa Cruz do Sul, na amostra de 171 prontuários analisados, quanto à raça/cor, os dados dizem respeito a autodenominação do paciente ao se referir a sua origem, do total da amostra 65% dos pacientes referem ser Brancos. Em pesquisa realizada entre os anos de 2000 a 2005, 59,6% dos pacientes se autodeclararam brancos (FRY et al., 2007). Estes dados vão ao encontro dos dados da pesquisa.

Quando analisado o estado civil dos pacientes deste estudo, 37% referem ser casados/união estável. O perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do ambulatório de controle de HIV/AIDS de São Jose, SC, apresentou dados diferentes, 36,5% dos pacientes da pesquisa referiram ser solteiros ou não vivem com companheiros e 27,1% eram casados (BERTONI et al., 2010).

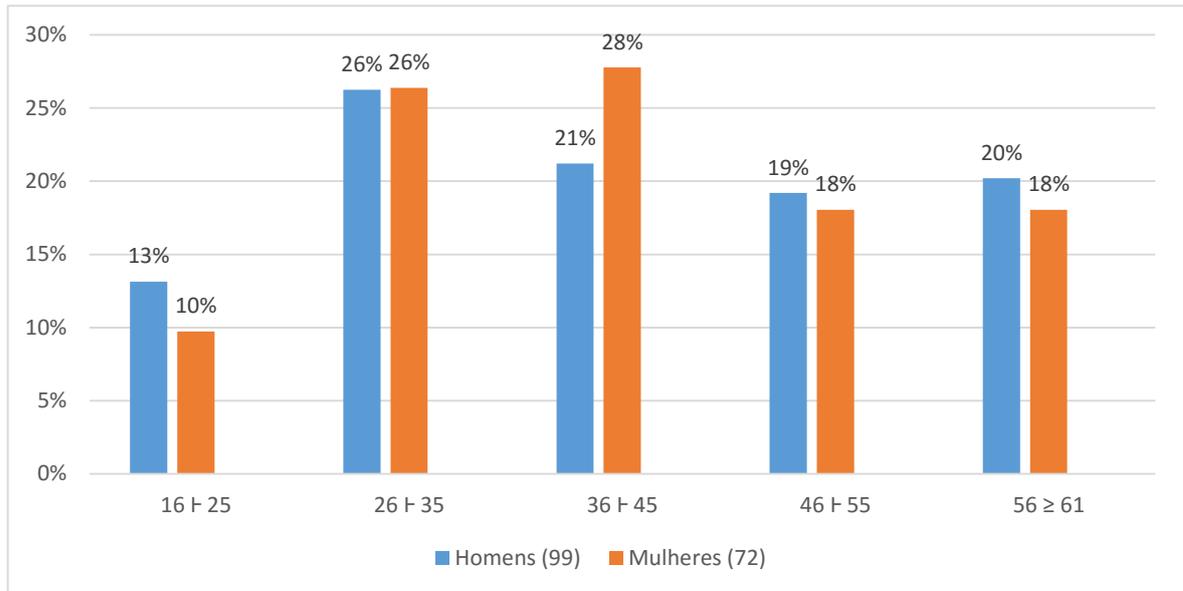
De 2013 a 2015, observou-se que do total de pacientes analisados 51% dos prontuários não tinham dados completos referentes ao número de filhos. Dos prontuários que tinham este dado, 31% dos pacientes possuíam 1 – 2 filhos, 18% tinham mais de três filhos.

Observa-se neste estudo que a maior parte dos pacientes mantem-se no mercado de trabalho, a grande maioria encontra-se no setor de serviços. Observa-se que o setor de trabalho não é de grande relevância para os pacientes, a renda obtida com este trabalho é que interfere diretamente na sua condição de vida (REIS et al., 2011).

Os indivíduos deste estudo são residentes no município de Santa Cruz do Sul (100%), destes 53% nasceram em outros municípios.

A seguir, podemos visualizar no figura a análise da relação sexo e faixa etária dos pacientes cujos prontuários foram analisados.

Figura 1 – Relação sexo/faixa etária

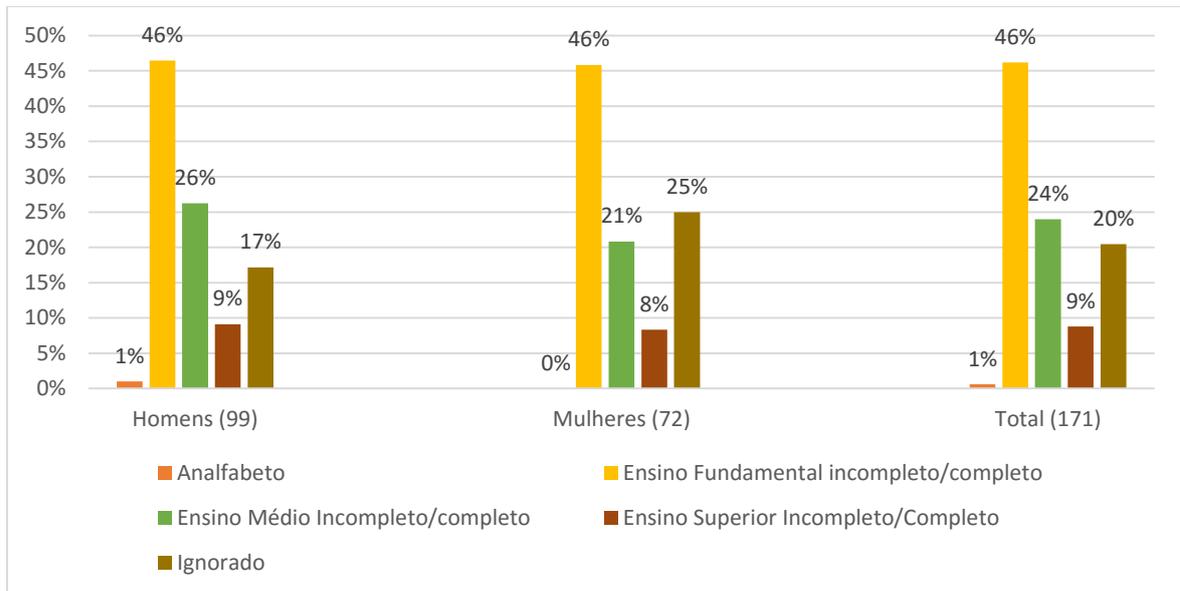


Fonte: Dados da Pesquisa 2016

Em todas as faixas etárias, observa-se pouca diferença entre o percentual de homens e mulheres, com exceção da faixa etária dos 36 – 45 anos, onde o percentual de mulheres é maior que o dos homens. A faixa etária em que a Aids é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 25 a 49 anos de idade. Chama atenção a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos. Essa é a única faixa etária em que o número de casos de Aids é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV (BRASIL, 2015c).

No gráfico a seguir, está descrito a relação sexo/escolaridade dos pacientes.

Figura 2 – Relação sexo/escolaridade



Fonte: Dados da Pesquisa 2016

Entre 2013 e 2015, os dados acima mostram que fazendo a relação entre sexo e escolaridade, a proporção de casos entre os indivíduos com até o ensino fundamental é de 46% para ambos os sexos; ensino médio 26% para o sexo masculino e 21% para o sexo feminino; ensino superior 9% para o sexo masculino e 8% para o sexo feminino.

O grau de instrução dos paciente HIV/AIDS é menor do que o da população em geral, sendo que normalmente na população do sexo masculino é maior que o da população do sexo feminino. Estes dados vão ao encontro com os dados desta pesquisa (TORNAZELLI; CZERESNIA BARCELOS, 2003).

Tabela 2 – Dados clínicos (n= 171)

Variáveis	2013	2014	2015	Total	%
1º Cd4*					
Até 30 dias	22	35	62	119	70%
31 à 90 dias	9	9	6	24	14%
91 à 120 dias	1	2	3	6	4%
121 à ≤ 240 dias	5		2	7	5%
Ignorado	5	5	5	15	9%
Valor do 1º Cd4**					
≥ 350	16	20	32	68	40%
≤ 350	24	30	45	99	58%
Ignorado	2	1	1	4	2%
DST***					
Sim	15	6	22	43	25%
Não	22	42	52	116	68%
Ignorado	5	3	4	12	7%
Uso de Drogas ilícitas					
Sim	7	6	5	18	11%
Não	33	43	70	146	85%
Ignorado	1	2	3	6	4%
Uso de Preservativos					
Sim		1		1	1%
Não	40	49	78	167	98%
Ignorado	2	1		3	2%
Parceria Sexual					
Heterossexual	33	40	68	141	82%
Homo/Bissexual	5	9	8	22	9%
Ignorado	4	2	2	8	5%
Exposição					
Sexual	38	50	74	162	95%
Outros/ignorado	4	1	4	9	5%
Uso de TARV****					
Sim	42	48	70	160	94%
Não		3	8	11	6%
Tipo TARV					
Terapia tripla	15	32	67	114	67%
Biov+kaleta	13	9	6	28	16%
Biov+efavirenz	2	7	2	11	6%
Outros/não adesão	11	3	4	18	10%

Fonte: Dados da Pesquisa (2016) * Células de defesa do organismo ** valores em mm³ (valor de referência maior que 350) *** doenças sexualmente transmissíveis **** Terapia antirretroviral

Ao analisar os dados clínicos dos pacientes desta pesquisa, observa-se que a maior parte dos pacientes realizou coleta dos exames de CD4 e Carga Viral, nos primeiros trinta dias após o diagnóstico de soropositivo, 30% dos pacientes da pesquisa levaram mais de 31 dias para realizar os exames. É fundamental para o acompanhamento médico a realização dos exames de contagem dos linfócitos T CD4, é o melhor indicador de como está funcionando o sistema imunológico, por isso a importância de se realizar o exame o quanto antes, para que o médico possa avaliar as condições clínicas dos pacientes e iniciar com a TARV adequada (BRASIL, 2015b).

Em relação ao resultado dos exames de CD4, 58% dos pacientes tinham resultado inferior a 350 células/mm³. A contagem de células de CD4+ é um dos critérios para avaliação e diagnóstico de AIDS. Indivíduos que apresentam contagem de CD4+ inferior a 350 células/mm³, são considerados e notificados como pacientes AIDS (BRASIL, 2004). O CD4+ é um marcador importante de prognóstico, usado no critério diagnóstico da AIDS (BRASIL, 2013). Em um estudo realizado no município de Tubarão, SC, que o percentual de pacientes com CD4+ inferior a 350 células/mm³ também foi maior que os com CD4+ superior a este valor (SCHUELTER – TREVISOL et al., 2013).

Do total dos pacientes desta pesquisa, 68% referem não ter apresentado outra DST associada a infecção por HIV. Outra pesquisa apresentou dados semelhantes ao desta pesquisa, onde o percentual de pacientes que não apresentaram outras DSTs associadas ao HIV/AIDS foi maior do que os que apresentaram DSTs (FERREIRA; OLIVEIRA; PANLAGO, 2012).

Nos prontuários analisados, encontrou-se um percentual de 85% dos pacientes que referem não utilizar drogas ilícitas, apenas 11% referem em algum momento terem abusado do uso de drogas. Deste total, apenas um paciente refere possível contaminação pelo vírus HIV por possível compartilhamento de seringas. Em outro estudo, de um total de 85 pacientes que faziam uso de drogas, 5 referiam contágio do HIV por compartilhamento de seringas (BERTONI et al., 2010).

É sabido que a melhor forma de prevenção para qualquer tipo de DSTs, é através da utilização de preservativos, no entanto 98% dos indivíduos desta pesquisa afirmam não utilizar regularmente este método de proteção.

A camisinha é o método mais eficaz para se prevenir contra muitas doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids, alguns tipos de hepatites e a sífilis, por exemplo. Além disso, evita uma gravidez não planejada (BRASIL, 2015d).

Dos pacientes deste estudo, 82% se intitulam heterossexuais. Dado que vai de encontro ao estudo realizado em São Paulo, no qual 34,3% dos pacientes afirmaram ser heterossexuais (GABRIEL; BARBOSA; VIANNA, 2005).

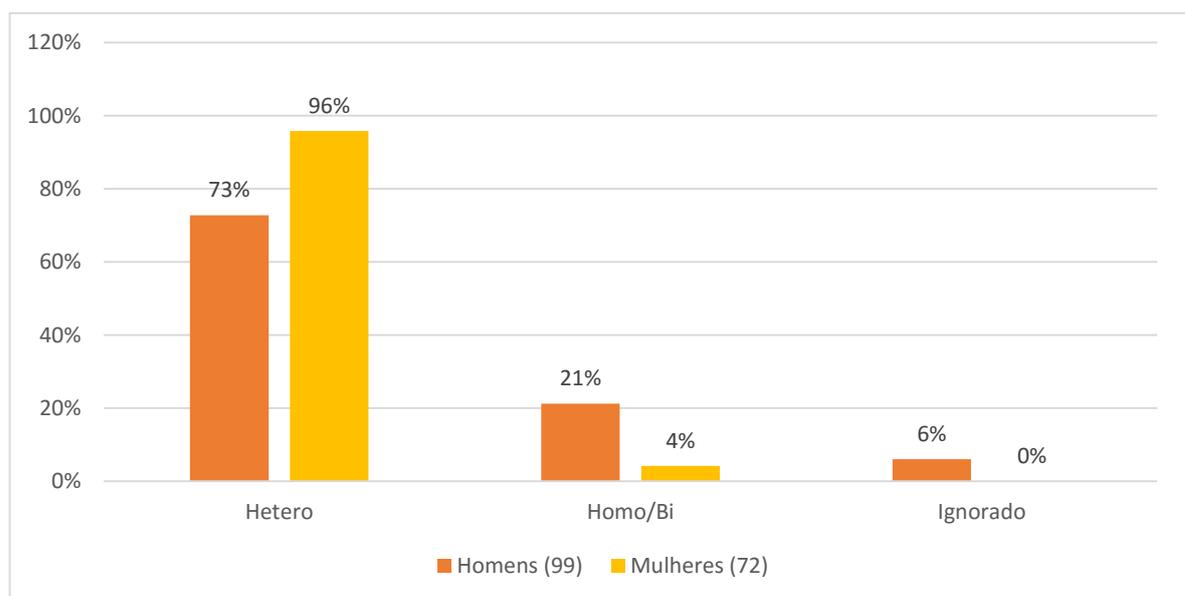
Em relação ao tipo de exposição ao vírus, 95% dos pacientes do estudo acreditam ter se contaminado por via sexual, um paciente refere contaminação por compartilhamento de seringas, e 1 paciente afirma contaminação através de um transplante de órgãos, 3% referem desconhecer como contraíram a doença, ou não opinaram.

Em pesquisa realizada no Ambulatório de Controle de DST/AIDS em São José - SC, 82,3% dos pacientes referem contágio por via sexual (BERTONI et al., 2010).

Na atual pesquisa, 94% dos pacientes retiram os medicamentos (TARV), referindo uso regular dos mesmos. Em estudo do Estado de Santa Catarina, Brasil (2010), de um total de 426 pacientes desta pesquisa, 305 (71%), referiam uso regular de TARV. O medicamento mais utilizado pelos pacientes do estudo é a Terapia Tripla. Está encontra-se na primeira linha de escolha para o tratamento, ou seja, a terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois ITRN/ITRNt associados a um ITRNN. Como regra, o esquema de primeira linha deve ser o seguinte: Esquema de terapia inicial – primeira linha - TDF + 3TC + EFV (na apresentação de dose fixa combinada, sempre que disponível) (BRASIL, 2016). Estes dados estão de conformidade com a pesquisa.

Na figura a seguir apresenta-se a relação sexo/parceria sexual, uma análise da exposição ao vírus.

Figura 3 – Relação sexo/parceria sexual



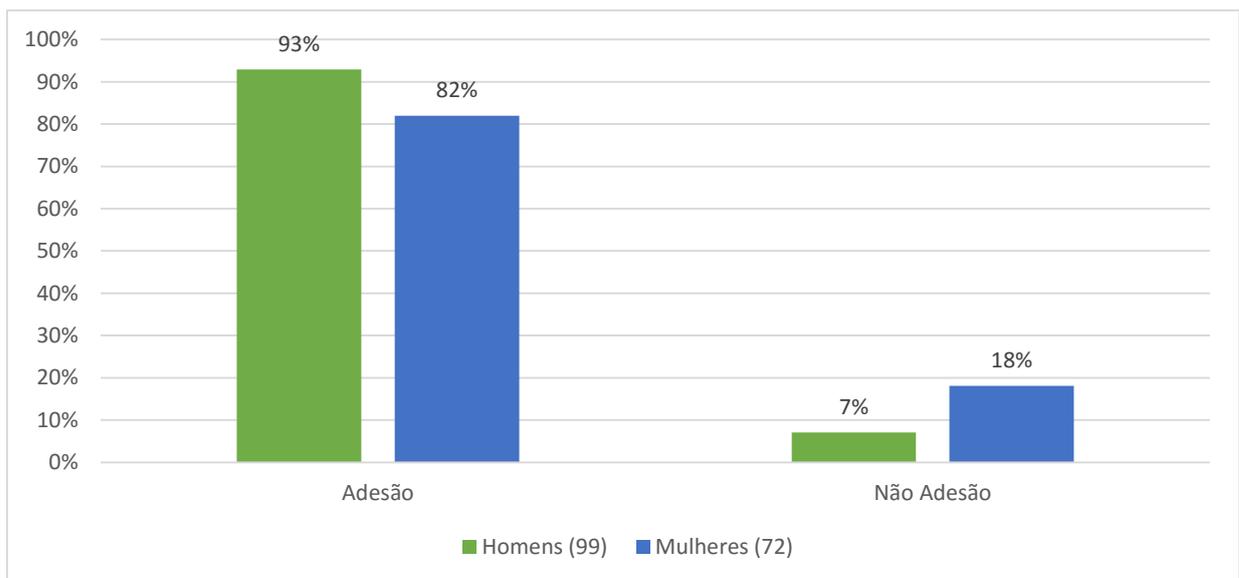
Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Na figura anterior, observa-se que 1, tanto homens quanto mulheres referem na grande maioria relação heterossexual. Uma pequena porção refere relação homossexual/ bissexual, e destes a maior parte são homens. Destes, 95% referem contágio pelo vírus através de relação sexual.

O MS apresenta os seguintes dados quanto à forma de transmissão do HIV/AIDS, entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual. Nas mulheres, 86,8% dos casos registrados em 2012 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens, 43,5% dos casos se deram por relações heterossexuais, 24,5% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical (BRASIL, 2015e). No presente estudo, não foi identificado pacientes com contaminação por HIV/AIDS por transmissão vertical

Na figura a seguir, é apresentado uma análise da relação do sexo e da adesão a TARV.

Figura 4 – Relação sexo/adesão ao TARV



Fonte: Dados da Pesquisa 2016

Analisando a relação sexo e a adesão ao tratamento, observa-se que 93% dos pacientes do sexo masculino e 82% dos pacientes do sexo feminino, fazem uso da medicação ARV.

Em relação aos fatores inerentes à adesão, observou-se em outro estudo que a maioria dos participantes adere ao tratamento medicamentoso, fato que se deve aos benefícios oriundos da TARV, os quais proporcionam maior sobrevida e melhor qualidade de vida aos pacientes. Os resultados realmente indicam que, apesar dos efeitos colaterais dos medicamentos, grande parte continua com a medicação (ALMEIDA et al., 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos 171 prontuários, com relação aos dados sociodemográficos, verificou-se que a amostra estudada, em sua maioria, apresenta perfil de adultos jovens, na faixa etária dos 26 aos 35 anos, sexo masculino, com baixo nível de escolaridade, brancos, casados, com um a dois filhos, trabalham no setor de serviços, nascidos no município de Santa Cruz do Sul.

Na relação sexo/faixa etária, é possível visualizar na faixa dos 26 – 35 anos, o mesmo percentual de homens e mulheres infectados pelo vírus HIV/AIDS, e na faixa dos 36 – 45 anos, um percentual maior de mulheres infectadas.

No que diz respeito a relação sexo e escolaridade, observou-se o mesmo percentual de homens e mulheres com ensino fundamental incompleto/completo, e um maior percentual de homens com ensino médio incompleto/completo e nível superior incompleto/completo.

Com relação aos dados clínicos, verificou-se que os pacientes em sua maioria levaram até trinta dias para realizar o primeiro exame de CD4, a principal via de infecção pelo HIV foi a sexual, não apresentam outra DST associada ao HIV/AIDS, não utilizam regularmente o preservativo, são heterossexuais e estavam em uso de TARV com terapia tripla (ARV).

No que diz respeito a relação sexo e parceria sexual, a grande maioria dos pacientes são heterossexuais, no entanto existe um percentual mais elevado de homens, homossexuais e bissexuais, 95% do total de indivíduos da pesquisa se contaminaram por via sexual.

Em relação ao sexo e adesão ao tratamento antirretroviral, o percentual de homens que fazem adesão ao tratamento é maior que o de mulheres.

Com este estudo pode-se constatar que a AIDS ainda é uma doença muito frequente, que acomete, na grande maioria das vezes, a população de menor renda e escolaridade.

A informação é a melhor forma de prevenção. É necessário intensificar ações para todos os públicos, independentemente da idade, escolaridade ou classe social, intensificar ações de diagnóstico para evitar o adoecimento, pois milhares de pessoas vivem com o vírus HIV e desconhecem. Conclui-se que é necessário disseminar informações de prevenção, diagnóstico precoce e reforço na adesão a TARV, para evitar o adoecimento minimizando as internações hospitalares decorrentes de infecções oportunistas, que acometem os pacientes imunodeprimidos.

No que diz respeito à enfermagem, o estudo mostra-se importante, pois o cuidado mostra-se necessário nas mais diversas fases do desenvolvimento da doença. A assistência a esses pacientes representa um desafio em diversos aspectos, sobretudo, pela ausência de um

tratamento efetivo que conduza à cura, além das barreiras sociais e econômicas que interferem na adesão ao regime terapêutico.

Como integrante da equipe do Cemas (Centro Municipal de atendimento a Sorologia do Município de Santa Cruz do Sul), me deparo com diversas situações de carência de informações, necessidade de apoio psicológico, escuta mostrando-se essencial para o paciente, não importando idade, raça, classe social, nível de escolaridade. Tanto para a enfermagem quanto para o serviço especializado, é de suma importância profissionais qualificados, sensíveis, e dispostos a escutar. O conhecimento científico auxilia a sanar as inúmeras dúvidas dos pacientes, mas a sensibilidade, o momento de ouvir, fazer o vínculo que aproxima o paciente do serviço, que faz com que ele volte todos os meses para buscar seus medicamentos, que aproxima o paciente da equipe. Estes momentos são fundamentais para reforçar a importância da adesão e minimizar as angústias de um paciente frente a uma doença sem cura e tão estigmatizada.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; ANDREW, H. *Imunologia celular e molecular*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- AFONSO, Maria Cristina. Dados Epidemiológicos do CEMAS Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul: CEMAS, 2015.
- ALDOVINE, A.; WALKER, B. D. Diagnóstico sorológico do HIV. 2006. Tese (Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- ALMEIDA, E. L. et al. Adesão dos portadores do hiv/aids ao tratamento: fatores intervenientes. *Revista mineira de enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 208-216, 2011.
- BARTLETT, J. A. et al. Lamivudine plus zidovudine compared with zalcitabine plus Zidovudine in patients with HIV infection: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, v. 125, n. 3, p. 161-172, 1996.
- BERTONI, R. F. et al. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do ambulatório de controle de DST/AIDS de São José, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 39, n.4, p.75-79, 2010.
- BISSON, M. P.; CAVALLINI, M. E. *Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aconselhamento em DST, HIV e AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/publicacao/1998/aconselhamento-em-dst-hiv-aids-diretrizes-e-procedimentos-basicos>>. Acesso em: 23 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Atendimento inicial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015e Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/atendimento-inicial>>. Acesso em: 23 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Aids no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 12 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico - AIDS/DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:< www.aids.gov.br/sites/default/.../2011/.../boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Boletim Epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *História da AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>> Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *O que é adesão*. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-adesao>> Acesso em: 01 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. *O que é janela imunológica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-janela-imunologica>> Acesso em: 01 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Acompanhamento médico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/acompanhamento-medico>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Saúde prepara plano emergencial para epidemia de aids no Rio Grande do Sul*. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/noticia/2013/saude-prepara-plano-emergencial-para-epidemia-de-aids-no-rio-grande-do-sul>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Quais os antirretrovirais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>>. Acesso em 01 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015e. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Por que usar camisinha*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-usar>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de DST e AIDS. *Recomendações para terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:< bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06consenso.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de DST e AIDS. *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos infectados pelo HIV: Suplemento II – Critérios para o início da terapia antirretroviral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < www.aids.gov.br/sites/default/files/suplemento_II_web.pdf>. Acesso em: 01 set 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Diagnostico Laboratorial da Infecção pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:< www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/123737/DLFE-1641.../diaglab_consenso_2008.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:< www.aids.gov.br/sites/default/files/Manual_de_adexao_web.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de DST e Aids. *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:< www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_pediatico.pdf>. Acesso em: 01 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sintomas e fases da Aids*. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/sintomas-e-fases-da-aids>. Acesso em: 08 de out. 2015.

BRASIL. Portaria n. 34, de 28 de julho de 2005. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jul. 2005. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0034_28_07_2005.html>. Acesso em: 23 ago. 2015.

CASTRO, A. P. et al. Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes internados com hiv/aids em hospital de Salvador, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 37, n.1, p. 122-132, 2013.

CONSTANTINE, Niel. HIV Antibody Assays. *HIV in site knowledge base chapter*, v. 20, n. 3, p. 01-08, 2006.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FAUCI, Anthony. The AIDS epidemic: Considerations for the 21^a century. *The New England Journal of Medicine*, n. 14, v. 341, p. 1046-1050, 1999.

FERNANDES, F. R. P. et al. HIV seroprevalence and high-risk sexual behavior among female sex workers in Central Brazil. *AIDS Care*, v. 26, n. 9, p. 1095-1099, 2014.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANLAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/Aids e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 1, p.75-84, 2012.

FERREIRA, Haroldo da Silva. *Redação de trabalhos acadêmicos: nas áreas das ciências biológicas e da saúde*. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

FLY, P. H. et al. Aids tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 497-523, 2007.

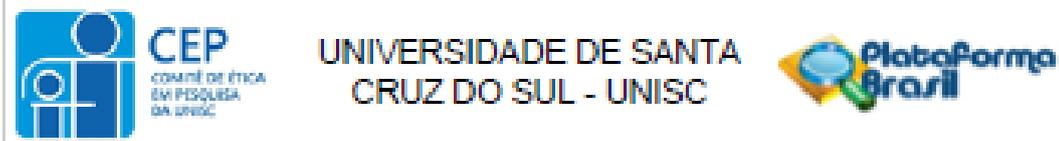
- GABRIEL, R.; BARBOSA, D. A.; VIANNA, L. A. C. Perfil epidemiológico dos clientes com hiv/aids da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte – município de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 509-513, 2005.
- KUMAR, V. et al. *Robbins e Cotran: patologia: bases patológicas das doenças*. 8. ed Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2010.
- KUMAR, V. et al. *Robbins: patologia básica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saunders, 2008.
- LIPPINCOTT, Williams. *Brunner & Suddarth: exames complementares*. Tradução de Telma Lúcia de Azevedo Hennemann. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- MARTINS, T. A. et al. Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e AIDS no mundo. *Revista Fisioterapia & Saúde Funcional*, v. 3, n. 1, p. 04-07, 2014.
- NETO, V. et al. *AIDS na prática médica*. São Paulo: Servier, 1996.
- NETTINA, Sandra. *Prática de Enfermagem*. Tradução de Antônio Francisco Dieb Paulo. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- POWDERLY, William. *Manual de terapêutica de HIV*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com hiv/aids. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 565-575, 2011.
- SANTA CRUZ DO SUL. Plano Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. 2014 – 2017. Santa Cruz do Sul: [s.n.], 2014.
- 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*, v. 5, n. 2, p. 286-310, 2002.
- SCHUELTER-TREVISOL, F. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Revista Epidemiologia & Serviços de Saúde*, v. 22, n. 1, p. 87-94, 2013.
- SILVA, R. A. R. et al. A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual. *Revista de Enfermagem UFPE*, n. 7, v. 10, p. 6039-6046, 2011.
- SPRINZ, E.; FINKELSZTEJN, A. *Rotinas em HIV e AIDS*. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- SZWARCWALD, C. L. et al. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v. 57, n. 3, p. 129-135, 2011.
- TORNAZELLI, J.; CZERESNIA, D.; BARCELLOS, C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 1049-1061, 2003.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *A ONU e a resposta à aids no Brasil*. 2013. Disponível em:< unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGUÊS.pdf>. Acesso em: 11 set 2015.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS and HIV Infection for United Nations Employees and Their Families. Primeira revisão abril 2000. Disponível em:< http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc306-un-staff-rev1_en.pdf>. Acesso em: 01 set. 2015.

WHO. World Health Organization. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach. Geneva: WHO, 2010. Disponível em:< whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf>. Acesso em: 04 set. 2015.

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DE PACIENTES ASSISTIDOS NO CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS

Pesquisador: SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG

Versão: 1

CAAE: 54065915.9.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 018197/2016

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto PERFIL DE PACIENTES ASSISTIDOS NO CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS que tem como pesquisador responsável SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG, foi recebido para análise ética no CEP Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC em 11/03/2016 às 15:49.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 5, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-000
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados**Dados sócio demográficos:****1. Sexo: Masculino - Feminino****2. DN:****3. Idade:**

16 – 25

26 – 35

36 – 45

46 – 55

56 - \geq 60**4. Escolaridade:**

Analfabeto -

Ens. Fund. Incom/completo - Ens. Med. Incom/completo

Ens. Sup. Incom/Completo - Ignorado

5. Raça/ Cor:

Branco - Negro - Pardo - Ignorado

6. Estado conjugal:

Casado - Solteiro

Outros/ignorado

7. Número de Filhos:

1 – 2

3 - \geq 4**8. Ocupação Profissional:**

Comércio/ indústria

Serviços/ autônomo

Desempregado/ aposentado / outros

9. Cidade de Nascimento:

Santa Cruz do Sul

10. Cidade que reside:

Santa Cruz do Sul - Outros

Dados Clínicos:**1. Data do Diagnóstico:****2. Data do 1º CD4**

Até 30 dias

De 31 a 240 dias

≥ de 241 dias

3. Valor 1º CD4

≥ 350

≤ 350

4. Apresentou DST: Sim () Não ()**5. Fez uso de drogas:** Sim () Não ()**6. Fez uso de preservativos:** Sim () Não ()**7. Tipo de parceria sexual:**

Heterossexual

Homo/Bissexual

Outros

8. Tipo de exposição:

Sexual

Outros

9. Faz uso de TARV: Sim () Não ()**10. Qual medicação:**

Terapia tripla

Biovir + Kaletra

Biovir + Efavirenz

Não adesão

Outros