

Scientific Electronic Archives

Issue ID: Sci. Elec. Arch. 9:4 (2016)

September 2016

Article link:

<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php?journal=SEA&page=article&op=view&path%5B%5D=252&path%5B%5D=pdf>

Included in DOAJ, AGRIS, Latindex, Journal TOCs, CORE, Discoursio Open Science, Science Gate, GPAR, CIARDRING, Academic Journals Database and NTHRYS Technologies, Portal de Periódicos CAPES.



Perfil epidemiológico dos portadores do vírus HIV que realizam tratamento no serviço de atendimento especializado no município de Sinop-MT.

Epidemiological profile of viruses holders who conduct HIV treatment in service specialist care in Sinop-MT.

G. C.Trentin, R. R.Oliveira, A. N.Cunha

Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Sinop

Author for correspondence: girlenetrentin@hotmail.com

Resumo. A epidemia da Aids passa por uma dinâmica constante e é difícil avaliar o grupo de vulnerabilidade. Este estudo objetiva levantar o perfil epidemiológico e social dos pacientes portadores do HIV que realizam tratamento e/ou acompanhamento no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Sinop-MT. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa analítica, realizada com 36 sujeitos no período de fevereiro a agosto de 2013. Este foi o resultado obtido: 75% são do sexo feminino, 22% com idade entre 45 a 49 anos, 39% cor branca, 56% casado/união estável, 88% heterossexuais, 56% possuem ensino fundamental, 69% renda entre dois a três salários mínimos, e para 56% o que mais incomoda na doença é o preconceito, 97% contraíram o vírus sexualmente, 72% dos indivíduos usam TARV, 47% apresentam CD4 acima de 500 células/mm³. Infelizmente o preconceito ainda é a maior barreira no combate do HIV/Aids.

Palavras chaves: HIV. Aids. Perfil Epidemiológico.

Abstract. The AIDS epidemic is going through a constant dynamic and is difficult to assess the vulnerability group. This study aims to raise the social and epidemiological profile of HIV patients undergoing treatment and / or monitoring in Specialized Care Service (NCS) Sinop - MT. This is an exploratory research with quantitative analytical approach, performed with 36 subjects in the period from February to August of 2013. The result was 75% are female, 22% aged 45-49 years, 39% color white, 56% married / stable, 88% heterosexual, 56% have primary education, 69% with incomes between two and three times the minimum wage, and 56% what bothers disease is prejudice, 97% contracted the virus sexually, 72% of individuals using HAART, 47% had CD4 counts above 500 células/mm³. Infelizmente prejudice is still the biggest hurdle in fighting HIV / AIDS.

Keywords: HIV. AIDS. Epidemiological Profile. Human Immunodeficiency Virus. Acquired Immune Deficiency Syndrome.

Introdução

A verdade sobre como teria acontecido a infecção do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no ser humano ainda é uma incógnita. Os estudos de Veronesi (2005), relata que as espécies de macacos africanos, que provavelmente teriam infectado o homem, possuem uma outra forma do vírus o vírus da imunodeficiência simia - SIV, então

conclui-se que o vírus tenha sofrido uma mutação quando transmitido ao ser humano através do contato do homem com os macacos verdes da África Central, por arranhaduras, mordidas ou porque os nativos utilizavam a carne de macaco como alimento e a ingeriam mal cozida (VERONESI, 2005).

Relata Grmek (2012), em seus estudos que após a contaminação do homem pelo vírus HIV

não foi apenas o fator biológico que contribuiu para o surgimento da pandemia do HIV, mas também o fator social, o avanço da medicina com a supressão de doenças que poderiam servir de barreira para a Aids, aumento das transfusões sanguíneas, aumento do uso de drogas injetáveis, liberação sexual, promiscuidade homossexual e mudanças nos relacionamentos heterossexuais. Em particular na África com as guerras, a urbanização desenfreada, o desenvolvimento da prostituição, a má utilização dos recursos médicos ocidentais como seringas e vacinas. Consideramos esses fatores fundamentais para o surgimento da pandemia do HIV.

Veronesi (2005), refere que os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no mundo foram registrados em São Francisco e Los Angeles nos Estados Unidos em maio de 1981, eram pacientes homossexuais com quadro clínico de pneumonite por *P. carinii* e *sarcoma de Kaposi*. E Grmek (2012), afirma ainda que os estudos apontam que o vírus tem procedência no continente africano, pois detectou-se a presença do vírus HIV em 1965 em nativos africanos.

Desde o início da epidemia, mais de 60 milhões de pessoas foram infectadas com o vírus HIV e cerca de 30 milhões de pessoas morreram de Aids. Em 2010, havia uma estimativa de que 34 milhões de pessoas vivem com o HIV no mundo, e 2,7 milhões de novas infecções, e 1,8 milhões de mortes relacionadas à Aids. O Continente Africano é o mais afetado, onde 1,9 milhões de pessoas contraíram o vírus em 2010. A estimativa é de que 1,2 milhões de africanos morreram de doenças relacionadas ao HIV em 2010 composta por 69% do total global de 1,8 milhões de mortes atribuídas à epidemia (WHO, 2013).

Segundo Brasil (2012a), em nosso país de 1980 a junho de 2011 foram notificados 608.230 casos de AIDS e em 2010 foram notificados 34.218 novos casos. Ao longo dos últimos 12 anos observa-se uma estabilização da taxa de incidência, mas segundo as regiões a taxa diminuiu na Região Sudeste e aumentou nas demais regiões. Os casos de aids em menores de cinco anos notificados no período de 1980 a junho de 2011 foram 14.127, e no ano de 2010 foram notificados 482 novos casos, as notificações de óbitos neste mesmo período foi de 241.469 óbitos tendo como causa básica a AIDS, e no ano de 2010 morreram 11.965 de AIDS. Nos últimos dez anos observa-se uma redução de 11,1% na mortalidade por aids no Brasil e estabilizou no Centro-Oeste. As gestantes com HIV em 2010 perfazem um total de 5.666 casos notificados em todo Brasil.

A Lei Federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, uma conquista da sociedade brasileira organizada, garantiu o acesso universal e gratuito

ao tratamento antirretroviral no Brasil. Ao longo do tempo, foi também estruturado, no país, o acesso da população aos exames de monitoramento laboratorial da infecção pelo HIV, bem como aos insumos e ações de prevenção (BRASIL, 2010).

De acordo com a portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011 do Ministério da Saúde é obrigatório a realização de notificação compulsória para os casos de Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical e os casos de síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS (BRASIL, 2012b).

Nos anos 80 quando surgiram os primeiros casos de aids no Brasil, o perfil dos portadores do vírus HIV concentravam-se nos seguintes grupos: gays adultos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos, 30 anos se passaram e atualmente não há mais uma divisão distinta de grupos vulneráveis a infecção. Em nosso país entre 1980 e 2010 tivemos registro de 608.230 casos de aids, sendo 65,4% do sexo masculino e 34,6% no sexo feminino. A razão de sexo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1985, para cada 26 casos entre homens havia um caso entre mulher (BRASIL, 2012a).

Atualmente a epidemiologia da aids no Brasil caracteriza-se pela heterossexualização, feminilização, faixa etária jovem, baixo nível de escolaridade e pauperização da doença (ANDREOLLI, 2013).

A faixa etária que concentrou o maior número de casos de aids no Brasil em 2010, foi dos 40 e 49 anos de idade e representa 24,8% dos casos notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Desde o início da epidemia constatou-se um aumento do número de casos das fixas etárias de 05 a 12, de 50 a 59 anos e acima de 60 anos (BRASIL, 2012a)

Em Mato Grosso desde os primeiros casos de HIV em 1980 até 2011 são 8.200 casos registrados, sendo 660 novos casos de aids somente em 2011, ficando na terceira posição em números de casos da Região Centro-Oeste, superado por Goiás com 12.549 casos e pelo Distrito Federal com 8.271 casos de HIV. (BRASIL, 2012c)

Este estudo é de grande importância para a sociedade sinopense, principalmente para os órgãos públicos que poderão elaborar medidas de promoção e prevenção mais focadas, por meio desta pesquisa poderemos conhecer o perfil das pessoas que vivem com o vírus HIV, a evolução da doença, as condições de vida social e emocional, avaliando sua mudança de comportamento social e com isso detectar as falhas no sistema de atenção primária e as barreiras vistas pelos pacientes para diagnósticos e tratamento.

Considerando que atualmente a combinação de medicamentos antiretrovirais tem sido muito eficiente na redução da carga viral e na melhoria da qualidade de vida de pacientes portadores do vírus, o desafio agora é conscientizar a população para realizar o exame anti-HIV e adotar práticas de prevenção. Com o levantamento do perfil epidemiológico poderão ser adotadas políticas públicas mais eficazes para diminuir os níveis de infecção pelo vírus HIV.

Métodos

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Atendimento Especializado – SAE, localizado no município de Sinop, Mato Grosso, situado na Avenida das Figueiras, Setor Comercial Norte, conta com uma equipe de saúde constituída de dois médicos e duas enfermeiras, que atuam na atenção primária e secundária das mais diversas patologias, tendo como foco as DSTs/AIDS.

Sinop tem sua denominação derivada do acrônimo de Sociedade Imobiliária Noroeste do Paraná, nome da empresa responsável pela colonização do norte de Mato Grosso. Segundo IBGE (2010) O município de Sinop - MT possui cerca de cento e treze mil habitantes, e o SAE de Sinop é referência e atende mais vinte e sete municípios, sendo: Claudia, Nova Canaã, Colider, Feliz Natal, Alta Floresta, Carlinda, Castelo do Sonho, Lucas do Rio Verde, Matupá, Marcelândia, Guarantã do Norte, Itaúba, Ipiranga do Norte, Itanhangá, Juara, Novo Progresso, Nova Ubiratã, Novo Mundo, Peixoto de Azevedo, Paranaita, Santa Helena, Nossa Senhora do Trivelato, Tabaporã, Tapurah, Terra Nova do Norte, União do Sul, Vera.

A amostra conta com 36 sujeitos que aceitaram participar da pesquisa no período de fevereiro a agosto de 2013, no SAE de Sinop-MT.

As entrevistas foram realizadas no SAE de Sinop no período de fevereiro a abril de 2013.

A referida unidade foi escolhida por ser a única da região norte do estado do Mato Grosso referência para 27 municípios, havendo cerca de 300 atendimentos ao mês, destacamos que além do atendimento ao paciente portador do vírus HIV esta Unidade atende ainda outras patologias.

Foram incluídas na pesquisa, somente os clientes que comparecerem no SAE para atendimento, no período de fevereiro a abril de 2013, com exame de HIV positivo confirmado, com idade acima de 18 anos, e que residem no município de Sinop, não discriminando raça ou sexo.

Foram excluídas clientes que não comparecerem à consulta e que apresentarem na data do atendimento idade inferior a 18 anos, que se recusarem participar da pesquisa, e que residem em outro município que não são referência ao município de Sinop.

Análise dos dados

Os dados foram digitados em planilha eletrônica e tratados estatisticamente, e demonstrados graficamente em tabelas para melhor visualização e análise, e serão analisados e confrontados com a literatura consultada sobre o assunto e os princípios de objetivos definidos pelo SUS, para HIV/AIDS.

Para melhor análise e entendimento, os dados foram organizados em três categorias, onde serão definidas como: categoria I “perfil social e epidemiológico”, categoria II, “história e evolução da doença” e categoria III, “preconceito sob a ótica da Pessoa que Vive com HIV (PVHIV)”.

Princípios éticos

Esta pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do HUJM, conforme determina a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. E foi aprovado com o protocolo numero 344.867.

O pesquisador compromete-se com a preservação do anonimato do sujeito da pesquisa, bem como a utilização de seus resultados para a finalidade exclusivamente científica.

Resultados e discussão

Serão disponibilizados, a seguir, dados referentes ao perfil epidemiológico social, assim como a evolução clínica da doença e a visão do paciente frente a preconceitos e enfrentamento desta.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos segundo sexo e faixa etária.

SEXO	Nº	%
Masc	09	25
Fem	27	75

IDADE	Nº	%
18 a 24	06	17
25 a 29	01	03
30 a 34	06	17
35 a 39	04	11
40 a 44	03	08
45 a 49	08	22
50 a 54	01	03
55 a 60	05	14
Acima de 60	02	05

FONTE: dados da pesquisa

Conforme análise da tabela 01, a incidência segundo sexo foi predominante no sexo feminino, havendo 75% (27) dos casos, e apenas 25% (09) foram do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de 45 a 49 anos correspondendo a 22% (08) dos integrantes da pesquisa, e menor índices em 25 a 29 anos 3% (01), e 50 a 54 anos

3% (01), o que corresponde uma grande variação etária no contágio pela doença, verificando na tabela que a medida que a idade se avança, os índices de infecção também estão crescendo, evidenciando um aumento da sexualidade na “melhor idade” e maior inserção destes na sociedade.

Este alto índice de infecção em mulheres ainda persiste, pois o uso do preservativo é um problema para elas, devido a difícil negociação nas relações entre homens e mulheres, principalmente quando se trata de relações estreitas e duradouras. Em uma relação o fato de exigir o uso de preservativos, com outra finalidade que não a contracepção, pode gerar conflitos entre o casal que vão desde a quebra da confiança até as questões culturais, como os rótulos atribuídos às mulheres que mostram conhecimento e iniciativa na esfera sexual e mesmo o risco de perder o apoio financeiro do parceiro se for o caso (SANTOS et al., 2002).

No ano de 2010 em nosso país, observou-se que a maior proporção (24,8%) de casos de aids notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamento (SICLOM) Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), encontram-se entre 40 e 49 anos de idade. E a faixa etária que exibe a maior taxa de incidência do país é a de 35 a 39 anos de idade (38,1 casos/100.000 hab.). Entre 1998 e 2010, observou-se uma taxa de incidência de casos de AIDS nas faixas etárias de 05 a 12, de 50 a 59, e de 60 anos ou mais (BRASIL, 2012a).

Segundo Lisboa et al (2006), o aumento do número de idosos contaminados pelas DST e Aids é devido à opiniões sociais da população de que idosos não tem desejo e não são sexualmente ativos.

Mas com o envelhecimento da população, com aumento da expectativa de vida e o surgimento de novas tecnologias que prolongam a vida sexual, esta sexualidade até então ignorada, emerge como um problema de saúde pública, ou seja, a sexualidade dos idosos antes adormecida ou escondida agora ressurgiu, com o aparecimento dos casos de HIV/Aids (ZORNITTA, 2008).

Tabela 02 – Caracterização Segundo Grupo Étnico E Estado Civil.

GRUPO ETNICO	Nº	%
Branco	14	39
Negro	07	19
Pardo	15	42
ESTADO CIVIL	Nº	%
Casado/União estável	20	56
Solteiro	07	19
Separado	06	17
Viúvo	03	08

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com a tabela 02, segundo grupo étnico, predominou se a incidência em pardos 42%(15) e brancos 39% (14), isso se pode devido a predominância destas raças na população, não havendo nenhuma especificação de comportamento que os deixe mais ou menos vulneráveis a contaminação entre esses grupos.

Os dados nacionais no ano de 2011 segundo raça/cor prevalece o número de brancos com 49,6% seguido de pardos com 38,6%, pretos com 10,8%, amarelos com 8,1%, e indígenas com 0,4%, ignorados foram 0,5% (BRASIL, 2012a).

Com relação ao estado civil, percebe se na tabela que há um numero considerável de infecção entre os casados/união estável, constituindo 56% (20) dentre este grupo, percebendo que existe um grande número de relações sexuais extraconjugais tornando os conjugues mais vulneráveis por realizarem praticas sexuais desprotegidas.

Uma pesquisa realizada entre pessoas que mantêm um relacionamento conjugal mostra que 17% delas relataram relacionamentos sexuais extraconjugais nos últimos 12 meses, dois quais 71% eram do sexo masculino. Dentre os entrevistados que tiveram relações sexuais extraconjugais, 9% não utilizaram preservativo (MAIAI, GUILHEMI, FREITAS. 2008).

Tabela 03 – Caracterização segundo atividade sexual

OPÇÃO SEXUAL	Nº	%
Heterossexual	31	88
Homossexual	02	06
Bissexual	02	06
PRATICA SEXUAL	Nº	%
Sem pratica	01	03
Vaginal	24	67
Vaginal e anal	04	11
Vaginal e oral	01	03
Anal oral	02	05
Todas	04	11
Nº DE PARCEIROS	Nº	%
01	08	23
02	06	17
03	00	00
>ou = a 04	21	60

FONTÊ: dados da pesquisa

Observando a tabela 03 constatamos que há um maior número de heterossexuais entre os sujeitos da pesquisa no que equivale a 88% (31), esse número pode estar elevado por haver maior concentração de heterossexuais, sendo os homossexuais e bissexuais uma minoria dentre a população do município em questão. A prática sexual mais realizada dentre estes foi a vaginal 67% (24), devido a maior incidência ser entre heterossexuais e por ser esta a prática mais

comum. Com relação ao número de parceiros sexuais constatamos que a grande maioria 60% (21), possui acima de quatro parceiros desde o início de sua vida sexual, e sabe-se que quanto maior o número de parceiros sexuais maiores são as chances de se contrair DSTs/Aids.

Segundo dados do Sinan registrou-se em 2010 um total de 15.026 casos de aids de sexo masculino, de pessoas com 13 anos de idade ou mais, destes 22,0% são homossexuais, 7,7% bissexuais, 42,4% heterossexuais, 5,0% usuários de drogas injetáveis (UDI), 0,6% transmissão vertical e 22,1% ignorados. Com relação ao sexo feminino, do total de 8.210 casos notificados no Sinan no mesmo ano, 83,1% são heterossexuais, 2,2% usuários de drogas injetáveis (UDI), 0,9% transmissão vertical e 13,8% ignorados quanto à categoria de exposição (BRASIL, 2012a).

A ciência pouco tem se dedicado a investigar a prática sexual entre casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV e suas aspirações relacionadas com o crescimento familiar. Talvez pela falta de interesse dos profissionais da área da saúde, que em sua grande maioria estão sobrecarregados ou dispersos dessa realidade ou talvez pelo desconhecimento da temática.

Os estudos sobre o comportamento e as práticas sexuais de pessoas que vivem com HIV ainda são escassos, assim como políticas públicas de esclarecimento sobre como devem ser essas práticas, devemos ressaltar que comportamento sexual não se restringe ao uso ou não do preservativo, mas sim de toda prática realizada no ato sexual.

No estudo realizado em um Centro de Testagem e Aconselhamento constatou entre os usuários com sorologia positiva, que 36% são homossexuais, 34% são heterossexuais e 27% bissexuais (BASSICHETTO, et al. 2004).

A taxa de prevalência entre homens jovens que fazem sexo com homens (HSH) passou de 0,6% para 1,2%, entre 2002 e 2007, respectivamente. O que mostra a necessidade de ações focalizadas nesse segmento (BRASIL, 2012d).

Tabela 04 – Caracterização Segundo O Consumo De Álcool, Tabaco E Drogas

	Nº	%
FUMA		
Sim	04	11
Não	32	89
BEBE		
Sim	07	19
Não	29	81
USA DROGAS ILÍCITAS		
Sim	03	08
Não	33	92

Fonte: dados da pesquisa

Ao se analisar a tabela 04, verificamos que grande maioria não possui vícios de álcool 81% (29), cigarro 89% (32) e drogas ilícitas 92% (33). Ressaltamos que é importante saber que o uso de substâncias que alteram o estado mental do indivíduo, também o deixa mais vulnerável para realizar práticas de risco.

O estudo de Cardoso et al (2008) comprova que o uso de álcool associado ao comportamento sexual mostra ser um fator de risco para transmissão de doenças Sexualmente transmissíveis inclusive HIV/Aids. O estudo afirma ainda que quando o sexo e praticado sob efeito de álcool, as pessoas tendem a ter múltiplos parceiros e a não utilizar preservativo.

Tabela 05 – Caracterização Segundo Grau De Escolaridade, Renda E Ocupação

ESCOLARIDADE	Nº	%
Analfabeto	01	03
Ensino Fundamental	20	56
Ensino Médio	11	30
Graduação	04	11
RENDA MENSAL	Nº	%
Até 1 salário	05	14
De 2 a 3 salários	25	69
Acima de 4 salários	06	17
OCUPAÇÃO	Nº	%
Aposentado	06	17
Do Lar	04	11
Profissional do Sexo	02	05
Outras	24	67

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com os dados da tabela acima percebe-se que a maioria dos sujeitos 56% (20), ainda não concluíram sua escolaridade. Ainda sob análise da referida tabela, compõem-se uma maioria de indivíduos 69% (25) com uma renda mensal de 2 a 3 salários mínimos por família. É sabido que, quanto menor o grau de instrução e renda familiar, menor o acesso aos condicionantes de saúde, potencializando nestes grupos riscos de contágio por esta e por outras doenças do gênero.

Quanto à escolaridade, conforme registro dos casos de aids no Brasil em 2010, indivíduos com ensino fundamental ou menos somam 41,6%, enquanto que indivíduos com ensino médio, completo ou incompleto, ou escolaridade acima somam 28,3%, e analfabetos 2,4% dos casos de aids registrados pelo SINAN em nosso país (BRASIL, 2012a).

Foram referidas profissões e/ou ocupações dos tipos mais diversificados, onde foram alocadas em “outras” na tabela, assim

compondo 67% (24) dos integrantes da pesquisa. Contudo, sabe-se que existem profissões que deixa o indivíduo mais exposto ao vírus e oferecendo maior risco de contaminação.

Conforme os registros dos dados nacionais, em 2009/2010, as taxas de prevalência entre mulheres profissionais do sexo foi de 4,9% (BRASIL, 2012d).

Os dos dados acima descritos percebemos que 56% (20) dos indivíduos consideram que a maior barreira no tratamento do HIV é o preconceito da sociedade. Devemos isso à uma sociedade com raízes preconceituosas, onde tudo que é diferente é questionado e investigado, tornando essas pessoas vítimas de comentários.

Os dados também mostram que 64% (23) das PVHIV continuam a levar uma vida normal, este número se deve ao ótimo resultado obtido com o TARV e com o trabalho desenvolvido pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE).

Tabela 06 – Caracterização do preconceito sob a ótica da PVHIV

O que mais incomoda em ser soropositivo	Nº	%
Preconceito	20	56
Coleta de exames	02	05
TARV e efeitos	09	25
Outros	05	14

Mudanças na vida pessoal após o diagnóstico	Nº	%
Abandono da família	02	05
Fim do relacionamento	01	03
Apoio da família	04	11
Desanimo de viver	01	03
Vida normal	23	64
Outros	05	14

Sente preconceito nas demais unidades de saúde	Nº	%
Sim	12	33
Não	24	67

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria dos indivíduos desta pesquisa 67% (24) referem que não há preconceito por parte dos profissionais de saúde quando são atendidos em outras unidades como pronto atendimento e unidades básicas de saúde, os profissionais de saúde são preparados para agirem com ética e respeito independentemente do seu conceito sobre o assunto.

Segundo Lacaz (1985), refere que com Aids veio o medo e o pânico, levando à alterações da relações entre os indivíduos da sociedade, e sobretudo, modificou comportamentos, provocando

ódios, despertando preconceitos e até mesmo lendas.

Segundo Heagarty (1990), a infecção pelo HIV é muito mais que uma complicada doença infecciosa. A sua proximidade com a morte, a forma como é transmitida e ligada a comportamentos tidos como pervertidos, faz com que o portador do HIV, seja discriminado e penalizado. E como se já não bastasse o indivíduo precisa administrar a vivência de conflitos emocionais e pessoais de diversas naturezas, como sentimento de culpa, de responsabilidade, enquanto contaminador ou contaminado, medos, perdas e ansiedades.

Muitos pacientes demonstram a vontade de contar aos seus familiares sobre seu diagnóstico positivo para HIV, principalmente na intenção de alertá-los para que tenham cuidado. Mas geralmente não contam por medo de discriminação. Isto está associado principalmente à "ignorância" e à "mente atrasada" das pessoas. Passadas três décadas, e a aids ainda é considerada uma "doença do outro" (MAKSUD, 2012).

Tabela 07 – Caracterização da doença segundo o diagnóstico.

MOTIVO	Nº	%
Campanha	07	19
Pré-Natal	07	19
Parceiro HIV+	08	22
Doença Oportunista	12	34
Espontâneo	02	06

TEMPO DE DIAGNÓSTICO	Nº	%
Menos de 6 meses	05	14
De 6 meses a 1 ano	02	05
De 1 a 2 anos	03	08
Acima de 2 anos	26	73

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a tabela 07, observamos que 34% (12) descobriram que eram portadores do vírus HIV porque se apresentaram alguma doença oportunista que os levaram a procurar atendimento de saúde, dado este que reflete a ineficácia de campanhas que visam o rastreio da doença em grupos considerados de risco. Outro dado importante a ressaltar é que somente 6% (2) dos sujeitos procuraram o serviço de saúde espontaneamente para realizar o exame anti-HIV, este número ainda é muito reduzido devido a falta de informação, e medo do diagnóstico e do preconceito.

De acordo com uma pesquisa realizada no CTA de São Paulo dos 10657 usuários que realizaram teste para HIV 470 (4%) dos resultados foram positivos, sendo que grande parte (81,4%) dos usuários com sorologia positiva são do sexo masculino (BASSICHETTO, et al. 2004).

Tabela 08 – Relação Das Patologias Associadas Ao HIV, E Motivo De Internação.

PATOLOGIA ASSOCIADA	Nº	%
Hepatite C	01	03
Herpes Zoster	01	03
Hepatite B	01	03
Dermatite	01	03
Toxoplasmose	01	03
Herpes simples	01	03
Nenhuma	30	82
<hr/>		
INTERNAÇÃO APÓS HIV	Nº	%
Sim	15	42
Não	21	58
<hr/>		
MOTIVO DA INTERNAÇÃO	Nº	%
Pneumonia	02	13
Desnutrição	01	07
Outras	12	80

Fonte: Dados da Pesquisa

A tabela 08 nos apresenta dados indicando que 82% (30) não apresentam nenhuma patologia associada, e 58% (21) não estiveram internados por consequência da AIDS. Isto se deve ao tratamento adequado e à pacientes conscientes do auto cuidado, o resultado é o sucesso do tratamento das PVHIV.

Dos indivíduos que necessitaram de internação hospitalar 13% (02) ocorreu devido a pneumonia, os demais constam patologias diversas.

Estudo revela o impacto da epidemia da aids devido ao uso do TARV, verificado por meio de indicadores como o número de internações hospitalares, de atendimentos ambulatoriais e de serviços de urgência e de hospital-dia. Curiosamente, o percentual de internações por Aids no SUS não se modificou ao longo do tempo. Porém, tem sido registrado menor número de internações entre pacientes em uso de TARV na rede de saúde (DOURADO, et al. 2006).

Tabela 09 – Caracterização de gestante com hiv e dos filhos nascidos de mães soropositivo

GESTANTE	Nº	%
Sim	01	04
Não	26	96
<hr/>		
FILHOS APÓS DIAGNÓSTICO HIV+	Nº	%
Sim	09	33
Não	18	67
<hr/>		
SOROPOSITIVOS	Nº	%
Não	07	78
Aguardando resultado exame	02	22

Fonte: Dados da pesquisa

Podemos visualizar através dos dados da tabela 09, que 33% (09) das mulheres deste estudo tiveram filhos após terem contraído o vírus HIV e destas 78% (07) já tem certeza do diagnóstico negativo dos seus filhos e 22% (02) aguardam o resultado de confirmação. Estes dados comprovam

a eficácia do pré-natal, e do tratamento profilático realizado com a gestante, a não amamentação e a profilaxia do bebe. Explicitando ainda mais a seriedade de se realizar os exames anti-HIV na gestante em vários momentos da gestação como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Antes de serem portadoras de HIV/aids, elas são mulheres, com suas histórias pessoais, laços afetivos e redes sociais. As dificuldades parecem surgir quando existe a necessidade de considerar a presença de uma doença sexualmente transmissível de caráter incurável e infeccioso associada ao processo de ser mãe (CARVALHO, PICCININI; 2008).

Desta forma, uma gestante portadora de HIV/aids poderá ter a sua disposição medicamentos que previnem a transmissão do HIV durante a gestação, o trabalho de parto e o parto e também para o bebê depois do nascimento. Além disso, procedimentos específicos durante o parto podem ser realizados, de acordo com a avaliação de riscos, recomendando-se também às mulheres que não amamentem seus filhos no peito. Com a adesão aos procedimentos profiláticos, a chance de transmissão do HIV ao bebê pode chegar de 3% a 1% (BRASIL,2005; UNICEF, 2008).

A taxa de detecção de casos de HIV em gestantes no Brasil foi de 2,0 casos por 1.000 nascidos vivos em 2010. Sendo que o Mato Grosso manteve uma taxa um pouco acima da média nacional 2,2 (BRASIL, 2012a).

No Brasil utiliza-se a incidência de aids em menores de cinco anos como indicador para monitorar a transmissão vertical do HIV. Observa-se que no período de 1980 a junho de 2011 havia um total de 14.127 casos. Classificando este número segundo regiões temos um total de 7.383 (52,3%) na Região Sudeste, 3.499 (24,8%) na Região Sul, 1.750 (12,4%) na Região Nordeste, 771 (5,4%) casos na Região Norte, e 723 (5,1%) na Região Centro-Oeste. Somente em 2010, foram registrados 482 casos que correspondem a uma taxa de incidência de 3,5/100 mil habitantes. Constatou-se que de 1998 a 2010 reduziu a incidência a nível nacional de 5,9 para 3,5, mas a nível regional tivemos um aumento da taxa de incidência em crianças menores de 5 anos nas regiões Norte e Nordeste, e nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste houve redução (BRASIL, 2012a).

Os dados da tabela acima nos mostra que 69% (25) não possuem nenhum histórico familiar de HIV, outros 28% com conjugue portador da doença e apenas 03% (01) por transmissão vertical. E dentre os meios de transmissão, ainda se prevalece por via sexual, evidenciando o grande desuso de preservativos, como único meio de prevenção. Praticamente equiparado os índices de contaminação de parceiros fixo 43% (15) e eventual 46% (16).

Tabela 10. Caracterização do tipo de contaminação

	Nº	%
FAMILIAR COM HIV	10	28
CONJUGUE	01	03
MÃE	25	69
NENHUM		
MEIO DE TRANSMISSÃO	Nº	%
SEXUAL	35	97
VERTICAL	01	03
PARCEIRO QUE CONTRAIU O VÍRUS	Nº	%
FIXO	15	43
EVENTUAL	16	46
NÃO SABE	04	11

Fonte: Dados da pesquisa

Em outro estudo também foi detectado a via sexual como principal forma de infecção pelo HIV, ou seja, a relação sexual desprotegida, com prevalência expressiva das relações heterossexuais (TREVISOL, et al. 2013). Conforme os dados da tabela 11, constatamos que apenas 17% (06) das PVHIV não fazem uso do TARV, sabendo-se que o paciente sem sinais clínicos e com CD4 acima de 500 células/mm³, é considerado portador do vírus, mas é classificado como paciente com aids, também não é realizada a notificação compulsória (SINAN). Esta taxa ainda é considerada baixa, pois quando as pessoas procuram o serviço para fazer o exame já apresentam algum sintoma e sua contagem CD4 já está reduzida. Por isso a relevância da realização das campanhas de teste rápido.

Ainda sob análise da tabela, percebe-se que o TARV apresenta bom percentual de tolerância sendo 34% (09) das pessoas entrevistadas relata não apresentar nenhum efeito colateral, porém o restante dos indivíduos, somam 66% e apresentam algum efeito colateral ao TARV. Sendo o efeito colateral mais citado, náuseas e vômitos por 15% (04) indivíduos.

Tabela 11 – Caracterização Do Uso Do TARV e Efeitos Colaterais

	Nº	%
Usa TARV		
Sim	26	72
Não	06	17
Aguardando resultado exame	04	11
EFEITO COLATERAL	Nº	%
Náusea e diarreia	04	15
Diarreia	01	04
Confusão mental e náusea	02	08
Alucinação	02	08
Aumento de peso	02	08
Tontura	01	04
Náusea	03	11
Náusea e fraqueza	01	04
Fraqueza	01	04
Nenhum	09	34

Fonte: Coleta de dados

Conforme pesquisa de Trevisol, et al. (2013), dos pacientes em uso de TARV, 122 (25,6%) realizaram pelo menos uma troca de terapia medicamentosa durante o tratamento, e para 58 deles (12,2%), o motivo de mudança terapêutica foi a reação adversa ao medicamento.

Apenas um paciente apresentou registro de troca de medicamento por resistência viral.

Tabela 12 – Contagem de CD4

LINFÓCITOS TCD4 células/mm ³	Nº	%
Abaixo de 200	06	17
200 a 350	03	08
351 a 500	06	17
Acima de 500	17	47
Aguardando resultado	04	11

Fonte: Coleta de dados

Com a tabela 12 podemos analisar que 47% (17) dos indivíduos pesquisados apresentam um número de linfócitos TCD4 acima de 500 células/mm³, o que evidencia que quase metade dos pacientes pesquisados vem atingindo o sucesso do tratamento, pois sabemos que com CD4 acima de 500 o paciente possui uma imunidade dentro da normalidade, e capaz de combater os patógenos e manter um quadro clínico saudável.

Nos estudos realizados na região de Caxias do Sul-RS com pacientes portadores do vírus HIV, observou-se que pacientes com alguma doença dermatológica apresentam contagem de linfócitos CD4 inferior à contagem, de pacientes sem doença dermatológica, observou-se ainda que quanto maior o número total de doenças dermatológicas apresentadas pelo paciente, menor era a contagem de linfócitos CD4 (MICHELIM, 2004).

Tabela 13 – Caracterização dos medicamentos antirretrovirais utilizados

ANTIRETROVIRAL	Nº	%
Atazanavir (ATV)	01	04
Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)	09	34
Ritonavir (RTV)	01	04
Zidovudina (AZT)	19	73
Didanosina (ddl)	01	04
Lamivudina (3TC)	26	100
Tenofovir (TDF)	09	34
Efavirenz (EFZ)	16	61
Nevirapina (NVP)	01	04

Fonte: Coleta de dados

Observando a tabela acima que o ARV mais comum dentre as terapias prescritas é o Lamivudina (3TC) estando presente em 100% (26) das terapias prescritas aos indivíduos deste estudo, ou seja, todas considerando que 26 pacientes deste estudo usam o TARV. Lembrando que o TARV é composto geralmente por três ARV.

Outra pesquisa refere como dificuldade dos pacientes no tratamento com TARV principalmente a ocorrência de efeitos colaterais (47,5%) e a dificuldade na ingestão devido ao tamanho e a quantidade de comprimidos (26,2%) (FIGEIREDO, 2001).

Tabela 14 – Classificação Do Atendimento Prestado Pelos Servidores Do SAE De Sinop

ATENDIMENTO NO SAE SINOP	Nº	%
Excelente	13	36
Muito Bom	14	39
Bom	09	25
Ruim	00	00
Péssimo	00	00

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados comprovam que é unânime a satisfação com o atendimento do SAE no município em questão, sendo que 36% (13) consideram excelente, 39% (14) como muito bom e 25% (09) consideram como bom a atenção prestada pelos colaboradores do SAE, compreendendo os profissionais (médicos, enfermeiros, assistente social, farmacêutica, psicóloga, técnicas de enfermagem, copeiras e atendentes). Esta satisfação é graças a uma equipe multidisciplinar que trabalha com ética e coesão entre si, priorizando sempre o atendimento prestativo e de qualidade.

A assistência às PVHIV no Brasil fez ressurgir os compromissos éticos e as tecnologias exemplares para o sistema de saúde como um todo. E isto tem se visto no trabalho concreto dos profissionais e gerentes dos serviços locais, como essas propostas se operacionalizam (NEMES. 2013).

Nesta pesquisa pudemos verificar que o perfil do portador de HIV se compõem por uma maioria de pessoas do sexo feminino 75%, idade entre 45 a 49 anos 22%, da cor parda com 42%, casadas ou em união estável 56%, heterossexuais 88%, que fazem a prática sexual vaginal 67%, possuem acima de 4 parceiros sexuais 60%, não usa tabaco 89%, álcool 81%, e drogas ilícitas 92%, possuem escolaridade até o ensino fundamental 56%, e com renda familiar entre dois a três salários mínimos 69%, com profissões diversas 67%.

Também avaliou se que o maior "incomodo" em ser uma pessoa vivendo com HIV é o preconceito da sociedade com 56%, e 67% relatam não serem vítimas de preconceito nas Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimento, 64% dizem levar uma vida normal mesmo com os inconvenientes do tratamento.

Ao se analisar o histórico da doença, percebemos que 34% só procurou o serviço de saúde para realizar o exame anti-HIV por apresentarem sintomas de doenças oportunistas,

73% já realizam o tratamento há mais de dois anos, 82% não possuem nenhuma doença associada ao HIV, 58% não necessitaram de internação hospitalar devido ao HIV, entre os que necessitaram de internação 80% deu se por diagnósticos diversos.

Entre a população estudada, 96% das mulheres não estavam gestante, 67% delas tiveram filhos após ter contraído o vírus HIV, entre estas que tiveram filhos após terem contraído o vírus 78% deles são negativos para HIV, 69% não possuem nenhum familiar com HIV, a maioria dos sujeitos contraíram o vírus sexualmente 97%, 46% contraíram de parceiro sexual eventual, e 72% dos indivíduos usam TARV, destes, 34% não apresentam efeitos colaterais do mesmo, 47% apresentam CD4 acima de 500 células/mm³. O antirretroviral mais utilizados nas terapias antirretrovirais é a Lamivudina (3TC) usado em 100% das terapias. Na opinião dos usuários do SAE de Sinop o atendimento é muito bom para 39%.

Considerações finais

Por meio deste estudo podemos obter uma visão da situação epidemiológica da aids, e também avaliar o comportamento social e sexual da população afetada pelo vírus, sabe-se que o perfil é dinâmico, sofrendo mudanças a medida que a população evolui e que todos nós possuímos riscos de contrair a doença, porem que existem grupos de pessoas que estão mais vulneráveis a isso. Sabemos que o consumo de álcool é um fator predisponente para realização de praticas de risco e que o casamento ou uniões estáveis não são barreiras para não se contrair o vírus, pois é grande o número de infidelidades. Tomando conhecimento do comportamento e das características da população pode-se direcionar as campanhas de promoção e educação de saúde na tentativa de diminuir os índices.

A enfermagem desempenha papel imprescindível no combate e no atendimento às pessoas que vivem com HIV, pois suas funções são inúmeras e essenciais, como a consulta de pré-natal, o acolhimento pré- teste, consulta de enfermagem da PVHIV, e a abordagem síndrome, entre tantas outras, diante disso, faz se necessário um preparo especializado com estes profissionais.

A abordagem das pessoas em relação à opção sexual, vida sexual e práticas sexuais é sempre uma barreira, devido a uma educação sexual reprimida do passado que persiste até os dias atuais. Então para que se possa trabalhar este assunto de maneira natural é preciso desprendimento de tabus e preconceitos que carregamos ao longo da vida. E para que se possamos abordar o assunto HIV com seriedade e responsabilidade o sexo deve ser assunto em debates mais abertos, e deve ser exposto desde cedo sem mitos e despidos de opiniões retrógradas.

A saúde pública precisa trabalhar em parceria com a educação, para que haja um conhecimento da doença desde cedo, e na tentativa de se eliminar o preconceito, pois realizando um trabalho nas fases iniciais da vida poderemos colher bons frutos no futuro, contudo este trabalho se torna bastante dificultoso devido a escassez de recursos humanos na saúde.

Temos atualmente algumas pesquisas em andamento sobre uma possível vacina ou cura para o HIV, porém ressaltamos que o problema não é apenas o vírus HIV por si só, mas o surgimento dele, deixa explícito em que tipo de sociedade vivemos, cheia de comportamentos ocultos e preconceitos antes encobertos. Não há vacina para uma sociedade preconceituosa e implacável, pois infelizmente a discriminação é o pior sintoma sofrido pelos portadores desta doença tão cruel.

Referências

ANDREOLLI A. **As pessoas que vivem com HIV/Aids: uma revisão da literatura científica** [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15408/000678005.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

BASSICHETTO, K.C. et al. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da Rede Municipal de São Paulo, com sorologia positiva para o HIV. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.7, n.3, p.302-310. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v7n3/08.pdf>>. Acesso em: 12 ago.2013.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres que não podem amamentar.** Brasília. 2005. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/MSmanualHIVeAM2005.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposições a Materiais Biológicos.** Brasília-DF. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes.** Brasília-DF, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e

Hepatites Virais. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em adultos infectados pelo HIV.** Brasília-DF, 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2007/suplemento_consenso_adulto_01_24_01_2011_web_pdf_13627.pdf>. Acesso em: 27/10/2012

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, **Material instrucional para Capacitação para multiplicadores em teste rápido para HIV e sífilis no âmbito da Rede Cegonha.** Brasília-DF. 2011. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/2012/50768>>. Acesso em: 09 ago. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST.** Brasília-DF, 2012a. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/sobre_aids/sobre_aids.as.p>. Acesso em: 01/10/2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais.** Brasília-DF, 2012b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/node/41979>>. Acesso em: 01/07/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST – Versão Preliminar.** Brasília-DF, 2012c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/vers_o_preliminar_boletim_aids_e_dst_2012_14324.pdf>. Acesso em: 01/08/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Política Brasileira de Enfrentamento da Aids, Resultados Avanços e Perspectivas.** Brasília-DF, 2012d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_brasileira_enfrentamento_aids_2012.pdf>. Acesso em: 01/08/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações de terapia antirretroviral para adultos vivendo com HIV/aids no Brasil.** Brasília-DF, 2012e. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/52934/principais_mudan_as_15984.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2013.

- BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Bogliolo Patologia**. 7ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2006.
- CALVETTI, Prísla U., MULLER, Marisa C., NUNES, Maria L.T. Qualidade de Vida e Bem-estar Espiritual em Pessoas Vivendo Com HIV/Aids. **Psicologia em Estudo**. Maringá-PR. v. 13, n. 3, p. 523-530, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a13.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2013.
- CARDOSO, L.R.D. et al. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Rev. Psiq. Clín** 35, supl 1. p.70-75. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a15v35s1.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.
- CARVALHO, Fernanda Torres de. PICCININI, Cesar Augusto. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.13, n.6, p. 1889-1898. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000600024&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 02 ago. 2013.
- DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev Saúde Pública**. v.40 (Supl), p.9-17. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40s0/03.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.
em: <<http://www.aids.gov.br/>> . Acesso em: 27. ago. 2010
- FEITOSA, Eva Emanuela Lopes Cavalcante, et al. A Importância Da Construção Do Perfil Epidemiológico De Um PST Para Sua Área De Abrangência. **XVI Encontro De Pesquisa E Extensão - Xvi Encope/Uern – Mossoró - 14 A 16/04/ 2010-**
- FERREIRA, R.C.M. FIGUEIREDO, M.A. de C. Reinserção no Mercado de Trabalho. Barreiras e Silêncio no Enfrentamento da Exclusão Por Pessoas Com HIV/Aids. **Medicina, Ribeirão Preto**. v.39, n.4, p.591-600, out./dez. 2006. Disponível em: <<Http://Biblioteca.Planejamento.Gov.Br/Biblioteca-Tematica-1/Textos/Trabalho-E-Previdencia/Texto-58-2013-Reinsercao-No-Mercado-De-Trabalho-Barreiras-E-Silencio-No-Enfrentamento-Da-Exclusao.Pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2013.
- FIGUEIREDO, Nélia Maria de. MACHADO, William César Alves (organizadores). **Tratado de Cuidados de Enfermagem**. Volume 2. São Paulo. Ed. Rocca, 2012.
- FIGUEIREDO, R. M. de. et al. Adesão de Pacientes com Aids ao Tratamento Com Antiretrovirais: Dificuldades Relatadas e Proposição de Medidas Atenuantes em um Hospital Escola. **Revista Latino-am Enfermagem**. v.9, n.4, p.50-5. Julho. 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11483.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.
- GRMEK, M. O enigma do aparecimento da aids. **Revista Estudos Avançados**. p.229-239. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v9n24/v9n24a11.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2012.
- HEAGARTY, Margaret C. Conseqüências psicológicas e sociais. **A saúde do mundo**. p.18-19. nov-dez. 1990. (Bireme, pago em inglês)
- LACAZ, C.S. **AIDS: doutrina, aspectos iatrológicos, infecções oportunistas associadas**. São Paulo. Ed. Sarvier. 1985.
- LISBOA, M.E.S. A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia HIV/Aids. **Anais do VII Congresso Virtual HIV/AIDS**. 2006. Disponível em: <http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=2700&Version=1>. Acesso em: 09 ago. 2013.
- MAIAI, C. GUILHEMI, D. FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de Pessoas Heterossexuais Casadas ou em União Estável. **Revista Saúde Pública**. v.42, n.2, p.242-8. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6357.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.
- MAKSUD, Ivia. Silêncios e Segredos: Aspectos (Não Falados) da Conjugalidade Face à Sorodiscordância para o HIV/Aids. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.28, n.6, p.1196-1204, jun, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000600018&script=sci_arttext> Acesso em: 01 ago. 2013.
- MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa – Planejamentos e execução de pesquisas – Amostragem e técnicas de pesquisa – Elaboração, análise e interpretação de dados**. 6ª ed. São Paulo-SP. Editora Atlas. 2007.
- MEDRONHO, Roberto de Andrade. **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo-SP. Editora Atheneu. 2009.

- MICHELIM, Lessandra et al. Dermatoses em pacientes infectados pelo HIV com a contagem de linfócitos CD4. **Revista de Saúde Pública**. v.38, n.6, p.758-63. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/02.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2013.
- NEMES, Maria I.B., et al. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. **Revista de Saúde Pública**. v.47, n.1, p.137-146. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/18.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2013.
- OMS, **Organização Mundial de Saúde**. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/data/en/index.html>>. Acesso em: 13 abr. 2013.
- PINHEIRO, P.N. da C. et al. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/Aids. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.13, n.04, p.569-75. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a16.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2013.
- PORTH, Carol Mattson. **Fisiopatologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2004.
- PORTH, Carol Mattson. **Fisiopatologia**. 8ª ed. Volume I. Rio de Janeiro Guanabara Koogan. 2010.
- ROCHA M. O. da C., PEDROSO E. R. P. (Ed.) **Fundamentos em infectologia**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.
- SANTOS, Naila J.S., et al. Mulheres HIV Positivas, Reprodução e Sexualidade. **Revista Saúde Pública**. v.36, n.4, p.12-23. 2002. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n4s0/11159.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2013.
- SEIDL, E.M.F. ZANNON, C.M.L. da C. TRÓCCOLI, B.T. Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.18, n.2, p.188-195. 2005. Disponível em: <B.T. <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27469.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2013.
- SILVA, L.J. da. RICHTMANN, R. Vacinas em desenvolvimento: estreptococo do grupo B, herpes-zóster, HIV, malária e dengue. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. v.82, n.3 (Supl), p.115-24. 2006. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/06-82-S115/port_print.htm> . Acesso em: set. 2012.
- TREVISOL, F.S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.22, n.1, p.87-94. Brasília. jan-mar. 2013. Disponível em : <scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a09.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2013.
- UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da sífilis no seu município**. Brasília-DF. 2008. Disponível em: < http://www.unicef.org/brazil/pt/br_hivsisifilis_edu.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.
- VERONESI R. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 8ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.
- VERONESI R. **Tratado de Infectologia**. 3ª Ed. Editor científico: Focaccia, R. Vol I. São Paulo: Editora Atheneu. 2005.
- VERONESI R. **Tratado de Infectologia**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
- WHO, World Health Organization. Report UNAIDS. **Global Report**. On the global AIDS epidemic. 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS_GR_2012_em_en.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2013.
- ZORNITTA, Marlene. **Os novos idosos com Aids e desigualdade à luz da bioética** [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP); 2008. Disponível em: <bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1489>. Acesso em: 07 ago. 2013.